



HAL
open science

Impact du programme PPACT du centre Ressource® sur la qualité de vie et la survie des patientes atteintes de cancer du sein

Emmanuel Kinné

► To cite this version:

Emmanuel Kinné. Impact du programme PPACT du centre Ressource® sur la qualité de vie et la survie des patientes atteintes de cancer du sein. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02138977

HAL Id: dumas-02138977

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02138977>

Submitted on 24 May 2019

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.

Thèse de Doctorat en Médecine

Faculté de Médecine de Nice
Université Nice Sophia Antipolis

KINNÉ Emmanuel

Né le 5 février 1988

Impact du programme PFACT du centre Ressource® sur la qualité de vie et la survie des patientes atteintes de cancer du sein

Soutenue le jeudi 19 avril 2018 à la faculté de
Médecine de Nice

Membres du jury

Président de jury :	Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe
Assesseurs :	Monsieur le Professeur BAQUÉ Patrick Monsieur le Docteur DARMON David
Directeurs :	Madame le Docteur BOUCHEZ Tiphanie Monsieur le Docteur MOUYSSET Jean-Loup

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIÉLS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAU Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Je ne citerai ici volontairement aucun nom, la liste serait bien trop longue...

Mes plus sincères remerciements vont à tous ceux qui ont permis, de près ou de loin, directement ou indirectement, la réalisation de ce travail de thèse et de ce Doctorat en Médecine. Très nombreux sont les êtres qui, famille ou amis, collègues ou confrères, enseignants ou étudiants, médecins ou paramédicaux, patients ou accompagnants, connaissances ou exemples, Sages ou Modèles, m'ont aidé à entretenir et stimuler le goût de guérir les souffrances humaines, et à le réaliser dans la pratique.

Par leur professionnalisme, leur efficacité, leur sens de l'humain, leur gentillesse, leur humour, leur goût de l'effort et leur sagesse, chacun d'entre eux a participé à sa mesure à la concrétisation de nombreuses années de travail acharné se concluant par cet ouvrage.

Merci à tous !

A Celui qui est à l'origine de mon engagement au service de ce qu'il y a de plus noble et de plus essentiel en chacun.

« On ne voit bien qu'avec le Coeur, l'Essentiel est invisible pour les yeux. »

Antoine de Saint-Exupéry

« Si tu veux changer le monde, commence par te réformer toi-même. »

Le Bouddha

« Faites de chaque jour une marche dont chaque pas vous rapproche du sommet inévitablement. »

Inconnu

Table des matières

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice.....	2
Remerciements.....	8
Introduction	10
Matériels et méthodes.....	14
Résultats.....	16
Discussion.....	23
Bibliographie.....	28
Résumé.....	31
Annexes.....	32

Introduction

Contexte de l'étude

Un diagnostic de cancer est un véritable tournant dans la vie d'un patient. Toute son existence commence dès lors à graviter autour de sa maladie. Les soins s'enchaînent : consultations répétées, prises en charge hospitalières, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie. La maladie et les symptômes invalidants diminuent la qualité de vie et les capacités cognitives(1,2,3), modifient l'image du corps, influencent la dynamique familiale et affective, confrontent le patient au risque de décès. Le choc est tel que des études retrouvent chez ces patients des symptômes de stress post-traumatique(4).

Face à ce traumatisme touchant toutes les dimensions d'un individu, les progrès médicaux actuels se sont essentiellement centrés sur la prise en charge biomédicale à la phase aiguë hospitalière, fondamentale, mais n'ont que peu répondu à la détresse des patients et la nécessité de faire face au bouleversement physique et psychique qu'ils vivent. Alors que certaines études ont déjà montré qu'une prise en charge psychologique en thérapie de groupe prolongée en complément de la prise en charge biomédicale améliorerait la survie des patients(5,6,7,8,9,10,11) avec des réponses potentiellement variables selon les types histologiques de cancers(6), rares sont les centres leur offrant la possibilité d'une telle prise en charge globale (12). Le patient se sent souvent livré à lui-même une fois le traitement curatif passé et doit faire face à ses défis existentiels non résolus(4), qui le poussent parfois à se tourner vers des médecines alternatives et complémentaires, éventuellement exclusivement, au détriment de la prise en charge oncologique. Il semble donc qu'il y ait une nécessité de cohérence entre le biomédical et le psycho-émotionnel, entre le fait de soigner, « cure », et celui de prendre soin, « care ».

Le centre Ressource® d'Aix-en-Provence s'appuie sur ce constat pour développer son programme dédié aux patients atteints de cancer. Il leur propose, quel que soit le type, le stade ou leur suivi hospitalier, un espace de soin convivial d'accompagnement thérapeutique qui puisse répondre à leur besoin d'apaisement et ressourcement en complément d'une prise en charge biomédicale à laquelle elle ne serait se substituer. Plus qu'un accompagnement, il s'agit même d'un programme personnalisé d'un an visant à leur apporter une meilleure qualité de vie à travers cinq points fondamentaux: la nutrition, l'activité physique, la gestion du stress, la communication relationnelle, les connaissances sur la maladie.

Le centre Ressource®

Le centre Ressource® d'Aix-en-Provence correspond à une association à but non lucratif existant depuis le 12 avril 2001, reconnue d'intérêt général depuis 2007, siégeant en une structure de 900 mètres carrés, constituée par une piscine chauffée, un salon-bar, une grande salle pour les activités en groupes et conférences, de plus petites salles pour les entretiens individuels, des salles de sport, bureaux, etc.

Il est dirigé par un oncologue médical qui coordonne l'action d'une équipe regroupant huit salariés dont une coordinatrice des 140 intervenants bénévoles du pôle « soins de mieux être ». Les intervenants du programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique PPACT en revanche sont soit salariés soit vacataires. Deux types de soutien sont proposés au centre Ressource® : le mieux-être, où le patient choisi de lui-même à quelles activités de groupe ou individuelles il souhaite participer, et le PPACT, qui est un programme structuré sur un an, prenant place en groupe.

Le centre est accessible à tout patient atteint de cancer: homme ou femme, adultes et enfants, pendant et après les traitements, quelque soit le lieu de traitement (hôpital ou clinique). Il s'agit d'un espace indépendant des structures de santé proposant une prise en charge de mieux-être et d'accompagnement thérapeutique, une prise en charge globale centrée sur la personne, et non un traitement médical. De très nombreuses activités sont proposées par les professionnels vacataires : yoga, hammam, aquagym, méditation en

pleine conscience, atelier nutrition, etc. Depuis juillet 2014, un centre similaire a été créé à Montélimar.

L'accès peut se faire à la demande du patient ou sur orientation par un médecin ou un autre professionnel de santé. Le prix d'adhésion est une participation libre aux frais du centre et les soins de mieux-être ne sont pas facturés. La structure était financée à 90% par des fonds privés depuis sa création et depuis mars 2018 des fonds publics participent à la hauteur de 15%.

Le programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique (PPACT)

Le programme PPACT se déroule en groupe de 6 à 12 patients. Le groupe est coordonné par un psychothérapeute référent qui établit un calendrier des ateliers sur les 12 mois et accompagne le groupe jusqu'à la fin du programme. Deux types de groupes sont constitués depuis janvier 2012 : les groupes « A » de patients en rémission, et « B » pour ceux en situation métastatique. Dans ce programme, il a été choisi de les accompagner selon un constat schématique, mais qui reflète une part importante du vécu des patients. Le but principal des groupes « A » est de rester en rémission, d'avoir une meilleure qualité de vie et de meilleurs résultats, ils font donc essentiellement face à la peur de la récurrence. Le but principal des groupes « B » est de rester en vie, ils sont donc principalement confrontés à la peur de la mort. Un entretien psychologique est réalisé avant toute inclusion d'un patient dans le PPACT. Ne peuvent être inclus des patients présentant un score OMS supérieur à 2 ou des patients ayant une contre-indication à la psychothérapie de groupe type soutien-expression (trouble psychiatrique sévère ou démence). Après cet entretien, certains patients en situation métastatique peuvent être inclus dans le groupe « rémission » pour des raisons médicales et psychologiques (peur intense d'être confronté au risque de décès et avec une maladie bien contrôlée), ou au contraire, un patient focalisé sur la peur de mourir même en rémission a besoin d'être aidé sur ce sujet et d'intégrer un groupe « métastatique ». Il est important de signaler que ces groupes ne sont pas formés selon l'organe atteint. Ainsi certains peuvent inclure des hommes et des femmes, atteints de cancers du colon, du sein, du poumon, etc.

