



HAL
open science

Évaluation d'une intervention psycho-sociale (Programme PPACT Ressource®) sur la qualité de vie des patients atteints de cancer

Pierre Caillat

► **To cite this version:**

Pierre Caillat. Évaluation d'une intervention psycho-sociale (Programme PPACT Ressource®) sur la qualité de vie des patients atteints de cancer. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02436957

HAL Id: dumas-02436957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02436957>

Submitted on 13 Jan 2020

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.



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

EVALUATION D'UNE INTERVENTION PSYCHO-SOCIALE (PROGRAMME PPACT RESSOURCE®) SUR LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le 21 juin 2019

Par

Pierre CAILLAT

Né le 13 juillet 1988 à Lyon 8 (69)

DES Médecine Générale

JURY

Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Président du Jury

Monsieur le Docteur David DARMON

Assesseur

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Assesseur

Monsieur le Docteur Jean-Loup MOUYSET

Directeur de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr DELLAMONICA jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

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

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
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)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
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-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
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 enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
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.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
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.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LÉVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
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)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 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	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
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.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
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)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
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	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	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
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)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
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 enseignants au 1er septembre 2018 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

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
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. DAR COURT 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
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury Pr Baque, Pr Gardon et Dr Darmon :

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Votre engagement pour la médecine et ses étudiants est exemplaire. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, le Docteur Jean-Loup Mouysset :

Ta vision de la médecine m'a profondément touché. A travers ce travail mené ensemble j'ai acquis une expérience inestimable pour mon futur en tant qu'homme et médecin. Sois assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A l'ensemble des intervenants et patients du Centre Ressource

Aux médecins et équipes qui ont marqué mon parcours :

Aux équipes du Dr Banaigs et Dr Lee du Centre Helio Marin de Vallauris.

A l'équipe des urgences et aux Dr Wolter, Dr Garcia, Dr Zyla et Dr Gire du CHI de Fréjus.

Au Dr Schweitzer, médecin généraliste à Nice.

A l'équipe du C0 et au Dr Brunshwig de l'Hôpital de Cimiez.

A l'équipe du A2 et au Dr Laporte et Dr Hang de l'Hôpital privé gériatrique Les Sources.

Mon parcours d'interne s'est enrichi grâce à votre compétence, votre humanité et votre sagesse.

Aux co-internes qui m'ont aidé à traverser l'internat, merci infiniment.

Aux amis :

Audrey, Nico, Marine, Alex, Romain, Guérande, Mathieu, Gwendo, Xav, Jojo, PJ, Claire, Bérengère et Gauthier : vous incarnez la bonne idée d'être venu à Nice et la raison pour laquelle on aura toujours plaisir à y revenir.

Alice, Romain, Fiona, Pauline, Elsa et Matthieu : heureux de vous avoir retrouvé comme si on n'était jamais parti.

Antonin, Mélanie, Matthieu, Angélique, Clément, Alex, Kev et Emilie : à ces amis indispensables, auprès desquels j'ai grandi et me suis construits à grands coups de fous rires.

A ma belle-famille :

Marie-Joëlle, Marc, Pierre, Julie, Christian, Janine et Henriette, quel plaisir de faire partie des

vôtres et de partager tous ces bons moments ensemble.

A ma famille :

A l'exceptionnelle empathie de ma mère, au temps et à l'affection intelligente qu'elle m'a donné, sans compter les nombreux fous-rire.

A la présence singulièrement vigilante et stimulante de mon père.

A l'exemplarité du roc fragile qu'est ma sœur.

A la complicité et la force tranquille de mon frère.

Au rayon de soleil, Léonie.

A ton éternelle gentillesse, mamie et la fierté d'être ton homonyme, papi.

Aux « jurassiens » et « parisiens » qui transforment chaque réunion de famille en fête.

A Maria et Ginou.

A Cécile,

A cette infatigable histoire qui s'embellit de jour en jour. Fier de notre passé, heureux de notre présent et impatient de notre futur. Tu es tout pour moi. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	10
TABLE DES MATIERES	12
RESUME	13
INTRODUCTION	14
CONTEXTE	14
LE CENTRE RESSOURCE®	15
LE PROGRAMME PERSONNALISE D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE (PPACT)	16
OBJECTIFS DE L'ETUDE	17
MATERIEL ET METHODES	17
DESIGN DE L'ETUDE	17
EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE	18
EVALUATION DE LA SURVIE	19
RESULTATS	20
DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE	20
QUALITE DE VIE	20
<i>Patients tous cancers</i>	20
<i>Patients cancers adjuvants</i>	23
<i>Patients cancers métastatiques</i>	25
ETUDE DE LA SURVIE	27
<i>Décès</i>	27
<i>Récidives</i>	27
<i>Description de la survie</i>	28
DISCUSSION	28
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	39
RESUME DE L'ARTICLE SOUMIS EN ANGLAIS	60
SERMENT D'HIPPOCRATE	62

RESUME

Evaluation d'une intervention psycho-sociale (programme PPACT du centre Ressource®) sur la qualité de vie des patients atteints de cancer.

Introduction : Le centre Ressource® d'Aix-en-Provence développe son programme personnalisé d'Accompagnement Thérapeutique (PPACT) d'un an reposant à la fois sur des interventions cognitivo-comportementales et une psychothérapie de groupe de type soutien-expression. L'objectif principal de cette étude était de mesurer la qualité de vie des patients atteints de cancer ayant participé au PPACT, l'objectif secondaire était d'observer la survie.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle d'une cohorte multicentrique de patients atteints de cancer ayant participé au PPACT des centres Ressource® d'Aix-en-Provence et Montélimar avec une évaluation prospective de la qualité de vie et un recueil rétrospectif de la survie sans récurrence et globale. Pour l'évaluation de la qualité de vie, deux questionnaires (EORTC QLQC30® et HADS®) étaient remis aux patients le jour de leur entrée dans le PPACT puis à 6 mois et 12 mois. Les données sur la survie étaient recueillies auprès de leur oncologue référent, les critères d'évaluation choisis étaient la survie globale et la survie sans récurrence.

Résultats : 210 patients ont pu être inclus dans l'étude de qualité de vie et 316 pour l'étude de survie. Une amélioration des scores aux deux questionnaires était retrouvée à la fin du PPACT avec une significativité pour la plupart des items, surtout dans le groupe des patients adjuvants. Pour ces patients, la survie globale à 5 ans était de 94,2%, la survie sans récurrence de 83,3% à 5 ans et 66,6% à 10 ans. Pour le groupe métastatique, la survie globale était de 54,5% à 5 ans.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence la faisabilité d'un projet de soins proposant un accompagnement psycho-social structuré combinant deux approches psychothérapeutiques reconnues (intervention cognitivo-comportementale et psychothérapie de type soutien-expression), dans une structure indépendante de la prise en charge initiale et sans condition financière. La qualité de vie des patients ayant suivi le PPACT s'améliore de manière significative. La transition de la pathologie cancéreuse vers une maladie chronique fait de la qualité de vie de ces patients un enjeu majeur dans le domaine de l'oncologie. Et ce d'autant plus que la méta-analyse de *Mirosevic et al* (décembre 2018) retrouve une amélioration de 29% de la survie des patients en cas d'intervention psycho-sociale structurée efficace.

INTRODUCTION

Contexte

Avec près d'un décès sur six dans le monde, le cancer constitue la deuxième cause de décès après la malnutrition (1,2). En France il représente la première cause de mortalité devant les maladies cardio-vasculaires, avec plus de 1000 annonces diagnostiques et plus de 400 décès quotidiens (1). Depuis plusieurs années, on observe une amélioration de la survie pour la plupart des cancers en France (3). Certains cancers semblent s'apparenter de plus en plus à des maladies chroniques. Malgré cette amélioration, l'annonce d'un diagnostic de cancer reste un véritable bouleversement dans la vie d'un patient. Le cancer va apporter de multiples facteurs de stress sur le plan physique (symptômes multiples liés au cancer, effets secondaires des traitements), sur le plan psychique (affrontement du diagnostic/pronostic, anxiété et syndrome dépressif, questionnement existentiel sur la vie et la mortalité) et aussi sur le plan socio-familial (difficultés professionnelles, financières, changement de la dynamique de couple et du rôle familial) (4). Tous ces facteurs participent à la dégradation de la qualité de vie physique et psychique des patients, au point même de retrouver dans la littérature une diminution des capacités cognitives voire même des symptômes de stress post-traumatique chez les patients (5–8). Face à de tels bouleversements, améliorer la qualité de vie des patients devient un défi majeur en oncologie afin de donner du sens à cette survie qui s'allonge.

Deux types d'approche ont confirmé leur intérêt dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Une approche cognitivo-comportementale, telle que celles développées par Andersen (9), Stagl (10) ou Ornish (11), pour les patients en situation adjuvante (situation où les traitements reçus par le patient visent à prévenir un risque de récurrence locale ou de métastases), et une approche psychothérapeutique de type soutien-expression, en particulier pour ceux en situation métastatique (11–17). Chacune de ces approches a montré à la fois une amélioration de la qualité de vie avec des effets bénéfiques plusieurs années après l'intervention, ainsi qu'une amélioration de la survie des patients et/ou des modifications biologiques importantes pouvant améliorer l'évolution de la pathologie cancéreuse (10,12,13,18). Une méta-analyse récente, impliquant 2439 patients sur 12 essais cliniques randomisés, a montré un bénéfice significatif, en terme de survie, d'une psychothérapie de soutien intensive pour les patients atteints de cancer (19). Ces éléments nous suggèrent l'intérêt

d'un accompagnement thérapeutique psychologique en complément de la prise en charge biomédicale afin d'améliorer la qualité de vie, voire même la quantité de vie, des patients en situation de cancer.

Le centre Ressource® d'Aix-en-Provence s'appuie sur ce constat pour développer son programme dédié aux patients atteints de cancer : Un programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique d'un an reposant à la fois sur des interventions cognitivo-comportementales et une psychothérapie de groupe de type soutien-expression.

Le Centre Ressource®

Le centre Ressource® d'Aix-en-Provence correspond à une association à but non lucratif existant depuis le 1er 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 groupe 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) sont en revanche, soit salariés soit vacataires. Deux types de soutien sont proposés au centre Ressource® : le mieux-être, où le patient choisit lui-même les activités de groupe ou individuelles auxquelles 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, adulte et enfant, pendant et après les traitements, quel que soit le lieu de prise en charge initial (hôpital ou clinique) sans condition financière. Il s'agit d'un espace indépendant 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 nombreuses activités sont proposées par les professionnels : 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. L'adhésion au Centre est en fait une participation libre aux frais du

centre et les soins de mieux-être ne sont pas facturés. Depuis sa création, la structure était financée à 90% par des fonds privés. Depuis mars 2018 des fonds publics participent à hauteur de 15%.

Le programme personnalisé d'Accompagnement Thérapeutique (PPACT)

Le PPACT se déroule en groupes 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. Le contenu des séances de groupe est détaillé dans l'annexe 1. 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 des groupes A est de rester en rémission et d'avoir une meilleure qualité de vie, ils font donc essentiellement face à la peur de la récurrence. Le but des groupes B est de rester en vie, ils font donc principalement face 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 (réduction de l'état général de plus de 50%) ou des patients ayant une contre-indication à la psychothérapie de groupe de type soutien-expression (trouble psychiatrique sévère ou démence, profil psychologique incompatible avec un travail en groupe). Après cet entretien, certains patients en situation métastatique peuvent être inclus dans un groupe A pour des raisons médicales et psychologiques (avec une maladie bien contrôlée en rémission sans volonté de se confronter à la peur de la mort), 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 B. Il est important de signaler que ces groupes sont mixtes et indépendants de l'organe atteint.

