

# **Document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des services de survie et sur les meilleures pratiques en soins psychosociaux et de soutien pour les adultes survivants du cancer**

Available in English :

[http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH\\_Survivorship\\_Guideline\\_Sept2011.pdf](http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH_Survivorship_Guideline_Sept2011.pdf)

**Avril 2011**

La production du présent guide a été rendue possible grâce à l'aide financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer.

Ce guide a été élaboré dans le cadre d'un partenariat de collaboration entre le Partenariat canadien contre le cancer et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale (ACOP). L'ACOP est l'organisme responsable du présent guide.

Une autonomie rédactionnelle totale a été maintenue par rapport aux sources de financement. Par conséquent, les opinions et les intérêts de ces dernières n'ont pas influencé les recommandations qui sont présentées dans le présent document.

Les opinions exprimées sont celles du Groupe de travail consultatif national (agissant à titre de Groupe d'experts), un sous-groupe du Groupe de travail sur les normes, les lignes directrices et les indicateurs du Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer, du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat).

Nous remercions tous les examinateurs de leur participation ainsi que de leur précieuse contribution à l'élaboration de ce document.



Canadian Association of Psychosocial Oncology  
Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale



CANADIAN PARTNERSHIP  
AGAINST CANCER

PARTENARIAT CANADIEN  
CONTRE LE CANCER

## **La référence du présent guide doit être la suivante :**

Howell D , Hack TF, Oliver TK, Chulak T , Mayo S, Aubin M , Chasen M, Earle CC , Friedman AJ, Green E , Jones GW, Jones JM , Parkinson M, Payeur N, Sabiston CM, Sinclair S, Thompson M. Guide pancanadien de pratique : Document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des services de survie et sur les meilleures pratiques en soins psychosociaux et de soutien pour les adultes survivants du cancer, Toronto : Partenariat canadien contre le cancer (Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, avril 2011.

*On peut consulter le Guide sur le portail [vuesurlecancer.ca](http://vuesurlecancer.ca) et sur le site Web de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale ([www.capo.ca](http://www.capo.ca)).*

## **Coordonnées de la personne-ressource :**

Association canadienne d'oncologie psychosociale  
189, rue Queen Est, bureau 1  
Toronto (Ontario) Canada  
M5A 1S2

Téléphone : 416-968-0207  
Télécopieur : 416-968-6818  
Courriel : [capo@funnel.ca](mailto:capo@funnel.ca)  
[www.capo.ca](http://www.capo.ca)

**Mise à jour prévue : avril 2014**

### **Droits d'auteur**

*Le présent guide est protégé par les droits d'auteur de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale (ACOP). Il est interdit de reproduire le guide et les illustrations qu'il contient sans l'autorisation écrite de l'ACOP. L'ACOP se réserve le droit en tout temps et à sa seule discrétion de modifier ou d'annuler cette autorisation.*

### **Avis de non-responsabilité**

*Les informations ayant servi à la préparation de ce document ont été compilées avec le plus grand soin. Néanmoins, toute personne qui souhaite consulter le guide de pratique ou le mettre en œuvre doit utiliser son propre jugement clinique dans le contexte des circonstances cliniques individuelles ou se trouver sous la supervision d'un clinicien compétent. L'Association canadienne d'oncologie psychosociale ne fait aucune assertion et n'offre aucune garantie relativement à son contenu, à son utilisation ou à son application et n'accepte aucune responsabilité pour son application ou son utilisation de quelque façon que ce soit.*

### **Divulgations de conflits d'intérêts**

*Chacun des membres du Groupe de travail consultatif national agissant comme membre du groupe d'experts chargé de l'élaboration du guide a rempli un document relatif aux conflits d'intérêts. Les membres de l'équipe de rédaction du guide de pratique n'ont relevé aucun conflit d'intérêts susceptible de compromettre les recommandations contenues dans le présent document.*



## Table des matières

|                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Résumé .....                                                                                                             | 3   |
| Questions .....                                                                                                          | 3   |
| Population cible .....                                                                                                   | 3   |
| Méthodologie .....                                                                                                       | 3   |
| Principales données probantes .....                                                                                      | 4   |
| Recommandations .....                                                                                                    | 5   |
| Organisation et prestation des services aux survivants <sup>AGREE II Items 15,16,17</sup> .....                          | 5   |
| Interventions psychosociales et de soutien <sup>AGREE II Items 15,16,17</sup> .....                                      | 12  |
| Document d'orientation intégral .....                                                                                    | 16  |
| Portée et objectif <sup>AGREE II Item 1</sup> .....                                                                      | 16  |
| Questions <sup>AGREE II Item 2</sup> .....                                                                               | 16  |
| Population cible <sup>AGREE II Item 3</sup> .....                                                                        | 16  |
| Utilisateurs visés <sup>AGREE II Item 6</sup> .....                                                                      | 17  |
| Contexte .....                                                                                                           | 17  |
| Principes directeurs .....                                                                                               | 20  |
| Méthodologie .....                                                                                                       | 21  |
| Résultats .....                                                                                                          | 35  |
| Interventions de soins psychosociaux et de soutien .....                                                                 | 38  |
| Forces et faiblesses des écrits recensés <sup>AGREE II Item 9</sup> .....                                                | 48  |
| Discussion .....                                                                                                         | 53  |
| Recommandations <sup>AGREE II Items 10,11,12</sup> .....                                                                 | 56  |
| Organisation et prestation des services aux survivants <sup>AGREE II Items 15,16,17</sup> .....                          | 56  |
| Interventions psychosociales et de soutien <sup>AGREE II Items 15,16,17</sup> .....                                      | 63  |
| Mise en application du document d'orientation <sup>AGREE II Items 18,19,20,21</sup> .....                                | 67  |
| References .....                                                                                                         | 69  |
| Annexe I : Glossaire .....                                                                                               | 79  |
| Annexe II : Stratégie de recherche documentaire sur l'organisation et la<br>prestation des services aux survivants ..... | 81  |
| Annexe III : Stratégie de recherche documentaire sur les interventions<br>psychosociales et de soutien .....             | 88  |
| Annexe IV : Matrice des recommandations extraites des guides de pratique recensés .....                                  | 93  |
| Annexe V : Matrice des résultats des revues systématiques retenues .....                                                 | 100 |
| Annexe VI : Matrice des résultats des revues systématiques non retenues .....                                            | 105 |
| Annexe VII : Essais contrôlés randomisés sur les interventions de suivi .....                                            | 111 |
| Annexe VIII : Essais contrôlés randomisés sur les interventions<br>psychoéducatives et cognitivocomportementales .....   | 114 |
| Annexe IX : Essais contrôlés randomisés sur les interventions<br>sur les habitudes de vie .....                          | 119 |
| Annexe X : Résumé des commentaires des examinateurs externes .....                                                       | 126 |



## Résumé

---

### Questions

1. Quelle est la structure optimale d'organisation et de prestation des soins pour les services aux survivants du cancer?
2. Quelles pratiques cliniques et interventions spéciales améliorent ou maximisent la santé psycho-sociale et le bien-être global des adultes qui ont survécu au cancer?

### Population cible

Adultes qui ont été traités pour leur cancer et qui ont besoin de services afin d'optimiser leur santé et leur bien-être en général.

### Méthodologie

#### Groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer

Le groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer possède les compétences nécessaires pour prodiguer des conseils sur la vie après le cancer. Il est composé de psychologues, d'infirmières, de conseillers spirituels, de chercheurs, de travailleurs sociaux, de médecins de famille, de chercheurs en services de santé, de spécialistes en réadaptation, de survivants du cancer et d'élaborateurs de guides de pratique clinique. Chaque membre, dans son champ respectif, a une vaste expérience dans la survie au cancer, les besoins en soins palliatifs ou la formulation de lignes directrices de pratique clinique.

#### Préparation du document d'orientation

Une recherche documentaire a été réalisée conformément à la méthodologie de revue systématique, c'est-à-dire qu'on a recensé les meilleures données probantes disponibles par une recherche ciblée dans les bases de données médicales suivantes : inventaire des lignes directrices sur le cancer du Partenariat canadien contre le cancer, National Guideline Clearinghouse, Infobanque de l'Association médicale canadienne, MEDLINE (Ovid : 1999 à novembre 2009), Embase (Ovid : 1999 à novembre 2009), PsycINFO (Ovid : 1999 à novembre 2009), Bibliothèque Cochrane (Ovid : numéro 1, 2009) et CINAHL (EBSCO : 1999 à décembre 2009). On a également recherché des citations supplémentaires dans les listes des lectures de référence des récents exposés de synthèse et articles connexes.

Les données ont été sélectionnées et examinées par trois membres du groupe d'experts. Une fois rédigé, le document d'orientation a été distribué à des spécialistes de contenu et à des intervenants clés dans le domaine des soins aux survivants du cancer, à travers le Canada, qui ont pu émettre des commentaires concernant la collecte et l'interprétation des données, ainsi que la formulation et le contenu des recommandations. L'examen externe a été réalisé au moyen d'un questionnaire en ligne et les commentaires ont été analysés par le groupe d'experts au cours d'une téléconférence. L'approbation finale et formelle du document a été obtenue par consensus du groupe d'experts. Dans le cadre d'une stratégie de mise à jour, la littérature sera dépouillée périodiquement (chaque année) et le document sera actualisé à la lumière des nouveaux faits ou de données concluantes. Ce document



d'orientation a été préparé conjointement par le groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale.

## Principales données probantes

- En tout, 14 guides de pratique clinique, 8 revues systématiques et 63 essais contrôlés randomisés ont été jugés admissibles pour la revue systématique des données probantes (Tableau 1).
- Les guides de pratique retenus contenaient des recommandations sur la structure des services aux survivants - modèles de soins, type de fournisseur, approches structurelles ou interventions, par exemple, plans de soins du survivant - ou sur les besoins en soins psychosociaux ou de soutien en phase post-traitement du cancer (Tableau 2). Dans ce dernier cas, les recommandations concernent surtout les besoins physiques, bien que les dimensions émotionnelle, sociale, psychologique, informationnelle, spirituelle et pratique soient abordées de façon succincte. Globalement, le niveau de qualité de preuve des lignes directrices était faible ou moyen selon la grille d'évaluation critique de la qualité des recommandations pour la pratique clinique AGREE II (Tableau 3).
- Les revues systématiques ont évalué des interventions psychosociales et de soutien axées sur l'après-traitement du cancer (Tableau 4), notamment des interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales et des interventions sur l'adoption de saines habitudes de vie (exercice et nutrition). Selon la grille d'appréciation critique SIGN, la qualité méthodologique globale des revues systématiques était faible ou moyenne. Les principales faiblesses étaient l'hétérogénéité du type, de la fréquence, de l'intensité et de la durée des interventions, le fait que les seules participantes ou le groupe dominant dans la majorité des études examinées étaient des survivantes du cancer du sein, ainsi que la petite taille des échantillons et la piètre qualité méthodologique d'un bon nombre d'études.
- Sur les 63 essais randomisés examinés, neuf rendent compte d'interventions concernant le suivi, 21 d'interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales et 33 d'interventions en lien avec l'adoption de saines habitudes de vie. Dans l'ensemble, le niveau de qualité des essais était non évaluable, faible ou moyen. Considérant la nature des interventions, celles-ci n'ont pu être appliquées à simple ou à double insu dans la plupart des essais. La description des méthodes et des mesures d'efficacité a été jugée insuffisante, la majorité des essais n'ayant pas la puissance nécessaire pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre les groupes comparés pour les principales mesures considérées. En outre, comme la plupart des essais ont porté sur le cancer du sein, les résultats se prêtent peu à la généralisation. Qui plus est, peu d'études mentionnent le degré d'adhésion aux interventions, surtout celles ayant porté sur des programmes d'exercice non supervisés.
- Globalement, la majorité des arguments étayant les résultats d'intérêt étaient de faible qualité, d'après l'outil de sommation et d'appréciation de la qualité des données probantes (GRADE). Les données étaient trop hétérogènes pour permettre une méta-analyse, peu de données probantes ont répondu directement aux questions intéressant toutes les populations de survivants du cancer et une



évaluation informelle de la précision indique que de larges intervalles de confiance accompagneraient toute estimation de l'effet si on regroupait les données des études en fonction des résultats d'intérêt (Tableaux 12 et 13).

## Recommandations

---

Les recommandations qui suivent sont issues d'un consensus du groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer, éclairé par un examen systématique des données actuelles (décembre 2009). Les principales données probantes sont constituées de guides de pratique clinique, de revues systématiques et d'essais contrôlés randomisés. Chaque recommandation met en balance les bienfaits escomptés sur la santé et les préjudices, effets indésirables ou risques possibles découlant de son application. Des tactiques de mise en œuvre des recommandations dans divers secteurs de soins ou modèles de santé sont proposées et peuvent être employées à des fins d'évaluation ou de surveillance des services aux survivants. L'approbation finale et formelle du document a été obtenue par un vote en ligne du groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer. Lorsqu'une recommandation est extraite ou s'inspire d'un guide de pratique recensé, la source est citée après la recommandation. Bien qu'il existe un volume considérable de données sur le sujet, sauf indication contraire, il y a lieu de considérer que les recommandations dérivent d'un consensus et sont étayées par des faits.

## Organisation et prestation des services aux survivants

AGRÉE II Items 15,16,17

### Recommandation 1 : Accès aux services pour répondre à un large éventail de besoins

Les services aux survivants devraient être reconnus comme une composante distincte et standard des soins en oncologie et être accessibles pour répondre à une large gamme de besoins - physiques, psychosociaux, de soutien, d'information et de réadaptation. (*D'après la recommandation de consensus no 2 de l'Institute of Medicine [IOM].*)

#### Tactiques :

- Mettre sur pied des programmes spéciaux dans le but d'établir des services aux survivants comme composante distincte des soins d'oncologie et d'assurer un accès équitable à ces services en tenant compte des besoins des survivants de toute origine et vivant dans des régions rurales ou éloignées.
- Mettre en œuvre des programmes de proximité fonctionnant en partenariat avec des groupes communautaires et aider les intervenants communautaires à fournir des soins qui comblent un large éventail de besoins des survivants.
- Utiliser des approches de soins faisant appel aux technologies de l'information, par exemple l'Internet, des portails sur la santé ou des cliniques mobiles, pour permettre un accès rapide aux services de soutien essentiels.
- Établir et maintenir une base de données actualisée des ressources locales à la disposition des survivants du cancer, des membres de leur famille et de leurs proches.