Le rythme des séances est d'une demi journée par semaine pendant 4 mois puis toutes les 2 semaines pendant 8 mois, et associe :

- pendant deux heures : l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales (inspirées par les travaux de Barbara Andersen de l'Université de l'Ohio(13)) où cinq grands thèmes sont développés : la gestion du stress, la communication relationnelle, la nutrition, l'activité physique, les connaissances sur la maladie. Les objectifs seront d'améliorer les comportements de santé, la gestion du stress, le soutien social, les connaissances médicales et l'implication dans la démarche thérapeutique.
- Pendant une heure trente : une psychothérapie de groupe type soutien expression(PGSE) (telle que décrite par David Spiegel de l'Université de Stanford en Californie(14,15)), incluant l'apprentissage de techniques d'auto-hypnose pour mieux gérer la douleur et l'anxiété.

La psychothérapie de groupe soutien-expression

La Psychothérapie de Groupe type Soutien Expression® a été créée par le Pr Irwin Yalom à Stanford dans les années 1970.(15) Cette technique est directement inspirée de la psychothérapie existentielle qui énonce fondamentalement que face à un événement menaçant l'intégrité physique d'une personne (annonce d'un cancer, tremblement de terre, viol, fait de guerre ou de terrorisme), celle-ci se confronte à quatre défis existentiels partagés par tout être humain, quelque soit son âge, sexe, pays ou religion. Ces défis existentiels sont:

- la Mortalité : la personne prend conscience de sa vulnérabilité et de ses limites. Nous « savons » tous que nous sommes mortels, mais ici les personnes touchent

l'épée de Damoclès. L'objectif sera de transformer la peur de mourir en une conscience de la fragilité et du caractère unique de chaque instant de la vie. Quand la vie devient précieuse, une conscience grandit et l'on devient plus responsable de s'appliquer à vivre intensément chaque instant. Enfin accepter cette vulnérabilité, c'est accepter aussi d'être touché par ce que nous vivons : loin d'être un héros invulnérable, on devient extrêmement humain, capable de demander et de recevoir de l'aide car conscient de nos limites et de notre place dans le monde.

- l'isolement : l'intensité du choc plonge le patient dans un nouveau monde qui semble lui faire quitter le monde partagé par les autres. Le réflexe est alors de se replier sur lui-même, de se couper de ses propres émotions s'il veut les contrôler et garder bonne figure. Cette carapace protège à la fois du regard des autres mais éloigne du ressenti et isole la personne. L'objectif est ici de permettre à chacun de retrouver le contact avec ses émotions, redevenir transparent avec lui/elle-même pour mieux se définir et développer une meilleure relation avec les autres, en se protégeant quand le regard n'est pas soutenant et en osant se confier si l'autre a une écoute compatissante et aidante.
- l'impuissance : la personne subit l'événement qui n'était pas « prévu » et la surprend. Face au cancer, l'ennemi semble insurmontable, et le sujet tabou dans notre société. Est tabou ce qui nous fait peur et que nous ne savons pas appréhender. Alors pour le patient, seul, cela semble impossible et bien trop lourd. Il s'agira qu'il puisse retrouver son pouvoir d'action par un travail de clarification de ce sur quoi il a du pouvoir comme gérer la douleur, le stress, le soutien de l'entourage, le choix de son équipe de soin. Le patient pourrait progressivement penser : « Je ne peux prétendre tout contrôler, mais je peux apprendre à voir où il est possible que j'influence les choses dans la direction souhaitée. », par exemple « je ne veux pas souffrir au moment de mourir : je me prépare avec mon médecin à cette éventualité en abordant la question et en étudiant les solutions ».
- la Culpabilité : ce sentiment découle de plusieurs paramètres et sous-entend que le patient avait le choix, qu'il aurait pu faire autrement. Il naît du sentiment non traité d'impuissance. Il est intolérable de se sentir impuissant, et la personne élabore un ensemble de stratégies pour retrouver un sentiment de contrôle/puissance, quitte à devenir coupable puisqu'elle « aurait pu faire quelque chose » et qu'elle « n'a rien fait ». La Résilience passera ici par l'acceptation de « si vous aviez su, vous auriez fait ce qu'il fallait... » Il est nécessaire de perdre l'illusion d'être parfaits et de prendre conscience d'être en perpétuelle évolution, grandissant en potentialité et en conscience. Il est impossible de revenir sur ce qui est arrivé, mais il est possible de voir comment y donner du sens et sortir du pourquoi pour aller vers le « pourquoi ? ». L'objectif sera donc de passer de la culpabilité tournée vers le passé à une prise de responsabilité et une décision d'agir pour transformer l'erreur en progrès(15).

Dans le cas précis du PFACT, les différents objectifs de la psychothérapie de groupe type soutien expression (PGSE) seront donc d'améliorer la qualité de vie, le soutien social et familial, l'ouverture et l'expressivité émotionnelle, d'intégrer les changements de l'image de soi et de son corps, d'améliorer les capacités et stratégies d'adaptation (coping) ainsi que la relation médecin-malade, de « dépasser » ou « apprivoiser » la peur de la mort et établir un projet de vie.

Organisation du programme

Le contenu du PFACT ainsi défini, le tableau 1 récapitule le programme dans son ensemble.

Tableau 1: Contenu des séances de groupe :

SÉANCES 1 A 17 : TOUTES LES SEMAINES	PENDANT QUATRE MOIS
Session « GESTION DU STRESS »	1) Séance de base : théorie et pratique (+ questionnaires qualité de vie initiale) 2) Sophrologie I 3) Sophrologie II 4) Le stress 5) Pleine conscience
Session « CONNAISSANCES I »	6) S'impliquer dans la démarche de soins
Session « GESTION DU STRESS »	7) Pleine Conscience II
Session « COMMUNICATION RELATIONNELLE »	8) Bases théoriques 9) Jeux relationnels 10) Communication avec les soignants 11) Communication avec les proches/l'entourage
Session « COMPORTEMENT DE SANTE »	12) Activités physiques 13) Activités physiques II 14) Activités physiques III
Session « COMPORTEMENT DE SANTE II »	15) Nutrition I 16) Evaluation/bilan
SÉANCES 18 A 28 : BIMENSUELLES	PENDANT HUIT MOIS
Session « COMPORTEMENT DE SANTE »	17) Nutrition II
Session « CONNAISSANCES II »	18) Comprendre le cancer
Session « COMPORTEMENT DE SANTE »	19) Nutrition III
Session « CONNAISSANCES III »	20) Comprendre les traitements du cancer (+questionnaires de qualité de vie à 6 mois) 21) Causes du cancer
Session « CONNAISSANCES IV »	22) Les approches complémentaires en cancérologie
Session « COMMUNICATION RELATIONNELLE »	23) Capacités d'adaptation: estime de soi 24) Approfondissement : communication avec les proches
Session d'approfondissement	25) à 27) (adaptées selon le groupe)
Session finale	28) Evaluation et synthèse (+ questionnaires qualité de vie finale)

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein ayant participé au Programme Personnalisé d'Accompagnement Thérapeutique (PPACT) du centre Ressource® durant les douze mois du programme.

L'objectif secondaire était de mesurer la survie globale et la survie sans récurrence de ces patientes par types histologiques afin de les comparer aux taux connus dans la littérature pour des groupes au pronostic similaire.

Matériel et méthodes

Design de l'étude

Il s'agissait donc d'une étude observationnelle d'une cohorte multicentrique de femmes atteintes de cancer du sein ayant participé au PPACT des centres Ressource® d'Aix-en-Provence et de Montélimar avec évaluation prospective de la qualité de vie et recueil rétrospectif de la survie sans récurrence et globale.

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme atteinte de cancer du sein ayant participé au programme entre janvier 2012 (date de début du premier groupe suivant le PPACT inclus dans l'étude) et juin 2016 (date de début du programme du dernier groupe inclus dans l'étude).

Les critères d'exclusion étaient d'avoir rempli moins de deux questionnaires parmi ceux distribués aux trois temps.

Les critères de jugement de l'intervention PPACT pour la qualité de vie étaient les scores de qualité de vie aux questionnaires. Pour la survie, les critères de jugement étaient la survie globale et la survie sans récurrence.

D'un point de vue réglementaire, le centre a reçu un avis favorable de la CNIL (déclaration numéro 2122915) pour le recueil et le traitement des données. L'information aux patients sur le traitement des données a été délivrée oralement en groupe, le consentement des patients était recueilli oralement, les patients remplissaient les questionnaires en début de séance (premier jour du contact J1, séance à 6 mois, dernière séance à 12 mois) sans échange verbal. L'avis d'un comité de protection des personnes ou d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire dans ce cadre d'étude non-interventionnelle.

Evaluation de qualité de vie

Concernant l'évaluation de la qualité de vie, deux questionnaires étaient remis aux patientes au premier jour de leur entrée dans le PPACT (J1), puis à 6 mois et 12 mois, par le professionnel référent de leur groupe. Elles le remplissaient en début de séance.

Les deux questionnaires étaient l'EORTC QLQC30® et le questionnaire HADS® (voir annexe).