Le rythme des séances est d'une demi-journée par semaine pendant 4 mois puis toutes les 2 semaines pendant 8 mois. La séance comprend :

Pendant deux heures : l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales (inspirées par les travaux du Dr Andersen de l'Université de l'Ohio (9), où cinq grands thèmes sont développés: la gestion du stress, la communication relationnelle, la nutrition, l'activité physique et 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 et demie : une psychothérapie de groupe de type soutien-expression (PGSE), telle que décrite par Dr Spiegel de l'Université de Stanford suite aux travaux du Pr Irwin Yalom (20–22). Les objectifs seront 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 ainsi que la relation médecin-malade, d'appivoiser la peur de la mort et d'établir un projet de vie.

Objectifs de l'étude

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

L'objectif secondaire était d'observer la survie globale et la survie sans récurrence de ces patients.

Cette étude s'inscrit dans la suite du travail de thèse d'Emmanuel KINNÉ soutenue à Nice le 19/04/2018 qui, en suivant les mêmes objectifs, s'était concentré sur la cohorte des patientes atteintes de cancer du sein.

MATERIEL ET METHODES

Design de l'étude

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

Les critères d'inclusion étaient d'être un adulte atteint de cancer ayant participé au programme entre janvier 2012 (premier groupe de PPACT inclus) et juin 2016 (dernier groupe inclus).

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

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.

Au niveau réglementaire, le centre a reçu un avis favorable de la CNIL (déclaration n° 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 (J1, 6 mois et 12 mois) sans échange verbal.

Evaluation de la qualité de vie

Pour l'évaluation de la qualité de vie, deux questionnaires étaient remis aux patients le jour de leur entrée dans le PPACT puis à 6 mois et 12 mois, par le professionnel référent du groupe. Ils étaient remplis en début de séance.

Les deux questionnaires utilisés étaient l'EORTC QLQC30® et le HADS® (annexes 2 et 3).

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 (23). Il est composé d'échelles à plusieurs items et de mesures à un seul item. Celles-ci incluent cinq échelles fonctionnelles, d'échelles de symptômes, d'une mesure d'état de santé globale ou qualité de vie globale et dix items simples, le tout classé en quinze dimensions. Un score élevé pour une échelle fonctionnelle ou un état de santé global représentait une bonne qualité de vie. Un score élevé pour une échelle de symptômes 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 (24) 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, les scores d'anxiété et de dépression variant 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 (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 des tests initiaux à J1 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 la survie

Concernant l'étude de survie, différentes données ont été recueillies par contact avec l'oncologue référent du patient (par téléphone ou courriel) : date de diagnostic, type histologique, date de récurrence et/ou décès le cas échéant. 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 patients en « situation adjuvante » correspondait au délai entre la date de diagnostic de cancer et la date de décès ou du dernier contact avec le patient. La survie globale des patients en « situation métastatique » correspondait au délai entre la date de diagnostic d'évolution métastatique et la date de décès ou de dernier contact avec le patient. La survie sans récurrence était définie comme le délai entre le diagnostic de cancer et la date de récurrence si elle était connue, sinon la date de dernier contact avant récurrence. Les durées de survie globale moyenne et survie sans récurrence moyenne 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.

Pour l'analyse de survie, la méthode utilisée était celle de Kaplan-Meier. Les données des patients sortis de l'analyse de qualité de vie par manque de questionnaire valide ont été conservées pour l'analyse de la survie. L'analyse statistique a été réalisée par le laboratoire Axiodis. L'étude était financée par le centre Ressource®.

RESULTATS

Description de la population de l'étude

Entre janvier 2012 et juillet 2017, 210 patients ayant participé au programme ont pu être inclus dans l'étude de qualité de vie et 316 patients pour l'analyse de survie.

Pour l'étude de la qualité de vie, 122 patients (58,1%) étaient en situation adjuvante et 88 (41,9%) en situation métastatique. L'âge moyen des patients était de 54,3 ans (52,3 dans le groupe adjuvant et 57 dans le groupe métastatique). Les patients étaient à plus de 85% des femmes (n=179) contre un peu moins de 15% des hommes (n=31). Cette disparité était plus importante dans le groupe des patients adjuvants avec 95% de femmes (n=116) que dans le groupe des patients métastatiques 71,6% de femmes (n=63). Concernant le statut social (vivre seul ou non), on observait 71,6% des patients (n=149) en couple au début du PPACT et 67,7% (n=105) à la fin du PPACT. (Annexe 4)

Le type de cancer le plus représenté était le cancer du sein avec 129 patientes concernées (61,7%) dont 102 en situation métastatique. Venaient ensuite le cancer colorectal avec 16 patients (7,7%) dont 13 en situation métastatique, le cancer du poumon avec 13 patients (6,2%) dont 12 en situation métastatique puis le cancer des ovaires avec 10 patientes (4,8%) dont 6 en situation métastatique (Annexe 5). La répartition des autres types de cancer est décrite dans l'annexe 5. L'âge moyen auquel le cancer avait été diagnostiqué était de 52,9 ans (+/- 10,3) et le délai moyen entre le diagnostic et le début du PPACT était de 16,6 mois (+/- 19,7) (Annexe 5).

Qualité de vie

Patients tous cancers

Concernant l'analyse de la qualité de vie de tous les patients, on observait au début du PPACT 44% de patients (n=84) avec des symptômes sévères d'anxiété (score>11) contre 14% (n=24) à la fin du PPACT. La proportion de patients ne présentant pas de symptômes d'anxiété (score<7) passait de 26% (n=49) au début du PPACT à 54% (n=90) en fin de PPACT. La proportion de patients présentant une symptomatologie modérée d'anxiété (score 8-10) restait

autour de 30% durant le PPACT. L'évolution était sensiblement identique pour les patients en situation adjuvante et ceux en situation métastatique (Annexe 6).

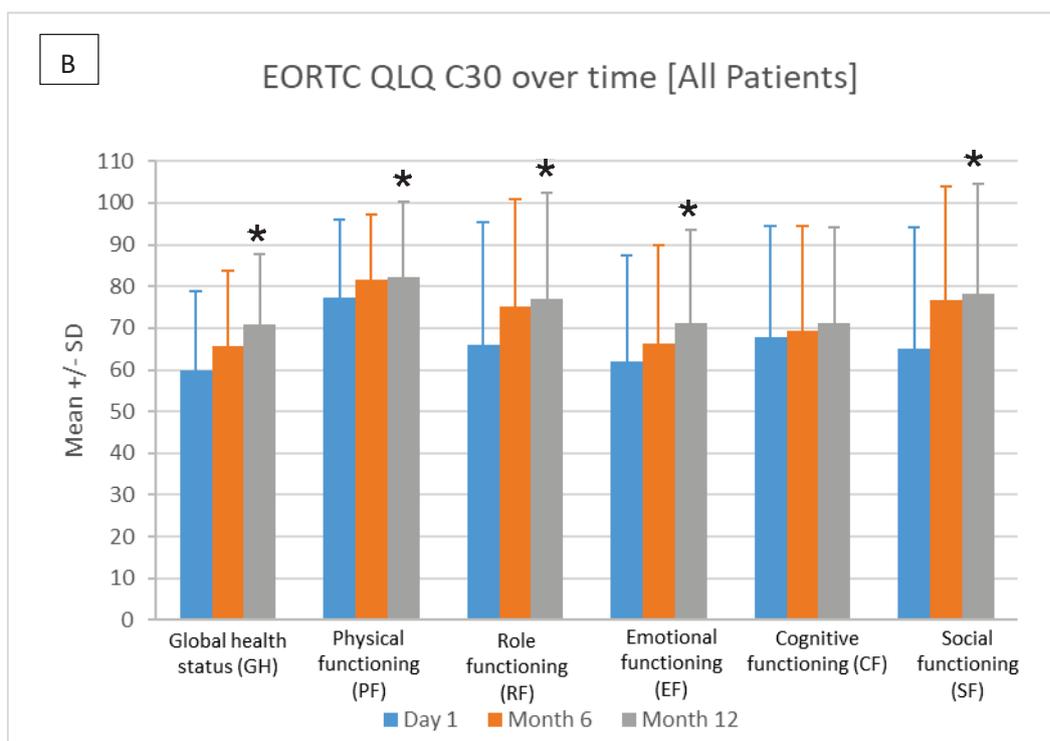
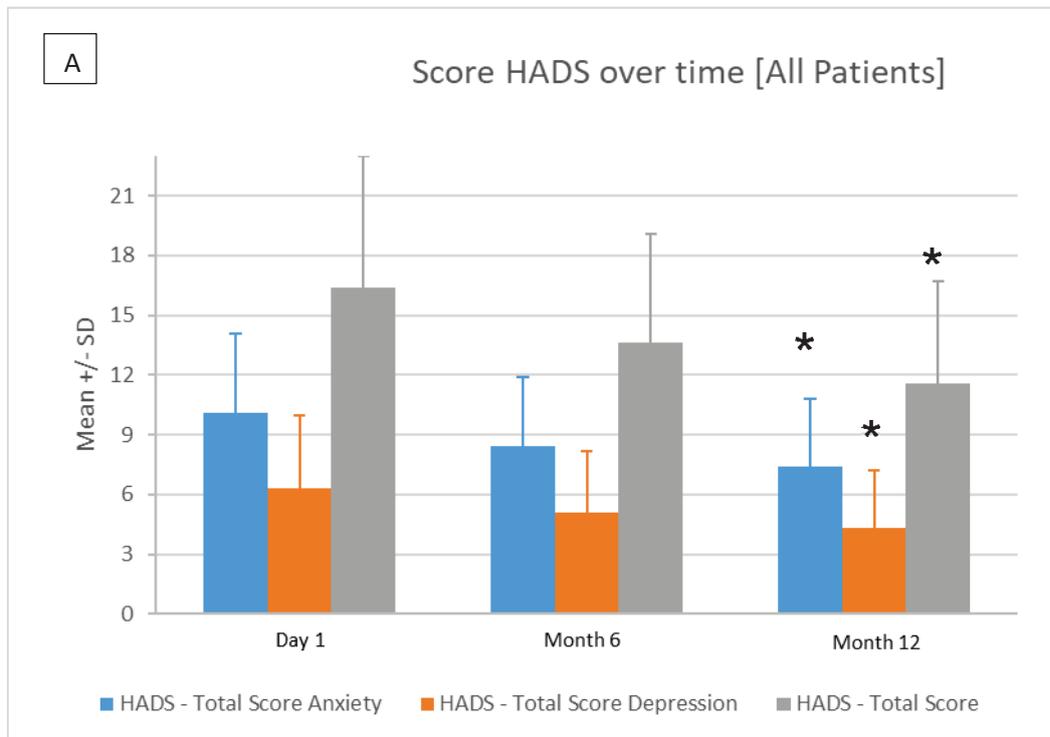
Au niveau des symptômes de dépression, on trouvait 15% de patients (n=28) avec des symptômes sévères en début de PPACT contre 3% (n=5) à la fin. La proportion de patients ne présentant pas de symptômes de dépression passait de 62% (n=117) en début de PPACT contre 85% (n=139) en fin de PPACT. La proportion de patients présentant une symptomatologie modérée de dépression passait de 23% (n=43) à 12% (n=20) du début à la fin du PPACT. Là aussi, l'évolution était sensiblement identique pour les patients en situation adjuvante et ceux en situation métastatique (Annexe 6).

