

UNE EXPÉRIENCE DE GROUPES PSYCHO-ÉDUCATIONNELS AVEC DES FEMMES EN POST-TRAITEMENT DE CANCERS DU SEIN

SANDRINE CAYROU, SYLVIE DOLBEAULT, ANNE BRÉDART, BERNARD DESCLAUX, PAUL DICKÈS¹¹

Résumé

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'efficacité d'une intervention de groupe psycho-éducatif auprès de femmes atteintes de cancers du sein non-métastatiques. Après randomisation*, un groupe traité (GT, n = 102) recevant l'intervention en premier est comparé à un groupe contrôle recevant l'intervention de manière différée (GC, n = 101). Les personnes recrutées, atteintes de cancers du sein, ont terminé leur primo-traitement et sont en période de surveillance. Le programme du groupe, établi sur 8 séances de deux heures, contient des discussions thématiques sur des problèmes communs, un apport d'informations et l'apprentissage de techniques de gestion du stress (relaxation, affirmation de soi, résolution de problèmes, restructuration cognitive). Les femmes sont évaluées avant et après l'intervention, ainsi qu'un mois après, sur les variables suivantes : détresse psychologique (STAI, POMS), qualité de vie* (EORTC QLQ30-BR23) et ajustement mental (MAC Scale). Les résultats mettent en évidence une réduction significative de la détresse ainsi qu'une amélioration significative de certains aspects de la qualité de vie chez le GT en comparaison au GC. Par contre, les effets sur les stratégies d'adaptation ne sont pas significatifs entre les deux groupes. En conclusion, le format de groupe proposé est très bien adapté à notre population et permet d'accélérer la diminution des affects négatifs présents en post-traitement.

Cadre de l'expérimentation

Contexte et public concerné

En France, environ 40 % des patients atteints de cancers présentent des troubles psychologiques : troubles de l'adaptation, troubles anxieux et dépressifs [34]. L'aide psychologique apportée par les structures de psycho-oncologie concerne au plus 10 % des patients. Elle est presque exclusivement de type individuel, contrairement à de nombreux pays qui ont développé des interventions de groupe pour les patients atteints de cancer (ce qui permet à un plus grand nombre de personnes d'en bénéficier). Dans cette perspec-

11. Sandrine Cayrou travaille comme psychologue clinicienne en libéral à Toulouse. L'expérience présentée ici a servi de base à sa thèse de doctorat soutenue en 2002 et lui a permis d'animer onze groupes psycho-éducatifs à l'Institut Curie à Paris. Le Dr Sylvie Dolbeault est psychiatre, responsable de l'unité de psycho-oncologie de l'Institut Curie à Paris. Anne Brédart, psychologue clinicienne et docteur en psychologie, Bernard Desclaux, psychiatre et chef de l'unité de psycho-oncologie à l'Institut Claudius Regaud à Toulouse et Paul Dickès, chercheur émérite en psychométrie et en statistiques, ont contribué de façon importante au développement de la recherche en psycho-oncologie et ont permis la concrétisation du projet sur les groupes psycho-éducatifs ainsi que la divulgation des résultats au niveau international.

tive, les groupes psycho-éducationnels à l'attention des femmes atteintes de cancers du sein visent à alléger la détresse psychologique du plus grand nombre, répondant ainsi au désarroi des femmes face au manque de soutien reçu dans les institutions et au souhait des professionnels de créer et d'évaluer de nouvelles interventions psychologiques [23].

Nous faisons ici état d'une expérience d'évaluation de groupes psycho-éducationnels (GPE)¹². L'efficacité d'une intervention de groupe dépend en partie de l'homogénéité des sujets auxquels elle s'adresse. La faisabilité du projet n'est assurée que si la population recrutée est suffisamment importante pour permettre la constitution des groupes. Nous avons choisi d'expérimenter le groupe psycho-éducationnel avec une population de femmes atteintes de cancers du sein non-métastatiques car il s'agit d'une pathologie très fréquemment rencontrée dans notre institution et que l'expression de besoins d'aide psychologique y apparaît particulièrement prévalente. Le groupe psycho-éducationnel est proposé à l'issue des traitements médicaux : il vise une meilleure gestion des problèmes spécifiques de l'après-traitement et une diminution du sentiment d'abandon qui peut exister à ce moment. Proposer une réunion en groupe pendant les traitements peut surcharger les patientes qui présentent déjà une fatigue liée aux effets secondaires des traitements ainsi qu'aux multiples rendez-vous médicaux. La période post-traitement est peut-être plus favorable à l'assimilation psychologique car les patientes peuvent dégager plus de temps pour penser et se sortir de la logique du « faire face immédiat ». La fin des traitements amène un bien-être certain, mais ce dernier est souvent nuancé par les effets secondaires résiduels du cancer et des soins, la nécessité pour un certain nombre de femmes de prendre un traitement hormonal durant plusieurs années (ayant lui même son corollaire d'effets secondaires), la fatigue et la fatigabilité. Il faut aussi prendre en compte les aspects plus psychologiques liés à cette phase : la peur de la rechute, l'augmentation de l'anxiété et des préoccupations en rapport avec la mort, la baisse de l'estime de soi, la perte du sentiment de contrôle sur sa vie, la diminution transitoire ou permanente des forces physiques. C'est en outre le temps de la réintégration des rôles liés à la vie professionnelle, familiale, conjugale, amicale ; ces rôles étant parfois associés à de nouvelles contraintes. Les personnes ayant eu un cancer du sein se trouvent confrontées à des problèmes pratiques et administratifs pour lesquels il existe peu d'aide institutionnelle : reprise professionnelle, prêt bancaire, aspects légaux d'un processus d'adoption, etc.