Le questionnaire EORTC QLQC30® (Quality of life questionnaire) est un système intégré pour évaluer la qualité de vie liée à la santé de patients atteints de cancer(16). Il est composé d'échelles à plusieurs items et de mesures à un seul item. Ceci inclut cinq échelles fonctionnelles, d'échelles de symptômes, d'une mesure d'état de santé global ou qualité de vie globale et dix items simples, le tout classés en quinze dimensions.

Un score élevé pour une échelle fonctionnelle ou un état de santé global représentait une haute qualité de vie, mais un score élevé pour une échelle de symptôme correspondait à une forte symptomatologie et donc une qualité de vie diminuée. S'il manquait plus d'un item dans le questionnaire EORTC QLQC30®, le questionnaire était considéré comme manquant.

L'HADS® est une échelle validée(17) pour la mesure des niveaux d'anxiété et de dépression d'un patient. Elle comporte quatorze items, sept reliés aux symptômes d'anxiété et sept reliés aux symptômes de dépression. Chacun de ces items est noté de 0 à 3 et les scores d'anxiété et de dépression varient chacun de 0 à 21: un score de 0 à 7 est interprété comme normal, de 8 à 10 comme limite, de 11 à 21 comme anormal (c'est à dire un cas d'anxiété ou de dépression). S'il manquait plus d'un item dans le questionnaire HADS®, le questionnaire était considéré comme manquant.

Les scores moyens de l'échantillon aux deux tests à 6 mois et 12 mois ont été comparés aux scores moyens de qualité de vie initiaux par méthode de comparaison de moyenne de Kenward-Roger. Le niveau de significativité p retenu était de 0,05 correspondant à une erreur de type I. L'analyse a été effectuée en intention de traiter.

Evaluation de survie

Concernant l'étude de survie, différentes données ont été recueillies par contact avec l'oncologue référent du patient (téléphonique ou par courriel): date de diagnostic, date de récurrence si récurrence, date de décès si décès, type histologique (présence de récepteurs hormonaux(RH) et expression du gène HER2). Si le patient était perdu de vue au centre Ressource®, nous cherchions à savoir s'il était encore en vie ou sinon quelle était sa date de décès. Dans l'analyse statistique pour les patients perdus de vue, si le patient était décédé, alors la date de dernier contact était considérée comme date de décès. Dans les autres cas, la date du dernier contact était considérée comme la dernière date à laquelle le patient était encore en vie.

Les critères d'évaluation utilisés étaient la survie globale et la survie sans récurrence. La survie globale des patientes en « situation adjuvante » correspondait au délai entre la date de diagnostic de cancer du sein et la date de décès ou du dernier contact avec la patiente. La survie globale des patientes en « situation métastatique » correspondait au délai entre la date de diagnostic d'évolution métastatique et la date de décès ou de dernier contact avec la patiente. La survie sans récurrence était définie comme le délai entre le diagnostic de cancer du sein et la date de récurrence si elle était connue, sinon la date de dernier contact avant récurrence. Les durées de survies globales moyennes et survies sans récurrence moyennes étaient donc calculées en mois et seront rapportées aux durées de survie connues pour des groupes aux pronostics similaires dans la littérature. Les données étaient évaluées en sous-groupes selon le type histologique de cancer du sein (classées en trois sous-groupes: présence de récepteurs hormonaux et absence d'expression du gène HER2 (RH+/HER2-), exprimants le gène HER2 (HER2+), ou « triples négatifs » n'exprimant ni récepteurs hormonaux ni gène HER2 (RH-/HER2-)).

Pour l'analyse de survie, la méthode utilisée était celle de Kaplan-Meier.

L'analyse statistique a été réalisée par le laboratoire Axiodis. L'étude était financée par le centre Ressource®.

NB: L'étude ici présente évaluera l'impact du PPACT sur la survie et la qualité de vie de patientes atteintes de cancer du sein y ayant participé. Les données concernant les patients atteints d'autres cancers et ayant participé au programme seront traitées par Pierre CAILLAT dans une seconde étude.

Résultats

Population incluse dans l'étude

Entre janvier 2012 et juillet 2017, parmi les 210 patients des 32 groupes ayant participé au PPACT, 129 présentaient un cancer du sein et ont pu être inclus dans l'étude. Toutes les patientes présentant un cancer du sein étaient des femmes, 102 d'entre elles étaient en prise en charge adjuvante, 27 en situation métastatique.

Tableau 2: récapitulatif de tous les patients inclus dans le PPACT :

	Métastatique	Adjuvant	Total
Cancer du sein (thèse E.KINNÉ)	27 (30,3% des métastatiques)	102 (84,3% des adjuvants)	129 (61,4% du PPACT)
Autres cancers (thèse P.CAILLAT)	61 (68,5% des métastatiques)	19 (15,7% des adjuvants)	80 (38,1% du PPACT)
Manquant	1 (1,1% des métastatiques)	-	1 (0,5% du PPACT)
Total	89 (42,4% du PPACT)	121 (57,6% du PPACT)	210

NB: Les autres cancers étaient : colon, ovaire, rein, sarcome, glandes salivaires, cerveau, vagin, estomac, foie, leucémie, lymphome, mélanome, pancréas, plèvre, poumon, prostate, rectum, vésicule biliaire, vessie, maladie de Hodgkin, col de l'utérus.

La composition des groupes était hétérogène, que se soit en termes de nombre de patients par groupe (de 1 à 11), de sexe (groupes de femmes, d'hommes et mixte) ou de type de cancer. En revanche, les groupes étaient majoritairement constitués soit de patients au stade adjuvant, soit de patients au stade métastatique. Les 129 patientes atteintes de cancer du sein incluses dans la présente étude étaient issues de groupes mixtes avec différents type de cancer. Les différents sous-groupes de patientes atteintes de cancer du sein étaient définis par type histologique et stade d'évolution (adjuvant ou métastatique). Les caractéristiques des patientes sont résumés dans le tableau 3 et les sous-groupes dans le tableau 4.

Tableau 3: caractéristiques des patientes atteintes de cancer du sein :

	Métastatique	Adjuvant	Total
Âge moyen au diagnostic	54,3 ans	50,5 ans	52,1 ans
Âge moyen à J1	57,7 ans	51,8 ans	54,3 ans
Situation affective à J1			
- vivait seule	7 (25,9%)	31 (30,4%)	38 (29,5%)
- vivait en couple	20 (74,1%)	71 (69,6%)	91 (70,5%)
Situation affective à l'issue du PPACT			
- vivait seule	8 (29,6%)	35 (34,3%)	43 (33%)
- vivait en couple	19 (70,4%)	67 (65,7%)	86 (67%)
Total	27	102	129

Tableau 4: sous-groupes par types histologiques :

	Métastatique	Adjuvant	Total
Histologie inconnue	2 (7,4% des métastatiques)	7 (6,9% des adjuvants)	9 (7% des cancers du sein)
RH+/HER2-	14 (51,9% des métastatiques)	54 (52,9% des adjuvants)	68 (52,7% des cancers du sein)
HER2+	7 (25,9% des métastatiques)	20 (19,6% des adjuvants)	27 (20,9% des cancers du sein)
RH-/HER2-	4 (14,8% des métastatiques)	21 (20,6% des adjuvants)	25 (19,4% des cancers du sein)
Total	27	102	129

NB: Dans le groupe adjuvant, onze patientes ont récidivé et ont été analysées à la fois dans le groupe adjuvant pour la survie sans récidive à partir de leur date de diagnostic initiale, et dans le groupe métastatique en ce qui concerne la survie globale à compter de leur date de récidive métastatique (5 RH+/HER2-, 3 HER2+, 3 RH-/HER2-).

Le délai moyen entre le diagnostic d'évolution métastatique et le début du PPACT était de 22,9 mois pour les patientes en situation métastatique. Le délai moyen entre le début du PPACT et la récidive métastatique pour les patientes initialement en situation adjuvante était de 22,5 mois.

Résultats de qualité de vie

Patientes tous cancers du sein

Concernant l'étude de qualité de vie, le score HADS® des patientes incluses (figure 1) était significativement plus bas à la fin de la prise en charge qu'au début, passant de 16,4 à 11,6 sur 42 ($p < 0,0001$). Les composantes anxiété et dépression diminuaient également séparément de façon significative. Les résultats aux questionnaires EORTC QLQC30® révélèrent une augmentation des scores de fonctionnement (figure 2) dans tous les domaines (état de santé global, fonctionnement physique, remplir son rôle, fonctionnement émotionnel, fonctionnement social, fonctionnement cognitif) statistiquement significative sauf dans le fonctionnement cognitif. Les scores symptomatiques (figure 3) régresaient également dans tous les domaines de façon statistiquement significative sauf pour les doléances digestives.