- e) Fournir de l'information sur la façon d'accéder à une panoplie de services de réadaptation, notamment, services psychosociaux, soutien nutritionnel, aide spirituelle, réinsertion professionnelle, physiothérapie, ergothérapie, et autres services spécialisés - orthophonie, services de contrôle du lymphœdème, services d'entérostomie.

## **Recommandation 2 : Soutien durant la transition vers la « survie étendue »**

Les personnes qui ont terminé leur traitement ainsi que leur famille devraient recevoir de l'information et un soutien personnalisés en consultation avec un membre désigné et compétent de l'équipe soignante pour les préparer à la surveillance et aux soins de suivi qui seront requis à vie et pour réduire la détresse durant la transition vers la phase post-traitement de la trajectoire du cancer.

### *Tactiques :*

- a) Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient comprendre les difficultés auxquelles font face les survivants du cancer et être en mesure de déceler et de soulager la détresse dans les semaines précédant la fin du traitement et à la sortie de l'hôpital.
- b) Les organisations de soins d'oncologie devraient désigner au moins un membre de l'équipe interdisciplinaire pour offrir une consultation de fin de traitement aux personnes atteintes de cancer et aux membres de leur famille afin de les préparer à la transition vers la phase de suivi.
- c) La consultation de fin de traitement devrait comprendre la liaison avec des services psychosociaux, de réadaptation, de soutien et d'orientation professionnelle, en coordination avec le médecin de première ligne, selon les difficultés ou les préoccupations décelées.

## **Recommandation 3 : Résumé des traitements et plan de soins de suivi**

Un membre désigné de l'équipe soignante devrait remettre à chaque personne ayant terminé son traitement primaire un résumé écrit des traitements et un plan de soins de suivi (plan de soins du survivant), contenant une série d'éléments multidimensionnels de base adaptés au type de cancer et au traitement. *(D'après la recommandation de consensus n° 2 de l'IOM.)*

### *Tactiques :*

- a) Le plan de soins du survivant devrait inclure les éléments centraux suivants et désigner clairement qui est chargé de l'appliquer en tout ou en partie :
  - Type de cancer, traitement reçu et effets indésirables tardifs ou à long terme possibles demandant un dépistage, une surveillance et des soins réguliers.
  - Objectif, fréquence et calendrier des visites de suivi et désignation d'une personne pour coordonner ou effectuer les tests et les interventions de surveillance.
  - Interventions ou examens précis visant la surveillance et la détection continues d'une récurrence selon le type de cancer et les modalités de traitement.





- Directive de signaler rapidement les nouveaux symptômes tenaces sans attendre le prochain rendez-vous et nom du professionnel de la santé à aviser.
  - Services de soins psychosociaux, de réadaptation, de soutien et autres offerts sur place, au sein de la communauté ou sur Internet; instructions sur la sélection de programmes et de ressources de soutien par les pairs qui répondent aux normes des meilleures pratiques.
  - Conseils sur les stratégies visant à réduire le risque de récurrence et à optimiser la santé et le bien-être (modifications de l'alimentation, activité physique, abandon du tabac, etc.).
  - Information relative à l'emploi, aux questions financières et juridiques et sur les services d'aide et d'accompagnement communautaires.
- b) Désigner au moins un membre de l'équipe interdisciplinaire pour préparer le résumé des traitements et les recommandations concernant les tests de surveillance pour la détection des récurrences et décrire les conséquences tardives et à long terme possibles fondées sur les lignes directrices actuelles, le cas échéant, ou sur les meilleures pratiques issues d'un consensus en l'absence de lignes directrices précises.
- c) Remettre une copie du plan de soins aux intervenants de première ligne et aux professionnels de la santé désignés pour le suivi, afin d'encourager le survivant à l'utiliser et d'assurer la coordination des soins.

#### **Recommandation 4 : Modèles de soins et coordination des services aux survivants**

Au moins un professionnel de la santé devrait être désigné comme responsable de la prestation des services aux survivants; les médecins de première ligne devraient participer à la surveillance des effets à moyen et long terme du traitement, et un accès coordonné à des spécialistes interdisciplinaires devrait être possible lorsque nécessaire, l'accent étant mis sur la participation et la responsabilisation des survivants.

##### *Tactiques :*

- a) Intégrer les médecins de première ligne dans le plan de soins de suivi pour déceler les premiers signes de récurrence du cancer et prendre en charge les séquelles du traitement dans le cadre des soins aux survivants.
- b) Remettre aux intervenants de première ligne et aux autres professionnels désignés, une copie du plan de soins aux survivants et les recommandations précises concernant les tests et examens requis pour surveiller les complications éventuelles.
- c) Opter pour des organisations de soins garantissant l'accès aux services qui répondent aux divers besoins en matière de soins (physiques, sociaux, psychosociaux, pratiques et de réadaptation).
- d) Établir un système coordonné de référence pour assurer une orientation rapide vers des services spécialisés ou des spécialistes interdisciplinaires au besoin.
- e) Un modèle de soins de suivi à plusieurs niveaux ou un modèle de soins partagés entre médecins de première ligne et oncologues est conseillé pour les personnes





aux prises avec des problèmes complexes pour qu'ils soient redirigés le plus tôt possible au centre spécialisé (modèle « haut risque »).

- f) Renseigner les survivants et leur famille, s'il y a lieu, sur l'accessibilité et les bienfaits des soins de suivi dispensés soit par leur médecin de première ligne ou par des infirmières spécialisées en oncologie.
- g) Les modèles de prestation des soins de suivi administrés par des infirmières se sont révélés acceptables.

### **Recommandation 5 : Dépistage de la détresse et pratiques fondées sur des données probantes**

Le dépistage de la détresse devrait être effectué de routine chez les survivants, à l'aide d'outils validés évaluant un éventail de séquelles du traitement : troubles fonctionnels et symptômes persistants, troubles de l'humeur (anxiété et dépression) et autres problèmes courants comme des altérations des fonctions cognitives ou de la santé sexuelle. Le dépistage devrait être suivi d'une évaluation ciblée et d'interventions conformes aux recommandations énoncées dans les guides de pratique clinique reposant sur des données probantes. (*D'après la recommandation de consensus no 3 de l'IOM et le guide d'évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte, 2009.*)

#### **Tactiques :**

- a) Mettre sur pied une équipe pour soutenir les changements de pratiques fondés sur des données probantes, comprenant des représentants de tous les groupes d'intervenants clés qui seraient concernés par les modifications proposées (équipe interprofessionnelle, survivants, administrateurs). Cette équipe pourrait déterminer, parmi les recommandations à l'intérieur du guide, celles à appliquer en priorité; elle serait en mesure d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles au changement dans le milieu et devrait élaborer un plan d'action.
- b) Solliciter un engagement formel des organisations concernées, incluant l'octroi de ressources pour les stratégies de soutien (p. ex. séances d'information, participation du personnel), ce qui consoliderait les changements de pratiques et assurerait leur pérennité.
- c) S'assurer que la démarche d'implantation cible des changements tant sur le plan individuel (éducation, évaluation, rétroaction) qu'organisationnel (politiques, structures).
- d) Promouvoir l'élaboration et l'évaluation d'outils cliniques conçus spécialement pour les soins aux survivants donnés après le traitement.
- e) Soutenir efficacement les changements de pratiques au moyen d'une approche par programme s'appuyant sur les stratégies multidimensionnelles d'implantation les plus efficaces, de façon à obtenir des effets sur les soins qui soient durables.



## **Recommandation 6 : Soutien de la participation active des survivants à l'autogestion**

Avec les approches conseillées d'aide à l'autogestion efficace, les professionnels de la santé désignés pour les soins de suivi devraient viser à responsabiliser les individus et leurs familles en leur permettant d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour participer activement à leur santé et à leur mieux-être.

### *Tactiques :*

- a) Les organisations responsables des soins aux survivants devraient leur donner accès à une éducation, une formation et une assistance sur mesure pour leur permettre d'acquérir les compétences et les stratégies d'autogestion, fondées sur une évaluation personnalisée et une planification des soins. L'évaluation devrait tenir compte des ressources à la disposition du survivant, incluant ses forces individuelles (p. ex. la résilience) et le soutien de sa famille.
- b) L'autogestion peut être soutenue par diverses méthodes, entre autres le counseling par des pairs, la psychoéducation et le soutien par téléphone ou Internet.
- c) Les programmes ou organisations responsables des soins aux personnes atteintes de cancer devraient encourager les survivants à prendre en charge leurs propres soins en faisant auprès d'eux la promotion de l'acquisition de compétences, de l'accès à des organismes communautaires et de la prise de décision favorisant l'adoption de saines habitudes de vie.
- d) Des programmes d'autogestion devraient être développés en insistant sur les stratégies de formulation d'objectifs et de résolution de problèmes, la relation d'aide par des techniques d'entretien motivationnel et les théories de modification du comportement en matière de santé.

## **Recommandation 7 : Formation des professionnels de la santé sur la survie au cancer**

Tout le personnel clinique devrait recevoir une formation visant à les sensibiliser aux besoins des personnes ayant survécu au cancer. Les cours devraient s'adresser aux professionnels désignés pour les soins de suivi afin d'une part, d'assurer une surveillance efficace des signes de récurrence, la prévention et la gestion des effets tardifs et prolongés du traitement du cancer et d'autre part, de promouvoir des stratégies précises qui donnent aux survivants les moyens de s'investir dans leurs propres soins et d'adopter de saines habitudes de vie.

### *Tactiques :*

- a) Les programmes de formation devraient inclure la nécessité d'effectuer une surveillance du cancer, les répercussions d'ordre personnel, le rôle de l'alimentation et de la réadaptation, ainsi que la gestion de la détresse, de la douleur et des autres symptômes.
- b) La formation minimale à offrir aux professionnels de la santé pour soutenir l'autogestion devrait inclure les compétences d'évaluation, l'entretien motivationnel, le partage d'information, la résolution de problèmes et l'identification d'objectifs à atteindre, la prise de décision partagée, l'évaluation de l'efficacité personnelle et les interventions de suivi.



- c) Les professionnels désignés pour les soins de suivi et les médecins de famille devraient être formés et aptes à détecter la détresse et à effectuer des évaluations physiques, dont la mesure du poids, du rapport tour de taille/tour de hanche et de l'IMC, des évaluations physiologiques et de brèves évaluations des apports nutritionnels.
- d) Des partenariats avec des organismes prestataires de services aux survivants devraient être développés pour offrir une formation professionnelle continue et des cours d'évaluation et de gestion des problèmes propres aux survivants.
- e) Les nouvelles technologies (p. ex. Internet) devrait être utilisées pour transmettre aux professionnels de la santé l'information relative aux survivants dans un format facilement accessible et convivial.

### **Recommandation 8 : Promotion de la sensibilisation aux enjeux de survie**

Dans le cadre des projets de lutte contre le cancer, les organisations de soins, les groupes militants et les gouvernements devraient œuvrer conjointement pour sensibiliser la population (public, décideurs, élaborateurs de politiques et employeurs) aux besoins physiques, émotionnels, spirituels, sociaux, de réinsertion professionnelle et de réadaptation à combler chez les personnes atteintes de cancer après la fin de leur traitement et aux différences rencontrées selon le type de cancer, la modalité de traitement, les ressources individuelles et le réseau de soutien (soutien économique, familial, de réadaptation).

#### *Tactiques :*

- a) Exhorter les organismes à diffuser des messages d'intérêt public pour informer la population sur les progrès réalisés au chapitre des taux de survie.
- b) Aider les organismes à financer des tribunes publiques permettant aux survivants de raconter leur vécu.
- c) Tenir les associations de survivants au courant des dernières découvertes en matière de soins efficaces aux survivants.

### **Recommandation 9 : Rôle de premier plan en recherche**

Les professionnels responsables des soins pour le cancer, les organismes de recherche en santé provinciaux et fédéraux ainsi que les groupes militants devraient appuyer l'élaboration de nouveaux projets de recherche axés sur les soins et la récupération après la fin des traitements. Plus précisément, des recherches sont nécessaires pour explorer les effets secondaires et les séquelles du cancer et des traitements, l'efficacité des plans de soins aux survivants et des soins de transition, les interventions visant à améliorer la qualité de vie et les modèles de soins alternatifs pour les survivants du cancer.

#### *Tactiques :*

- a) Former des équipes interdisciplinaires de cliniciens et de chercheurs en soins de première ligne, en oncologie, en soins infirmiers, en soins paramédicaux et en recherche sur les services de santé.



- b) Utiliser et développer les mécanismes et groupes de recherche existants (p. ex. groupes des essais cliniques du l'Institut national du cancer du Canada et registres de population) et créer de nouveaux consortiums de recherche ciblée.
- c) Constituer des bases de données électroniques exhaustives pour recueillir, résumer, analyser et emmagasiner les données cliniques et soutenir la recherche sur la survie au cancer.

### **Recommandation 10 : Évaluation des services**

Les organisations devraient faire usage et rendre compte de paramètres et d'indicateurs d'efficacité qui saisissent les dimensions subjectives physique, psychologique et sociale pour vérifier la qualité des services, objectiver les gains dans divers domaines et stimuler les pratiques et les programmes d'amélioration de la qualité fondés sur ces données.