Population

Nous incluons dans l'étude des femmes majeures, ayant terminé leur traitement pour un cancer du sein non-métastatique et ne présentant pas de nouvel événement carcinologique (récidive, métastases). Ces patientes sont en phase de post-traitement, entre 15 jours et 1 an après la fin de la radiothérapie, et

12. Un groupe psycho-éducationnel intègre aux échanges et discussions une composante éducative, reposant sur le partage d'informations et l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales.

motivées pour participer au groupe psycho-éducatif. La participation au groupe peut compléter une prise en charge psychologique individuelle et/ou médicamenteuse, si ces dernières sont nécessaires. Dans le cas de patientes présentant une pathologie psychiatrique avérée (incluant certains troubles de la personnalité, des troubles cognitifs importants, des troubles de l'humeur actuels ou des antécédents récents de dépression ayant nécessité une hospitalisation), nous proposons un soutien psychologique ou psychiatrique individuel, qui semble plus approprié que la participation au groupe et à la recherche.

Fondements méthodologiques de la démarche

Les effets des interventions psycho-oncologiques ont peu été évalués en France et les bénéfices de l'aide psychologique ne relèvent pas encore de l'évidence pour tout soignant. Souhaitant étudier l'efficacité de notre intervention, nous avons emprunté la méthode expérimentale propre aux essais cliniques médicamenteux, en respectant autant que possible les critères méthodologiques internationaux en vigueur, notamment le principe de randomisation*. La randomisation consiste en un tirage au sort qui attribue de façon aléatoire les sujets de l'étude à leur groupe, en général le groupe recevant l'intervention *versus* le groupe ne la recevant pas ou recevant l'intervention dans un temps ultérieur. La randomisation permet d'attribuer les effets mesurés à l'intervention, et non à d'autres raisons. Pour des raisons éthiques, nous avons fait le choix d'un groupe différé. Nous nous positionnons dans la lignée des dernières études internationales en psycho-oncologie, qui cherchent à établir l'efficacité de l'intervention psychologique sur des variables subjectives (détresse psychologique, humeur, qualité de vie, etc.) plutôt que sur des variables objectives médicales (comme la survie) ou socio-économiques (comme le coût-efficacité).

Conception et modalités pratiques

Le projet a débuté en avril 1998 avec la constitution d'un groupe de pilotage au sein du Comité de coopération médicale des centres de lutte contre le cancer. Plusieurs psycho-oncologues issus de 5 centres de lutte contre le cancer (Paris, Toulouse, Lyon, Villejuif, et Saint-Cloud), ainsi qu'un méthodologiste et un chirurgien, se sont réunis régulièrement pour élaborer le protocole et évaluer sa faisabilité en France. Deux ans plus tard, l'accord du Comité de protection des personnes est acquis et des financements issus du Programme hospitalier de recherche clinique et de la Fondation de France permettent la réalisation du projet dans les 3 premiers instituts. Le groupe pharmaceutique Novartis a financé l'emploi d'une personne aidant à la gestion de la recherche. Plusieurs séminaires ont rassemblé les organisateurs de l'étude et les animateurs des groupes. Précédant le démarrage de l'étude, les séminaires ont eu pour objet de créer la trame et les contenus des 8 sessions du groupe et d'homogénéiser les pratiques des techniques utilisées, aboutissant à la rédaction du manuel. Lors des premiers groupes, les animateurs et organisateurs de chaque centre ont échangé régulièrement sur leurs pratiques.

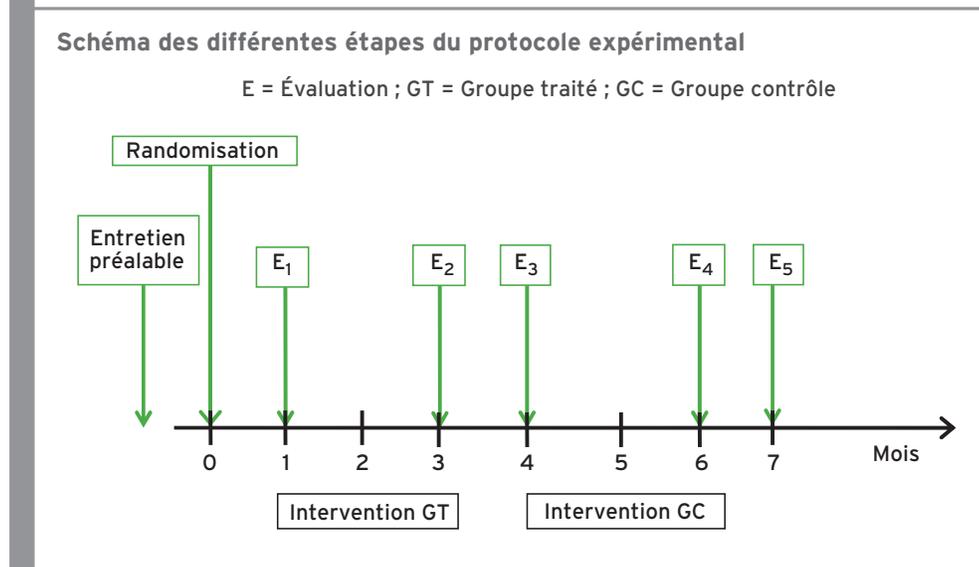
Description du protocole et de l'intervention

Il s'agit d'un essai randomisé* destiné à évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe psycho-éducative sur l'anxiété, l'humeur, les stratégies d'ajustement et la qualité de vie de patientes atteintes de cancers du sein non-métastatiques. Notre étude compare un groupe traité (GT) à un groupe contrôle (GC) qui est en fait un groupe différé. L'hypothèse principale est qu'en bénéficiant de l'intervention psycho-éducative, les patientes réduisent leur anxiété et améliorent leurs stratégies d'ajustement et leur qualité de vie.