Figure 1: Résultats aux questionnaires HADS® :

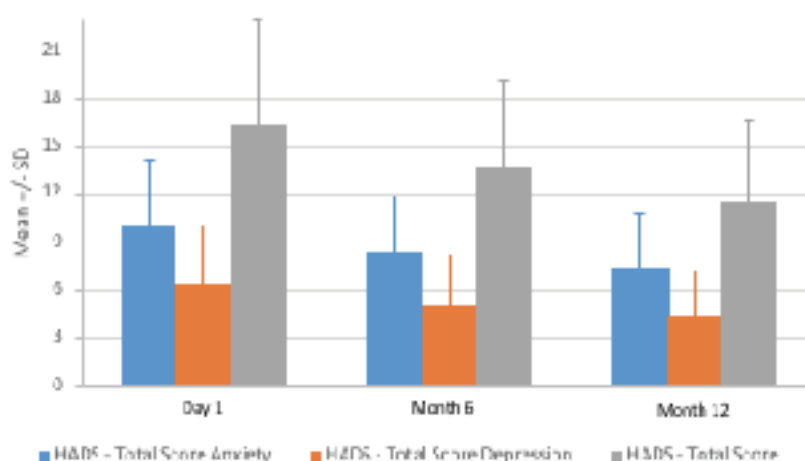


Figure 2: Résultats aux questionnaires EORTC QLQC30® : échelles fonctionnelles :

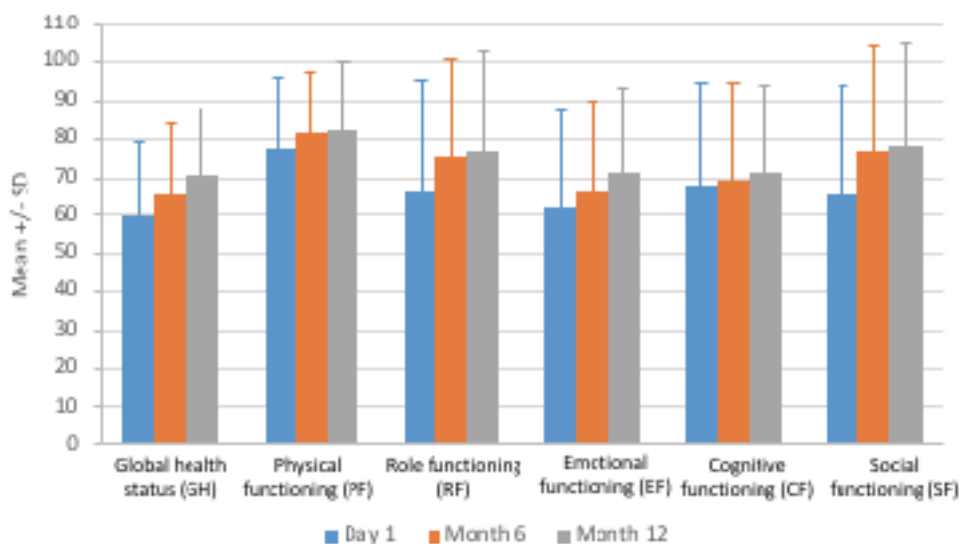
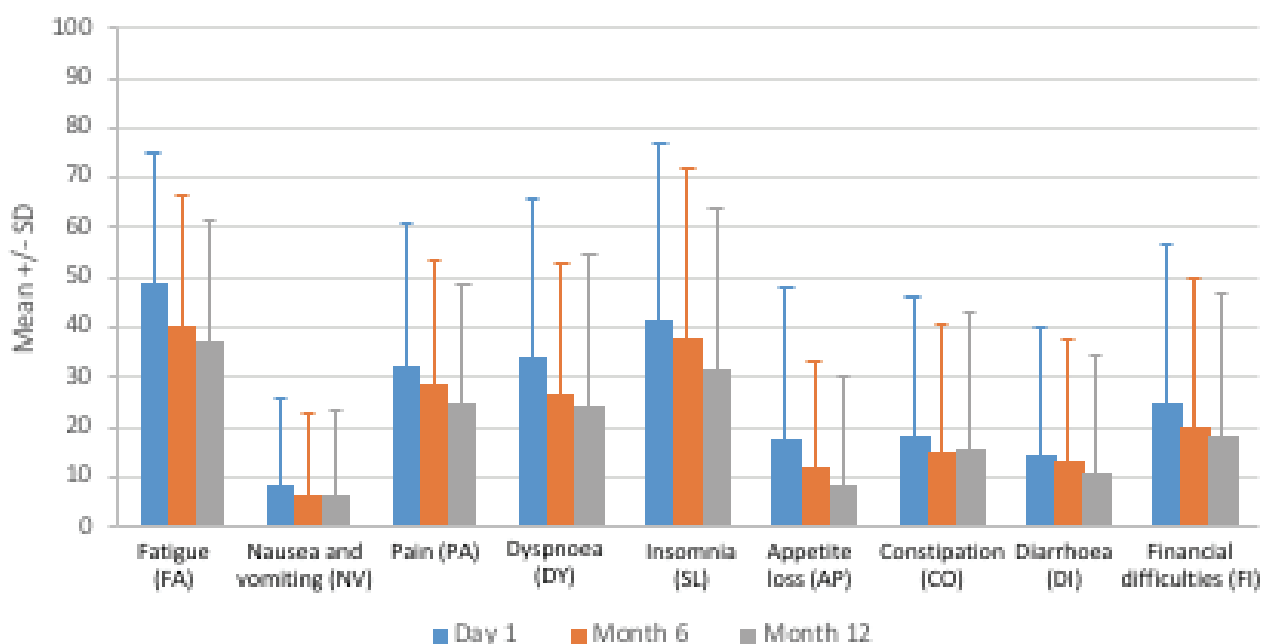


Figure 3: Résultats aux questionnaires EORTC QLQC30® : échelles symptomatiques :



Patientes en situation adjuvante

Dans le groupe cancer du sein en traitement adjuvant (tableau 5), les résultats montraient une réduction statistiquement significative des scores moyen d'anxiété-dépression évalués par l'échelle HADS® tout au long du programme (J1 16,6, 6 mois 14,1, 12 mois 11,7, $p < 0,0001$). Cette diminution était visible de façon statistiquement significative dans les deux composantes de l'échelle.

L'évaluation à l'aide des questionnaires EORTC QLQC30® montrait une amélioration de la qualité de vie. Les scores fonctionnels augmentaient de façon statistiquement significative dans toutes les composantes (santé globale, fonctionnement physique, remplir son rôle, fonctionnement émotionnel, fonctionnement social) à l'exception du fonctionnement cognitif ou l'amélioration n'était pas statistiquement significative (J1 64,7; 6 mois 66,2; 12 mois 70,7; $p=0,0937$). Les scores symptomatiques qui diminuaient avec le temps de façon statistiquement significative étaient la fatigue, la douleur, la dyspnée, et la perte d'appétit. Tous les autres symptômes (nausées/vomissements, insomnie, constipation, diarrhées, difficultés financières) diminuaient également mais de façon non statistiquement significative.

Tableau 5: scores de qualité de vie à J1, 6 mois et 12 mois : patientes en situation adjuvante:

Variables	Visit D1 (mean +/- SD)	Visit M6 (mean +/- SD)	Visit M12 (mean +/- SD)	pValue
HADS - Total Score Anxiety	10.4 +/- 4.0	9.0 +/- 3.6	7.6 +/- 3.2	<.0001
HADS - Total Score Depression	6.2 +/- 3.9	5.0 +/- 2.8	4.1 +/- 2.8	<.0001
HADS - Total Score (Anxiety+Depression)	16.6 +/- 6.9	14.1 +/- 5.5	11.7 +/- 5.0	<.0001
EORTC QLQ C30 - Global health status / QoL (QL)	60.5 +/- 18.2	65.6 +/- 15.9	74.8 +/- 14.4	<.0001
EORTC QLQ C30 - Physical functioning (PF)	80.5 +/- 16.9	83.5 +/- 14.8	86.7 +/- 14.7	0.0004
EORTC QLQ C30 - Role functioning (RF)	67.6 +/- 28.5	80.6 +/- 22.2	83.5 +/- 19.9	<.0001
EORTC QLQ C30 - Emotional functioning (EF)	59.7 +/- 25.7	63.0 +/- 19.6	69.4 +/- 21.0	0.0039
EORTC QLQ C30 - Cognitive functioning (CF)	64.7 +/- 30.8	66.2 +/- 28.2	70.7 +/- 23.2	0.0937
EORTC QLQ C30 - Social functioning (SF)	65.2 +/- 27.7	78.3 +/- 24.9	83.3 +/- 23.0	<.0001
EORTC QLQ C30 - Fatigue (FA)	50.2 +/- 26.0	39.9 +/- 25.7	33.3 +/- 22.5	<.0001
EORTC QLQ C30 - Nausea and vomiting (NV)	6.5 +/- 13.2	3.2 +/- 9.0	3.7 +/- 12.7	0.1066
EORTC QLQ C30 - Pain (PA)	33.5 +/- 29.3	28.8 +/- 23.1	22.2 +/- 21.0	0.0002
EORTC QLQ C30 - Dyspnoea (DY)	31.9 +/- 29.6	22.6 +/- 24.3	17.4 +/- 24.6	<.0001
EORTC QLQ C30 - Insomnia (SL)	48.2 +/- 34.7	47.9 +/- 35.9	38.9 +/- 34.7	0.1038
EORTC QLQ C30 - Appetite loss (AP)	16.3 +/- 30.7	7.3 +/- 15.8	6.3 +/- 19.9	0.0192
EORTC QLQ C30 - Constipation (CO)	18.5 +/- 27.7	15.8 +/- 28.3	16.7 +/- 28.4	0.2532
EORTC QLQ C30 - Diarrhoea (DI)	6.8 +/- 16.7	6.9 +/- 17.4	4.4 +/- 16.0	0.4788
EORTC QLQ C30 - Financial difficulties (FI)	25.7 +/- 31.7	20.8 +/- 30.1	19.5 +/- 30.1	0.0576