#### *Tactiques :*

- a) Les organismes de lutte contre le cancer et les organismes provinciaux devraient établir un système concret et viable de mesure de l'efficacité pour évaluer si les services de soins psychosociaux et de soutien améliorent le bien-être des survivants du cancer.
- b) Les organismes responsables de fournir les services aux survivants devraient créer ou adopter des pratiques d'amélioration de la qualité pour accélérer le processus d'évaluation et optimiser les interventions psychosociales et de soutien destinées aux survivants du cancer.
- c) Les organisations qui dispensent des soins aux survivants devraient encourager la participation des individus, des familles, des partenaires communautaires, des groupes militants et des organismes de santé à la création de systèmes de mesure des résultats.

### **Recommandation 11 : Politique de santé publique inclusive**

Des politiques et des lois en matière de santé (emploi, assurance, droits de la personne) devraient être promulguées pour répondre aux besoins variés des survivants du cancer et leur permettre un plein accès et une pleine participation au marché du travail, à l'éducation, aux services de santé et aux services communautaires. (*D'après la recommandation no 8 de l'IOM.*)

#### *Tactiques :*

- a) Les groupes militants, les professionnels de la santé et les intervenants clé dans le domaine des soins aux survivants devraient :
  - Sensibiliser l'opinion publique aux enjeux de la survie au cancer et agir pour faire reconnaître la survie comme une phase distincte de la trajectoire du cancer.
  - Renseigner les diverses organisations concernées, notamment les employeurs et les compagnies d'assurance, sur les difficultés particulières des survivants du cancer, les séquelles de la maladie et des traitements et l'importance de dispenser et de coordonner des programmes de soins.



- Travailler de concert avec les employeurs et d'autres organismes communautaires pour établir des programmes de réinsertion professionnelle et autres pour faciliter le retour au travail.
- Communiquer avec les divers interlocuteurs et les instances décisionnelles provinciales et fédérales.

## Interventions psychosociales et de soutien

AGREE II Items 15,16,17

### Recommandation 1 : Promotion de saines habitudes de vie

Les survivants devraient avoir accès à des services d'éducation et de soutien axés sur l'autogestion pour favoriser l'adoption de comportements de santé - activité physique quotidienne, alimentation équilibrée et arrêt du tabac - visant à améliorer la qualité de vie liée à la santé et la condition physiologique, à réduire la détresse et diminuer le risque de récurrence.

#### *Tactiques :*

- a) Mettre en œuvre des programmes d'exercice, de nutrition et de sevrage tabagique adaptés aux objectifs, à la capacité et aux ressources de chaque personne. La pertinence et la sécurité du programme devraient être étudiées en consultation avec la personne et l'équipe de soins interdisciplinaire.
- b) Conseiller d'augmenter graduellement l'intensité de l'activité physique, jusqu'au seuil de tolérance, l'objectif étant au moins 30 minutes par jour, cinq jours par semaine si possible.
- c) Conseiller de combiner des exercices d'aérobic (activités récréatives, jogging, classes d'exercice, vélo), de renforcement musculaire (exercices de résistance utilisant des poids, des bandes ou le poids du corps) et de souplesse (étirements, yoga, Pilates), selon le cas.
- d) Référer les survivants du cancer au Guide alimentaire canadien pour les recommandations relatives à une alimentation saine, en tenant compte des besoins spéciaux liés au diagnostic et au traitement du cancer (stomie, dysphagie, interactions médicamenteuses, etc.).
- e) S'il y a lieu, référer les survivants du cancer à un entraîneur de conditionnement physique et à des diététistes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, surtout en ce qui a trait au maintien du poids, à la composition corporelle et à la gestion d'une fatigue persistante.

### Recommandation 2 : Recours à des méthodes reposant sur des théories

Concevoir des programmes et des interventions en soins psychosociaux et de soutien s'appuyant sur des théories de modification de comportements de santé reconnues comme étant propices et nécessaires au maintien de saines habitudes de vie.



*Tactiques :*

- a) Les concepteurs et les fournisseurs de services aux survivants du cancer devraient envisager le recours à des théories de changement du comportement éprouvées, comme le modèle trans-théorique, la théorie de l'action raisonnée ou la théorie sociocognitive, pour soutenir l'implantation d'interventions psychosociales et de soutien visant la modification des comportements à l'intention des survivants du cancer après le traitement.

**Recommandation 3 : Gestion des inquiétudes psychosociales et de la détresse**

Les survivants qui éprouvent ou sont à risque d'éprouver une détresse ou des préoccupations psychosociales importantes devraient être référés à des services de santé psychosociale ou des programmes cognitivocomportementaux/psychoéducatifs, individuels ou de groupe, dispensés par des personnes spécialisées.

*Tactiques :*

- a) Adopter ou développer des interventions psychoéducatives et cognitivocomportementales destinées à répondre aux besoins particuliers des survivants du cancer après la fin de leur traitement et visant les objectifs suivants :
  - Comblent un besoin précis et explicite de la population de survivants (fatigue ou détresse psychosociale secondaire au cancer).
  - Intégrer plusieurs stratégies, par exemple, éducation, résolution de problèmes, gestion du stress, développement des capacités d'adaptation et soutien psychosocial.
  - Utiliser une thérapie individuelle et incorporer potentiellement une thérapie de groupe.
  - Intégrer diverses formes de counseling - individuel, collectif, vidéo, téléphonique.
  - Former les personnes et les membres de leur famille pour qu'elles puissent acquérir les compétences et le savoir requis pour participer activement à leurs soins tout au long de vie.

**Recommandation 4 : Surveillance des symptômes et des effets tardifs et à long terme**

Inclure dans les protocoles de suivi de routine la surveillance et la gestion des symptômes physiologiques et psychosociaux, dont la douleur et la fatigue, ainsi que des complications à moyen et long terme, entres autres, les troubles respiratoires ou cardiaques, l'ostéoporose et les anomalies du système endocrinien, et utiliser un modèle coordonné de soins partagés, avec l'orientation vers les membres de l'équipe interdisciplinaire appropriés, s'il y a lieu.

*Tactiques :*

- a) Adopter dans tous les programmes de soins en oncologie, des protocoles standardisés de dépistage et d'évaluation pour le diagnostic précoce des effets tardifs et à long terme.



- b) Appliquer aux programmes de suivi du cancer et aux pratiques de médecine familiale, des protocoles de traitement des séquelles provenant de lignes directrices développées à partir de données probantes.
- c) Intervenir tôt au cours du traitement en anticipant les effets à long terme comme l'ostéoporose pour éviter le plus possible de conséquences irréversibles.

### **Recommandation 5 : Gestion des préoccupations concernant la sexualité**

Fournir aux survivants des soins psychoéducatifs concernant les altérations de la santé et de la fonction sexuelles et leur offrir des programmes de thérapie de couple et de rééducation sexuelle visant à promouvoir une sexualité saine et fonctionnelle après la fin des traitements.

#### *Tactiques :*

- a) Tous les professionnels de la santé devraient être formés à évaluer les préoccupations ayant trait à la sexualité, à partir de modalités d'évaluation structurées appuyées par des modèles (BETTER ou PLISSIT [références 153,154]), de façon à assurer une évaluation systématique et une consultation avec les spécialistes appropriés.
- b) Tous les professionnels de la santé devraient être formés à fournir des informations et du soutien face aux altérations de la santé sexuelle et offrir une consultation avec des spécialistes au besoin.
- c) La gestion des préoccupations du survivant concernant la santé et la fonction sexuelles devrait inclure une évaluation des facteurs possibles étiologiques afin de déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. psychothérapie, traitement médical) sont également requises.
- d) Une intervention précoce est cruciale, en particulier dans le cas du cancer de la prostate ou d'un cancer gynécologique, où la correction des pannes sexuelles en cours de traitement peut influencer le rétablissement à long terme.

### **Recommandation 6 : Traitement de la fatigue après la fin du traitement**

Les survivants devraient être faire l'objet d'un dépistage de la fatigue liée au cancer et avoir accès à des programmes d'exercice couplés à des interventions psychoéducatives ou à une thérapie cognitivocomportementale à plusieurs composantes pour soulager la fatigue après la fin du traitement.

#### *Tactiques :*

- a) Les interventions psychoéducatives ou les techniques cognitivocomportementales visant à réduire la fatigue devraient comporter divers éléments, entre autres de l'information sur le sommeil, les stratégies de résolution de problèmes, la gestion du stress et le soutien psychosocial.
- b) Les programmes d'exercice ciblant la fatigue devraient favoriser divers modes d'activité physique - entraînement cardiovasculaire, exercices de souplesse, musculation, selon le cas.





- c) La gestion de la fatigue après la fin du traitement devrait également inclure une évaluation des facteurs étiologiques possibles afin de déterminer s'il y a lieu de recourir à d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) pour les troubles du sommeil ou la dépression par exemple.

### **Recommandation 7 : Gestion des symptômes vasomoteurs**

Toutes les survivantes du cancer devraient avoir accès à des programmes de thérapie cognitivocomportementale à multiples composantes et de gestion des habitudes de vie, pour une maîtrise efficace des symptômes vasomoteurs. C'est également important dans d'autres types de cancer, comme le cancer de la prostate, où les thérapies de privation hormonale risquent de causer des effets physiques et émotionnels importants.

#### *Tactiques :*

- a) Les programmes de soins psychosociaux et de soutien axés sur les symptômes vasomoteurs de la ménopause devraient comporter les volets éducation, psychothérapie et techniques d'hypnose pour le soulagement des symptômes.
- b) La gestion des symptômes vasomoteurs devrait inclure une évaluation des facteurs étiologiques possibles afin de déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) s'imposent.
- c) La pharmacothérapie est peut-être utile mais les données probantes étayant son efficacité sont faibles.

### **Recommandation 8 : Correction des altérations du cycle veille-sommeil**

Les survivants devraient avoir accès à des programmes de thérapie cognitivocomportementales pour corriger les anomalies du cycle veille-sommeil.

#### *Tactiques :*

- a) Les programmes de thérapie cognitivocomportementale devraient combiner des informations sur la technique du contrôle du stimulus, des conseils sur le sommeil, la restriction du sommeil et l'hygiène du sommeil, afin d'améliorer le temps de latence du sommeil, la durée du réveil après l'endormissement, le temps de sommeil total et le temps passé au lit.
- b) La gestion des perturbations du rythme veille-sommeil devrait inclure une évaluation des facteurs déclenchants possibles afin de déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) ou des interventions médicales spécialisées pour l'insomnie sont requises.



## Document d'orientation intégral

---

### Portée et objectif<sup>AGREE II Item 1</sup>

Ce document d'orientation a pour objet d'informer les organismes de santé, les principaux décideurs et administrateurs ainsi que les professionnels de la santé canadiens sur l'organisation optimale des services aux survivants et sur les meilleures pratiques et interventions visant à maximiser la santé psychosociale et le bien-être des adultes qui ont survécu au cancer. Un guide de pratique sur ce sujet est nécessaire pour éclairer les pratiques optimales, servir de base pour identifier les lacunes en matière de soins et définir les priorités et les axes de recherche future. La visée du document est de déterminer la structure de prestation des soins optimale pour les survivants du cancer après le traitement primaire et les meilleures pratiques et interventions vers l'obtention d'une santé psychosociale et d'un bien-être global optimaux. Le document s'applique aux personnes qui ont traversé la phase de traitement primaire (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou autre) du cancer et à celles qui reçoivent un traitement adjuvant ou ont un cancer avancé. Bien que la survie au cancer et la nécessité d'une intervention précoce débutent au moment du diagnostic (ce qu'on appelle phase de survie aiguë), ce document est consacré à la période après la fin du traitement. La phase aiguë dépasse la portée de ce document.

### Questions<sup>AGREE II Item 2</sup>

Pour les personnes qui ont terminé le traitement primaire du cancer :

- Quelle est la structure de prestation des soins optimale pour les services aux survivants?
  - Exemples de structures de prestation de soins : modèles de soins de suivi, composantes d'un plan de soins, interventions en lien avec la planification de la transition ou la préparation à la transition vers la survie.
  - Critères de mesure pertinents : survie/récidive, satisfaction des survivants, besoins en matière de soins psychosociaux et de soutien, qualité de vie reliée à la santé.
- Quelles pratiques cliniques et interventions spéciales améliorent ou maximisent la santé psycho-sociale et le bien-être global des adultes qui ont survécu au cancer?
  - Exemples de pratiques cliniques et d'interventions : psychoéducation, thérapie cognitivocomportementale, soutien psychosocial (counseling), programmes d'exercice, de nutrition ou de réadaptation par comparaison aux soins standard ou similaires.
  - Critères de mesure pertinents : survie/récidive, besoins en matière de soins psychosociaux et de soutien, qualité de vie reliée à la santé.

### Population cible<sup>AGREE II Item 3</sup>

Ce guide organisationnel et de pratique clinique concerne principalement les adultes qui ont terminé la phase de traitement primaire du cancer et qui ont besoin de services aux survivants pour optimiser leur santé et leur bien-être général. Les recommandations s'appliquent à la phase dite de *survie étendue* (récupération du traitement initial,



observation, surveillance avec examens médicaux, crainte de récurrence et incertitude) et à la phase de *survie permanente* (gestion des effets tardifs et à long terme d'ordre physique, émotif et autres et adaptation à la nouvelle « normalité », la vie après le cancer). Ce document d'orientation vise également les personnes qui reçoivent un traitement adjuvant (après le traitement primaire du cancer) et celles qui sont à un stade avancé de la maladie. Bien que la survie au cancer commence dès l'annonce du diagnostic (ce qu'on appelle phase aiguë de survie), les lignes directrices relatives à cette phase débordent le cadre de ce document. Ce document reconnaît également que dans l'optique du survivant, être exempt de signes cliniques de cancer ne veut pas nécessairement dire être exempt de cancer.

## Utilisateurs visés <sup>AGREE II Item 6</sup>

Ce document d'orientation a pour but d'informer les autorités de la santé, les principaux décideurs et administrateurs, les groupes militants ainsi que les professionnels de la santé et de services psychosociaux sur les services optimaux aux survivants et les meilleures pratiques en matière de soins pour les adultes au terme du traitement primaire du cancer. Les équipes d'oncologie interdisciplinaires, les médecins de première ligne, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les spécialistes en soins psychosociaux ou de soutien, les conseillers spirituels et autres professionnels de la santé peuvent s'inspirer de ce guide pour façonner les services aux survivants et les meilleures pratiques en vue d'une santé et d'un bien-être optimaux. Ce document s'adresse également aux survivants et à leurs proches pour les aider à prendre des décisions éclairées sur les services aux survivants.