Le recrutement des personnes susceptibles d'entrer dans l'étude s'est effectué par divers moyens. Une lettre d'information et d'invitation à participer au groupe a été envoyée systématiquement aux femmes qui répondaient aux critères d'inclusion et dont la liste nous avait été fournie par le département d'information médicale ou le service de radiothérapie. Par ailleurs, la transmission de l'information aux patientes s'est faite directement par les soignants ou indirectement au moyen d'affiches et de prospectus disposés au niveau des accueils et des différents services du centre.

L'entretien préalable a été mené par un professionnel qualifié en psychologie et formé à cet entretien. Le professionnel recueille les données sociodémographiques et médicales, vérifie que la personne remplit bien les critères d'inclusion, présente de façon détaillée le protocole de l'étude, s'assure que la patiente a bien lu la lettre d'information, recueille son consentement éclairé, effectue la procédure de randomisation* et informe la patiente du résultat. En cas de doute sur un critère de non-inclusion (présence d'une pathologie psychiatrique avérée), un second entretien doit être effectué avec un psychiatre. L'entretien préalable est réalisé le plus près possible du début de l'intervention de groupe. Les randomisations sont réalisées au sein de chaque centre et en aveugle pour la personne chargée de l'entretien préalable. La patiente accepte le principe du tirage aléatoire qui est fait à la fin de l'entretien préalable ou au maximum dans les deux jours qui le suivent. Une fois la randomisation faite, les personnes qui renoncent finalement à participer ne peuvent pas être remplacées et leur abandon est pris en compte dans la recherche.

Les évaluations sont au nombre de trois pour le groupe traité (GT : E1 à E3) et de cinq pour le groupe différé (GC : E1 à E5) **[figure 4]**. À l'exception de la première évaluation réalisée à l'hôpital (simultanément pour les deux groupes, lors d'une réunion générale d'information organisée dans la semaine qui précède la première séance du groupe psycho-éducatif pour le GT), les autres évaluations ont toutes lieu au domicile. Les questionnaires sont remis en mains propres pour les évaluations post-interventions (E2, E4) lors de la dernière séance du groupe ou envoyés par courrier pour le GC (E2). Les questionnaires de suivi à un mois (E3, E5) sont envoyés par courrier une semaine avant la date prévue de remplissage. Le taux de réponse est amélioré par relance téléphonique ou postale. Le questionnaire est accepté s'il est retourné dans les 15 jours suivant la date de remplissage.

FIGURE 4

Le groupe psycho-éducatif : définition et contenu

Par définition, un groupe psycho-éducatif possède deux composantes : l'une dite psychologique, basée sur l'écoute et les discussions de type soutien-expression, et l'autre éducative, reposant sur le partage d'informations et l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales. L'intervention est encadrée par des intervenants professionnels qui animent des séances structurées et affichent une ambition thérapeutique modérée, ce qui la distingue des groupes d'entraide ou des psychothérapies [4].

La modalité structurée du groupe, c'est-à-dire ne reposant pas seulement sur des échanges informels, a été retenue afin de permettre le plus possible une standardisation du déroulement du programme, malgré la diversité des animateurs. Le programme permet aussi de répondre aux besoins du plus grand nombre (par exemple, parler de l'incertitude est un besoin typique de ces femmes en cette phase post-traitement). Son contenu s'inspire d'études antérieures, notamment celles qui se sont intéressées aux interventions de groupe avec des femmes atteintes de cancers du sein et qui ont bien décrit les buts, les principes et les étapes de leur intervention [2, 20, 13, 6]. Le programme comprend 8 séances de deux heures, selon un rythme hebdomadaire en dehors des congés scolaires. Le groupe est constitué de 8 à 12 participantes et de 2 animateurs. Réalisé par le groupe de pilotage et distribué aux animateurs, le manuel présente le contenu détaillé des séances. Le **tableau II** résume les thèmes abordés à chaque séance et les techniques privilégiées par les animateurs. L'objectif principal du groupe psycho-éducatif est de fournir aux patientes des moyens de gérer leur anxiété. Les objectifs secondaires, contribuant indirectement à l'atteinte de l'objectif principal, sont d'intégrer les changements de l'image du corps et de l'estime de soi, d'améliorer le sens du contrôle sur sa vie et de réévaluer son projet de vie. Les moyens utilisés pour parvenir à ces objectifs sont multiples. L'expression des affects, le travail sur les croyances et les cognitions (restructuration cognitive), l'iden-

tification des stratégies d'ajustement et le développement de nouvelles stratégies plus actives représentent des dimensions essentielles de l'atteinte des objectifs de changement. Nous initiions aussi les participantes aux techniques de relaxation, de résolution de problèmes, d'affirmation de soi (notamment dans la relation médecin-patient). Les animateurs apportent un complément d'information médicale générale, même si par ailleurs les participantes sont encouragées à rechercher de l'information par elles-mêmes et à les partager avec les autres. On incite les femmes du groupe à se soutenir mutuellement, mais aussi à maintenir et développer leurs liens sociaux antérieurs.