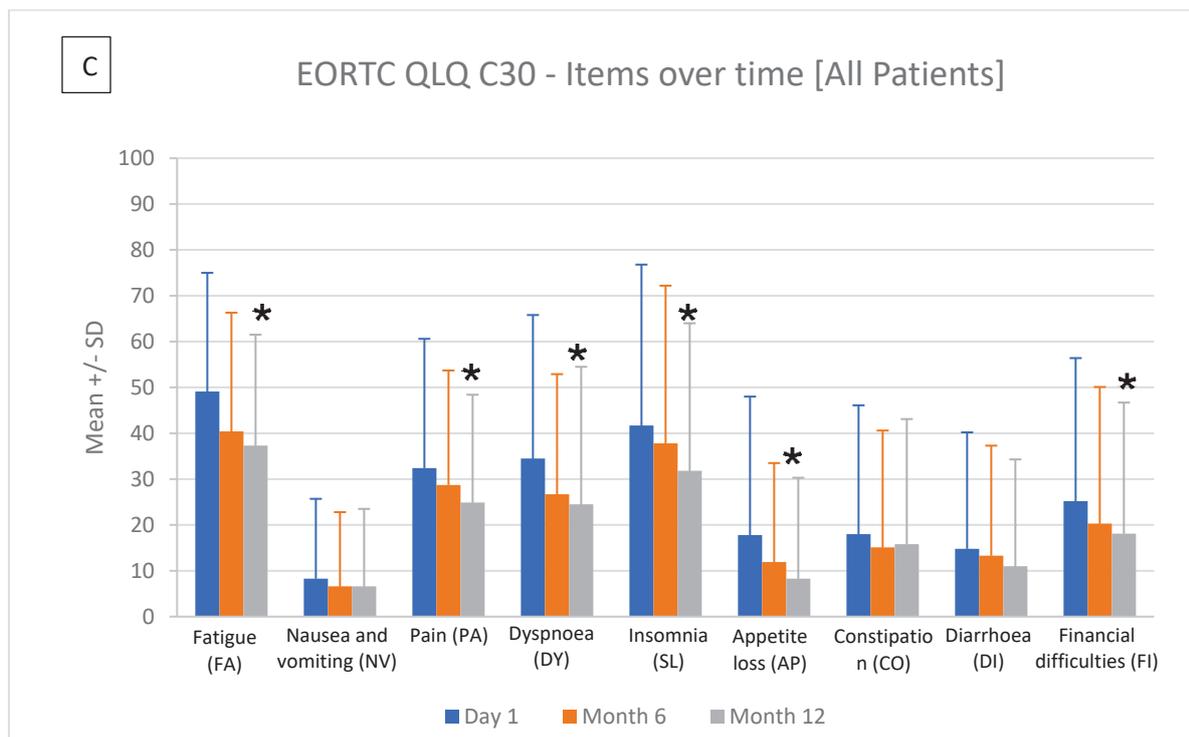
Cette tendance était retrouvée pour l'évolution des scores moyens aux questionnaires HADS avec une diminution significative entre le début et la fin du PPACT pour les scores d'anxiété (10,1 à J1 vs 7,4 à M12 ; $p<0,0001$) et de dépression (6,3 à J1 vs 4,3 à M12 ; $p<0,0001$) (Annexe 7 et figure 2A).

Au niveau des scores moyens des questionnaires EORTC QLQ C30, les résultats montraient une amélioration significative à la fin du PPACT de tous les domaines fonctionnels (santé globale $p<0,0001$, fonctionnement physique $p<0,0001$, remplir son rôle $p<0,0001$, fonctionnement émotionnel $p<0,0001$, fonctionnement social $p<0,0001$) excepté pour le fonctionnement cognitif (amélioration non significative $p=0,1021$) (Annexe 7 + figure 2B). Les résultats montraient aussi une amélioration significative de nombreux symptômes à la fin du PPACT (perte d'appétit $p=0,0022$, fatigue $p<0,0001$, difficultés financières $p=0,0045$, insomnie $p=0,0012$, douleur $p=0,0008$) excepté pour les symptômes digestifs (amélioration non significative ; constipation $p=0,3127$, diarrhée $p=0,2415$, nausées et vomissements $p=0,3129$) (Annexe 7 + figure 2C).

Figure 2 : Scores moyens aux questionnaires qualité de vie en fonction du temps

A : HADS : Patients tous cancers ; B : EORTC QLQ C30 échelles fonctionnelles ; C : EORTC QLQ C30 échelles symptomatiques





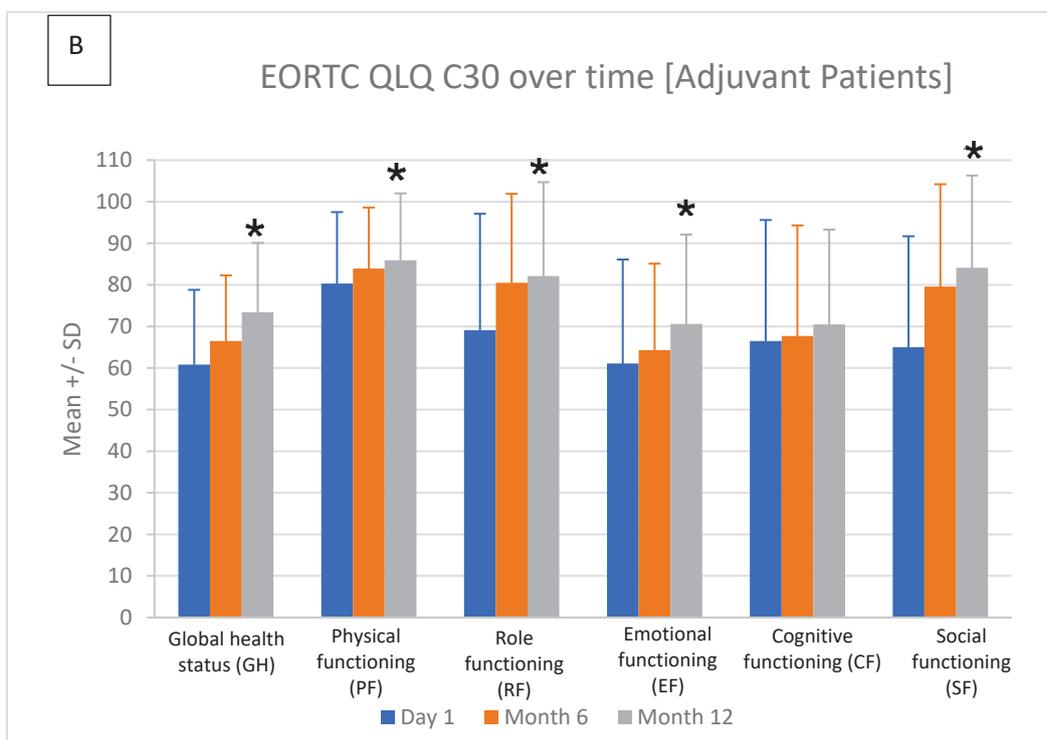
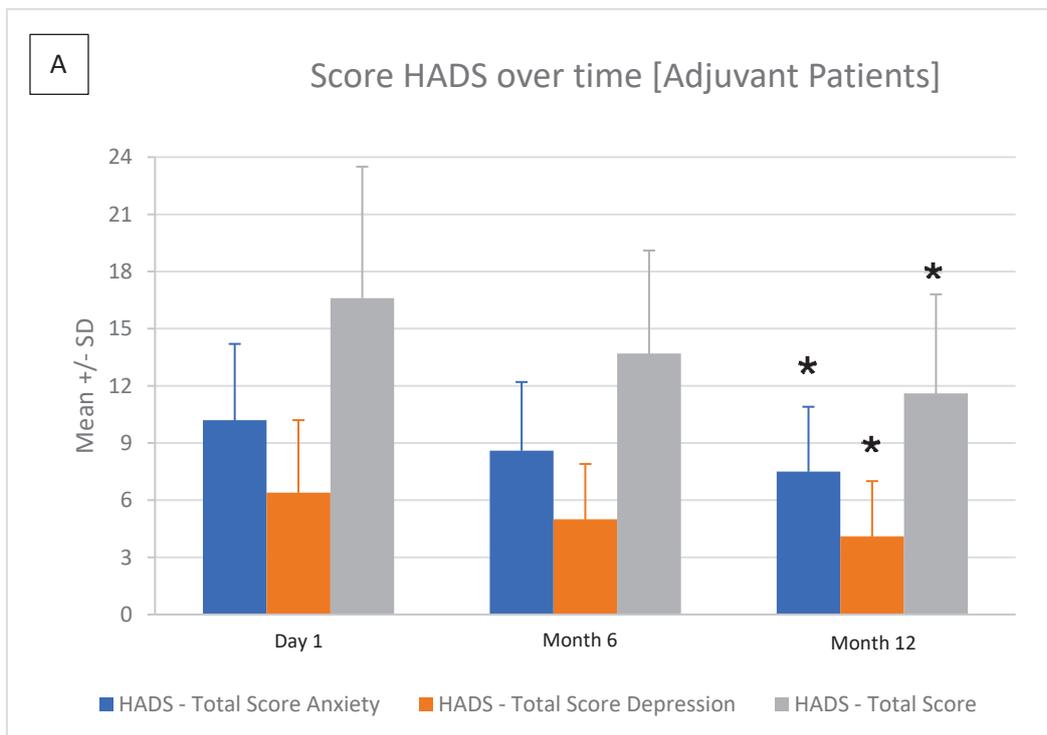
Patients cancers adjuvants

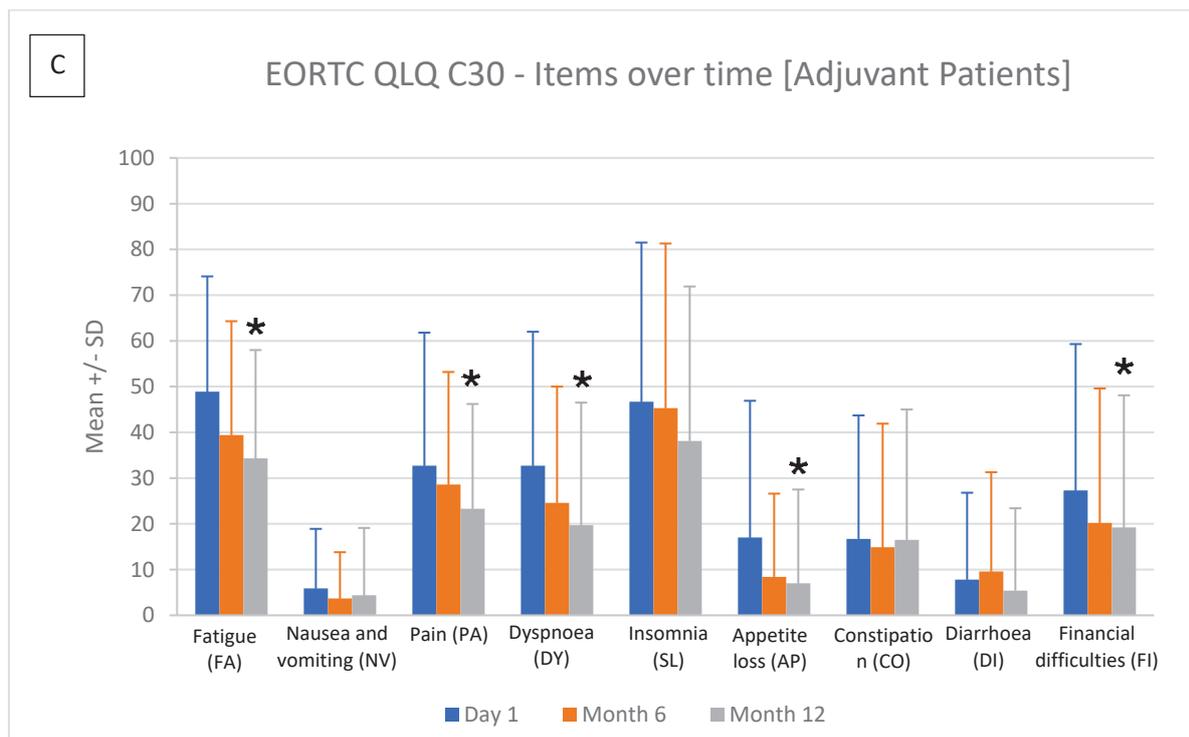
Concernant l'analyse de qualité de vie des patients en situation adjuvante, les résultats montraient une amélioration significative des scores moyens du questionnaire HADS pour les symptômes d'anxiété (10,2 à J1 vs 7,5 à M12 ; $p < 0.0001$) et pour les symptômes de dépression (6,4 à J1 vs 4,1 à M12 ; $p < 0.0001$) (Annexe 8 et figure 3A).