Patientes en situation métastatique

Dans le groupe de patientes en situation métastatique (tableau 6), les scores moyens d'anxiété-dépression mesurés par l'échelle HADS® diminuaient avec le temps (J1 18,0 ; 6 mois 14,8; 12 mois 12,2; p=0,0081), ainsi que dans chaque composante séparée anxiété et dépression.

Les résultats aux questionnaires EORTC QLQC30® révélaient une augmentation des scores de fonctionnement dans tous les domaines mais celle-ci n'était statistiquement significative que pour la qualité de vie globale (J1 53,3; 12 mois 72,9; p=0,0008), le fonctionnement physique (J1 70,1; 12 mois 82,5; p=0,0031), pour remplir son rôle (J1 60,0; 12 mois 81,3; p=0,0157) et pour le fonctionnement social (J1 56,0+/-32,9; 12 mois 81,2+/-20,5; p=0,0017). Concernant les échelles symptomatiques, nous retrouvions une diminution des scores dans tous les domaines à l'exception des nausées/vomissements, mais cette diminution n'était statistiquement significative que pour la dyspnée (J1 44,0; 12 mois 25,0; p=0,0111) et l'insomnie (J1 38,7; 12 mois 19,4; p=0,0019).

Tableau 6: scores de qualité de vie à J1, 6 mois et 12 mois: patientes en situation métastatique:

Variables	Visit D1 (mean +/- SD)	Visit M6 (mean +/- SD)	Visit M12 (mean +/- SD)	pValue
HADS - Total Score Anxiety	10.9 +/- 3.9	9.4 +/- 3.0	8.3 +/- 3.4	0.0081
HADS - Total Score Depression	7.0 +/- 3.1	5.4 +/- 3.4	4.1 +/- 2.7	<.0001
HADS - Total Score (Anxiety+Depression)	18.0 +/- 6.2	14.8 +/- 4.9	12.2 +/- 5.1	<.0001
EORTC QLQ C30 - Global health status / QoL (QL)	53.3 +/- 21.2	65.9 +/- 18.9	72.9 +/- 16.5	0.0008
EORTC QLQ C30 - Physical functioning (PF)	70.1 +/- 20.2	77.9 +/- 17.5	82.5 +/- 14.3	0.0031
EORTC QLQ C30 - Role functioning (RF)	60.0 +/- 34.0	75.0 +/- 27.6	81.3 +/- 23.7	0.0157
EORTC QLQ C30 - Emotional functioning (EF)	60.0 +/- 24.2	62.1 +/- 24.1	71.2 +/- 19.7	0.0691
EORTC QLQ C30 - Cognitive functioning (CF)	67.3 +/- 21.8	68.9 +/- 18.8	72.9 +/- 17.6	0.6597
EORTC QLQ C30 - Social functioning (SF)	56.0 +/- 32.9	78.8 +/- 32.2	81.2 +/- 20.5	0.0017
EORTC QLQ C30 - Fatigue (FA)	54.6 +/- 26.4	44.4 +/- 24.7	36.6 +/- 20.6	0.0635
EORTC QLQ C30 - Nausea and vomiting (NV)	9.3 +/- 16.7	4.5 +/- 10.5	9.7 +/- 18.3	0.1393
EORTC QLQ C30 - Pain (PA)	38.0 +/- 31.4	28.0 +/- 22.0	25.7 +/- 20.8	0.1434
EORTC QLQ C30 - Dyspnoea (DY)	44.0 +/- 31.5	34.8 +/- 26.2	25.0 +/- 26.5	0.0111
EORTC QLQ C30 - Insomnia (SL)	38.7 +/- 36.9	36.4 +/- 27.1	19.4 +/- 23.9	0.0019
EORTC QLQ C30 - Appetite loss (AP)	16.7 +/- 27.8	7.6 +/- 14.3	5.8 +/- 16.4	0.3092
EORTC QLQ C30 - Constipation (CO)	21.3 +/- 33.2	12.1 +/- 19.4	13.9 +/- 19.4	0.2620
EORTC QLQ C30 - Diarrhoea (DI)	22.7 +/- 28.4	16.7 +/- 24.7	12.5 +/- 19.2	0.5378
EORTC QLQ C30 - Financial difficulties (FI)	26.7 +/- 34.7	22.2 +/- 30.4	8.3 +/- 14.7	0.0603

Résultats de survie

Patientes en situation métastatique

Concernant l'étude de survie, nous avons constaté un total de huit décès dans le groupe cancer du sein métastatique pendant le suivi soit 32% des patientes incluses. Quatre d'entre elles avaient un statut RH+/HER2-, une seule une positivité pour HER2, et trois RH-/HER2-. Deux décès ont été observés dans le groupe cancer du sein adjuvant (soit 2,2%), les deux patientes avaient un type RH-/HER2-, type connu de moins bon pronostic (18,19).

Sur les 95 patientes du groupe adjuvant, celles ayant eu par la suite une récurrence métastatique étaient au nombre de 11 (5 RH+/HER2-, 3 HER2+ et 3 RH-/HER2-) et ont été incluses dans le calcul de survie globale en situation métastatique à partir de la date de diagnostic d'évolution métastatique.

Dans le groupe de patientes atteintes de cancer du sein métastatique, l'analyse en sous-groupes selon le type histologique nous permettait d'observer une survie globale réelle de 92% à 48 mois pour les patientes RH+/HER2-, et 50% à 36,1 mois pour les patientes RH-/HER2-. Dans le groupe HER2+, le nombre d'évènements était insuffisant pour permettre un calcul valable. Nous n'y avons constaté qu'un seul décès sur 10 patientes sur 5 ans.

Patientes en situation adjuvante

Dans le groupe de patientes atteintes de cancer du sein au stade de traitement adjuvant (caractéristiques au tableau 7), le taux de survie globale à 4 ans était de 96%, et le taux de survie sans récurrence était de 86,2% à 10 ans (86,5 % RH+/HER2-; 83,3% HER2+ à 8 ans; 73,4% RH-/HER2-). Leurs survies sans récurrence sont détaillées par type histologique dans les tableaux 8, 9 et 10. Les récurrences survenaient en moyenne à 45,3 mois (40,6 mois pour les RH+/HER2-, 63,3 mois pour les HER2+, 35 mois pour les RH-/HER2-) ce qui est cohérent avec l'évolution classique dans ce type de pathologies(18,19).

Tableau 7: description des récurrences de cancer du sein dans le groupe « adjuvant » par histologie:

Patients with adjuvant breast cancer	Rh+/Her 2- N=54	Her 2+ N=20	Rh-/Her 2- N=21	Total N=95
Relapse of cancer				
N	53	20	21	94
Missing	1	0	0	1
No	48 (90.6%)	17 (85.0%)	18 (85.7%)	83 (88.3%)
Yes	5 (9.4%)	3 (15.0%)	3 (14.3%)	11 (11.7%)
Time (months) from last cancer diagnosis to relapse				
N	5	3	3	11
Missing	0	0	0	0
Mean (SD)	40.6 (13.7)	63.3 (40.4)	35.0 (14.8)	45.3 (24.2)
Q1/Median/Q3	28.0 / 43.0 / 51.0	40.0 / 40.0 / 110.0	18.0 / 42.0 / 45.0	28.0 / 42.0 / 51.0
Min/Max	25 / 56	40 / 110	18 / 45	18 / 110
Time (months) from start of PPACT program to relapse				
N	5	3	3	11
Missing	0	0	0	0
Mean (SD)	19.2 (19.6)	27.3 (7.1)	23.3 (15.9)	22.5 (15.1)
Q1/Median/Q3	14.0 / 19.0 / 31.0	21.0 / 26.0 / 35.0	5.0 / 31.0 / 34.0	14.0 / 26.0 / 34.0
Min/Max	-10 / 42	21 / 35	5 / 34	-10 / 42
Age at relapse (years)				
N	5	3	3	11
Missing	0	0	0	0
Mean (SD)	41.4 (7.4)	50.3 (2.5)	53.0 (3.6)	47.0 (7.5)
Q1/Median/Q3	36.0 / 37.0 / 49.0	48.0 / 50.0 / 53.0	50.0 / 52.0 / 57.0	37.0 / 50.0 / 52.0
Min/Max	35 / 50	48 / 53	50 / 57	35 / 57