TABLEAU II**Description du contenu des séances**

	Thèmes discutés	Techniques utilisées
1	Présentation de chaque membre Présentation des règles du groupe (la confidentialité, l'engagement personnel et l'absence de nomination personnelle des soignants)	Identification des problèmes Présentation des 5 colonnes de Beck* Relaxation
2	Causes et le sens du cancer	Distinguer contrôle interne et externe Relaxation
3	Impact des traitements et de la maladie sur l'image du corps	Initiation à la résolution de problèmes Restructuration cognitive Relaxation
4	Impact des traitements et de la maladie sur l'estime de soi	Initiation à la résolution de problèmes Restructuration cognitive Relaxation
5	Gestion de l'incertitude	Restructuration cognitive Relaxation
6	Relations avec les proches	Affirmation de soi Relaxation
7	Relations avec les soignants	Affirmation de soi Relaxation
8	Objectifs de vie Bilan de l'intervention	Se fixer des objectifs Relaxation

Les intervenants

Les séances du groupe psycho-éducatif sont animées par un animateur principal et un co-animateur. L'animateur principal est un professionnel, psychologue ou psychiatre, habilité à enseigner les techniques de gestion du stress, expérimenté en animation de groupe et dans le soutien des personnes confrontées à la maladie grave. Il est responsable du bon déroulement du programme et peut être extérieur au centre. L'étude se déroule avec 5 animateurs principaux (3 à Paris, 1 à Toulouse et 1 à Lyon) et 3 co-animateurs (1 dans chaque ville). Le co-animateur est membre de l'Unité de psycho-oncologie du centre. Il est responsable du bon déroulement de l'étude, de l'organisation matérielle du programme et complète les interventions de l'animateur principal en assurant le support visuel (inscriptions sur un *paper board*) et les informations spécifiques au milieu de l'oncologie.

Résultats de l'expérimentation

Variables et outils

Les variables descriptives telles que l'âge, le stade de la maladie, les traitements reçus, sont relevées dans les dossiers médicaux et lors de l'entretien préalable. Les autres variables mesurées et les outils utilisés dans cette étude apparaissent dans le **tableau III**.

TABLEAU III

Variables descriptives de l'expérimentation

Variabiles mesurées	Outil de mesure et référence
L'anxiété-trait	STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Version française : Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1990 [36]
L'état d'humeur : anxiété-tension, dépression-découragement, colère-hostilité, confusion-perplexité, vigueur, fatigue et relations interpersonnelles	POMS (Profile Of Mood States). Version française : Cayrou <i>et al.</i> , 2003 [5]
Stratégies d'ajustement ¹³ à la maladie : l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégation	Échelle MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale). Version française : Cayrou <i>et al.</i> , 2001 [3]
La qualité de vie (aspects physiques, psychologiques et sociaux liés à la maladie et aux traitements)	EORTC-QLQ-C30 (European Organisation on Research and Treatment on Cancer) et le module BR-23 spécifique du cancer du sein (EORTC Quality of Life Study Group, 1998)* [12] * Les autoquestionnaires sont disponibles en langue française

Analyses statistiques

Pour les données manquantes, nous avons appliqué la méthode d'imputation des données préconisée par Jöreskog et Sörbom au moyen du logiciel Preliis. Cette méthode, qui permet de tester la qualité de l'imputation, se révèle excellente et particulièrement fiable. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SPSS et Lisrel. Le niveau de significativité a été fixé à 0,05. Le principal objectif consiste à comparer l'évolution des deux groupes entre E1 et E3, après s'être assuré de la comparabilité des groupes à E1 sur les variables sociodémographiques et médicales ainsi que sur les scores des différentes échelles. Pour les variables sociodémographiques quantitatives, nous avons utilisé des tests paramétriques (t de Student) et pour les variables qualitatives ou ne remplissant pas les tests de normalité, nous avons réalisé des tests non-paramétriques (Khi-2 de Pearson ou U de Mann et Whitney). Pour les scores des variables dépendantes, nous avons utilisé des modèles linéaires généraux. Ces modèles présentent l'avantage de nous donner les valeurs des tests-t pour chaque variable, mais aussi une valeur générale (le lambda de Wilks) qui tient compte de l'ensemble des variables entrées dans le modèle et de leurs

13. En psycho-oncologie, le concept d'ajustement mental (ensemble des réponses émotionnelles, cognitives et comportementales faites par un individu confronté à la maladie cancéreuse) remplace souvent celui de *coping* : il inclut les réactions émotionnelles involontaires et l'évaluation de la situation stressante.

corrélations. Ensuite, nous avons comparé l'évolution des deux groupes entre E1 et E3, avec l'aide des modèles linéaires généraux à mesures répétées qui nous permettent de différencier les effets intra-sujet (effet temps et interaction temps par groupe) des effets inter-sujets. Les analyses avec les modèles linéaires généraux ont aussi permis de contrôler les variables confondantes en partie responsables de la variance des scores des variables mesurées.

Caractéristiques de l'échantillon

Deux cent trois patientes (107 à Paris, 51 à Toulouse et 45 à Lyon) ont été randomisées* dans le groupe traité en premier (n = 102) et dans le groupe contrôle (n = 101). Les analyses sur les trois temps (E1-E2-E3) ont été réalisées sur 81 sujets du GT et 87 sujets du GC. La perte des sujets s'explique par les 33 abandons en cours d'étude (14 GT, 19 GC) et les questionnaires manquants. Les personnes ayant abandonné ne se différencient pas significativement des participantes sur les scores obtenus (STAI, POMS, MAC) à la première évaluation (n = 19) mais présentent quelques caractéristiques sociodémographiques particulières (n = 33). Elles viennent plus des classes socioprofessionnelles ouvrières ou sans activité, à l'inverse des participantes qui appartiennent plus à la catégorie des cadres moyens et supérieurs. Leur pathologie a nécessité des interventions chirurgicales plus importantes (mastectomie avec curage ganglionnaire).