## Contexte

En 2009, on prévoyait quelque 171 000 diagnostics de cancer et 75 300 décès dus à cette maladie au Canada (1). Malgré la mortalité associée à un diagnostic de cancer, on dénombre de plus en plus de survivants au Canada, grâce à l'amélioration de la prévention et du dépistage, aux méthodes de traitement plus précises et efficaces, aux programmes de prévention et de lutte contre la maladie visant la population et à l'amélioration des habitudes de vie. Selon les statistiques de 2004 d'Action Cancer Ontario, plus de 260 000 personnes atteintes de cancer devraient être encore en vie 10 ans après le diagnostic primaire; c'est plus du double du nombre enregistré il y a 20 ans (2).

Il y a plusieurs définitions de la survie au cancer, mais selon le National Cancer Institute des États-Unis, une personne est considérée survivante dès le diagnostic et pour le reste de ses jours. Cette définition englobe les membres de la famille, les amis et les aidants car ils subissent les contrecoups de ce que vit le patient (3). Les stades du diagnostic et du traitement (4) suscitent le plus d'intérêt, mais la phase après la fin du traitement est un stade distinct de la trajectoire du cancer qu'il faut étudier car il a été grandement négligé par les groupes de militants, les organismes de l'éducation, les milieux cliniques et de recherche.

Le cancer et son traitement ont d'importantes répercussions sur la santé et la qualité de vie à long terme, ce qui amène à s'interroger sur l'organisation des soins et des services qui se prête le mieux à cette population. Les survivants risquent de subir des effets tardifs ou à long terme qui varient selon le type de cancer, son stade et les



traitements reçus et, comme au cours du traitement actif, ils auront besoin de soutien - physique, éducationnel, émotionnel, psychologique, social, spirituel et pratique - suite à leur expérience du cancer et des traitements reçus (5). N'importe quel cancer peut être associé à des complications qui sont fonction de la modalité de traitement utilisée, comme une incidence accrue de cancers secondaires, des problèmes cardiaques, des troubles cognitifs, de la douleur, de la fatigue, des troubles du sommeil, un dysfonctionnement sexuel, des problèmes d'image corporelle ou des troubles de la sexualité (6-21). En regard des cancers les plus fréquents, des problèmes spécifiques à chaque cancer peuvent survenir. Ainsi, le cancer de la prostate peut entraîner des troubles érectiles, vésicaux ou intestinaux, tandis que les répercussions du cancer du poumon sont surtout la dyspnée, la perte de vigueur, la fatigue et la difficulté à maintenir une hygiène pulmonaire (22-24). Les femmes qui ont vaincu un cancer du sein peuvent être en proie à un lymphœdème, à une ménopause précoce, à de la fatigue ou à des troubles de la fonction sexuelle (25). Dans le cas du cancer colorectal, les séquelles sont souvent des troubles de la fonction intestinale, une dysfonction sexuelle ou des problèmes d'image corporelle ou de gestion de la colostomie (26).

Qui plus est, les survivants du cancer ont souvent leur lot de difficultés psychosociales; en effet, la détresse psychosociale est un problème courant, selon la nature du cancer, le type de traitement et d'autres facteurs sociodémographiques, psychologiques et environnementaux, et elle peut se manifester sous forme de dépression, d'anxiété, d'incertitude, de peur ou de colère. Elle peut retentir sur plusieurs aspects de la qualité de vie, la sexualité, l'image corporelle ou la capacité d'adaptation (2,25-31). Parmi les problèmes sociaux, citons les changements dans les relations, le niveau fonctionnel, la communication ou l'engagement dans la collectivité (26,27,32). Les transformations existentielles et spirituelles sont aussi fréquentes chez les survivants du cancer (29,33), qui se heurtent en plus à des difficultés d'ordre pratique, comme l'accès à une assurance (35) et l'orientation dans le système de santé. De plus, ils peuvent avoir besoin de renseignements sur les ressources et la gestion des symptômes après le traitement (37-41). Avec les diverses thérapies, plusieurs s'inquiètent au sujet de leur retour au travail et de leur situation financière après le traitement (10,34-36). En effet, une récente méta-analyse de 26 articles provenant des États-Unis, d'Europe et d'autres pays a révélé que le taux de chômage est plus élevé parmi les survivants du cancer que chez les témoins en santé et qu'il est au plus haut dans le cas du cancer du sein, des cancers digestifs et des cancers gynécologiques (34). Des facteurs comme la localisation du cancer, le pronostic clinique, la modalité de traitement, la situation socioéconomique et la nature du travail influencent la réinsertion sur le marché du travail (42). Le fardeau financier, soit les coûts directs et indirects, des personnes et de leur famille, est lourd à porter. Au Canada, les frais à déboursier (médicaments, soins à domicile, aide domestique, médecines douces, vitamines et suppléments, soins familiaux, transport, stationnement, hébergement) posent problème à 20 % des survivants, et dans plus du tiers des cas, un membre de la famille ou un aidant doit s'absenter du travail (43).

On a relevé plusieurs éléments des soins de soutien et de santé qui sont nécessaires pour répondre aux besoins des survivants (4), entre autres, le dépistage d'une récurrence ou de nouveaux cancers, l'évaluation des séquelles médicales et psychosociales, les interventions pour les conséquences du cancer et des traitements, la promotion de la santé et la coordination des soins entre oncologues et médecins de première ligne



(4,44,45). En outre, les oncologues recommandent spécialement des plans de soins de suivi pour préparer les survivants à la transition vers la phase de survie (4,44-46). Ces plans sont essentiels pour donner aux survivants et aux médecins de première ligne les moyens d'agir et les renseigner sur les soins et la surveillance nécessaires.

Les plans de soins de suivi permettent aux professionnels de la santé de promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, de surveiller les symptômes évocateurs d'un retour du cancer ou l'apparition de nouvelles tumeurs et de traiter les séquelles du cancer. Rédigés par le médecin responsable des traitements anticancéreux, ces plans de soins doivent contenir l'information sommaire essentielle aux soins à long terme (44-46), soit le type de cancer, le traitement reçu et les effets tardifs possibles, des données précises sur le calendrier et le contenu des consultations de contrôle, des renseignements sur les mesures préventives pour le maintien de la santé et du bien-être, l'information concernant l'emploi et les questions financières et juridiques ainsi que l'accessibilité aux services psychosociaux communautaires. L'idée est de produire un plan qui est adapté à la maladie, aux traitements et aux besoins de chaque personne. Comme on s'intéresse davantage à cette population croissante depuis une dizaine d'années, la mise en place de services de suivi est une tendance qui prend de l'ampleur dans les cliniques et les programmes communautaires. Toutefois, les plans de suivi négligent souvent les attentes physiques et les besoins psychosociaux des personnes et de leurs familles, et, bon nombre de survivants signalent que leurs besoins ne sont pas satisfaits à cet égard (38-41).

Les plans de soins aux survivants qui ciblent les besoins physiques et psychosociaux exigent une infrastructure soutenant le plan et l'application des meilleures pratiques, c'est-à-dire celles qui se sont révélées les plus aptes à répondre aux besoins d'ordre physique, social et psychologique des survivants à la phase suivant la fin des traitements. Or, ces plans et leur utilisation après la fin des traitements ont été peu évalués de façon formelle jusqu'à maintenant. Il s'agira donc de concevoir, de mettre en place et d'évaluer des modèles de soins coordonnés qui permettent de repérer et de réduire les séquelles du cancer. Dans son analyse, Jacobsen indique qu'il reste à étudier l'impact des plans de soins aux survivants sur la réduction de la morbidité/mortalité associée au cancer (46). Il ajoute que des recherches sont nécessaires pour déterminer si la planification des soins aux survivants est efficace pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, établir les meilleures façons d'effectuer les évaluations au terme du traitement, mettre les survivants en lien avec les ressources au sein de leurs collectivités et déterminer quels modèles de soins aux survivants sont rentables (46). En outre, les services aux survivants devraient répondre à la nécessité d'un système coordonné bien organisé et permettre l'attribution des responsabilités en regard des fonctions et des façons de faire des diverses entités ou unités, comme les hôpitaux, les services d'oncologie, les équipes de soins de santé et de soutien et les personnes elles-mêmes. Les aspects organisationnels à considérer comprennent le recrutement de la main-d'œuvre et la représentation multisectorielle, la formation du personnel et la communication constante entre les professionnels de la santé (47,48).

En termes de meilleures pratiques, l'efficacité des interventions visant à combler les besoins en soins des survivants a fait l'objet de nombreuses études, examinant notamment des interventions liées au mode de vie (exercice, alimentation et arrêt du tabac), des approches psychoéducatives, cognitivocomportementales et

psychosociales, des groupes de soutien et d'aide psychosociale par les pairs et des médecines douces (méditation, massage, acupuncture, etc.). Ces interventions et la façon dont elles pourraient être intégrées dans les services de suivi sont peu documentées.

Les survivants du cancer au Canada constituent une population diversifiée, exposée à des séquelles potentiellement invalidantes. À l'heure actuelle, les soins et l'organisation des services pour satisfaire leurs besoins sont très hétérogènes. Il faut établir des normes organisationnelles de soins et des guides de pratique factuels pour orchestrer les soins de cette population croissante. Sans fil conducteur, les soins de santé et de soutien peuvent varier considérablement, ce qui risque de réduire la qualité des soins dispensés et, de ce fait, la qualité de vie. Ce document d'orientation s'appuie sur un examen systématique des publications médicales et la concertation d'un groupe d'experts basée sur une interprétation des données probantes et des meilleures pratiques de soins, l'objectif étant de guider l'organisation optimale des services aux survivants de cancer et les pratiques de soins pour maximiser la santé et le bien-être des adultes canadiens survivant au cancer.

## Principes directeurs

En cours de rédaction de ce guide de pratique clinique, un certain nombre de principes directeurs ont été jugés fondamentaux pour les soins aux survivants. Ces principes directeurs, énumérés ci-dessous, servent de cadre pour interpréter les données probantes et élaborer des recommandations relatives aux soins des adultes ayant survécu au cancer.

- Les soins doivent être adaptés sur mesure aux besoins des personnes et s'appliquer à tous sans discrimination fondée sur les valeurs religieuses et spirituelles, la culture, la langue, le sexe, l'âge, l'invalidité et l'analphabétisme.
- La famille, selon la définition que le survivant lui donne, est un élément essentiel des services aux survivants. À ce titre, les survivants et leur famille doivent participer et collaborer activement à la planification des soins durant toute la période de survie.
- Les services psychosociaux et les soins de soutien font appel à plusieurs disciplines, qui varient selon la région et les ressources accessibles, et comprennent entre autres : soins infirmiers, oncologie, psychiatrie, psychologie, travail social, diététique, réadaptation, aide spirituelle et soins de première ligne.
- Les composantes essentielles des services aux survivants ne se bornent pas aux soins psychosociaux et de soutien, mais englobent la prévention et la surveillance des récidives et des nouveaux cancers ainsi que des autres complications tardives qui ne se prêtent généralement pas aux interventions psychosociales et de soutien (c'est-à-dire qui requièrent un traitement médical). L'évaluation et le traitement de ces questions débordent le cadre de ce document.
- Les services et les interventions aux survivants doivent viser principalement à donner les moyens aux survivants, avec l'appui des aidants, d'adopter des comportements d'autogestion et autres nécessaires à une santé optimale et à un mieux-être.

L'annexe I contient des définitions pour plusieurs mots clés utilisés dans ce document.





## Méthodologie

### Groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer <sup>AGREE II Item 4</sup>

Le groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer est formé de psychologues, d'infirmières, de conseillers spirituels, de chercheurs, d'oncologues psychosociaux, de médecins de famille, de chercheurs en services de santé, de spécialistes en réadaptation, de survivants du cancer et d'élaborateurs de guides de pratique clinique. Chaque membre, dans son champ respectif, a une vaste expérience dans la survie au cancer, les besoins en soins palliatifs ou la formulation de lignes directrices de pratique clinique.

### Préparation du document d'orientation <sup>AGREE II Items 13,14</sup>

Ce guide de pratique clinique a été rédigé conformément à la convention en 23 items de l'instrument AGREE II, présentement la référence comme outil d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (49). Lorsque la recommandation s'harmonise avec la convention AGREE II, l'item correspondant est mentionné dans le titre. Le groupe d'experts a effectué un examen systématique de la littérature publiée jusqu'au 31 décembre 2009. Une fois rédigé, le document d'orientation a été distribué à des spécialistes de contenu et aux principaux intervenants clés dans le domaine des soins aux survivants du cancer, à travers le Canada, qui ont pu commenter la collecte et l'interprétation des données ainsi que l'élaboration et le contenu des recommandations. On a fait lire le rapport préliminaire à des survivants du cancer pour assurer qu'il reflète les points de vue et les préférences de la population visée. En outre, plusieurs membres du groupe d'experts et sept membres du comité d'examen externe ont révélé qu'ils étaient eux-mêmes des survivants du cancer. Un consensus final sur les recommandations a été obtenu par vote formel. La littérature sera dépouillée périodiquement (tous les ans) et le document sera actualisé à la lumière des nouveaux faits ou de nouvelles données concluantes.

### Examen systématique <sup>AGREE II Item 7</sup>

La recherche documentaire a été menée conformément à la méthodologie de revue systématique, qui consiste à recenser les meilleures données probantes par une recherche ciblée dans les diverses bases de données médicales. On a également fouillé la littérature grise produite par d'autres groupes crédibles dans l'élaboration de lignes directrices sur le cancer, dont les sites Web répertoriés par le Partenariat canadien contre le cancer (inventaire des lignes directrices sur le cancer) et le site Web de l'Institute of Medicine, en raison de leurs travaux centraux sur les enjeux de survie au cancer.