Tableau 8: survie sans récidive : groupe RH+/HER2-

	Total N=53
Relapse-free Survival	
Number of Relapses or Deaths (%)	5 (9.4%)
Number of censored observations (%)	48 (90.6%)
Time to event (months)	
Q1 [95%CI]	- [51.0 ; .]
Median [95%CI]	-
Q3 [95%CI]	-
Relapse-free Survival	
	N n (KM Rate)*
1 Year	53 0 (100.0%)
2 Years	49 0 (100.0%)
4 Years	31 3 (93.0%)
6 Years	11 5 (86.5%)
8 Years	3 5 (86.5%)
10 Years	1 5 (86.5%)

N=nombre de patientes à risque

n=nombre cumulé d'évènements

KM Rate=estimation de la survie sans récidive selon la méthode de Kaplan-Meier au moment considéré

Tableau 9: survie sans récidive: groupe HER2+

	Total N=20
Relapse-free Survival	
Number of Relapses or Deaths (%)	3 (15.0%)
Number of censored observations (%)	17 (85.0%)
Time to event (months)	
Q1 [95%CI]	110.0 [40.0 ; 110.0]
Median [95%CI]	-
Q3 [95%CI]	-
Relapse-free Survival	
	N n (KM Rate)*
1 Year	20 0 (100.0%)
2 Years	19 0 (100.0%)
4 Years	9 2 (83.3%)
6 Years	5 2 (83.3%)
8 Years	1 2 (83.3%)
10 Years	0 3 (0.0%)

N=nombre de patientes à risque

n=nombre cumulé d'évènements

KM Rate=estimation de la survie sans récidive selon la méthode de Kaplan-Meier au moment considéré

Tableau 10: survie sans récidive: groupe RH-/HER2-

	Total N=21
Relapse-free Survival	
Number of Relapses or Deaths (%)	4 (19.0%)
Number of censored observations (%)	17 (81.0%)
Time to event (months)	
Q1 [95%CI]	45.0 [18.0 ; .]
Median [95%CI]	- [45.0 ; .]
Q3 [95%CI]	-
Relapse-free Survival	
	N n (KM Rate)*
1 Year	21 0 (100.0%)
2 Years	17 1 (95.0%)
4 Years	8 4 (73.4%)
6 Years	4 4 (73.4%)
8 Years	2 4 (73.4%)
10 Years	1 4 (73.4%)

N=nombre de patientes à risque

n=nombre cumulé d'évènements

KM Rate=estimation de la survie sans récidive selon la méthode de Kaplan-Meier au moment considéré

Discussion :

Constat général

Peu d'études existent actuellement sur le sujet. Même si certains essais thérapeutiques randomisés(5,6,7,8,11) ont déjà montré l'intérêt de ce type de prise en charge, le centre Ressource® est le premier en France, et l'un des premiers au monde à proposer une intervention psychosociale structurée accessible à tous types de patients atteints de cancer et sans conditions financières.

Le premier constat à tirer des résultats de cette étude, est avant tout que cette intervention psychosociale ne semble pas délétère, que ce soit en terme de survie ou de qualité de vie. Il n'est pas inutile de l'affirmer car en effet, il pourrait paraître risqué d'intégrer un patient fragile dans une psychothérapie de groupe pour une durée d'un an, sachant que plusieurs décès risquent de survenir au sein même du groupe (ceci est particulièrement vrai pour les patients en situation métastatique). Ainsi, ceci doit permettre de rassurer le professionnel de santé qui penserait qu'une thérapie de groupe de patients atteints de cancer peut être préjudiciable d'une part, et d'autre part d'apaiser les angoisses des patients quant à leur capacité à supporter la perte d'un membre du groupe avec qui des liens forts s'établissent. L'expérience montre qu'au contraire, les patients deviennent capables de faire d'autant plus face aux défis de leur existence grâce à un tel programme, et qu'ils continuent à se voir en dehors du PPACT(20,21). D'ailleurs, une des premières remarques effectuées par les patientes est qu'elles « sortent de l'isolement » grâce au programme.

En ce qui concerne la population sélectionnée dans l'étude, nous pouvons dire que le centre Ressource® et le PPACT attirent des femmes plutôt jeunes (moyenne d'âge au diagnostic de 52,1 ans contre 63 ans en moyenne en France en 2012 (22)). Il s'agit probablement de femmes ayant plus de facilité à se déplacer au centre, mais aussi davantage en détresse car plus touchées dans leurs multiples dimensions: professionnelles, familiales, couple, plus souvent traitées par des chimiothérapies ((23) effets secondaires, préménopauses chimio-induites, etc).

Qualité de vie

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact du PPACT sur la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude randomisée, on peut ici affirmer que le PPACT -sous-entendu un programme structuré associant apprentissage de techniques cognitivo-comportementales et psychothérapie de groupe type soutien-expression- semble améliorer la qualité de vie de ces patientes. Ceci est vrai à la fois au niveau psychique, puisque les scores de l'échelle HADS® s'amélioraient significativement, et au niveau de leur bien être quotidien puisque les scores fonctionnels de l'échelle EORTC QLQC30® s'amélioraient de façon statistiquement significative. Si pour les patientes en situation adjuvante, il paraît logique d'observer une amélioration de la qualité de vie à distance du diagnostic (qui pourrait être purement liée au temps), on s'attendrait à l'évolution inverse pour les patientes en situation métastatique qui voient normalement leur qualité de vie décliner au fur et à mesure des mois (24) (altération de l'état général, accumulation des cures et hospitalisations, effets secondaires des traitements anticancéreux...), d'autant plus qu'elles entraient dans le programme en moyenne 22,9 mois après le diagnostic d'évolution métastatique. Le PPACT a donc bien un impact positif.

En ce qui concerne la partie symptomatique de l'échelle EORTC QLQC30®, un manque de puissance a pu être responsable de chiffres non statistiquement significatifs sur des symptômes qui sont spécifiquement travaillés dans le programme (comme l'insomnie ou les troubles cognitifs) contrairement à des symptômes très spécifiques des effets secondaires des thérapies anticancéreuses (constipation, diarrhées, nausées/vomissements) qui dépendent plus de programmes d'éducation thérapeutique à réaliser dans les services de soins hospitaliers. L'hypothèse du manque de puissance est soutenue par le fait que certains

symptômes s'améliorent dans l'évaluation de toutes les patientes atteintes de cancer du sein, mais pas dans les analyses en sous-groupes adjuvants ou métastatiques.

Les éléments pouvant pondérer ces conclusions sont d'une part de ne pas avoir eu recours à la randomisation, d'autre part qu'il existe un probable biais de sélection pour les patientes incluses dans l'étude. En effet, ces patientes devaient être capable de se déplacer ou bénéficier d'une personne pouvant les emmener au centre, avoir un état général suffisamment bon pour participer (score OMS inférieur ou égal à deux) et bien entendu, être en demande et assez motivées pour s'engager et durer dans un programme d'un an (ce qui serait aussi le cas de patients participants à des essais thérapeutiques). De même, comme les questionnaires non remplis en totalité ne pouvaient être inclus (bien que le nombre soit minime), ils pouvaient correspondre à des patientes présentant une moins bonne qualité de vie ou se sentant moins concernées par la prise en charge. Cependant, ceci suggère que les patientes les plus motivées sont susceptibles d'obtenir le meilleur effet sur leur qualité de vie.

Le fait que les scores de l'échelle symptomatique EORTC QLQC30® ne s'améliorent pas significativement va également dans le sens qu'une intervention psychosociale ne se substitue pas aux soins de supports dont le but est de traiter les effets secondaires des traitements anticancéreux. Le but principal reste ici le bien-être, même si le PPACT inclus des outils de gestion du stress et de la douleur (apprentissage de l'autohypnose notamment).

Pour en revenir à l'échelle HADS®, afin de présenter les résultats de façon cliniquement pertinente, 48% des patientes en situation métastatique présentaient un score d'anxiété sévère (c'est à dire supérieur à 11 donc pathologique) au départ de l'étude, ce chiffre étant passé à 20% à l'issue du PPACT. De même, 8,7% des patientes en situation métastatique étaient initialement dépressives, contre aucune à terme. Dans le groupe adjuvant, le chiffre initial de dépression était également de 8,7%, contre 2,4% en fin de programme. L'amélioration de la qualité de vie était donc non seulement statistiquement significative mais aussi cliniquement perceptible.