Au niveau des scores moyens des questionnaires EORTC QLQ C30, les résultats montraient une nouvelle fois une amélioration significative pour tous les scores fonctionnels (santé globale $p < 0.0001$, fonctionnement physique $p < 0.0001$, remplir son rôle $p < 0.0001$, fonctionnement émotionnel $p < 0.0001$, fonctionnement social $p < 0.0001$) excepté pour le fonctionnement cognitif (amélioration non significative $p = 0.2274$) (Annexe 8 et figure 3B). Pour les scores symptomatiques, les résultats montraient une amélioration significative pour la perte d'appétit ($p = 0.0178$), la dyspnée ($p = 0.0002$), la fatigue ($p < 0.0001$), les difficultés financières ($p = 0.0082$) et la douleur ($p = 0.0002$). L'amélioration n'était pas significative pour la constipation ($p = 0.4915$), les diarrhées ($p = 0.3123$), l'insomnie ($p = 0.1141$) et les nausées et vomissements ($p = 0.3961$) (Annexe 8 et figure 3C).

Figure 3 : Résultats aux questionnaires : Patients adjuvants

A : HADS ; B : EORTC QLQ30, échelles fonctionnelles ; C : EORTC QLQ30, échelles symptomatiques



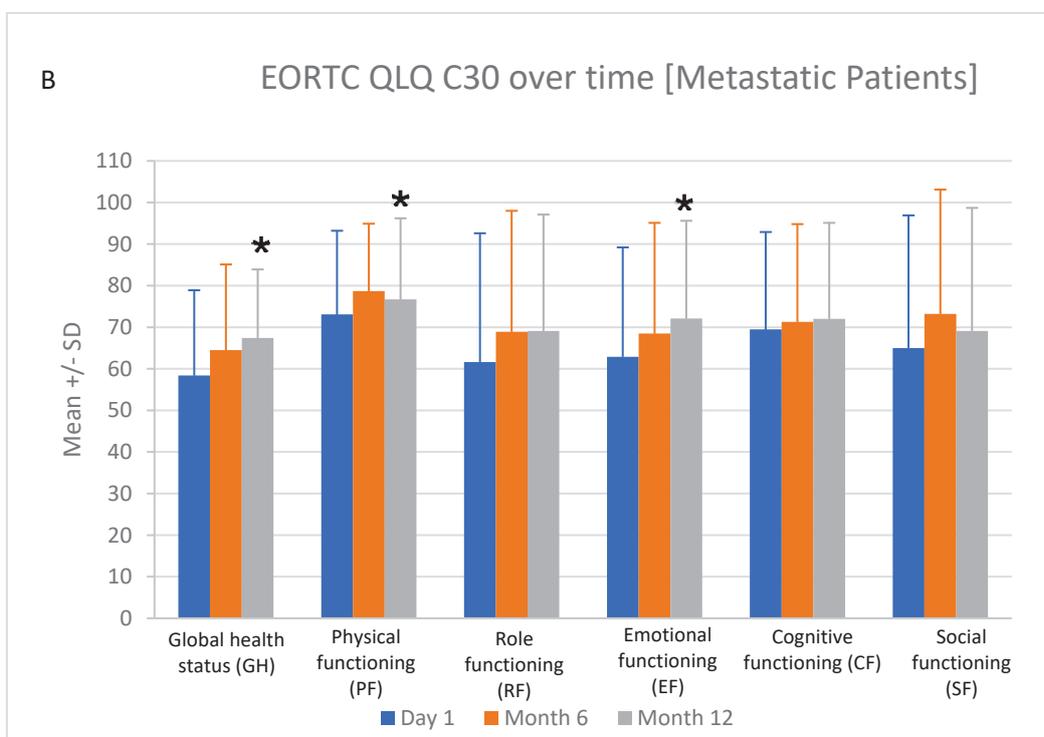
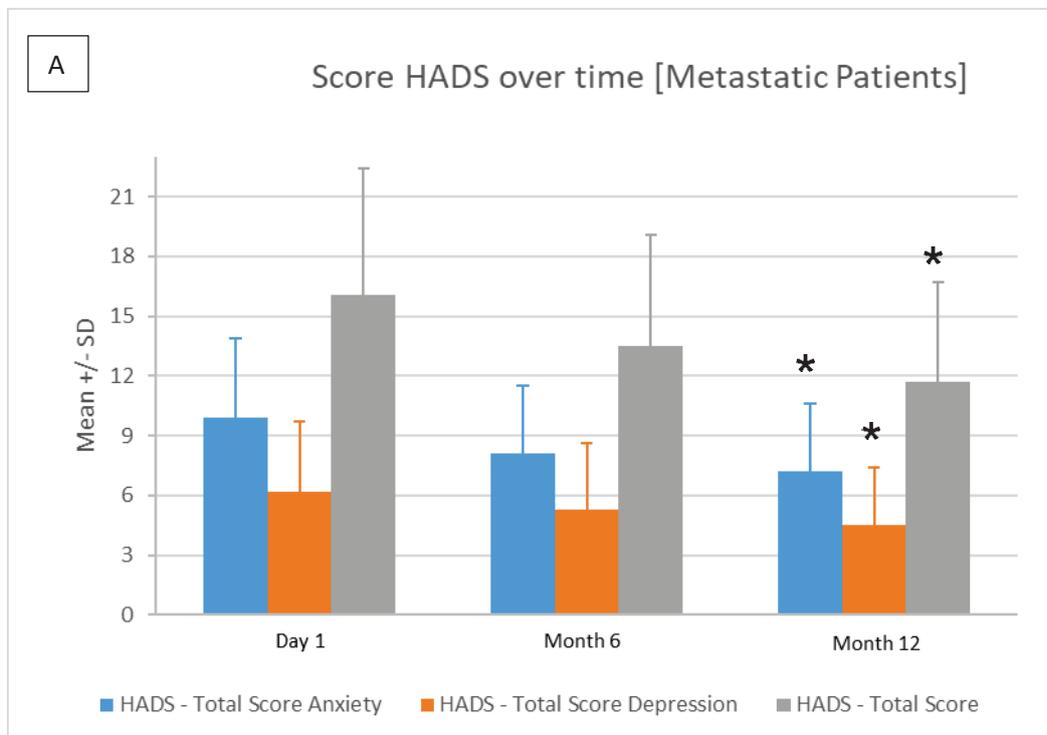


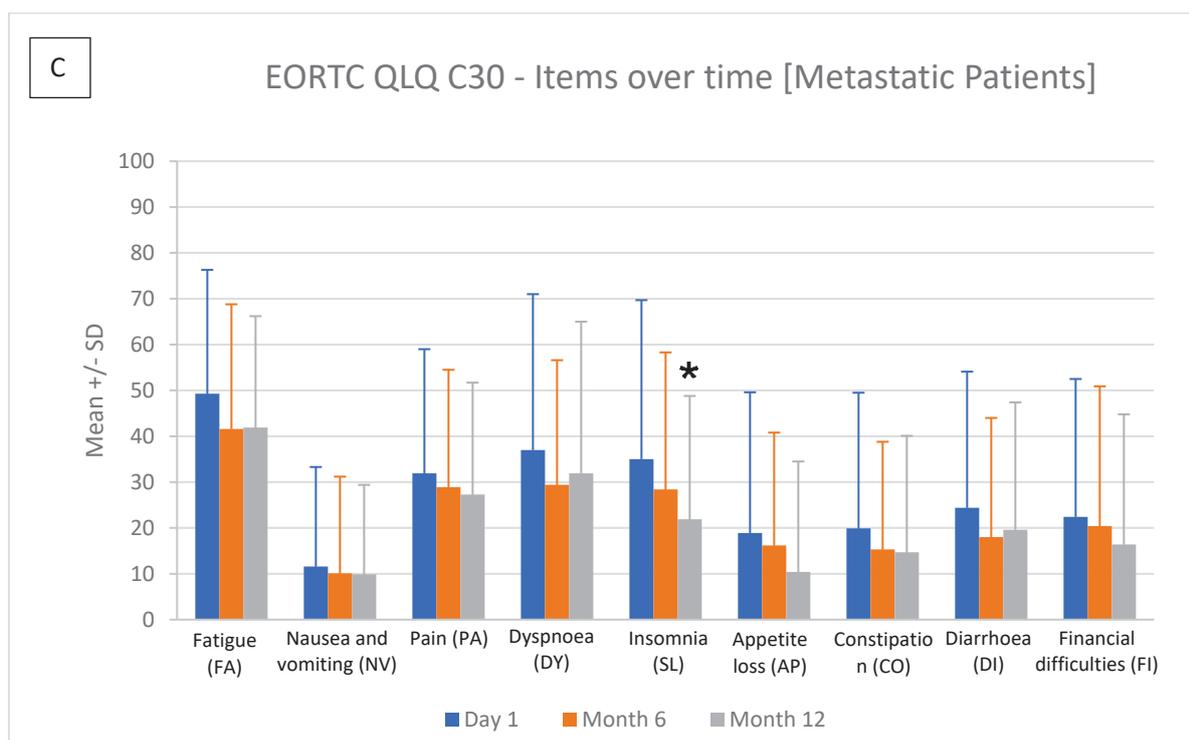
Patients cancers métastatiques

Concernant l'analyse de qualité de vie des patients en situation métastatique, les scores moyens d'anxiété et de dépression s'amélioreraient significativement au cours du PPACT ($p < 0,0001$ pour les deux scores) (Annexe 9 et figures 4A). Les résultats moyens des scores fonctionnels de la santé globale ($p = 0,0039$), du fonctionnement physique ($p = 0,0145$) et émotionnel ($p = 0,0034$) montraient une amélioration significative tandis que ceux de remplir son rôle ($p = 0,0974$), fonctionnement cognitif ($p = 0,4659$) et social ($p = 0,2643$) montraient une amélioration non significative (Annexe 9 et figure 4B). Pour les scores symptomatiques, seule l'évolution de l'insomnie s'améliorait de manière significative ($p = 0,0059$), l'amélioration n'étant pas significative pour le reste des symptômes (perte d'appétit $p = 0,1035$; constipation $p = 0,2662$; diarrhées $p = 0,2212$; dyspnée $p = 0,2222$; fatigue $p = 0,0515$; difficultés financières $p = 0,2019$; nausées et vomissements $p = 0,8594$; douleur $p = 0,4665$) (Annexe 9 et figure 4C).