### Stratégie de recherche documentaire

Les banques de données médicales électroniques suivantes ont été consultées : inventaire des lignes directrices sur le cancer du Partenariat canadien contre le cancer, National Guideline Clearinghouse, Infobanque de l'Association médicale canadienne, MEDLINE (Ovid : 1999 à novembre 2009), EMBASE (Ovid : 1999 à novembre 2009), PsycINFO (1999 à novembre 2009), Bibliothèque Cochrane (Ovid : numéro 1, 2009) et CINAHL (EBSCO : 1999 à décembre 2009). On a également recherché des citations dans les bibliographies des récentes revues systématiques et des articles identifiés.





La recherche s'est faite à partir des titres indexés dans l'arborescence MeSH, ainsi que du texte et des mots clés associés. Tel que présenté aux annexes II et III, la recherche documentaire a été effectuée en combinant les termes reliés au cancer à ceux se rapportant à la survie et aux interventions réalisées après le traitement ou à l'organisation des services aux survivants, de même qu'à la structure des études.

## **Critères de sélection des études AGREE II Item 8**

### *Critères d'inclusion*

Les articles étaient inclus dans la revue systématique s'ils a) traitaient des aspects organisationnels des services aux survivants ou b) décrivaient une intervention psychosociale ou de soutien à l'intention des survivants. Les études devaient porter sur des adultes ayant complété le traitement primaire et fournir des données concernant l'effet des soins psychosociaux et de soutien sur des paramètres comme la détresse psychosociale, les conséquences tardives, les symptômes à long terme, la qualité de vie reliée à la santé ou la réduction du risque. Elles devaient remplir les conditions suivantes :

- Norme organisationnelle, ligne directrice de pratique, revue systématique (avec ou sans méta-analyses) ou essai contrôlé randomisé (avec répartition aléatoire);
- Parue entre 1999 et 2009;
- Inclure des adultes ayant complété la phase de traitement primaire de leur trajectoire de cancer.

### *Critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion des articles étaient les suivants :

- Études portant sur des enfants ou des populations passant d'un cancer pédiatrique aux services destinés aux adultes;
- Description d'interventions pharmacologiques, de tests diagnostiques ou d'examen de suivi;
- Méthodologie de synthèse des travaux insuffisamment décrite;
- Études qualitatives ou descriptives;
- Articles d'opinion, lettres ou éditoriaux.

## **Résultats de la recherche documentaire**

La recherche documentaire a produit 3275 citations extraites de 14 guides de pratique (50-63), de huit revues systématiques (64-71) et de 63 essais contrôlés randomisés (72-134) (Tableau 1).



**Tableau 1. Résultats de la recherche documentaire**

| Genre de document                   | Références | Nombre | Tableaux pertinents         |                     |
|-------------------------------------|------------|--------|-----------------------------|---------------------|
|                                     |            |        | Caractéristiques des essais | Évaluation critique |
| Guides de pratique                  | 50-63      | 14     | Tableau 2                   | Tableau 3           |
| Revue systématique                  | 64-71      | 8      | Tableau 4                   | Tableau 5           |
| Essais contrôlés randomisés         | 72-134     | 63     | Tableaux 6, 8, 10           | Tableaux 7, 9, 11   |
| (suivi)                             | (72-80)    | (9)    | (Tableau 6)                 | (Tableau 7)         |
| (PSE/TCC)                           | (81-101)   | (21)   | (Tableau 8)                 | (Tableau 9)         |
| (intervention sur habitudes de vie) | (102-134)  | (33)   | (Tableau 10)                | (Tableau 11)        |

PSE = psychoéducation; TCC = thérapie cognitivocomportementale.

Les guides de pratique retenus portaient sur un aspect quelconque de l'organisation des soins ou sur les soins reliés aux besoins psychosociaux ou de soutien dans la phase suivant la fin du traitement du cancer (Tableau 2); les revues systématiques évaluaient des interventions psychosociales et de soutien administrées à des survivants du cancer et axées sur la phase suivant la fin du traitement (Tableau 4). Sur les 63 essais randomisés, neuf décrivaient des interventions sur des stratégies de suivi (72-80), 21 des interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales (81-101) et 33 des interventions sur les habitudes de vie (102-134). Plusieurs des essais randomisés ont été cités dans un grand nombre de publications (80,91,92,99,111,112,116,119,120,124,129,132), et même si certains rapports ont été jugés admissibles et sont cités dans la liste de références (135-150), seuls les comptes rendus originaux sont référencés dans ce document.

### *Guides de pratique*

Les guides de pratique (Tableau 2) concernaient un aspect de la structure des soins aux survivants ou les besoins en soins psychosociaux ou de soutien en phase de survie après la fin du traitement (50-63). Huit guides contenaient des recommandations relatives à plusieurs localisations de cancer, tandis que les six autres portaient sur un type de cancer en particulier (deux sur le cancer du sein, deux sur le cancer du côlon, un sur le cancer rectal, un sur le cancer de la prostate et un sur le cancer du rein). En termes de facteurs organisationnels, cinq guides de pratique donnaient des recommandations sur les modèles de soins (52,53,55,57,61), quatre des recommandations sur le type de professionnel de la santé (52,53,55,58), deux une recommandation sur les services de soutien (54,61) et sept des recommandations relatives à des approches structurelles, par exemple les plans de soins du survivant (50-54,56,61). Aucune ligne directrice ne faisait mention du lieu de dispensation des soins aux survivants après la fin du traitement. En ce qui concerne les besoins en soins psychosociaux et de soutien, neuf prenaient en compte la fonction physique (50,51,55,56,59-63), trois la fonction psychosociale (56,58,59) et aucune la qualité de vie; deux guides de pratique traitaient des besoins informationnels ou pratiques (56,61).

Tableau 2. Guides de pratique extraits de la recherche documentaire

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Site du<br>cancer | Aspects organisationnels<br>des soins |                                                 |                       |                     |                                                           | Aspects des soins<br>psychosociaux et de soutien |                                |                        |                |                  |
|--------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------|------------------|
|                                |                   | Modèle de soins                       | Lieu des soins (p. ex. spécialisés ou intégrés) | Type de professionnel | Services de soutien | Schémas structurels (p. ex. plans de soins de transition) | Survie/récidive                                  | Fonction physique <sup>a</sup> | Fonction psychosociale | Qualité de vie | Autre            |
| NCCN 2010 (50)                 | Côlon             | -                                     | -                                               | -                     | -                   | ✓                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | -                |
| NCCN 2010 (51)                 | Rectum            | -                                     | -                                               | -                     | -                   | ✓                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | -                |
| ASPO 2009 (52)                 | Multiple          | ✓                                     | -                                               | ✓                     | -                   | ✓                                                         | -                                                | -                              | -                      | -              | -                |
| ACCC 2009 (53)                 | Multiple          | ✓                                     | -                                               | ✓                     | -                   | ✓                                                         | -                                                | -                              | -                      | -              | -                |
| IOM 2008 (54)                  | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | ✓                   | ✓                                                         | -                                                | -                              | -                      | -              | -                |
| DACCC 2007 (55)                | Prostate          | ✓                                     | -                                               | ✓                     | -                   | -                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | -                |
| IOM 2006 (56)                  | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | -                   | ✓                                                         | -                                                | ✓                              | ✓                      | -              | ✓ <sup>b,c</sup> |
| ASCO 2006 (57)                 | Sein              | ✓                                     | -                                               | -                     | -                   | -                                                         | -                                                | -                              | -                      | -              | -                |
| DACCC 2006 (58)                | Rein              | -                                     | -                                               | ✓                     | -                   | -                                                         | -                                                | -                              | ✓                      | -              | -                |
| Rizzo 2006 (59)                | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | ✓                   | -                                                         | -                                                | ✓                              | ✓                      | -              | -                |
| ACS 2006 (60)                  | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | ✓                   | -                                                         | -                                                | ✓ <sup>c</sup>                 | -                      | -              | -                |
| RCCS 2005 (61)                 | Sein              | ✓                                     | -                                               | -                     | ✓                   | ✓                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | ✓ <sup>b</sup>   |
| ACS 2003 (62)                  | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | -                   | -                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | -                |
| ACS 2001 (63)                  | Multiple          | -                                     | -                                               | -                     | -                   | -                                                         | -                                                | ✓                              | -                      | -              | -                |

✓ = mention; - = aucune mention; NCCN = National Comprehensive Cancer Network; ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; IOM = Institute of Medicine; ASCO = American Society of Clinical Oncology; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; ACS = American Cancer Society; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

<sup>a</sup>Inclut santé physique globale, fonction du sommeil, fonction sexuelle, gestion des symptômes et fatigue.

<sup>b</sup>Spirituelle.

<sup>c</sup>Besoins informationnels ou pratiques.

### Évaluation critique des guides de pratique

Le tableau 3 décrit la qualité des recommandations énoncées dans les guides de pratique, à l'aide de l'instrument AGREE II (49), qui a été évaluée par au moins deux évaluateurs. La grille AGREE II comprend 23 items englobant six domaines : portée et objectif, participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration, clarté et présentation, applicabilité et indépendance éditoriale (49). Le niveau de qualité global des rapports était moyen ou faible, surtout dans le domaine de la rigueur d'élaboration, où un seul guide de pratique a été bien coté (60).

**Tableau 3. Qualité des recommandations des guides de pratique (AGREE)**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>d'évaluateurs /<br>Instrument<br>AGREE utilisé : | Portée et objectif | Participation des<br>groupes concernés | Rigueur<br>d'élaboration | Clarté et<br>présentation | Applicabilité | Indépendance<br>éditoriale | Cote globale<br>(1-7) |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------|
| NCCN 2010 (50)                 | 4 / AGREE II                                               | 44,4 %             | 50,0 %                                 | 49,5 %                   | 73,6 %                    | 22,9 %        | 47,9 %                     | 4,3                   |
| NCCN 2010 (51)                 | 3 / AGREE II                                               | 53,7 %             | 40,7 %                                 | 47,2 %                   | 83,3 %                    | 31,9 %        | 77,8 %                     | 5,3                   |
| ASPO 2009 (52)                 | 2 / AGREE II                                               | 43,0 %             | 15,0 %                                 | 3,0 %                    | 25,0 %                    | 0,0 %         | 50,0 %                     | 2,5                   |
| ACCC 2009 (53)                 | 2 / AGREE II                                               | 22,0 %             | 33,0 %                                 | 0,0 %                    | 47,0 %                    | 17,0 %        | 4,0 %                      | 3,5                   |
| IOM 2008 (54)                  | 2 / AGREE II                                               | 75,0 %             | 43,0 %                                 | 65,0 %                   | 75,0 %                    | 58,0 %        | 50,0 %                     | 5,5                   |
| DACCC 2007 (55)                | 3 / AGREE II                                               | 75,9 %             | 68,5 %                                 | 54,9 %                   | 81,5 %                    | 40,3 %        | 30,6 %                     | 5,3                   |
| IOM 2006 (56)                  | 2 / AGREE II                                               | 67,0 %             | 43,0 %                                 | 46,0 %                   | 75,0 %                    | 45,0 %        | 46,0 %                     | 5,0                   |
| ASCO 2006 (57)                 | 4 / AGREE II <sup>a</sup>                                  | 68,1 %             | 33,3 %                                 | 57,1 %                   | 69,8 %                    | 45,8 %        | 77,1 %                     | 5,3                   |
| DACCC 2006 (58)                | 3 / AGREE II                                               | 75,9 %             | 68,5 %                                 | 54,9 %                   | 81,5 %                    | 40,3 %        | 30,6 %                     | 5,6                   |
| Rizzo 2006 (59)                | 2 / AGREE II                                               | 47,0 %             | 11,0 %                                 | 15,0 %                   | 69,0 %                    | 10,0 %        | 21,0 %                     | 4,0                   |
| ACS 2006 (60)                  | 4 / AGREE II <sup>a</sup>                                  | 69,4 %             | 61,5 %                                 | 73,8 %                   | 88,5 %                    | 48,6 %        | 33,3 %                     | 5,8                   |
| RCCS 2005 (61)                 | 2 / AGREE II                                               | 39,0 %             | 53,0 %                                 | 17,0 %                   | 25,0 %                    | 2,0 %         | 4,0 %                      | 2,5                   |
| ACS 2003 (62)                  | 4 / AGREE II                                               | 81,9 %             | 58,3 %                                 | 30,2 %                   | 66,7 %                    | 10,4 %        | 0,0 %                      | 3,5                   |
| ACS 2001 (63)                  | 2 / AGREE II                                               | 50,0 %             | 25,0 %                                 | 20,0 %                   | 28,0 %                    | 2,0 %         | 8,0 %                      | 2,5                   |

NCCN = National Comprehensive Cancer Network; ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; IOM = Institute of Medicine; ASCO = American Society of Clinical Oncology; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; ACS = American Cancer Society; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

<sup>a</sup>Version beta de AGREE II.

### Revue systématique

Dix-neuf revues systématiques ont été extraites de la recherche documentaire; cependant, comme la majorité d'entre elles concernaient la phase de traitement ou la phase post-traitement de la trajectoire des soins contre le cancer, seules les revues portant sur la période après la fin du traitement et ayant une bonne qualité méthodologique ont été retenues pour l'analyse des données étayant les recommandations (64-71). Les listes de références des revues rejetées ont toutefois été incluses dans la recherche manuelle subséquente des essais contrôlés randomisés. Le groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer a jugé que les résultats des revues exclues pouvaient intéresser d'autres groupes de planification des services aux survivants à tous les stades du cancer. Par conséquent, les revues systématiques retenues et non retenues sont décrites brièvement aux annexes V et VI.