Survie

En ce qui concerne la survie globale et survie sans récurrence, les deux tableaux ci-dessous récapitulent les résultats obtenus par rapport aux données récentes de la littérature.

Table de survie attendue pour cancer du sein en situation métastatique	Survie attendue avec traitement standard (18) Delaloge S et al. ASCO 2017-Abs 1078	Survie observée avec traitement standard + PPACT
Cancer du sein métastatique RH+/HER2-	50% à 44 mois	92% à 48 mois
Cancer du sein métastatique HER2+	50% entre 50 à 60 mois	Non interprétable, un décès sur 10 observé à 60 mois de suivi contre 5 attendus.
Cancer du sein métastatique RH-/HER2-	50% à 15 mois	50% à 36,1 mois

Tableau de survie sans récurrence attendue pour cancer du sein en situation adjuvante	Taux de survie sans récurrence attendue à 10 ans avec traitement standard (25) International Breast Cancer Study Group (2013)	Taux de survie sans récurrence estimé à 10 ans avec traitement standard + PPACT
Cancer du sein adjuvant RH+/HER2-	76 à 86%	86,5 %
Cancer du sein adjuvant HER2+	73 %	83,3 % à 8 ans (pas assez d'évènements pour extrapoler à 10 ans)
Cancer du sein adjuvant RH-/HER2-	71 %	73,4 %

Cette étude est non-interventionnelle et non randomisée, elle ne permet donc que de suggérer l'effet sur la survie. Néanmoins, les chiffres intriguent et pourraient permettre de dire que le patient garde un certain pouvoir d'agir, et que le discours à tenir lors de l'annonce d'un cancer ne doit pas être « de toute façon, vous ne pouvez rien y faire » mais plutôt « en devenant acteur de votre prise en charge, vous pouvez vous placer dans les meilleures conditions pour permettre à la stratégie thérapeutique d'obtenir ses effets optimaux ».

Pour les patientes en situation métastatique, la survie globale constatée ici est cohérente avec les études menées par David Spiegel(5,6) et Barbara Andersen(7) qui montraient un doublement du temps de survie dans le groupe PGSE par rapport au groupe contrôle. Les résultats retrouvés dans notre étude ont pu être améliorés par un biais de sélection d'une part lié aux critères d'inclusion (score OMS inférieur ou égal à deux), d'autre part à une autosélection des patientes liée à la méthode elle-même, celles participant au PPACT étant les plus motivées et volontaires pour s'impliquer dans leur prise en charge, notamment à travers une intervention psychosociale d'un an. Puisque qu'il s'agit d'une étude de cohorte, les chiffres de survie ne peuvent pas être interprétés comme une règle, mais suggèrent fortement un effet du programme sur la survie globale des patientes les plus engagées dans une démarche volontaire à travers l'amélioration de la qualité de vie, mais aussi une réaction en cascade d'évènements synergiques sur différents facteurs contribuant à la prise en charge qui seront répertoriés plus bas (voir tableau «Grands mécanismes expliquant les bénéfices thérapeutiques de l'accompagnement thérapeutique»). Dans le groupe RH-/HER2-, la survie globale constatée est cohérente avec l'étude menée en 2007 par David Spiegel(6) qui retrouvait un temps de survie doublé chez ces patientes par rapport au groupe contrôle sans PGSE. La survie globale est plus courte dans ce groupe histologique car il s'agit de la forme de plus mauvais pronostic car difficile à traiter en raison d'une résistance aux traitements anticancéreux. Il est intéressant de constater que ce sont précisément ces patientes qui bénéficient le plus de l'intervention psychosociale du point de vue de leur survie.

Pour les données de survie sans récurrence, nous n'observons pas de différence significative par rapport aux données de la littérature sur des groupes au pronostic similaire. L'étude menée par Barbara Andersen en 2008 (7) montrait une diminution des récurrences de moitié ainsi qu'une diminution d'environ 60% de la mortalité après récurrence pour les patientes en situation adjuvante ayant bénéficié d'un programme de soutien psychosocial d'un an. Les résultats de la présente étude ne sont pas aussi spectaculaires, un manque de puissance a pu être à l'origine de la non significativité, et d'autre part un faible recul de temps. Le délai de suivi semble en effet trop court pour conclure à une amélioration significative et devra être réévalué avec au moins cinq an de suivi médian.

Les données de survie globale ou sans récurrence suggèrent néanmoins que le PPACT n'est pas délétère en terme de survie, et aussi qu'un temps de survie prolongé même en situation métastatique reste possible et ne serait pas une exception, et peut-être favorisé par une intervention psycho-sociale structurée dont il est intéressant d'évoquer les mécanismes en cause.

Grands mécanismes expliquant les bénéfices thérapeutiques de l'accompagnement thérapeutique:

Grands mécanismes expliquant les bénéfices thérapeutiques de l'accompagnement thérapeutique	Documentation scientifique
Amélioration de la compliance aux traitements anticancéreux	Andersen et al 2009 (13) Andersen et al 2004 (26) Andersen et al 2010 (27)
Amélioration des comportements de santé : - Arrêt tabac / alcool - Amélioration alimentaire - Amélioration activité physique - Meilleures habitudes de vie : sommeil, travail...	Andersen et al 2009 (13) Andersen et al 2004 (26) Andersen et al 2010 (27)
Gestion du stress : - Immunité adaptative - Biologie du stress - Rythmes circadiens, sommeil...	-Steel et al 2007 (28) - Carlson et al 2015 (29), Antonovana et al 2008 (30), Von Ah D et al 2007 (31) - Zeitzer et al 2016 (32)
Amélioration du réseau social et rupture de l'isolement	- Hunter et al 2017 (33,34)

Conclusion

Pour conclure, nous insisterons sur la nécessité de garder en vue l'objectif premier de ce type d'intervention qui était de reproduire les travaux de B.Andersen et D.Spiegel dans la vraie vie, d'intégrer ce soutien psychosocial dans une structure à la disposition de tous les malades du cancer quelque soit le type et le stade, et de vérifier l'amélioration de la qualité de vie des patients. L'amélioration de la survie est une sorte « d'effet secondaire » de la prise en charge. L'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux reste un défi pour la médecine actuelle, ce d'autant plus que la maladie cancéreuse se chronicise et qu'il devient de plus en plus essentiel de proposer une « qualité de survie ». Ce travail ouvre de nouvelles perspectives dans ce domaine. L'objectif n'est pas des moindres puisqu'il s'agit de permettre aux patients de donner un sens à ce qu'ils vivent, d'aller du « pourquoi » vers le « pour quoi ». Le débat ne doit pas être de savoir si une prise en charge psychosociale structurée permet ou non d'améliorer la survie. Certaines études(5,6,7) ont déjà démontré que c'était le cas, et qu'elle place le malade dans les meilleures dispositions pour les meilleurs résultats. Il ne faut donc pas se tromper de but, car bien souvent, les patients se retrouvent confrontés à la question de savoir s'il vaut la peine de suivre un traitement oncologique, et dans quelles conditions ceci leur ferait vivre leurs derniers mois ou leurs dernières années. C'est à cette détresse que doit répondre l'intervention psychosociale, afin de permettre aux patients de faire face à leur défis existentiels dans les meilleures conditions pour rajouter de la vie, du sens, de la présence aux années qui leur restent à vivre.

La prise en charge oncologique hospitalière traite la maladie.

Les soins de supports traitent les symptômes et effets secondaires des traitements anticancéreux.

Et l'intervention psycho-sociale se concentre sur le patient et ses proches et les aide à mieux faire face à la maladie et aux traitements.

Si le patient et ses proches vont mieux, son corps se trouve dans les meilleures conditions pour recevoir le traitement et combattre la maladie, avec de meilleurs résultats sur le cancer.

Donc, comment est-il possible en 2018 de ne pas mettre à profit toutes ces ressources dans une vision intégrative de la prise en charge oncologique, et probablement pour toute maladie chronique grave ?