Figure 4 : Résultats aux questionnaires : Patients métastatiques

A : HADS ; B : EORTC QLQ30, échelles fonctionnelles ; C : EORTC QLQ30, échelles symptomatiques





Etude de la survie

Décès

Concernant l'étude de survie, nous avons constaté un total de 47 décès durant le suivi soit environ 22% des patients inclus. La proportion de décès était d'environ 7% (n=8) dans le groupe de patients en situation adjuvante et de 44% (n=39) dans le groupe de patients en situation métastatique. Les décès de patients en situation métastatique représentaient 82% du nombre de décès total. L'âge moyen au moment du décès était de 60 ans (+/-10,7) et le délai moyen entre le diagnostic de cancer et le décès était de 47,3 mois (+/- 31,4). Huit décès sont survenus durant les douze mois du PPACT (Annexe 10).

Récidives

Dans le groupe de patients en situation adjuvante initialement, nous avons observé 17 récurrences de cancer. Ces patients étaient inclus dans le calcul de survie globale en situation métastatique à partir de la date de diagnostic d'évolution métastatique. L'âge moyen à laquelle survenait la récurrence était de 53,7 ans (+/-10,6) et le délai moyen entre le diagnostic initial et la récurrence était de 36,5 mois (+/-23,2) (Annexe 11).

Description de la survie

Dans le groupe des patients en situation de cancer adjuvant, on observait une survie globale à 5 ans de 94,2%. Pour la survie sans récurrence elle était de 83,3% à 5 ans et 66,6% à 10 ans. Pour les patients déjà en situation de cancer métastatique au début de l'étude, la survie globale était de 54,5% à 5 ans (Annexe 12).

Pour l'analyse en sous-groupe selon l'histologie, nous ne rapporterons que les sous-groupes dont les effectifs étaient suffisants pour une analyse statistique.

Dans le sous-groupe des patientes avec un cancer des ovaires, en situation adjuvante la survie globale était de 75% à 5 ans et la survie sans récurrence était de 50% à 5 ans et à 10 ans. En situation métastatique la survie globale était de 50% à 5 ans (Annexe 13).

Pour le reste des sous-groupes analysés, la survie globale à 5 ans était de 64,6% pour le cancer colorectal, 50% pour le cancer du pancréas, 19% pour le cancer des poumons et 41,7% pour le cancer de prostate à chaque fois dans des situations métastatiques (Annexe 13).

DISCUSSION

Les résultats statistiques doivent être observés d'un point de vue descriptif, nous ne pouvons donc conclure uniquement par rapport à l'échantillon de population pris en charge.

L'objectif principal de notre travail était de mesurer la qualité de vie des patients à travers le PPACT. Nous avons pu observer une amélioration significative de nombreux scores de qualité de vie fonctionnels et symptomatiques chez les patients en situation adjuvante mais aussi une amélioration significative des scores d'anxiété et de dépression à la fois chez les patients en situation adjuvante et métastatique.

En ce qui concerne l'échantillon de population étudié, le centre Ressource® et le PPACT prend majoritairement en charge des femmes (85%) avec un âge moyen au diagnostic autour de 53 ans. En comparaison aux statistiques nationales, 45% des patients atteints de cancer sont des

femmes et l'âge moyen de diagnostic se rapproche de 68 ans (25). La répartition par ordre de fréquence des cancers de notre échantillon est similaire à la population générale en dehors de la faible représentativité du cancer de la prostate en lien avec la faible proportion d'hommes (25). Le centre semble donc attirer plus facilement des femmes jeunes, probablement plus sensibles à l'aide proposée par le centre Ressource® et ayant plus de facilité à se déplacer jusqu'au centre. Il sera important dans le futur de s'appuyer sur cette expérience afin de proposer un soutien, qui s'avère bénéfique, à une plus grande diversité de patients.

Sur le versant psychologique, l'amélioration des scores de qualité de vie se retrouve aussi bien chez les patients en situation adjuvante que métastatique. Quand on regarde l'implication clinique de ces résultats, on observe, entre le début et la fin du PPACT, une réduction du nombre de patients anxieux par 3 et du nombre de patients dépressifs par 5. Ces résultats sont très encourageants. En effet, des études nous montrent un risque de dépression significativement plus important chez les patients souffrant de maladie chronique (26), un risque de dépression plus élevé chez les patients en situation de cancer (devant les autres maladies chroniques) (27) et une exacerbation des symptômes de dépression en cas de maladie chronique (28). L'étude Vican5 réalisée en France souligne en particulier que 46,1% des patients rapportent des troubles anxieux et 16,8% des troubles dépressifs cinq ans après le diagnostic de cancer (29). De plus, cette amélioration de la qualité de vie sur le versant psychologique peut en partie expliquer l'amélioration constatée sur le versant physique comme le suggèrent les études de *Katon et al.* Ces études mettent en évidence une augmentation du nombre de symptômes somatiques chez les patients souffrant de dépression et de maladie chronique comparativement à ceux ne souffrant que de maladie chronique, mais aussi une diminution du nombre de ces symptômes après la prise en charge des troubles dépressifs (30,31).

Le tableau 1 récapitule les taux de survie globale à 5 ans observés chez les patients ayant suivi le PPACT au centre Ressource® et les compare à différentes données nationales et internationales.

Au niveau national, le registre PETRI (32) s'intéresse aux patients d'Ile de France et le registre FRANCIM (3) concerne 19 départements français. Au niveau international, le registre EUROCCARE (33) s'étend sur 23 pays européens et SEER (34), quant à lui, est le registre national des Etats-Unis.

Tableau 1 : Comparaison des taux de survie à 5 ans

	Centre Ressource PPACT*	PETRI**	FRANCIM**	EUROCARE**	SEER**
Tout cancer		58,0%	53,0%	48,3%	66,1%
Adjuvant	94,2%				
Métastatique	54,5%				
Ovaire		44,0%	43,0%	36,5%	45,9%
Adjuvant	75,0%				
Métastatique	50,0%				28,2%
Colorectal		60,0%	60,0%	56,8%	65,2%
Adjuvant					
Métastatique	64,6%	19,0%			11,3%
Pancréas		6,0%	8,0%	5,2%	5,5%
Adjuvant					
Métastatique	50,0%				1,8%
Poumons		22,0%	17,0%	12,0%	15,6%
Adjuvant					
Métastatique	19,0%				3,5%
Prostate		87,0%	94,0%	79,7%	99,7%
Adjuvant					
Métastatique	41,7%	60,0%			30,6%

* survie globale à 5 ans ; ** survie relative à 5 ans ; *** survie nette à 5 ans

Notre analyse de la survie des patients ayant suivi le PPACT ne peut être qu'observationnelle. Dans la littérature, les méta-analyses questionnant l'effet d'une intervention psycho-sociale sur la survie des patients atteints de cancer rapportent des conclusions très hétérogènes (19). Cependant une récente méta-analyse semble trouver des explications méthodologiques à cette hétérogénéité et démontre une amélioration de la survie globale des patients bénéficiant d'un support psychothérapeutique de 29% (19). De notre côté, nous observons une survie qui semble supérieure à celle attendue, en accord avec la méta-analyse de *Mirosevic et al.* (19).

Les conclusions de notre étude étant limitées par son caractère non randomisé, il nous semble intéressant de se pencher sur le niveau de preuve dans la littérature des différents champs d'intervention du PPACT pris individuellement.

En 2014, le rapport de l'Institut National du Cancer (INCa) sur les effets du tabac s'appuyait sur une revue bibliographique d'environ 150 articles ainsi que sur le rapport du Surgeon General (35,36). La poursuite du tabac après le diagnostic de cancer était mise en relation avec une

augmentation de la mortalité globale et spécifique, une diminution de la réponse aux traitements, une augmentation des effets indésirables des traitements et une augmentation du risque d'altération de la qualité de vie. L'arrêt du tabac après le diagnostic de cancer était associé à un pronostic plus favorable, une amélioration de la qualité de vie (notamment pour les cancers du poumon à un stade avancé) et à une diminution du risque de récurrence de cancer.

Le rapport de l'INCa de 2013 concernant surpoids, obésité et risque de cancer (37) rapportait une augmentation de la mortalité globale et spécifique ainsi qu'une augmentation du risque de récurrence pour les patients atteints de cancer en situation de surpoids ou d'obésité. Les résultats convaincants d'une perte de poids volontaire, sensible et durable provenaient des études de la chirurgie bariatrique et montraient une réduction de la mortalité par cancer chez les patients ayant bénéficié de cette intervention.

En 2017, l'INCa a publié un rapport concernant les bénéfices de l'activité physique pendant et après le cancer (38). S'appuyant sur de nombreuses méta-analyses, ce rapport conclut sur les bénéfices de l'activité physique sur la qualité de vie, la mortalité et le risque de récurrence chez les patients atteints de cancer.

La méta-analyse de *Chida et al.* (39) publiée dans le *Nature Clinical Practice, Oncology* en 2008 mettait en évidence une association entre des facteurs de stress psycho-sociaux avec une survie plus faible ainsi qu'une mortalité plus élevée chez les patients atteints de cancer. Quant à la méta-analyse de *Hunter et al.* de 2017 (40), elle mettait en évidence des arguments forts entre des programmes d'intervention psycho-sociaux et la diminution de l'anxiété et la dépression, ainsi que des liens suggérés entre ces programmes et l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer.

Les programmes d'intervention psycho-sociaux avec une démarche structurée d'accompagnement thérapeutique montrent un bénéfice thérapeutique à travers différents mécanismes. L'amélioration des comportements de santé (consommation de toxiques, alimentation, activité physique, habitudes de vie...) et de la compliance aux traitements (9,41,42), une meilleure gestion du stress, l'amélioration du réseau social et la rupture avec l'isolement (40).

Aux vues de ces résultats, il est légitime de penser qu'un programme de soins, tel que le PPACT, compilant plusieurs leviers d'intervention ayant chacun individuellement prouvé leur efficacité,

est par extension lui aussi bénéfique pour le patient.

L'absence d'amélioration significative pour les symptômes cognitifs et digestifs (constipation, diarrhée, nausée/vomissement) peut être le fait d'un manque de puissance de notre étude. Le recrutement de patients plutôt jeunes peut expliquer l'absence d'amélioration significative des symptômes cognitifs. Il faut aussi noter que les symptômes digestifs, effets secondaires spécifiques des traitements anticancéreux, ne sont pas particulièrement travaillés durant le PPACT et relèvent plutôt de programmes d'éducation thérapeutique et de soins de supports spécifiques pour ces symptômes dans les structures de soins d'oncologie.

Le manque de puissance de notre étude pourrait aussi expliquer l'absence d'amélioration significative d'un plus grand nombre de résultats du groupe de patients métastatiques. Il semble toutefois intéressant de noter qu'aucun score ne semble se dégrader au cours de la prise en charge et que les bons résultats sur l'anxiété et la dépression restent significatifs. Les résultats donnent donc plutôt une tendance favorable sur l'évolution de la qualité de vie de ces patients qui, rappelons-le, font face depuis en moyenne 19,6 mois, à une progression bouleversante de leur maladie avant de débiter le PPACT.

Les limites principales de cette étude sont le manque de puissance et son caractère non randomisé. Cependant aux vues des bénéfices d'une intervention telle que proposée par le centre Ressource®, il serait légitime de se poser la question éthique d'une étude randomisée. En effet, serait-il moralement acceptable de priver certains patients d'un programme de soutien avantageux pour leur qualité de vie ? De plus cette randomisation pourrait faire apparaître un nouveau biais avec des patients du groupe « non interventionnel » qui cherchent une intervention similaire en dehors de l'essai clinique comme montré dans le travail de *Spiegel et al.* en 2007 (17). Pour améliorer le niveau de preuve, il semblerait plus judicieux d'apparier les patients du centre Ressource® avec ceux d'autres centres nationaux dont l'éloignement géographique prive déjà le recours au centre Ressource®. Les résultats des futurs participants au PPACT pourraient s'ajouter à ce travail afin d'en augmenter la puissance.