Comme il est illustré au tableau 4, huit revues systématiques recensées portaient sur la phase après la fin du traitement du cancer ou fournissaient une analyse séparée pour cette phase (64-71). Trois revues mentionnaient des interventions cognitivocomportementales ou psychoéducatives, dont deux incluant des essais sur divers cancers (66,71) et une incluant des essais sur le cancer du sein (64). Les mesures d'efficacité étaient le temps de survie (71), la fatigue liée au cancer (66) et le retour au travail (64). Cinq revues rendent compte d'interventions sur les habitudes de vie, soit trois synthèses des essais chez des survivants de divers types de cancer (67,68,70) et deux chez des survivantes au cancer du sein (65,69). Les résultats mesurés concernaient entre autres la condition physique, la force musculaire, la composition corporelle ou le poids (65,69), la santé psychologique (65), la fatigue due au cancer (68,70) et les composantes théoriques efficaces des interventions (67).

**Tableau 4. Revues systématiques extraites de la recherche documentaire**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Site du<br>cancer | Corpus de recherche                           |                                                     | Mesures d'efficacité pertinentes |                      |                           |                |                |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------|----------------|
|                                |                   | Nombre<br>d'essais<br>contrôlés<br>randomisés | Nombre<br>d'essais ni<br>contrôlés ni<br>randomisés | Survie/<br>récidive              | Fonction<br>physique | Fonction<br>psychosociale | Qualité de vie | Autre          |
| Hoving 2009 (64)               | Sein              | -                                             | 4                                                   | -                                | -                    | -                         | -              | √ <sup>a</sup> |
| Cheema 2008 (65)               | Sein              | 5                                             | 5                                                   | -                                | √                    | √                         | -              | -              |
| Kangas 2008 (66)               | Multiple          | 57                                            | 62                                                  | -                                | √                    | -                         | -              | -              |
| Pinto 2008 (67)                | Multiple          | 21                                            | -                                                   | -                                | -                    | -                         | -              | √              |
| Cramp 2008 (68)                | Multiple          | 28                                            | -                                                   | -                                | √                    | -                         | -              | -              |
| Ingram 2006 (69)               | Sein              | 8                                             | 6                                                   | -                                | √                    | -                         | -              | -              |
| Schmitz 2005 (70)              | Multiple          | 27                                            | 5                                                   | -                                | √                    | √                         | -              | -              |
| Smedslund 2004 (71)            | Multiple          | 8                                             | 5                                                   | √                                | -                    | -                         | -              | -              |

√ = mention; - = aucune mention.

<sup>a</sup>Besoins informationnels ou pratiques.



### Évaluation critique des revues systématiques

La qualité des revues systématiques a été évaluée à l'aide des critères mentionnés dans le guide de rédaction des lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (151). Les résultats sont présentés au tableau 5. Dans l'ensemble, les synthèses ont reçu une note faible (64,67) ou moyenne (65,70,71). Trois revues systématiques ont été jugées de plus grande qualité (66,68,69) pour les critères suivants : méthodologie suffisamment décrite, rigueur de la recherche documentaire, qualité des études évaluées et description adéquate de l'homogénéité et de l'hétérogénéité des études.

**Tableau 5. Cotes de qualité des revues systématiques extraites de la recherche documentaire**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Question<br>pertinente et<br>ciblée | Méthodologie<br>décrite | Rigueur de la<br>recherche | Qualité des<br>études évaluée | Études<br>suffisamment<br>homogènes | Type d'étude<br>précisé |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Hoving 2009 (64)               | -                                   | -                       | +                          | -                             | +                                   | ECR, autre              |
| Cheema 2008 (65)               | -                                   | -                       | +                          | +                             | +                                   | ECR, autre              |
| Kangas 2008 (66)               | +                                   | +                       | +                          | ++                            | +                                   | ECR, autre              |
| Pinto 2008 (67)                | -                                   | -                       | +                          | -                             | -                                   | ECR                     |
| Cramp 2008 (68)                | ++                                  | ++                      | ++                         | ++                            | +                                   | ECR                     |
| Ingram 2006 (69)               | +                                   | ++                      | ++                         | ++                            | +                                   | ECR, autre              |
| Schmitz 2005 (70)              | +                                   | +                       | -                          | +                             | +                                   | ECR, autre              |
| Smedslund 2004 (71)            | +                                   | +                       | +                          | -                             | +                                   | ECR, autre              |

ECR = essai contrôlé randomisé; ++ = bonne note; + = note passable; - = mauvaise note (ou aucune mention).

Les revues sur les interventions avec activité physique comportaient en général des limites, dont des variations dans le mode d'exercice (aérobie ou musculation, à la maison ou en gymnase, supervisé ou non supervisé), l'intensité, la fréquence et la durée. De même, les interventions psychosociales comprenaient diverses méthodes : thérapie cognitivocomportementale, psychoéducation, psychothérapie individuelle ou de groupe, réduction du stress. En outre, la majorité des études portaient sur des survivantes au cancer du sein elles constituaient le groupe le plus important et, par conséquent, il est difficile de généraliser, c'est-à-dire d'appliquer les résultats à l'ensemble des types de cancer. Les auteurs ont également relevé la faible taille des échantillons et la piètre qualité méthodologique de plusieurs études. En outre, peu d'études font mention du degré d'adhésion aux interventions, surtout en ce qui concerne les programmes d'exercice non supervisés.

### Essais contrôlés randomisés

La recherche documentaire a donné 63 essais contrôlés randomisés (72-134) : neuf relatant des interventions sur les stratégies de suivi (72-80), 21 des interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales (81-101) et 33 des interventions sur les habitudes de vie (102-134).

### Interventions sur les stratégies de suivi

Des essais concernant les interventions de suivi ont été réalisés chez les populations suivantes de survivants : cancer du sein (72,74,76,77,79,80), cancer de la prostate (78), cancer du poumon (75) et cancer du côlon (73) (Tableau 6). La plupart ont comparé l'efficacité du suivi par un oncologue (en clinique ou à l'hôpital) à celui assuré par un médecin de première ligne (72,73,77) ou une infirmière spécialisée en oncologie (74-76,78). Trois essais ont comparé un suivi conventionnel et un suivi sur demande ou à l'initiative du patient (76-78). Dans un essai, un horaire de consultations régulières est comparé à des visites de contrôle seulement après la mammographie (79). On a mesuré en premier lieu l'impact sur la qualité de vie (73,75,77), la morbidité psychologique en termes d'anxiété, de dépression et de bien-être (73,74,76,77), la détection d'événements cliniques graves (72) et la satisfaction vis-à-vis des soins (73,74,76,78-80) et, accessoirement, l'impact sur le diagnostic de récurrence ou le taux de survie (72-76,80), la durée du suivi (73,76,80), le coût (75,80) et l'accès aux soins médicaux et l'utilisation des ressources (74,75,78).

**Tableau 6. Essais contrôlés randomisés sur les stratégies de suivi**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Type<br>d'intervention<br>(comparativement<br>aux soins<br>habituels) | Site du<br>cancer | Critères de mesure pertinents |                         |                        |                |       |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------|-------|
|                                |                        |                                                                       |                   | Survie/récurrence             | Satisfaction du patient | Fonction psychosociale | Qualité de vie | Autre |
| Grunfeld 2006 (72)             | 968                    | Soins primaires                                                       | Sein              | ✓                             | -                       | -                      | ✓              | -     |
| Wattchow 2006 (73)             | 203                    | Soins primaires                                                       | Côlon             | ✓                             | ✓                       | ✓                      | ✓              | -     |
| Koinberg 2004 (74)             | 264                    | Soins infirmiers                                                      | Sein              | ✓                             | ✓                       | ✓                      | -              | ✓     |
| Moore 2002 (75)                | 202                    | Soins infirmiers                                                      | Poumon            | ✓                             | ✓                       | ✓                      | ✓              | ✓     |
| Baildam 2002 (76) <sup>b</sup> | 525                    | Soins infirmiers <sup>a</sup>                                         | Sein              | ✓                             | ✓                       | ✓                      | -              | ✓     |
| Brown 2002 (77)                | 61                     | Initiative du patient                                                 | Sein              | -                             | ✓                       | ✓                      | ✓              | -     |
| Helgeson 2000 (78)             | 400                    | Soins infirmiers <sup>a</sup>                                         | Prostate          | ✓                             | ✓                       | ✓                      | -              | ✓     |
| Gulliford 1997 (79)            | 193                    | Moins de suivi <sup>c</sup>                                           | Sein              | -                             | -                       | -                      | -              | ✓     |
| Grunfeld 1996 (80)             | 296                    | Soins primaires                                                       | Sein              | ✓                             | ✓                       | ✓                      | ✓              | ✓     |

✓ = mention; - = aucune mention.

<sup>a</sup>Sur demande du patient.

<sup>b</sup>Sommaire.

<sup>c</sup>Suivi après une mammographie programmée uniquement.



### Évaluation critique des essais contrôlés randomisés sur les modèles de soins de suivi

La qualité des essais a été cotée selon les critères mentionnés dans le manuel de rédaction des lignes directrices du SIGN (151). Les résultats de l'évaluation sont présentés au tableau 7. La qualité des essais était soit non évaluable (76), faible (74,75,77-79) ou passable (72,73,80). Les essais réalisés par Grunfeld et al. (80,135,136) ont été combinés dans la discussion car un seul essai a été effectué alors que la recherche a donné lieu à trois publications. L'insu était impossible à appliquer dans la plupart des essais à cause de la nature des interventions et parce qu'on a dû se fier à l'autodéclaration; dans un essai, toutefois, le nombre de personnes par bloc de randomisation n'était pas connu des coordonnateurs de l'étude dans les centres participants (74). La qualité de vie et la morbidité psychologique ont été évaluées à l'aide d'outils validés comme le questionnaire C-30 de l'EORTC (EORTC-QLQ-C30 (72,75,77,80), la version abrégée du MOS-SF-12 (Medical Outcomes Study) (73), l'échelle d'anxiété et de dépression HADS (72-74,76,77) et l'échelle d'anxiété de Spielberg (76). Cinq essais dans lesquels la principale mesure d'évaluation était la satisfaction des patients, n'ont pas utilisé d'instruments de mesure validés (74-76,78,79), mais trois ont pré-testé les items avec des groupes de discussion (75,78) ou ont fourni des statistiques de fiabilité de leur instrument(74). Dans deux essais, on a utilisé des outils validés pour recueillir l'information sur le niveau de satisfaction des patients (73,80).

**Tableau 7. Évaluation critique des essais randomisés sur les stratégies de suivi**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Question pertinente et ciblée | Méthode de randomisation<br>décrite | Insu           | Groupes équilibrés (groupes<br>homogènes au départ) | Les groupes ne différaient que<br>par le traitement | Paramètres évalués à l'aide<br>d'outils validés et fiables | Taux d'abandons mentionné | Analyse selon le groupe<br>d'assignation | Commanditaire | Calcul de la puissance |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|---------------|------------------------|
| Grunfeld 2006 (72)             | -                             | +                                   | -              | ++                                                  | ++                                                  | ++                                                         | -                         | +                                        | -             | ++                     |
| Wattchow 2006 (73)             | +                             | ++                                  | +              | + <sup>b</sup>                                      | +                                                   | +                                                          | > 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Koinberg 2004 (74)             | +                             | ++                                  | - <sup>a</sup> | -                                                   | +                                                   | +                                                          | -                         | +                                        | +             | +                      |
| Moore 2002 (75)                | -                             | +                                   | -              | +                                                   | +                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | +             | +                      |
| Baildam 2002 (76) <sup>c</sup> | -                             | -                                   | -              | -                                                   | -                                                   | -                                                          | -                         | -                                        | -             | -                      |
| Brown 2002 (77)                | +                             | +                                   | -              | +                                                   | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | -                                        | -             | -                      |
| Helgesen 2000 (78)             | +                             | +                                   | -              | +                                                   | +                                                   | -                                                          | > 20 %                    | -                                        | +             | -                      |
| Gulliford 1997 (79)            | -                             | +                                   | -              | +                                                   | -                                                   | -                                                          | -                         | -                                        | +             | -                      |
| Grunfeld 1996 (80)             | +                             | +                                   | -              | ++                                                  | ++                                                  | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |

++ = bonne note; + = note passable; - = mauvaise note (ou aucune mention).

<sup>a</sup>Nombre de personnes de chaque groupe non connu des coordonnateurs de l'étude des centres participants.

<sup>b</sup>Tendance vers un plus haut niveau d'éducation dans le groupe suivi par un chirurgien.

<sup>c</sup>Sommaire.



### Interventions psychosociales et de soutien

Comme on peut le voir au tableau 8, 21 essais ont évalué une intervention cognitivocomportementale ou psychoéducative (81-101), la plupart portant sur le cancer du sein (81,84,86,87,89,90,94-96,99,101). L'efficacité a été jugée à partir de la qualité de vie (81-83,86,88,89,91,100,101), la gestion des symptômes comme la fatigue (94,98) et les symptômes vasomoteurs (101,110), la fonction sexuelle (97), le sommeil (85,90,94), le fonctionnement physique (92,94), la dépression, l'anxiété, la capacité d'adaptation et l'incertitude (86,95,96,98) ainsi que les préférences, la satisfaction, les connaissances et le soutien social des patients (87,93).