Une patiente demanda un jour au Professeur David Spiegel, pionnier fondateur de la PGSE à l'université de Stanford, si le fait de participer à la PGSE lui permettrait de vivre plus longtemps. Il répondit « Je ne sais pas. Mais en suivant la PGSE, cela vous aide à mieux vivre, et en vivant mieux, vous vivez plus longtemps. »

« Beaucoup cherchent à vivre longtemps, bien peu cherchent à bien vivre. » Sénèque

« L'Homme qui a le plus vécu n'est pas celui qui a compté le plus grand nombre d'années mais celui qui a le plus senti la vie. » Jean-Jacques Rousseau

Bibliographie

- 1- Joly F, Rigal O, Noal S, Giffard B. Cognitive dysfunction and cancer : what consequences in terms of disease management? *Psychooncology* 2011;20:1251–1258.
- 2- Janelins MC, Heckler CE, Peppone LJ, Kamen C, Mustian KM, Mohile SG et al. Cognitive complaints in survivors of breast cancer after chemotherapy compared with aged-matched controls: an analysis from a nationwide, multi center, prospective, longitudinal study. *J Clin Oncol* 2017;35:506-514.
- 3- Bray VJ, Dillon HM, Bell ML, Kabourakis M, Fiero MH, Yip D, et al. Evaluation of a Web-Based Cognitive Rehabilitation Program in Cancer Survivors Reporting Cognitive Symptoms After Chemotherapy : *J Clin Oncol* 2017;35:217-225.
- 4- Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Hellerhoff K, et al. Clinically assessed post traumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psychooncology* 2017;26:74-80.
- 5- Spiegel D, Kraemer H, Bloom J, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.
- 6- Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, et al. Effects of Supportive-Expressive Group Therapy on Survival of Patients With Metastatic Breast Cancer A Randomized Prospective Trial. *Cancer* 2007;110:1130-8.
- 7- Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer* 2008;113:3450-8.
- 8- Stagel JL, Lechner SC, Carver CS, Bouchard LC, Gudenkauf LM, Jutagir DR, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral stress management in breast cancer: survival and recurrence at 11-year follow-up. *Breast Cancer Res Treat* 2015;154:319-28.
- 9- Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KM, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer : a secondary analysis. *J Clin Oncol* 2011;29:413-20.
- 10- Fawzy F.I, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant Melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:681-689.
- 11- Ornish D, Weidner G, Fair WR, Marlin R, Pettengill EB, Raisin CJ, et al. Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *J Urol* 2005;174:1065-1070.
- 12- Bami C, Jonevin N, Bouché O, Dubroeuq O, Neuve Eglise A, Curé H. La cancérologie intégrative. *Onko+* 2013;5(38):61-70.French.
- 13- Andersen BL, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thiel DL. Biobehavioral Intervention for Cancer Stress: Conceptualization, Components, and Intervention Strategies. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009;16(3):253–265.
- 14- Mouysset, Jean-Loup. La psychothérapie de groupe type soutien-expression: vers une nouvelle approche de l'accompagnement thérapeutique en oncologie. 104p. Thèse: Doctorat

en médecine DES d'oncologie médicale: Université de la méditerranée, faculté de médecine de Marseille: 1999.

15- Yalom ID, Greaves C. Group therapy with terminally ill. *Am J Psychiatry* 1977;134:396-400.

16- Groenvold M, Klee MC, Sprangers MA, Aronson NK. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol* 1997;50:441-50.

17- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.

18- Delalogue S, Ezzalfani M, Dieras V, Bachelot TD, Debled M, Jacot W. Evolution of overall survival according to year of diagnosis (2008-2014) and subtypes, among 16703 metastatic breast cancer (MBC) patients included in the real-life "ESME" cohort. *J Clin Oncol* 2017;35:50.(ASCO® Annual meeting proceedings 2017- Abs 1078).

19- Diéras V, Tresca P, Le Tourneau C, Salomon AV, Pierga JY. Cancer du sein triple négatifs. *La Lettre du Cancérologue* 2010;20(6):349-390.French.

20- Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983;45:333-339.

21- Hamama-Raz Y, Pat-Horenczyk R, Perry S, Ziv Y, Bar-Levav R, Stemmer SM. The Effectiveness of Group Intervention on Enhancing Cognitive Emotion Regulation Strategies in Breast Cancer Patients:A 2-Year Follow-up. *Integrative Cancer Therapies* 2016; 15:175-182.

22- Cancers du sein. Les cancers en France, édition 2016. 2017:65. French.

23- Anders CK, Jonhson R, Litton J, Philipps M, Bleyer A. Breast cancer before age forty years. *Semin Oncol* 2009;36:237-249.

24- Meisel JL, Domchek SM, Vonderheide RH, Giobbie-Hurder A, Lin NU, Winer EP, et al. Quality of Life in Long-Term Survivors of Metastatic Breast Cancer. *Clinical Breast Cancer* 2012; 12(2):119-126.

25- Metzger-Filho O, Sun Z, Viale G, Price KN, Crivellari D, Snyder RD, et al. Patterns of recurrence and outcome according to breast cancer subtypes in lymph node-negative disease: results from international breast cancer study group trials VIII and IX. *J Clin Oncol* 2013; 31:3083-3090.

26- Andersen BL, Farrar BW, Golden-Kreutz DM, Glaser R, Emery CF, Crespin TR, et al. Psychological, Behavioral, and Immune Changes After a Psychological Intervention : A Clinical Trial. *J Clin Oncol* 2004;22:3570-3580.

27- Andersen BL, Thornton LM, Shapiro CL, Farrar WB, Mundy BL, Yang HC, et al. Biobehavioral, Immune, and Health Benefits following Recurrence for Psychological Intervention Participants. *Clin Cancer Res* 2010;16:3270-3278.

28- Steel JL, Geller DA, Gamblin TC, Olek MC, Carr BI. Depression, Immunity, and Survival in Patients With Hepatobiliary Carcinoma. *J Clin Oncol* 2007;25:2397-405.

29- Carlson LE, Beattie TL, Giese-Davis J, Faris P, Tamagawa R, Fick LJ, et al. Mindfulness-Based Cancer Recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. *Cancer* 2015;121:476-84.

30- Antonovana L, Mueller CR. Hydrocortisone down-regulates the tumor suppressor gene BRCA1 in mammary cells: a possible molecular link between stress and breast cancer. *Genes Chromosomes Cancer* 2008;47:341-52.

31- Von Ah D, Kang DH, Carpenter JS. Stress, optimism and social support : impact on immune responses in breast cancer. *Res Nurs Health* 2007;30:72-83.

32- Zeitzer JM, Nouriani B, Rissling MB, Sledge GW, Kaplan KA , Aasly L et al. Aberrant nocturnal cortisol and disease progression in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2016;158:43–50.

33- Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 1. Impact of physical activity and symptom management interventions. *Am J Occup Ther* 2017;71(2 Pt1) 7102100030p1-7102100030p11.

34- Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *Am J Occup Ther*. 2017 ; 71(2 Pt 2):7102100040p1-7102100040p8.

Résumé :

Introduction: Actuellement, rares sont les centres offrant aux patients atteints de cancer la possibilité d'une prise en charge globale centrée sur la personne. Le programme PPACT du centre Ressource® est une intervention structurée de soutien psychosocial d'une durée d'un an associant l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales et une psychothérapie de groupe type soutien-expression. L'objectif principal de l'étude était de mesurer la qualité de vie des femmes participant au programme, l'objectif secondaire de mesurer leur survie.

Méthodes: une étude de cohorte rétrospective multicentrique a été réalisée sur les patientes atteintes de cancer du sein ayant participé au programme PPACT du centre Ressource® d'Aix-en-Provence ou de Montélimar entre janvier 2012 et juin 2016. Leur qualité de vie était évaluée au départ du programme, à 6 mois puis à 12 mois grâce aux questionnaires validés HADS et EORTC QLQC30. Les informations sur la survie étaient recueillies auprès de leur oncologue référent.

Résultats : 102 patientes présentant un cancer du sein au stade adjuvant et 27 en situation métastatique ont participé. Dans les deux groupes, les scores HADS et les scores « fonctionnels » de l'EORTC QLQC30 s'amélioraient significativement. La survie globale et sans récurrence étaient jusqu'à deux fois supérieures à celles retrouvées dans la littérature.

Discussion: La qualité de vie des patientes intégrées au programme PPACT était significativement améliorée après un an. Le programme n'était pas dédié à la gestion des effets secondaires des traitements, contrairement aux soins de support, mais permettait de mieux faire face à la maladie en ajoutant de la vie aux années gagnées. Il pourrait améliorer la survie et justifierait la réalisation d'essais contrôlés randomisés.

Annexes

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3

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

Vos initiales :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4

Les quinze dimensions explorées par le questionnaire sont :

- l'état de santé global / qualité de vie globale: items 29 et 30 :
- les échelles fonctionnelles :
 - °fonctionnement physique: items 1 à 5.
 - °remplir son rôle: items 6 et 7.
 - °fonctionnement émotionnel: items 21 à 24.
 - °fonctionnement cognitif: items 20 et 25.
 - °fonctionnement social: items 26 et 27.
- les échelles symptomatiques:
 - °fatigue: items 10, 12 et 18.
 - °nausées et vomissements: items 14 et 15.
 - °douleur: items 9 et 19.
 - °dyspnée: item 8.
 - °insomnie: item 11.
 - °perte d'appétit: item 13.
 - °constipation: item 16.
 - °diarrhée: item 17.
 - °difficultés financières: item 28.

Chacune de ces quinze dimensions rentrent dans un calcul donnant un score standardisé de 0 à 100 (calcul du score moyen de la dimension en réalisant les moyennes des scores des items de la dimension, puis utilisation d'une méthode de transformation linéaire pour standardiser les scores moyens de 0 à 100).

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.