Néanmoins, un des premiers constats à tirer de cette étude est avant tout que cette intervention psychosociale n'a pas d'effet délétère sur la qualité de vie des patients. A l'instar de nos observations des taux de survie des patients du PPACT, aucune étude n'a montré d'effets négatifs sur la survie des patients bénéficiant d'une intervention psycho-sociale (19). Il semble important de le préciser face à certaines réticences de la part des patients mais aussi des

professionnels de santé vis à vis d'une thérapie de groupe et la confrontation au risque de décès au sein de ce groupe. Parmi les patients décédés, huit l'ont été au cours du programme de thérapie de groupe. Non seulement ce type d'intervention psychosociale n'est pas délétère pour le patient, mais il améliore la qualité de vie des patients et ceux-ci semblent plus capables de faire face aux événements traumatiques de leur vie (43–46).

Bien que n'étant pas une étude randomisée, peu d'études existent actuellement dans cette dimension de l'oncologie. Le centre Ressource® est le premier en France à proposer un programme psychosocial structuré et à évaluer la qualité de vie pour tout type de patient atteint de cancer métastatique.

Une des forces majeures du centre Ressource® est de proposer son aide à tout type de patient atteint de cancer et cela sans condition financière. Il est important de se questionner sur ce point, même en France où le système de protection sociale garantit, théoriquement à tous, les conditions financières de l'accès aux soins médicaux et chirurgicaux. En effet, d'après le CREDES en 2002, 16,5% des personnes vivant en France (et assurés sociaux) déclarent avoir renoncé à des soins de santé au moins une fois au cours de leur vie pour raisons financières (47,48). Ce taux est même plus important chez les personnes déjà en situation difficile (29,3% chez les bénéficiaires de la CMU et 37% pour les bénéficiaires du RMI) (47,48). Il devient d'autant plus intéressant d'observer une amélioration significative du score de difficultés financières chez les patients pris en charge au centre Ressource® où ils participent aux frais de manière libre.

En plus de ne pas inclure de critère financier à l'accès aux soins, le centre Ressource® est indépendant des autres structures de soins des patients (CHU, CH, Clinique). Cela crée un environnement favorable pour bénéficier de l'aide proposée non pas dans une structure dédiée à la maladie mais dédiée au patient lui-même.

L'étude a ainsi été menée dans des conditions de vie réelles pour tout type de patient ayant choisi volontairement de suivre le PPACT.

CONCLUSION

Notre étude a donc mis en évidence une amélioration de la qualité de vie des patients bénéficiant du PPACT du centre Ressource®. Cela confirme les travaux de Barbara Andersen et David Spiegel et démontre que ce type de soutien est possible en France. C'est par ailleurs un programme original qui associe les deux approches, ce qui en fait un programme tout à fait innovant. Ces résultats doivent nous encourager à structurer nos futurs travaux afin d'améliorer le niveau de preuve de nos observations. Mais ils nous délivrent déjà de riches enseignements fondés sur la pertinence clinique du projet de soin.

Malgré le constat d'études telles que Vican5 et les recommandations plus récentes du Plan Cancer, il n'existe aujourd'hui, en France, aucun dispositif officiel pour accompagner les personnes dans l'Après Traitement du cancer (29). Au-delà des résultats cliniques, notre étude a surtout permis de mettre en évidence la faisabilité d'un projet de soins centré sur le patient essayant de répondre à ces nombreuses problématiques. Il est donc possible, en France (et potentiellement ailleurs), de proposer à ces patients un accompagnement psycho-social structuré combinant deux approches psychothérapeutiques reconnues (intervention cognitivo-comportementale et psychothérapie de type soutien-expression), dans une structure indépendante de leur prise en charge initiale et sans condition financière. Cet accompagnement s'avère efficace dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. Les chiffres de survie à cinq ans confirment l'idée d'une transition de la pathologie cancéreuse vers une maladie chronique et souligne l'importance de s'intéresser à la qualité de vie autant qu'à la survie. D'autant plus quand une intervention efficace sur la qualité de vie semble améliorer, en moyenne, de 30% la survie des patients (19).

Ce modèle pourrait avoir un grand intérêt dans la prise en charge d'autres pathologies notamment chroniques comme suggéré dans le travail de *Chainani-Wu et al* pour les maladies cardiovasculaires (49). De manière plus générale il nous rappelle l'importance d'intégrer dans nos démarches de soins une vision centrée sur le patient. Chaque patient est un individu unique, il est nécessaire de le comprendre dans sa globalité pour le soigner au mieux et donner du sens à ces soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 1 mars 2015;136(5):E359-386.
3. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard A-V, Trétarre B, et al. Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 2017;26(6):461-8.
4. “La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer”, collection Etudes et enquêtes, INCa, juin 2014; Disponible à : <http://www.efec.eu/wp-content/uploads/2014/06/La-vie-2-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-2014-V2-ENQUETE-VICAN2.pdf>
5. Joly F, Rigal O, Noal S, Giffard B. Cognitive dysfunction and cancer: which consequences in terms of disease management? *Psychooncology*. déc 2011;20(12):1251-8.
6. 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 Age-Matched Controls: An Analysis From a Nationwide, Multicenter, Prospective Longitudinal Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 févr 2017;35(5):506-14.
7. Bray VJ, Dhillon 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 Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 janv 2017;35(2):217-25.
8. Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Wuerstlein R, et al. Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psychooncology*. janv 2017;26(1):74-80.
9. Andersen BL, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thiel DL. Biobehavioral Intervention for Cancer Stress: Conceptualization, Components, and Intervention Strategies. *Cogn Behav Pract*. août 2009;16(3):253-65.
10. Stagl JM, 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*. nov 2015;154(2):319-28.
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*. sept 2005;174(3):1065-1069; discussion 1069-1070.

12. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet Lond Engl.* 14 oct 1989;2(8668):888-91.
13. Andersen BL, Yang H-C, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer.* 15 déc 2008;113(12):3450-8.
14. Stagl JM, 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.* 1 nov 2015;154(2):319-28.
15. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KMS, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in Depression Symptoms Is Associated With Longer Survival in Patients With Metastatic Breast Cancer: A Secondary Analysis. *J Clin Oncol.* 1 févr 2011;29(4):413-20.
16. Fawzy FI, Canada AL, Fawzy NW. Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* janv 2003;60(1):100-3.
17. 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.* 1 sept 2007;110(5):1130-8.
18. 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. *Cancer.* 1 sept 2007;110(5):1130-8.
19. Mirosevic S, Jo B, Kraemer HC, Ershadi M, Neri E, Spiegel D. « Not just another meta-analysis »: Sources of heterogeneity in psychosocial treatment effect on cancer survival. *Cancer Med.* janv 2019;8(1):363-73.
20. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry.* mai 1981;38(5):527-33.
21. Yalom ID, Greaves C. Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiatry.* avr 1977;134(4):396-400.
22. Mouysset J-L. La psychothérapie de groupe type soutien-expression: vers une nouvelle approche de l'accompagnement thérapeutique en oncologie. Thèse: Doctorat en médecine DES d'oncologie médicale: Université de la méditerranée, faculté de médecine de Marseille 1999.
23. Groenvold M, Klee MC, Sprangers MA, Aaronson NK. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol.* avr 1997;50(4):441-50.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1983;67(6):361-70.

25. Les cancers en France - L'essentiel des faits et chiffres, INCa, février 2017. Disponible: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=1
26. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet Lond Engl*. 8 sept 2007;370(9590):851-8.
27. Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med*. 13 juin 2005;165(11):1260-6.
28. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Prev Chronic Dis*. 15 déc 2004;2(1). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1323317/>
29. Bouhnik A-D, Bendiane M-K, Cortaredona S, Sagaon Teyssier L, Rey D, Berenger C, et al. The labour market, psychosocial outcomes and health conditions in cancer survivors: protocol for a nationwide longitudinal survey 2 and 5 years after cancer diagnosis (the VICAN survey). *BMJ Open*. 24 mars 2015;5(3):e005971.
30. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*. juin 1990;51 Suppl:3-11; discussion 12-14.
31. Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. avr 2007;29(2):147-55.
32. Chinaud F, Slota L, Souques M, Asselain B, Blanchon B, Dubois G, et al. [Five-year survival of Ile-de-France cancer patients diagnosed in 1994]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. nov 2005;53(5):477-90.
33. Brenner H, Francisci S, de Angelis R, Marcos-Gragera R, Verdecchia A, Gatta G, et al. Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. avr 2009;45(6):1028-41.
34. Horner MJ, RIES LAG, Krapvho M, Neyman N, Aminou R, Howlander N, Altekruse SF, Feuer EJ, Huang L, Mariotto A, Miller BA, Lewis DR, Eisner MP, Stinchcomb DG, Edwards BK. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2009 Disponible: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/
35. Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement, INCa, mars 2014.
36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [En ligne]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. (Reports of the Surgeon General). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
37. Surpoids, obésité et risque de cancers, INCa, janvier 2013.

38. Activité physique et cancers : des bénéfices prouvés pendant et après les traitements - Activité physique; [cité le 17 déc 2018]. Disponible: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Activite-physique-et-traitement-des-cancers>
39. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol*. août 2008;5(8):466-75.
40. 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 Off Publ Am Occup Ther Assoc*. avr 2017;71(2):7102100040p1-7102100040p8.
41. Andersen BL, Farrar WB, 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 Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 sept 2004;22(17):3570-80.
42. Andersen BL, Thornton LM, Shapiro CL, Farrar WB, Mundy BL, Yang H-C, et al. Biobehavioral, immune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 15 juin 2010;16(12):3270-8.
43. Yalom ID, Greaves C. Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1977;134(4):396-400.
44. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*. août 1983;45(4):333-9.
45. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*. 1 janv 1986;57(1):183-9.
46. 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. *Integr Cancer Ther*. 2016;15(2):175-82.
47. Auvray L., Doussin A., Le Fur Ph, CREDES; Santé, soins et protection sociale en 2002, Questions d'économie de la santé n° 78, décembre 2003.
48. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. *Sci Soc Santé*. 2006;24(3):11-31.
49. Chainani-Wu N, Weidner G, Purnell DM, Frenda S, Merritt-Worden T, Pischke C, et al. Changes in emerging cardiac biomarkers after an intensive lifestyle intervention. *Am J Cardiol*. 15 août 2011;108(4):498-507.

ANNEXES

Annexe 1 Contenu des séances de groupe

SÉANCES 1 À 16 : HEBDOMADAIRES PENDANT QUATRE MOIS	
GESTION DU STRESS	1 : Séance de base : théorie et pratique (+ questionnaire qualité de vie initial) 2 et 3 : Sophrologie 4 : Le stress 5 : Pleine conscience I
CONNAISSANCES I	6 : S'impliquer dans la démarche de soins
GESTION DU STRESS	7 : Pleine conscience II
COMMUNICATION RELATIONNELLE	8 : Bases théoriques 9 : Jeux relationnels 10 : Communication avec les soignants 11 : Communication avec les proches
COMPORTEMENT DE SANTÉ I	12, 13 et 14 : Activités physiques
COMPORTEMENT DE SANTÉ II	15 : Nutrition I 16 : Evaluation/Bilan
SÉANCES 17 À 28 : BIMENSUELLES PENDANT HUIT MOIS	
COMPORTEMENT DE SANTÉ III	17 : Nutrition II
CONNAISSANCES II	18 : Comprendre le cancer
COMPORTEMENT DE SANTÉ IV	19 : Nutrition III
CONNAISSANCES III	20 : Comprendre les traitements du cancer (+ questionnaire qualité de vie à 6 mois) 21 : Causes du cancer
CONNAISSANCES IV	22 : Les approches complémentaires en cancérologies
COMMUNICATION RELATIONNELLE	23 : Capacités d'adaptation : estime de soi 24 : Approfondissement : communication avec les proches
APPROFONDISSEMENT	25, 26 et 27 : adaptées selon le groupe
FINALE	28 : Evaluation et synthèse (+ questionnaire qualité de vie final)

Annexe 2 QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3

Au cours de la semaine passé

	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

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
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée				
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

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 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).