**Tableau 8. Essais randomisés sur les interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre de sujets | Type d'intervention<br>(comparativement aux<br>soins habituels) | Siège du<br>cancer    | Critères de mesure pertinents |                                   |                           |                |       |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------|-------|
|                                |                  |                                                                 |                       | Survie/récidive               | Fonction<br>physique <sup>a</sup> | Fonction<br>psychosociale | Qualité de vie | Autre |
| Heidrich 2009 (81)             | 82               | PSE – symptômes                                                 | Sein                  | -                             | -                                 | ✓                         | ✓              | ✓     |
| Otis Green 2008 (82)           | 33               | PSE – qualité de vie                                            | Ovaire                | -                             | -                                 | -                         | ✓              | -     |
| Nelson 2008 (83)               | 50               | PSE – qualité de vie                                            | Col de<br>l'utérus    | -                             | ✓                                 | -                         | ✓              | -     |
| Fillion 2008 (84)              | 94               | PSE/exercice – fatigue                                          | Sein                  | -                             | ✓                                 | ✓                         | ✓              | -     |
| Espie 2008 (85)                | 150              | TCC – insomnie                                                  | Multiple              | -                             | ✓                                 | -                         | ✓              | -     |
| Dirksen 2008 (86)              | 81               | TCC – insomnie                                                  | Sein                  | -                             | ✓                                 | ✓                         | ✓              | -     |
| Bloom 2008 (87)                | 404              | PSE – adaptation/<br>connaissances                              | Sein                  | -                             | -                                 | -                         | -              | ✓     |
| Ashing-Giwa 2008 (88)          | 23               | TCC – adaptation/<br>connaissances                              | Col de<br>l'utérus    | -                             | -                                 | -                         | ✓              | -     |
| Meneses 2007 (89)              | 261              | PSE – qualité de vie                                            | Sein                  | -                             | -                                 | -                         | ✓              | -     |
| Epstein 2007 (90)              | 72               | TCC – insomnie                                                  | Sein                  | -                             | ✓                                 | -                         | -              | -     |
| Campbell 2007 (91)             | 30               | TCC – adaptation/<br>connaissances                              | Prostate              | -                             | -                                 | -                         | ✓              | ✓     |
| Gielissen 2006 (92)            | 98               | TCC – fatigue                                                   | Multiple              | -                             | ✓                                 | -                         | -              | -     |
| Bloom 2006 (93)                | 157              | PSE – dépistage                                                 | Maladie de<br>Hodgkin | -                             | -                                 | -                         | -              | ✓     |
| Savard 2005 (94)               | 57               | TCC – insomnie                                                  | Sein                  | -                             | ✓                                 | ✓                         | ✓              | ✓     |
| Mishel 2005 (95)               | 509              | TCC – adaptation/<br>connaissances                              | Sein                  | -                             | -                                 | ✓                         | -              | -     |
| Lane 2005 (96)                 | 42               | TCC – adaptation/<br>connaissances                              | Sein                  | -                             | -                                 | ✓                         | -              | -     |
| Canada 2005 (97)               | 84               | PSE – santé sexuelle                                            | Prostate              | -                             | ✓                                 | ✓                         | -              | ✓     |
| Boesen 2005 (98)               | 262              | PSE – détresse                                                  | Mélanome              | -                             | -                                 | ✓                         | -              | -     |
| Stanton 2005 (99)              | 558              | PSE – transition                                                | Sein                  | -                             | ✓                                 | ✓                         | -              | ✓     |
| Lepore 2003 (100)              | 250              | PSE – qualité de vie                                            | Prostate              | -                             | ✓                                 | ✓                         | ✓              | ✓     |
| Ganz 2000 (101)                | 76               | TCC – symptômes                                                 | Sein                  | -                             | ✓                                 | -                         | ✓              | -     |

✓ = mention; - = aucune mention; PSE = psychoéducation; TCC = thérapie cognitivocomportementale.

<sup>a</sup>Inclut santé physique globale, fonction du sommeil, fonction sexuelle, gestion des symptômes et fatigue.



*Évaluation critique des essais randomisés sur les soins psychosociaux et de soutien*

La qualité des essais randomisés sur la thérapie cognitivocomportementale et la psychoéducation a été évaluée à l'aide du guide de rédaction des lignes directrices du SIGN (151). Les résultats sont présentés au tableau 9. Globalement, le niveau de qualité était faible ou moyen. Dans la majorité des essais, les interventions n'ont pu être appliquées à simple ou à double insu à cause de la nature de celles-ci. La description des méthodes et des mesures d'efficacité laissait à désirer dans l'ensemble, et comme la majorité des essais ciblaient le cancer du sein, la généralisation des résultats se limite à cette population.

**Tableau 9. Évaluation critique des essais randomisés sur les interventions psychoéducatives et cognitivocomportementales**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Question pertinente et ciblée | Méthode de randomisation décrite | Insu | Groupes équilibrés (groupes homogènes au départ) | Les groupes ne différaient que par le traitement | Paramètres évalués à l'aide d'outils validés et fiables | Taux d'abandons mentionné | Analyse selon le groupe d'assignation | Commanditaire | Calcul de la puissance |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------|------------------------|
| Heidrich 2009 (81)             | +                             | -                                | -    | -                                                | -                                                | +                                                       | < 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Otis Green 2008 (82)           | -                             | +                                | -    | -                                                | -                                                | -                                                       | -                         | -                                     | +             | -                      |
| Nelson 2008 (83)               | +                             | +                                | -    | +                                                | -                                                | +                                                       | > 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Fillion 2008 (84)              | +                             | +                                | -    | +                                                | +                                                | +                                                       | < 20 %                    | +                                     | +             | +                      |
| Espie 2008 (85)                | +                             | ++                               | -    | -                                                | +                                                | ++                                                      | > 20 %                    | +                                     | +             | +                      |
| Dirksen 2008 (86)              | ++                            | +                                | -    | +                                                | +                                                | ++                                                      | < 20 %                    | -                                     | +             | +                      |
| Bloom 2008 (87)                | +                             | -                                | -    | -                                                | +                                                | -                                                       | < 20 %                    | +                                     | +             | -                      |
| Ashing-Giwa 2008 (88)          | -                             | -                                | -    | +                                                | +                                                | +                                                       | -                         | -                                     | +             | -                      |
| Meneses 2007 (89)              | +                             | +                                | -    | +                                                | -                                                | +                                                       | 20 %                      | -                                     | -             | -                      |
| Epstein 2007 (90)              | ++                            | +                                | -    | +                                                | +                                                | ++                                                      | < 20 %                    | -                                     | +             | +                      |
| Campbell 2007 (91)             | +                             | -                                | -    | +                                                | +                                                | ++                                                      | > 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Gielissen 2006 (92)            | +                             | +                                | -    | -                                                | -                                                | +                                                       | > 20 %                    | +                                     | +             | +                      |
| Bloom 2006 (93)                | +                             | +                                | -    | -                                                | -                                                | -                                                       | < 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Savard 2005 (94)               | +                             | +                                | -    | +                                                | -                                                | +                                                       | < 20 %                    | +                                     | -             | -                      |
| Mishel 2005 (95)               | ++                            | +                                | -    | +                                                | -                                                | ++                                                      | < 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Lane 2005 (96)                 | +                             | -                                | -    | +                                                | -                                                | -                                                       | -                         | -                                     | -             | -                      |
| Canada 2005 (97)               | ++                            | ++                               | -    | +                                                | +                                                | +                                                       | > 20 %                    | -                                     | +             | -                      |
| Boesen 2005 (98)               | +                             | +                                | +    | -                                                | -                                                | +                                                       | < 20 %                    | +                                     | -             | -                      |
| Stanton 2005 (99)              | +                             | +                                | +    | + <sup>b</sup>                                   | +                                                | +                                                       | > 20 %                    | -                                     | -             | +                      |
| Lepore 2003 (100)              | ++                            | +                                | ++   | +                                                | +                                                | +                                                       | -                         | +                                     | -             | -                      |
| Ganz 2000 (101)                | -                             | +                                | +    | + <sup>a</sup>                                   | -                                                | +                                                       | < 20 %                    | +                                     | +             | -                      |

++ = bonne note; + = note passable; - = mauvaise note (ou aucune mention).

<sup>a</sup>Le groupe soumis aux soins habituels différait significativement au départ quant aux scores de vitalité (SF-36).

<sup>b</sup>Les groupes soumis aux diverses interventions différaient de façon significative au départ concernant les scores aux échelles SF-36 (vitalité), SF-36 MCS (dimension mentale) et CES-D (dépression)..



### Interventions sur les habitudes de vie

Trente-deux essais (Tableau 10) ont évalué des interventions liées aux habitudes de vie - surtout des programmes d'activité physique et des régimes alimentaires (102-109,111-134) : 22 portant uniquement sur le cancer du sein (103,105-107,110-114,116,118-120,122-125,127-129,131,132), neuf sur divers types de cancer (104,108,109,115,117,121,126,133,134) et deux sur le cancer du côlon (130) ou le cancer de l'endomètre (102).

Les mesures d'intérêt étaient la qualité de vie (103,104,106,107,109,111,114,118,120-122,125,128-130,132-134), des critères physiologiques comme la condition aérobie et musculaire, la composition corporelle ou le poids (102,106,108,112,113,116,119,120,122,124-126,129,132-134), la gestion de la fatigue (121,124) ou d'un lymphœdème (128), le fonctionnement physique (104,117), ou psychologique (dépression, anxiété, image corporelle, efficacité personnelle) (102,106,118,123,124,127), la récurrence de la maladie ou la survie sans maladie (119,131), la participation ou l'adhésion aux programmes d'activité physique (103,105,111,113,115,124) et les symptômes vasomoteurs comme les bouffées de chaleur (101,110).

**Tableau 10. Essais contrôlés randomisés sur les interventions sur les habitudes de vie**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre de sujets | Type<br>d'intervention<br>(comparativement<br>aux soins<br>habituels) | Site du<br>cancer | Critères de mesure pertinents |                   |                        |                |       |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------|----------------|-------|
|                                |                  |                                                                       |                   | Survie/ récurrence            | Fonction physique | Fonction psychosociale | Qualité de vie | Autre |
| von Gruenigen 2009 (102)       | 45               | Exercice <sup>a</sup>                                                 | Endomètre         | -                             | √                 | √                      | -              | √     |
| Rogers 2009 (103)              | 41               | Exercice <sup>b</sup>                                                 | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | √     |
| Morey 2009 (104)               | 641              | Exercice <sup>a</sup>                                                 | Multiple          | -                             | √                 | -                      | √              | √     |
| Courneya 2009 (105)            | 242              | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Cadmus 2009 (106)              | 125              | Exercice                                                              | Sein              | -                             | -                 | √                      | √              | -     |
| Milne 2008 (107)               | 58               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | √     |
| May 2008 (108)                 | 147              | Exercice <sup>b</sup>                                                 | Multiple          | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Korstjens 2008 (109)           | 209              | Exercice <sup>b</sup>                                                 | Multiple          | -                             | -                 | -                      | √              | -     |
| Elkins 2008 (110)              | 48               | Hypnose                                                               | Sein              | -                             | √                 | √                      | -              | √     |
| Vallance 2007 (111)            | 377              | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | √     |
| Mefferd 2007 (112)             | 76               | Exercice <sup>a</sup>                                                 | Sein              | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Matthews 2007 (113)            | 36               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | -              | √     |
| Daley 2007 (114)               | 108              | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Bennett 2007 (115)             | 56               | Motivationnelle                                                       | Multiple          | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Mustian 2006 (116)             | 21               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Demark-Wahnefried 2006 (117)   | 182              | Exercice <sup>a</sup>                                                 | Multiple          | -                             | √                 | -                      | -              | √     |
| Culos-Reed 2006 (118)          | 38               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Chlebowski 2006 (119)          | 2437             | Régime alimentaire <sup>c</sup>                                       | Sein              | √                             | √                 | -                      | -              | √     |
| Basen-Engquist 2006 (120)      | 60               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | √     |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre de sujets | Type<br>d'intervention<br>(comparativement<br>aux soins<br>habituels) | Site du<br>cancer | Critères de mesure pertinents |                   |                        |                |       |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------|----------------|-------|
|                                |                  |                                                                       |                   | Survie/ récidive              | Fonction physique | Fonction psychosociale | Qualité de vie | Autre |
| Thorsen 2005 (121)             | 111              | Exercice                                                              | Multiple          | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Schmitz 2005 (122)             | 79               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Sandel 2005 (123)              | 38 <sup>e</sup>  | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | -              | -     |
| Pinto 2005 (124)               | 86               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | -              | √     |
| Herrero 2005 (125)             | 16               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | -     |
| Dimeo 2004 (126)               | 69               | Exercice <sup>d</sup>                                                 | Multiple          | -                             | √                 | -                      | -              | -     |
| Pinto 2003 (127)               | 24               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | -                 | √                      | -              | -     |
| McKenzie 2003 (128)            | 14               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | -     |
| Courneya 2003a (129)           | 53               | Exercice                                                              | Sein              | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Courneya 2003b (130)           | 102              | Exercice                                                              | Côlon             | -                             | -                 | -                      | √              | -     |
| Pierce 2002 (131)              | 3088             | Régime alimentaire <sup>c</sup>                                       | Sein              | √                             | -                 | -                      | -              | √     |
| Djuric 2002 (132)              | 48               | Régime alimentaire <sup>c</sup>                                       | Sein              | -                             | √                 | -                      | √              | √     |
| Courneya 2002 (133)            | 108              | Exercice <sup>b</sup>                                                 | Multiple          | -                             | √                 | √                      | √              | -     |
| Burnham 2002 (134)             | 18               | Exercice                                                              | Multiple          | -                             | √                 | -                      | √              | -     |

√ = mention; - = aucune mention.

<sup>a</sup>Exercice et régime alimentaire avec thérapie cognitivocomportementale.

<sup>b</sup>Exercice et thérapie cognitivocomportementale.

<sup>c</sup>Régime alimentaire et thérapie cognitivocomportementale.

<sup>d</sup>Thérapie de relaxation.

<sup>e</sup>Essai croisé.

### Évaluation critique des essais contrôlés randomisés

Le tableau 11 présente les résultats de l'évaluation de la qualité des essais sur les interventions sur les habitudes de vie retenus pour l'analyse, effectuée à l'aide du guide de rédaction des lignes directrices du SIGN (151).