Comparaison des groupes à E1

Le groupe ayant bénéficié de l'intervention est significativement différent du groupe contrôle au niveau de l'âge (p = 0,03) et de la présence de chimiothérapie (p = 0,02). Le GC est plus jeune (moyenne de 51,60 *versus* 54,47) et a reçu plus de chimiothérapie (57,4 % *versus* 42,6 %). Les deux groupes sont tout à fait comparables sur les autres variables : statut marital, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, retour à l'emploi, aide psychologique reçue avant diagnostic et après la randomisation, expériences de groupe antérieures, temps écoulé entre le diagnostic et la randomisation* et entre la fin des traitements et la randomisation, stade de la maladie, nature de l'acte chirurgical, le fait d'avoir été traité par radiothérapie et hormonothérapie. Les modèles linéaires généraux utilisés ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes lors de l'évaluation initiale sur l'ensemble des questionnaires validés (STAI, POMS, MAC), à l'exception du score d'« état de santé global » de l'EORTC QLQ-C30, le GC rapportant un meilleur état de santé (p = 0,01). Les modèles linéaires à mesures répétées, tenant compte des deux variables confondantes (l'âge et le fait d'avoir été traité par chimiothérapie), montrent que l'âge (< ou > 50 ans) influence dans le temps l'évolution de l'anxiété, de la colère, de la fatigue et le score global du POMS, ainsi que les échelles fonctionnelles des rôles et de la dimension émotionnelle, de la fatigue, de l'image du corps, de la sexualité, des effets secondaires, et des symptômes au sein des questionnaires EORTC. Le fait d'avoir subi une chimiothérapie influence l'évolution des scores de douleur, d'appétit, de constipation et les symptômes mammaires.

Pour toutes ces variables, nous avons donc contrôlé l'effet des variables confondantes dans les modèles à mesures répétées.

Comparaison des groupes à E1-E2-E3 avec contrôle des variables confondantes

L'intégralité des résultats a été publiée [9]. Pour simplifier, nous n'indiquons que les résultats significatifs dans le **tableau IV**, l'éta² donne le pourcentage de variance expliquée.

Des interactions groupe-temps significatives ($p < 0,05$), indiquant un effet positif de notre intervention⁹ ont été trouvées sur les échelles de la STAI, expliquant 6 % et 4 % de la variance des scores d'anxiété-état et d'anxiété-trait respectivement. De plus, une réduction des affects négatifs et une amélioration des affects positifs est observée chez le GT, par comparaison avec le GC, sur les échelles du POMS (sauf l'échelle de confusion) et les échelles de l'EORTC pour la fonction émotionnelle, les rôles, le score global de qualité de vie et la fatigue. En revanche, nous n'avons pas trouvé d'effets de notre intervention sur les scores de la MAC. Les variables qui évoluent significativement avec le temps sont surtout l'anxiété et la dépression (toutes les échelles même la MAC), certaines variables du POMS et de l'EORTC, notamment les fonctions physique, cognitive et sociale, l'image du corps et les perspectives futures.

DISCUSSION CRITIQUE ET PERSPECTIVES

Les apports majeurs de l'expérimentation

Après avoir contrôlé les effets des variables confondantes (âge et chimiothérapie), nous obtenons clairement un effet positif du groupe psycho-éducatif à l'issue de la fin du groupe et de façon indépendante du temps, sur le niveau d'anxiété des patientes et leurs états d'humeur (exceptée la confusion). Nous obtenons aussi une amélioration de la qualité de vie sur les échelles du fonctionnement émotionnel, de l'accomplissement des rôles, de la fatigue et de l'état de santé global. Les effets positifs du groupe sur la fatigue et sur l'accomplissement des rôles peuvent être une conséquence de l'amélioration émotionnelle. Le fonctionnement physique s'améliore avec le temps, de façon relativement indépendante de l'intervention. Nous n'avons pas observé d'effets de l'intervention de groupe sur les stratégies d'ajustement. Des améliorations présentes, bien que non significatives, existent sur les échelles d'impuissance-désespoir et de préoccupations anxieuses, mais celles-ci résultent plus d'une amélioration psychologique spontanée liée au temps dans les deux groupes.

Nos résultats positifs sur les effets d'une intervention de groupe psycho-éducative vont dans le sens d'autres études démontrant l'efficacité des thérapies psychologiques chez les patientes atteintes de cancers du sein non-métastatiques [15, 21]. Kissane *et al.* n'ont pas trouvé d'effets sur les stratégies d'ajustement [21], alors que Fukui *et al.* trouvent une amélioration de l'esprit combatif chez le groupe traité [15]. Moorey *et al.* ont trouvé que deux

TABLEAU IV

Comparaison des effets significatifs entre les deux groupes (Groupe traité : n = 81 ; Groupe contrôle n = 87)