Annexe 3 ECHELLE HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

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

Annexe 4 Caractéristiques des patients groupe qualité de vie

	Métastatique	Adjuvant	Total
	n= 88	n= 122	n=210
Age			
Moyen	57	52,3	54,3
Min/Max	33/80	26/72	26/80
Sexe			
Femme	63 (71,6%)	116 (95,1%)	179 (85,2%)
Homme	25 (28,4%)	6 (4,9%)	31 (14,8%)
Situation affective J1			
Célibataire	22 (25,3%)	37 (30,6%)	59 (28,4%)
En couple	65 (74,7%)	84 (69,4%)	149 (71,6%)
Manquant	1	1	2
Situation affective M12			
Célibataire	14 (28,6%)	36 (34%)	50 (32,3%)
En couple	35 (71,4%)	70 (66%)	105 (67,7%)
Manquant	39	16	55

Annexe 5 Caractéristiques de cancers groupe qualité de vie

	Métastatique	Adjuvant	Total
	n= 88	n= 122	n=210
Type de cancer			
Manquant	1	0	1
Sein	27 (31%)	102 (83,6%)	129 (61,7%)
Colo-rectal	13 (14,9%)	3 (2,5%)	16 (7,7%)
Ovaire	6 (6,9%)	4 (3,3%)	10 (4,8%)
Rein	4 (3,3%)	2 (1,6%)	6 (2,9%)
Sarcome	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Glande salivaire	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Cerveau	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Vagin	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Estomac	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
Foie	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
Leucémie	2 (2,3%)	-	2 (1%)
Lymphome	5 (5,7%)	-	5 (2,4%)
Mélanome	2 (2,3%)	-	2 (1%)
Pancréas	3 (3,4%)	1 (0,8%)	4 (1,9%)
Plèvre	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
Poumon	12 (13,8%)	1 (0,8%)	13 (6,2%)
Prostate	5 (5,7%)	1 (0,8%)	6 (2,9%)
Vésicule biliaire	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
Vessie	2 (2,3%)	-	2 (1%)
Hodgkin	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Utérus (col)	-	2 (1,6%)	2 (1%)
Utérus (corps)	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
Neuroendocrine	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)
ORL	-	1 (0,8%)	1 (0,5%)
Age au diagnostic (ans)			
Moyen (DS)	55,3 (10,3)	51,2 (10,1)	52,9 (10,3)
Min/Max	32/79	26/71	26/79
Manquant	4	2	6
Délai depuis diagnostic (mois)			
Moyen (DS)	19,6 (21,8)	14,5 (17,8)	16,6 (19,7)
Min/Max	1/108	0/129	0/129
Manquant	4	2	6

Annexe 6 Résultats aux questionnaires HADS Anxiété et Dépression

HADS Score Anxiété /21	Métastatique	Adjuvant	Total
	n= 88	n= 122	n=210
JOUR 1			
Absence de symptômes	22 (27,8%)	27 (24,3%)	49 (25,8%)
Symptômes douteux	24 (30,4%)	33 (29,7%)	57 (30%)
Symptômes certains	33 (41,8%)	51 (45,9%)	84 (44,2%)
Manquant	9	11	20
MOIS 6			
Absence de symptômes	35 (46,7%)	38 (41,3%)	73 (43,7%)
Symptômes douteux	24 (32%)	27 (29,3%)	51 (30,5%)
Symptômes certains	16 (21,3%)	27 (29,3%)	43 (25,7%)
Manquant	13	30	43
MOIS 12			
Absence de symptômes	38 (57,6%)	52 (51%)	90 (53,6%)
Symptômes douteux	19 (28,8%)	35 (34,3%)	54 (32,1%)
Symptômes certains	9 (13,6%)	15 (14,7%)	24 (14,3%)
Manquant	22	20	42

HADS Score Dépression /21	Métastatique	Adjuvant	Total
	n= 88	n= 122	n=210
JOUR 1			
Absence de symptômes	49 (61,3%)	68 (63%)	117 (62,2%)
Symptômes douteux	21 (26,3%)	22 (20,4%)	43 (22,9%)
Symptômes certains	10 (12,5%)	18 (16,7%)	28 (14,9%)
Manquant	8	14	22
MOIS 6			
Absence de symptômes	59 (79,7%)	75 (82,4%)	134 (81,2%)
Symptômes douteux	9 (12,2%)	14 (15,4%)	23 (13,9%)
Symptômes certains	6 (8,1%)	2 (2,2%)	8 (4,8%)
Manquant	14	31	45
MOIS 12			
Absence de symptômes	55 (83,3%)	84 (85,7%)	139 (84,8%)
Symptômes douteux	9 (13,6%)	11 (11,2%)	20 (12,2%)
Symptômes certains	2 (3%)	3 (3,1%)	5 (3%)
Manquant	22	24	46

Annexe 7 Score qualité de vie selon le temps: tous les patients

Variables	Visit D1	Visit M6	Visit M12	pValue
	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	
EORTC QLQ C30 - Appetite loss (AP)	17.8 +/- 30.2	11.9 +/- 21.6	8.3 +/- 22.0	0.0022
EORTC QLQ C30 - Cognitive functioning (CF)	67.8 +/- 26.8	69.3 +/- 25.3	71.1 +/- 22.9	0.1021
EORTC QLQ C30 - Constipation (CO)	18.0 +/- 28.1	15.1 +/- 25.5	15.8 +/- 27.3	0.3127
EORTC QLQ C30 - Diarrhoea (DI)	14.8 +/- 25.4	13.3 +/- 24.0	11.0 +/- 23.3	0.2415
EORTC QLQ C30 - Dyspnoea (DY)	34.5 +/- 31.3	26.7 +/- 26.2	24.5 +/- 30.0	0.0006
EORTC QLQ C30 - Emotional functioning (EF)	61.9 +/- 25.5	66.2 +/- 23.6	71.2 +/- 22.2	<.0001
EORTC QLQ C30 - Fatigue (FA)	49.1 +/- 25.9	40.4 +/- 25.9	37.3 +/- 24.2	<.0001
EORTC QLQ C30 - Financial difficulties (FI)	25.2 +/- 31.2	20.3 +/- 29.8	18.1 +/- 28.6	0.0045
EORTC QLQ C30 - Global health status / QoL (QL)	59.8 +/- 19.1	65.6 +/- 18.0	71.0 +/- 16.8	<.0001
EORTC QLQ C30 - Insomnia (SL)	41.7 +/- 35.1	37.8 +/- 34.4	31.8 +/- 32.2	0.0012
EORTC QLQ C30 - Nausea and vomiting (NV)	8.3 +/- 17.4	6.6 +/- 16.2	6.6 +/- 16.9	0.3129
EORTC QLQ C30 - Pain (PA)	32.4 +/- 28.2	28.7 +/- 25.0	24.9 +/- 23.5	0.0008
EORTC QLQ C30 - Physical functioning (PF)	77.2 +/- 18.7	81.6 +/- 15.6	82.3 +/- 18.0	<.0001
EORTC QLQ C30 - Role functioning (RF)	65.9 +/- 29.4	75.3 +/- 25.7	76.9 +/- 25.6	<.0001
EORTC QLQ C30 - Social functioning (SF)	65.0 +/- 29.0	76.7 +/- 27.2	78.2 +/- 26.4	<.0001
HADS - Total Score (Anxiety+Depression)	16.4 +/- 6.6	13.6 +/- 5.5	11.6 +/- 5.1	<.0001
HADS - Total Score Anxiety	10.1 +/- 4.0	8.4 +/- 3.5	7.4 +/- 3.4	<.0001
HADS - Total Score Depression	6.3 +/- 3.7	5.1 +/- 3.1	4.3 +/- 2.9	<.0001

Annexe 8 Score qualité de vie selon le temps: patients adjuvants

Variables	Visit D1	Visit M6	Visit M12	pValue
	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	
EORTC QLQ C30 - Appetite loss (AP)	17.0 +/- 29.9	8.4 +/- 18.2	7.0 +/- 20.5	0.0178
EORTC QLQ C30 - Cognitive functioning (CF)	66.5 +/- 29.1	67.7 +/- 26.6	70.5 +/- 22.8	0.2274
EORTC QLQ C30 - Constipation (CO)	16.7 +/- 27.0	14.9 +/- 27.0	16.5 +/- 28.5	0.4915
EORTC QLQ C30 - Diarrhoea (DI)	7.8 +/- 19.0	9.6 +/- 21.7	5.4 +/- 18.0	0.3123
EORTC QLQ C30 - Dyspnoea (DY)	32.7 +/- 29.3	24.6 +/- 25.4	19.7 +/- 26.8	0.0002
EORTC QLQ C30 - Emotional functioning (EF)	61.1 +/- 25.0	64.3 +/- 20.8	70.6 +/- 21.5	0.0018
EORTC QLQ C30 - Fatigue (FA)	48.9 +/- 25.2	39.4 +/- 24.9	34.3 +/- 23.7	<.0001
EORTC QLQ C30 - Financial difficulties (FI)	27.3 +/- 32.0	20.2 +/- 29.4	19.2 +/- 28.9	0.0082
EORTC QLQ C30 - Global health status / QoL (QL)	60.8 +/- 18.0	66.5 +/- 15.8	73.4 +/- 16.7	<.0001
EORTC QLQ C30 - Insomnia (SL)	46.7 +/- 34.8	45.3 +/- 36.0	38.1 +/- 33.8	0.1141
EORTC QLQ C30 - Nausea and vomiting (NV)	5.9 +/- 13.0	3.7 +/- 10.1	4.4 +/- 14.7	0.3961
EORTC QLQ C30 - Pain (PA)	32.7 +/- 29.1	28.6 +/- 24.6	23.3 +/- 22.9	0.0002
EORTC QLQ C30 - Physical functioning (PF)	80.3 +/- 17.2	83.9 +/- 14.7	85.9 +/- 16.1	<.0001
EORTC QLQ C30 - Role functioning (RF)	69.1 +/- 28.0	80.5 +/- 21.4	82.1 +/- 22.6	<.0001
EORTC QLQ C30 - Social functioning (SF)	65.0 +/- 26.7	79.6 +/- 24.6	84.1 +/- 22.2	<.0001
HADS - Total Score (Anxiety+Depression)	16.6 +/- 6.9	13.7 +/- 5.4	11.6 +/- 5.2	<.0001
HADS - Total Score Anxiety	10.2 +/- 4.0	8.6 +/- 3.6	7.5 +/- 3.4	<.0001
HADS - Total Score Depression	6.4 +/- 3.8	5.0 +/- 2.9	4.1 +/- 2.9	<.0001