		E1 Moyenne (SD)	E2 Moyenne (SD)	E3 Moyenne (SD)		P	Éta²
STAI Y-A	GT	46,27 (13,87)	40,60 (11,43)	39,75 (10,55)	Intra-sujet	0,001	0,06
	GC	43,85 (12,16)	45,77 (12,68)	43,85 (10,94)	Inter-sujets	0,140	0,01
					Temps x groupe	0,001	0,06
STAI Y-B	GT	47,53 (10,42)	43,22 (10,02)	42,25 (10,04)	Intra-sujet	0,000	0,17
	GC	47,48 (9,31)	47,94 (10,46)	45,46 (10,17)	Inter-sujets	0,064	0,02
					Temps x groupe	0,010	0,04
POMS Anxiété*	GT	15,12 (8,11)	10,58 (6,89)	9,90 (6,44)	Intra-sujet	0,001	0,07
	GC	14,69 (7,63)	14,71 (8,35)	12,78 (7,45)	Inter-sujets	0,059	0,02
					Temps x groupe	0,000	0,08
POMS Colère*	GT	13,83 (8,71)	9,74 (7,43)	9,49 (6,81)	Intra-sujet	0,000	0,07
	GC	13,29 (8,64)	14,28 (9,11)	11,44 (7,91)	Inter-sujets	0,124	0,01
					Temps x groupe	0,005	0,05
POMS Dépression	GT	12,38 (11,45)	8,90 (10,21)	7,86 (8,61)	Intra-sujet	0,000	0,14
	GC	13,46 (11,95)	13,54 (12,56)	11,40 (10,78)	Inter-sujets	0,047	0,02
					Temps x groupe	0,034	0,02
POMS Fatigue*	GT	10,01 (7,38)	7,74 (6,89)	6,86 (5,58)	Intra-sujet	0,069	0,02
	GC	8,78 (6,85)	10,23 (7,08)	8,87 (6,84)	Inter-sujets	0,370	0,01
					Temps x groupe	0,000	0,07
POMS Vigueur	GT	15,02 (5,29)	16,22 (6,28)	16,31 (5,96)	Intra-sujet	0,109	0,02
	GC	15,21 (6,28)	14,51 (6,48)	15,00 (5,52)	Inter-sujets	0,253	0,01
					Temps x groupe	0,027	0,03
POMS Relations sociales	GT	17,64 (4,17)	18,91 (3,42)	18,80 (3,49)	Intra-sujet	0,166	0,01
	GC	17,79 (3,74)	17,52 (3,85)	17,41 (3,67)	Inter-sujets	0,072	0,02
					Temps x groupe	0,007	0,04
POMS Score global*	GT	45,10 (36,70)	27,86 (35,24)	24,73 (30,91)	Intra-sujet	0,001	0,06
	GC	44,85 (37,83)	48,37 (41,77)	38,39 (35,57)	Inter-sujets	0,040	0,03
					Temps x groupe	0,000	0,08
EORTC Réalisation des rôles*	GT	1,84 (0,83)	-	1,55 (0,66)	Intra-sujet	0,141	0,01
	GC	1,63 (0,74)	-	1,59 (0,70)	Inter-sujets	0,372	0,01
					Temps x groupe	0,017	0,03
EORTC Fonction émotionnelle*	GT	2,19 (0,73)	-	1,77 (0,61)	Intra-sujet	0,006	0,04
	GC	2,11 (0,70)	-	2,06 (0,67)	Inter-sujets	0,398	0,00
					Temps x groupe	0,000	0,09
EORTC Score global*	GT	4,53 (0,94)	-	4,88 (1,11)	Intra-sujet	0,086	0,02
	GC	4,90 (1,09)	-	4,81 (1,03)	Inter-sujets	0,302	0,01
					Temps x groupe	0,005	0,05
EORTC Fatigue*	GT	2,24 (0,81)	-	2,08 (0,73)	Intra-sujet	0,834	0,00
	GC	2,09 (0,68)	-	2,14 (0,77)	Inter-sujets	0,408	0,00
					Temps x groupe	0,036	0,03

* Test contrôlé avec la variable « âge » en co-variable

mois après leur intervention, les patients participant au groupe de thérapie cognitive et comportementale (6 séances d'une heure en individuel) rapportaient plus d'esprit combatif que ceux qui avaient reçu une thérapie plus classique (*counseling**), confirmant ainsi la sensibilité de l'échelle MAC [29]. De même, Helgeson *et al.* [19] montrent la supériorité d'une intervention à visée éducative donnant de l'information pour renforcer le contrôle sur la maladie à l'issue du diagnostic, chez des patientes atteintes de cancers du sein, comparée à des groupes de discussion entre pairs [19].

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence d'effets de l'intervention sur les stratégies d'ajustement. Bien que notre groupe psycho-éducatif soit supposé transmettre des stratégies nouvelles d'ajustement, il se peut qu'il offre plus d'espace à la partie expérientielle de la thérapie, au détriment de savoirs formels (les moments de discussions, où les patientes racontent leur vécu, le légitiment, le normalisent, ont été privilégiés par rapport aux moments de transmission d'information). En permettant les échanges sur les émotions négatives et en se focalisant sur la gestion des affects (par la relaxation par exemple), le groupe pourrait ressentir un effet immédiat sur les composantes émotionnelles évaluées, plus que sur les composantes cognitives. Les processus cognitifs ciblés par l'entraînement à la résolution de problème, la restructuration cognitive et l'affirmation de soi nécessitent peut-être aussi plus de séances et de focalisation en vue d'obtenir une véritable amélioration des stratégies d'ajustement. Quelques patientes ont rapporté une augmentation de l'anxiété pendant le temps du groupe, suggérant le moindre recours aux stratégies d'évitement pour faire face à la réalité, ce qui peut-être considéré comme un signe d'adaptation positive à long terme. Une autre hypothèse est que l'échantillon des participantes n'est pas sélectionné sur des critères cliniques, par exemple sur des scores minimum d'anxiété ou de dépression. Or les études montrent un bénéfice plus important chez les personnes les plus en détresse par rapport à celles qui n'ont pas de problèmes psychologiques particuliers.

Conditions de la réussite de l'expérimentation

Le projet a été bien accepté car il répondait aux exigences scientifiques requises pour des protocoles médicaux. Toutes les précautions d'usage ont été prises concernant la randomisation*, les critères de sélection de la population, la formalisation du contenu de l'intervention, la sélection des animateurs et l'homogénéisation des pratiques dans les différents centres ; la validité des instruments de mesure, la qualité du recueil des données, le calcul du nombre de sujets nécessaires et la pertinence des analyses statistiques. Les principes de randomisation et de soumission à des évaluations régulières par autoquestionnaires n'ont pas posé de problèmes aux patientes. Soulignons que dans le protocole choisi, il est indispensable de s'assurer de la comparabilité des deux groupes avant le début de l'étude, soit par une randomisation sur d'éventuelles variables confondantes connues, soit en utilisant des modèles linéaires permettant de contrôler l'effet des éventuelles variables confondantes.

Limites de l'expérimentation

La première limite rencontrée est la question de la faisabilité. Deux des cinq centres initialement investis dans le projet n'ont pas pu le réaliser, compte tenu de difficultés politiques et matérielles. Dans les trois centres participants, en dépit des différents moyens utilisés pour le recrutement, le taux moyen de participation reste faible (environ 20 %), et loin des autres études internationales qui comptent 60 à 87 % de participation [15]. Les centres de province ont souligné les efforts considérables accomplis pour assurer le recrutement pour les groupes.