Annexe 9 Score qualité de vie selon le temps: patients métastatiques

Variables	Visit D1	Visit M6	Visit M12	pValue
	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	(mean +/- SD)	
EORTC QLQ C30 - Appetite loss (AP)	18.9 +/- 30.7	16.2 +/- 24.6	10.4 +/- 24.1	0.1035
EORTC QLQ C30 - Cognitive functioning (CF)	69.5 +/- 23.4	71.3 +/- 23.5	72.0 +/- 23.1	0.4659
EORTC QLQ C30 - Constipation (CO)	19.9 +/- 29.6	15.3 +/- 23.5	14.7 +/- 25.4	0.2662
EORTC QLQ C30 - Diarrhoea (DI)	24.4 +/- 29.7	18.0 +/- 26.0	19.6 +/- 27.8	0.2212
EORTC QLQ C30 - Dyspnoea (DY)	37.0 +/- 34.0	29.4 +/- 27.2	31.9 +/- 33.1	0.2222
EORTC QLQ C30 - Emotional functioning (EF)	62.9 +/- 26.3	68.5 +/- 26.6	72.1 +/- 23.5	0.0034
EORTC QLQ C30 - Fatigue (FA)	49.3 +/- 27.0	41.6 +/- 27.2	41.9 +/- 24.3	0.0515
EORTC QLQ C30 - Financial difficulties (FI)	22.4 +/- 30.1	20.4 +/- 30.5	16.4 +/- 28.4	0.2019
EORTC QLQ C30 - Global health status / QoL (QL)	58.4 +/- 20.5	64.5 +/- 20.6	67.4 +/- 16.5	0.0039
EORTC QLQ C30 - Insomnia (SL)	35.0 +/- 34.7	28.4 +/- 29.9	21.9 +/- 26.9	0.0059
EORTC QLQ C30 - Nausea and vomiting (NV)	11.6 +/- 21.7	10.1 +/- 21.1	9.9 +/- 19.5	0.8594
EORTC QLQ C30 - Pain (PA)	31.9 +/- 27.1	28.9 +/- 25.6	27.3 +/- 24.4	0.4665
EORTC QLQ C30 - Physical functioning (PF)	73.1 +/- 20.1	78.7 +/- 16.2	76.7 +/- 19.5	0.0145
EORTC QLQ C30 - Role functioning (RF)	61.6 +/- 31.0	68.9 +/- 29.1	69.1 +/- 28.0	0.0974
EORTC QLQ C30 - Social functioning (SF)	65.0 +/- 31.9	73.2 +/- 29.9	69.1 +/- 29.6	0.2643
HADS - Total Score (Anxiety+Depression)	16.1 +/- 6.3	13.5 +/- 5.6	11.7 +/- 5.0	<.0001
HADS - Total Score Anxiety	9.9 +/- 4.0	8.1 +/- 3.4	7.2 +/- 3.4	<.0001
HADS - Total Score Depression	6.2 +/- 3.5	5.3 +/- 3.3	4.5 +/- 2.9	<.0001

Annexe 10: Description des décès durant le PPACT et le suivi

	Metastatique N=88	Adjuvant N=122	Total N=210
Décès durant le PPCAT et le suivi			
Manquant	0	0	0
Non	49 (55.7%)	114 (93.4%)	163 (77.6%)
Oui	39 (44.3%)	8 (6.6%)	47 (22.4%)
Délai (mois) entre le diagnostic de cancer et le décès			
Manquant	1	0	1
Moyenne (DS)	47.1 (32.5)	48.6 (27.0)	47.3 (31.4)
Min/Max	11 / 148	28 / 108	11 / 148
Délai (mois) entre le début du PPACT et le décès			
Manquant	0	0	0
Moyenne (DS)	25.3 (14.4)	36.3 (18.5)	27.2 (15.5)
Min/Max	7 / 63	15 / 71	7 / 71
Age du décès (ans)			
Manquant	0	0	0
Moyenne (ET)	59.7 (10.7)	61.6 (11.0)	60.0 (10.7)
Min/Max	41 / 81	41 / 72	41 / 81
Décès durant la première année du PPACT			
Manquant	0	1	1
Non	80 (90.9%)	121 (100.0%)	201 (96.2%)
Oui	8 (9.1%)	0	8 (3.8%)

Annexe 11: Description des récurrences de cancer

Patients with adjuvant cancer	Adjuvant N=122
Récidive de cancer	
N	118
Manquant	4
Non	101 (85.6%)
Oui	17 (14.4%)
Durée (mois) entre diagnostic de cancer et récurrence	
N	17
Manquant	0
Moyenne (DS)	36.5 (23.2)
Q1/Median/Q3	20.0 / 31.0 / 43.0
Min/Max	12 / 110
Durée(mois) entre début du PPACT et récurrence	
N	17
Manquant	0
Moyenne (DS)	19.8 (11.9)
Q1/Median/Q3	11.0 / 19.0 / 31.0
Min/Max	févr-42
Age de la récurrence (ans)	
N	17
Manquant	0
Moyenne (DS)	53.7 (10.6)
Q1/Median/Q3	49.0 / 52.0 / 60.0
Min/Max	35 / 72

Annexe 12: Description de la survie selon la situation des patients

Survie globale (mois): Patients adjuvants			
	Total		
	N=120		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	8 (6.7%)		
Number of censored observations (%)	112 (93.3%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	-		
Median [95%CI]	-		
Q3 [95%CI]	-		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	120	0	100%
2 Years	120	0	100%
5 Years	62	6	94,20%

Survie sans récurrence: Patients cancer adjuvant			
	Total		
	N=118		
Relapse-free Survival			
Number of Relapses or Deaths (%)	18 (15,3%)		
Number of censored observations (%)	100 (84,7%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	110.0 [56.0 ; .]		
Median [95%CI]	-		
Q3 [95%CI]	-		
Relapse-free Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	117	1	99%
2 Years	113	5	96%
4 Years	69	15	86,00%
5 Years	52	17	83,30%
10 Years	4	18	66,60%

Survie globale (mois): Patients métastatiques			
	Total		
Overall Survival	N=101		
Number of Deaths (%)	45 (44,6%)		
Number of censored observations (%)	56 (55,4%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	36.0 [30.0 ; 43.0]		
Median [95%CI]	67.0 [54.0 ; 143.0]		
Q3 [95%CI]	143.0 [119.0 ; 148.0]		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	97	3	97%
2 Years	85	12	88%
5 Years	26	38	54,50%
N=nombre de patientes à risque			
n=nombre cumulé d'évènements			
KM Rate=estimation de la survie sans récidence selon la méthode de Kaplan-Meier au moment considéré			

Annexe 13: Description de la survie selon le type histologique

Survie globale (mois) : Patients adjuvants cancer ovaires			
	Total		
	N=4		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	1 (25%)		
Number of censored observations (%)	3 (75%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	-		
Median [95%CI]	-		
Q3 [95%CI]	-		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	4	0	100%
2 Years	4	0	100%
5 Years	1	0	75,00%

Survie globale (mois): Patients métastatiques cancer ovaires			
	Total		
	N=6		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	4 (66,7%)		
Number of censored observations (%)	2 (33,3%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	30.0 [24.0 ; 72.0]		
Median [95%CI]	51.5 [24.0 ; 72.0]		
Q3 [95%CI]	72.0 [30.0 ; 72.0]		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	6	0	100%
2 Years	5	1	83%
5 Years	1	3	50,00%

Survie sans récidive: Patients adjuvants cancer ovaires			
	Total		
	N=4		
Relapse-free Survival			
Number of Relapses or Deaths (%)	2 (50%)		
Number of censored observations (%)	2 (50%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	16.0 [12.0 ; .]		
Median [95%CI]	-		
Q3 [95%CI]	-		
Survie sans			
	N	n	KM Rate
1 Year	3	1	75%
2 Years	2	2	50%
4 Years	2	2	50,00%
5 Years	0	2	50,00%
10 Years	0	2	50,00%

Survie globale (mois): Patients métastatiques cancer colo-rectal			
	Total		
	N=13		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	4 (30,8%)		
Number of censored observations (%)	9 (69,2%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	42.0 [32.0 ; .]		
Median [95%CI]	- [34.0 ; .]		
Q3 [95%CI]	-		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	13	0	100%
2 Years	12	0	100%
5 Years	4	4	64,60%

Survie globale (mois): Patients métastatiques cancer pancréas			
	Total		
	N=4		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	3 (75%)		
Number of censored observations (%)	1 (25%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	25.0 [18.0 ; 119.0]		
Median [95%CI]	75.5 [18.0 ; 119.0]		
Q3 [95%CI]	119.0 [18.0 ; 119.0]		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	4	0	100%
2 Years	3	1	75%
5 Years	1	2	50,00%

Survie globale (mois): Patients métastatiques cancer poumons			
	Total		
	N=12		
Overall Survival			
Number of Deaths (%)	6 (66,7%)		
Number of censored observations (%)	4 (33,3%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	20.5 [18.0 ; 41.0]		
Median [95%CI]	41.0 [19.0 ; .]		
Q3 [95%CI]	54.0 [41.0 ; .]		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	12	0	100%
2 Years	8	4	67%
5 Years	4	8	19,00%

Survie globale (mois): Patients métastatiques cancer prostate			
	Total		
Overall Survival	N=6		
Number of Deaths (%)	4 (66,7%)		
Number of censored observations (%)	2 (33,3%)		
Time to event (months)			
Q1 [95%CI]	35.0 [25.0 ; 64.0]		
Median [95%CI]	60.0 [25.0 ; .]		
Q3 [95%CI]	64.0 [35.0 ; .]		
Overall Survival			
	N	n	KM Rate
1 Year	6	0	100%
2 Years	6	0	100%
5 Years	2	3	41,70%

RESUME DE L'ARTICLE SOUMIS EN ANGLAIS

Structured Psychosocial Intervention for French Patients with Metastatic Cancer

Jean-Loup Mouysset^{1,2}, David Spiegel³, Barbara L. Andersen⁴, Emmanuel Kinne⁵, Pierre Caillat⁵,
Laeticia Dewolf², Chantal Zedet Saunders², Thierry Bouillet⁶, Nancie Rosati⁷, Antoine Demonceaux⁸,
Philippe Orts², Jean Yves Blay⁹

¹Department of medical oncology, Hopital Privé de Provence, Aix, France

²Centre Ressource, Aix, France

³Department of Psychiatry, Stanford University, Palo Alto, California

⁴Department of Psychology, The Ohio State University, Columbus, Ohio

⁵Faculté de Médecine Nice, France

⁶Department of Radiotherapy, American Hospital of Paris, France

⁷Centre Ressource Montélimar, France

⁸Centre Ressource Reims, France

⁹Department of Medical Oncology, Leon Berard Center, Lyon, France

Abstract

Objectives: A novel intervention combining two efficacious therapies (*Programme Personnalisé d'Accompagnement Thérapeutique*; PPACT) was offered in three centers in France for patients with metastatic disease. The program evaluation aim measures pre/post changes in psychological and quality of life (QoL) outcomes. Patients were followed for 5 years and survival outcomes described.

Methods: Patients (N=88) with metastatic cancer seeking psychosocial care were offered PPACT which included elements of the biobehavioral intervention and Supportive Expressive Group Therapy, delivered in 32 sessions across 12 months. The sample was predominantly older (M=57 years), female (72%), and partnered (74%). Thirty one percent had metastatic breast cancer (n=27, 31%), but 16 other disease sites were represented. Patients were assessed pre-, 6, and 12 months using the Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] and EORTC Quality of Life Questionnaire-Core 30 [QoL]. Patients were followed for 5+ years to describe survival.

Results: Significant changes (improvements) across time were found on the HADS anxiety and depression scales ($ps < .0001$) and EORTC functioning scales and symptom items ($ps < .01$). Effects were replicated with the breast sample. Kaplan Meier analyses showed 54% likelihood of survival at 5 years.

Conclusions: A successful effort, empirically supported psychological treatment was offered at non-profit community centers in France to patients coping with metastatic cancer. As metastatic cancer has become a chronic disease, an overall survival of 54% at 5 years along with QoL improvements suggests feasibility and promise for further examination of a structured psychosocial support for French patients.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.