Les autres limites de cette étude sont méthodologiques (voir le paragraphe Contexte et public concerné). Les personnes ne répondant pas positivement à notre proposition ne sont pas évaluées, ce qui ne nous offre pas la possibilité de définir les spécificités du groupe répondant à l'offre (voir le paragraphe Population). Pour des raisons éthiques, les patients et les thérapeutes ont connaissance du protocole et seul le traitement des données est réalisé en aveugle (voir le paragraphe Fondements méthodologiques de la démarche). Le choix d'un groupe différé réalisé peu de temps après l'intervention ne permet pas le suivi des différences entre groupe traité ou non sur le long terme. Les résultats de cette étude sont uniquement basés sur des mesures subjectives et n'incluent pas de mesures objectives, comme le retour au travail par exemple, ce qui aurait pu renforcer l'effet bénéfique de l'intervention. Les processus thérapeutiques ne sont pas décrits et évalués, ce qui ne nous permet pas de cerner la qualité de l'apprentissage des techniques cognitivo-comportementales.

Projet en cours et perspectives de développement

Une fois mise en évidence l'efficacité du groupe psycho-éducatif sur des femmes en post-traitement de cancers du sein non-métastatiques, nous avons souhaité assurer la pérennité de ces groupes dans les centres impliqués et leur développement dans de nouveaux centres. Les groupes psycho-éducatifs ont pu continuer de manière indépendante de la recherche à l'Institut Curie (Paris), mais ont été interrompus dans les deux centres de province (Lyon et Toulouse) à l'issue de la recherche, en raison du manque de moyens financiers et humains ainsi que des difficultés de recrutement. De nombreuses personnes ont manifesté leur intérêt pour développer les groupes psycho-éducatifs dans d'autres villes en France et à l'étranger¹⁴, mais nous n'avons pas encore centralisé les retours sur leurs expériences. Nous souhaiterions aussi étendre les groupes psycho-éducatifs à d'autres pathologies cancéreuses, mais le problème du recrutement reste à résoudre, ainsi que celui du temps nécessaire à l'organisation pratique des groupes psycho-éducatifs.

Sur le plan des analyses statistiques, nous avons tenté de mesurer la réplication des effets de l'intervention sur le GC (mesures E4-E5), mais aussi les variations intra-sujet dans un même groupe. Il semble que certains sous-groupes

14. En France (Bordeaux, Lyon, Meulan, Saint-Astier, Corse) et à l'étranger (Belgique, Luxembourg, Canada).

de sujets présentent une majoration de l'anxiété entre le début et la fin du groupe, mais ne remettent pas en cause pour autant le bénéfice de leur participation au groupe psycho-éducatif, soulignant leur prise de conscience des mécanismes d'évitement et la nécessité de se confronter à la réalité de leur vécu pour pouvoir l'intégrer. Ceci montre qu'il reste nécessaire de développer par ailleurs des indices plus cliniques de l'impact des interventions : ce qui est bénéfique dans l'intervention en terme de contenus, méthodes, modalités, et pour quelles personnes en particulier, en termes de facteurs de risque ou de phases du parcours de soins, le seul critère de la diminution des affects négatifs n'étant pas suffisant. La majoration de l'anxiété pendant le temps du groupe pourrait aussi être perçue comme le signe d'un travail psychique pas forcément néfaste à long terme. Nous continuons aussi à travailler les indices de satisfaction par rapport au groupe et au travail réalisé.

Ce travail représente une première étape pour la recherche en psycho-oncologie en France et une pierre de plus à l'édifice déjà solide des effets bénéfiques des interventions psychothérapeutiques de groupe proposées à des patients atteints de cancers dans les pays anglophones.

Bibliographie

- [1] Allison P.J., Edgar L., Nicolau B., Archer J., Black M., Hier M. Results of a feasibility study for a psycho-educational intervention in head and neck cancer. *Psychooncology*, July 2004, vol. 13, n° 7 : p. 482-485.
- [2] Cain E.N., Kohorn E.I., Quinlan D.M., Latimer K., Schwartz P.E. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 1 January 1986, vol. 57, n° 1 : p. 183-189.
- [3] Cayrou S., Dickès P., Gauvain-Piquard A., Dolbeault S., Desclaux B., Viala A. L., Rogé B. Validation d'une version française de la MAC (Mental Adjustment to Cancer). *Psychologie et psychométrie*, 2001, vol. 22, n° 3-4 : p. 29-58.
- [4] Cayrou S. *Évaluation des effets d'une intervention de groupe de type psycho-éducatif sur des femmes atteintes de cancer du sein : étude randomisée* [Thèse de doctorat de psychologie]. Toulouse : Université de Toulouse 2, 2002 : 268 p.
- [5] Cayrou S., Dickès P., Dolbeault S. Version française du Profile Of Mood States (POMS-f). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, juin 2003, vol. 13, n° 2 : p. 83-88.
- [6] Classen C., Diamond S., Soleman A., Fobair P., Spira J., Spiegel D. Brief supportive-expressive group therapy for women with primary breast cancer: a treatment manual. Stanford (CA, États-Unis) : Stanford University School of Medicine, 1993. [Study ID no 94305].
- [7] De Boer M.F., McCormick L.K., Pruyun J.F., Ryckman R.M., van den Borne B.W. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer : a review of the literature. *Otolaryngology - head and neck surgery*, March 1999, vol. 120, n° 3 : p. 427-436.
- [8] De Graeff A., de Leeuw J.R., Ros W.J., Hordijk G.J., Blijham G.H., Winnubst J.A. A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. *Oral oncology*, January 1999, vol. 35 : p. 27-32.
- [9] Dolbeault S., Cayrou S., Brédart A., Viala A.L., Desclaux B., Saltel P., *et al.* The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psychooncology*, June 2009, vol. 18, n° 6 : p. 647-656.
- [10] Edgar L., Rosberger Z., Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis : assessment and intervention. *Cancer*, 1992, vol. 69, n° 3 : p. 817-828.
- [11] Edgar L., Rosberger Z., Collet J.P. Lessons learned: Outcomes and methodology of a coping skills intervention trial comparing individuals and group formats for patients with cancer. *International journal of psychiatry in medicine*, 2001, vol. 31, n° 3 : p. 289-304.
- [12] European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *EORTC QLQ-C30 : Reference Values*. Brussels : EORTC. En ligne : http://groups.eortc.be/qol/downloads/reference_values_manual2008.pdf
- [13] Fawzy F. I., Fawzy N.W. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General hospital psychiatry*, May 1994, vol. 16, n° 3 : p. 146-192.
- [14] Fiegenbaum W.A social training program for clients with facial disfigurements : a contribution to the rehabilitation of cancer patients. *International journal of rehabilitation research*, 1981, vol. 4, n° 4 : p. 501-509.
- [15] Fukui S., Kugaya A., Okamura H., Kamiya M., Koike M., Nakanishi T., *et al.* A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 1 September 2000, vol. 89, n° 5 : p. 1026-1036.
- [16] Gamba A., Romano M., Grosso I.M., Tamburini M., Cantu G., Molinari R., *et al.* Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer. *Head & neck* May-June 1992, vol. 14, n° 3 : p. 218-223.
- [17] Gottlieb L., Rowat K. The McGill Model of Nursing. *ANS, Advances in nursing science* July 1987, vol. 9, n° 4 : p. 51-61.
- [18] Hammerlid E., Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngology - head and neck surgery* April 1999, vol. 120, n° 4 : p. 507-516.

- [19] Helgeson V.S., Cohen S., Schulz R., Yasko J. Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 2001, vol. 20, n° 5 : p. 387-392.
- [20] Kissane D.W., Bloch S., Miach P., Smith G.C., Seddon A., Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer - techniques and themes. *Psychooncology*, March 1997, vol. 6, n° 1 : p. 25-33.
- [21] Kissane D.W., Bloch S., Smith G.C., Miach P., Clarke D. M., Ikin J., et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychooncology*, September 2003, vol. 12, n° 6 : p. 532-546.
- [22] Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer, 1984 : XIII-445 p.
- [23] Ligue nationale contre le cancer, Kouchner B., préf. *Les malades prennent la parole : le livre blanc des 1^{er} États généraux des malades du cancer*. Paris : Ramsay, 1999 : 261 p.
- [24] Louchini R., Beaupré M. *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : survie observée et survie relative*. Sainte-Foy, Québec : Institut national de santé publique, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, Unité connaissance-surveillance, 2003 : VI-140 p.
En ligne : www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2007/02/762740.pdf
- [25] Luebbert K., Dahme B., Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, November-December 2001, vol. 10, n° 6 : p. 490-502.
- [26] Mah M.A., Johnston C. Concerns of families in which one member has head and neck cancer. *Cancer nursing*, October 1993, vol. 16, n° 5 : p. 382-387.
- [27] Moorey S., Greer S., Bliss J., Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive [1] counselling in patients with cancer. *Psychooncology*, May-June 1998, vol. 7, n° 3 : p. 218-228.
- [28] Newell S.A., Sanson-Fisher R.W., Savolainen N.J. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 17 April 2002, vol. 94, n° 8 : p. 558-584.
- [29] Osborn R.L., Demoncada A.C., Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International journal of psychiatry in medicine*, 2006, vol. 36, n° 1 : p. 13-34.
- [30] Owen J.E., Klapow J.-C., Hicken B., Tucker D.C. Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psychooncology*, May-June 2001, vol. 10, n° 3 : p. 218-230.
- [31] Petruson K.M., Silander E.M., Hammerlid E.B. Effects of psychosocial intervention on quality of life in patients with head and neck cancer. *Head & neck*, July 2003, vol. 25, n° 7 : p. 76-84.
- [32] Razavi D., Delvaux N. *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 1998 : XII-255 p.
- [33] Rixe D., Khayat D., Fischer G.N. Aspects biomédicaux et psychologiques des cancers et des traitements thérapeutiques. In : Fischer G.-N., dir. *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2002 : p. 211-227.
- [34] Saltel P., de Raucourt D., Derzelle M., Desclaux B., Fresco R., Gauvain-Piquard A., et al. Standards, options et recommandations pour une bonne pratique en psycho-oncologie. *Bulletin du cancer*, 1995, vol. 82, n° 10 : p. 847-864.
- [35] Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety

- and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British journal of cancer* August 1999, vol. 80, n° 11 : p. 1770-1780.
- [36] Speilberger C.D. *Manuel pour l'inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y)*. Adaptation française de Bruchon-Schweiter M.L. et Paulhan I. Laboratoire de Physiologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990 et Paris: Édition du Centre de psychologie appliquée, 1993 : 68 p. [Titre orig. « Manual for the State-trait anxiety inventory (form Y) ("self-evaluation questionnaire") »].
- [37] Tatrow K., Montgomery G.H. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients : a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, February 2006, vol. 29, n° 1 : p. 17-27.
- [38] Vakharia K.T., Ali M.J., Wang S.J. Quality-of-life impact of participation in a head and neck cancer support group. *Otolaryngology - head and neck surgery*, March 2007, vol. 136, n° 3 : p. 405-410.
- [39] Vilela L.D., Nicolau B., Mahmud S., Edgar L., Hier M, Black M., *et al.* Comparison of psychosocial outcomes in head and neck cancer patients receiving a coping strategies intervention and control subjects receiving no intervention. *Journal of otolaryngology*, April 2006, vol. 35, n° 2 : p. 88-96.