**Tableau 11. Évaluation critique des essais randomisés sur les interventions sur les habitudes de vie**

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Question pertinente et ciblée | Méthode de randomisation<br>décrite | Insu | Groupes équilibrés<br>(homogènes au départ) | Les groupes ne différaient<br>que par le traitement | Paramètres évalués à l'aide<br>d'outils validés et fiables | Taux d'abandons mentionné | Analyse selon le groupe<br>d'assignation | Commanditaire | Calcul de la puissance |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|---------------|------------------------|
| von Gruenigen 2009 (102)       | +                             | +                                   | -    | -                                           | +                                                   | +                                                          | -                         | +                                        | +             | -                      |
| Rogers 2009 (103)              | +                             | +                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | -                      |
| Morey 2009 (104)               | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Courneya 2009 (105)            | +                             | -                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | -             | -                      |
| Cadmus 2009 (106)              | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Milne 2008 (107)               | +                             | +                                   | +    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 5 %                     | -                                        | +             | +                      |
| May 2008 (108)                 | +                             | +                                   | +    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Korstjens 2008 (109)           | +                             | -                                   | -    | -                                           | +                                                   | +                                                          | +                         | +                                        | +             | +                      |
| Elkins 2008 (110)              | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | -                                                          | 20 %                      | -                                        | +             | +                      |
| Vallance 2007 (111)            | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | -                      |
| Mefferd 2007 (112)             | +                             | +                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | -                                        | -             | -                      |
| Matthews 2007 (113)            | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | -                         | +                                        | -             | -                      |
| Daley 2007 (114)               | +                             | +                                   | -    | -                                           | -                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | -             | -                      |
| Bennett 2007 (115)             | +                             | +                                   | -    | -                                           | +                                                   | +                                                          | > 20 %                    | -                                        | +             | +                      |
| Mustian 2006 (116)             | +                             | +                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | > 20 %                    | +                                        | +             | -                      |
| Demark-Wahnefried 2006 (117)   | +                             | +                                   | -    | +                                           | ++                                                  | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Culos-Reed 2006 (118)          | +                             | -                                   | -    | -                                           | -                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | +             | -                      |
| Chlebowski 2006 (119)          | +                             | +                                   | -    | -                                           | -                                                   | -                                                          | > 20 %                    | -                                        | +             | -                      |
| Basen-Engquist 2006 (120)      | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | -                      |
| 2005 Thorsen 2005 (121)        | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | > 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Schmitz 2005 (122)             | +                             | -                                   | +    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | -             | -                      |
| Sandel 2005 (123) <sup>a</sup> | +                             | -                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 10 %                    | +                                        | +             | -                      |
| Pinto 2005 (124)               | +                             | +                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | -             | -                      |
| Herrero 2005 (125)             | +                             | +                                   | +    | -                                           | -                                                   | +                                                          | 20 %                      | -                                        | +             | -                      |
| Dimeo 2004 (126)               | +                             | -                                   | -    | +                                           | +                                                   | -                                                          | -                         | -                                        | -             | -                      |
| Pinto 2003 (127)               | +                             | +                                   | -    | -                                           | -                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | +             | +                      |
| McKenzie 2003 (128)            | +                             | +                                   | -    | +                                           | -                                                   | +                                                          | -                         | -                                        | -             | -                      |
| Courneya 2003b (129)           | -                             | +                                   | +    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | -                                        | +             | -                      |
| Courneya 2003a (130)           | -                             | +                                   | +    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 5 %                     | +                                        | +             | +                      |
| Pierce 2002 (131)              | +                             | +                                   | -    | +                                           | +                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | -                      |
| Djuric 2002 (132)              | -                             | -                                   | -    | -                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | -                                        | +             | -                      |
| Courneya 2002 (133)            | +                             | +                                   | +    | +                                           | -                                                   | +                                                          | < 20 %                    | +                                        | +             | +                      |
| Burnham 2002 (134)             | +                             | -                                   | -    | +                                           | +                                                   | -                                                          | +                         | -                                        | -             | -                      |

++ = bonne note; + = note passable; - = mauvaise note (ou aucune mention).

<sup>a</sup>Essai croisé.



Globalement, la qualité des essais était faible ou moyenne. Dans la majorité des études, la nature des interventions empêchait qu'elles soient appliquées à simple ou à double insu. La description des méthodes et des mesures d'efficacité laissait à désirer, la majorité des essais n'ayant pas la puissance nécessaire pour objectiver des différences statistiquement significatives entre les groupes comparés. En outre, la plupart des essais ont porté sur des survivantes du cancer du sein, de sorte que les résultats ne s'appliquent qu'à cette population. Qui plus est, peu d'études font mention du degré d'adhésion aux interventions, surtout concernant les programmes d'exercice non supervisés.

## Résultats

### Organisation et prestation des services aux survivants

Dix guides de pratique clinique (50-58,61) et neuf essais contrôlés randomisés (72-80) ont fourni des recommandations sur l'organisation et la prestation des services aux survivants en examinant les modèles de soins, le cadre des soins (spécialisés ou intégrés), le type de professionnel, les services de soutien et les approches structurelles (p. ex. plans de transition vers la survie) à envisager. La matrice des recommandations tirées des guides de pratique clinique se trouve à l'annexe IV; l'annexe VII donne une description détaillée des essais.

### Modèles de soins

Six guides de pratique clinique contenaient des recommandations sur un aspect des modèles de soins aux survivants (52,53,55,57,61). Les modèles de prestation des soins sont les suivants : cliniques de soins aux survivants (52), soins partagés entre oncologues et médecins de première ligne (52), soins administrés par des infirmières (52) ou modèles de soins interdisciplinaires (52,55). D'autres éléments ont été pris en compte, dont la nécessité de la disponibilité des services (53), la continuité des soins (53,57), la participation des professionnels de la santé appropriés (53,55,57,61), la description de l'objectif, de la fréquence et de la durée des consultations de contrôle (55,57) et la communication entre les membres de l'équipe pour éviter le plus possible les répétitions et le doublage des tâches (61).

Neuf essais randomisés (72-80) ont exploré les modèles de soins de suivi en comparant un suivi régulier par un spécialiste à des visites moins fréquentes (79), les soins prodigués par les médecins de première ligne (72,73,80), les soins assurés par des infirmières (74-76,78) ou les soins dispensés suite à l'initiative du patient (76-78). Dans une étude, on a préféré un suivi moins fréquent à plus de visites, mais cette préférence a été exprimée par les patients des deux groupes (79). Dans cette étude, des contrôles moins fréquents n'ont pas augmenté l'utilisation des services médicaux ni du triage téléphonique (79). Chez les patients suivis par un médecin de première ligne, on n'a pas relevé de différence dans les paramètres de qualité de vie ou les récurrences dans deux essais (72,73,80); toutefois, une étude a fait état de coûts moindres pour les patients et le système de santé et d'une plus grande satisfaction des patients avec un suivi assuré par les médecins de première ligne (80). Dans quatre essais où le suivi était effectué par des infirmières, et dans deux essais (76,78) à la demande des patients, il n'y avait pas de différence significative dans la qualité de vie et les récurrences comparativement aux soins standard (74-76,78). La satisfaction des patients était significativement plus élevée avec les soins infirmiers dans la plupart des sous-échelles à trois, six et 12 mois ( $p < 0,01$ ) dans une étude (75), et les indices



de fonctionnement psychologique significativement plus élevés dans deux études (75,76). Une étude a aussi rapporté moins de dyspnée grave à trois mois ( $p = 0,03$ ) et moins de neuropathie périphérique à 12 mois ( $p = 0,05$ ) avec les soins infirmiers. Les soins suite à l'initiative du patient ont donné lieu à un plus haut niveau de satisfaction des patients dans une étude (76), sans autre différence significative (76-78). Dans une étude comparant soins infirmiers et soins sollicités par le sujet, on a décelé moins de détresse psychologique lorsqu'une infirmière prenait l'initiative des soins (47 % contre 92 %) (76).

### Lieu de prestation des soins

Il n'est fait mention dans aucun guide de pratique de recommandations spéciales sur le lieu de prestation des soins aux survivants, et les essais sur les interventions de suivi n'ont pas exploré les avantages ou les inconvénients des divers lieux (suivi standard à une clinique d'oncologie, à l'hôpital ou au bureau d'un spécialiste comparativement au suivi en médecine générale/familiale ou en clinique spécialisée dans les soins aux survivants). Dans les essais contrôlés randomisés où le suivi a eu lieu en médecine de première ligne (72,73,80), il n'y avait pas de différence globale entre les groupes dans deux études (72,73), tandis qu'une étude a rapporté une plus grande satisfaction des patients, plus de visites de suivi (3,4 contre 2,8,  $p < 0,001$ ) et des visites plus longues (10,5 contre 7,4 minutes,  $p < 0,001$ ) avec le suivi assuré par un médecin de première ligne comparativement au suivi spécialisé (80). Dans cet essai, le suivi dans un contexte de première ligne a également occasionné moins de coûts pour les patients et le système de santé ( $p < 0,001$ ), aucune différence dans le coût des tests diagnostiques et plus de tests effectués ( $p < 0,001$ ).

### Type de professionnel de la santé

Quatre guides de pratique contenaient des recommandations sur les professionnels à inclure dans l'équipe de soins aux survivants (52,53,55,58). Dans ses lignes directrices sur le cancer du sein et le cancer de la prostate, la Dutch Association of Comprehensive Cancer Centers (DACCC) préconise une équipe de suivi interdisciplinaire (infirmières en oncologie, en urologie et en radiothérapie, diététistes, physiothérapeutes, psychologues et sexologues) (55,58), qui devrait être établie en fonction des problèmes, des symptômes et des besoins individuels (55,58). L'Association of Community Cancer Centers (ACCC) recommande que des services complets de réadaptation soient mis à la disposition des survivants et de leur famille à partir du diagnostic jusqu'à la phase de survie (53). Le groupe de survie de l'American Society of Preventive Oncology (ASPO) souligne l'importance de recueillir des données concernant les répercussions sur la santé et les coûts des soins aux survivants par divers professionnels, dont des cliniciens spécialisés (p. ex. infirmières praticiennes, médecins conseil), des médecins de première ligne ayant reçu une formation en oncologie et des oncologues spécialisés en soins primaires (52).

Parmi les neuf essais contrôlés randomisés où on a tenté de déterminer le professionnel optimal pour les soins aux survivants (72-80), aucun des cinq essais évaluant la qualité de vie selon le type de professionnel n'a rapporté de différence significative entre le groupe témoin et le groupe expérimental (72,73,75,77,80). La satisfaction à l'égard des soins de suivi a été évaluée dans sept essais (73-78,80), dont cinq où les cotes de satisfaction étaient similaires dans les deux groupes (73,74,77,78,80), un essai (75) où le niveau de satisfaction était plus élevé dans la plupart des sous-échelles avec les soins infirmiers à trois, six et 12 mois ( $p < 0,01$ ) et

un essai (76) où les soins dirigés par le personnel infirmier a procuré une plus grande satisfaction ( $p < 0,01$ ).

On n'a pas noté de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant aux scores de dépression et d'anxiété dans les essais évaluant le fonctionnement psychologique (73-78,80). Les scores relatifs au fonctionnement émotionnel étaient plus élevés à 12 mois avec la formule de soins infirmiers dans un essai (75) ( $p = 0,03$ ); dans un autre essai (76), on a décelé moins de détresse psychologique avec les soins infirmiers qu'avec le suivi standard (47 % contre 92 %). Dans les sept essais évaluant les différences en termes de diagnostics de récurrence, de sécurité médicale ou d'événements cliniques graves liés à la récurrence selon le type de professionnel, on n'a relevé aucune différence entre le groupe suivi par un médecin de première ligne et le groupe suivi par un spécialiste (72-76,78,80). Une étude a signalé moins de dyspnée à trois mois et moins de neuropathie périphérique à 12 mois avec les soins infirmiers (75), et dans une autre étude, des scores aux sous-échelles de symptômes étaient plus élevés avec les soins standard qu'avec le suivi suite à l'initiative du sujet au temps 1 ( $p = 0,003$ ) et au temps 2 ( $p = 0,028$ ).

En ce qui concerne les indicateurs économiques pointant vers le type de professionnel qui devrait dispenser les soins de suivi, les coûts des soins étaient semblables dans une étude (75), plus bas avec les soins infirmiers dans une étude (78) et plus bas avec les soins d'un médecin de première ligne dans une autre étude (80). Dans ce dernier essai, les coûts pour les patients étaient également moindres dans le cadre de soins primaires (80).

## Services de soutien

Des recommandations sur les composantes de services de soutien à intégrer dans les soins de suivi aux survivants du cancer (54,59-61) ont été retrouvées dans quatre guides de pratique, préconisant que tous les soignants contribuent activement au soutien psychosocial (61). La consultation de contrôle ne devrait pas porter uniquement sur les symptômes physiques et les résultats des examens, mais aussi sur l'anxiété, les inquiétudes et autres sujets en lien avec la qualité de vie (60) et la sexualité (59). Un guide sur les soins psychosociaux exhorte le National Cancer Institute à inciter les professionnels de la santé à appliquer la norme de soins en tenant un répertoire à jour des services psychosociaux offerts gratuitement aux patients atteints de cancer et à leurs familles (54).

## Approches structurelles

Huit guides de pratique proposent des approches structurelles aux soins de suivi, notamment des plans de soins de transition vers la survie (50-56,61). Les rapports *Lost in Transition* (56) et *Cancer Care for the Whole Patient* (54) de l'IOM soulignent que des plans de suivi sont nécessaires pour préparer les survivants du cancer à passer du traitement actif à la phase après la fin du traitement. Les auteurs de *Lost in Transition* recommandent précisément que les plans de soins décrivent sommairement l'information nécessaire aux soins aux survivants à long terme et soient rédigés par le principal médecin qui administre les traitements anticancéreux (56). Les principaux éléments d'information à inclure sont les suivants : type de cancer, traitement reçu et effets tardifs possibles, données précises sur le calendrier des visites de contrôle et leur contenu, information sur les pratiques préventives pour le maintien de la santé et du bien-être, information sur les questions financières et juridiques et touchant



l'emploi et renseignements au sujet des ressources locales, régionales et nationales sur la survie et la recherche dans le domaine, par le biais de documentation, de liens Internet, d'autres experts ou organismes de soutien concernant tout aspect du cancer, les soins, la recherche, la protection des droits et la vie après le cancer (50,51,53,54,56). Le patient doit comprendre que des effets indésirables tardifs peuvent survenir au stade de survie (55). La fréquence des consultations médicales doit être adaptée aux besoins de chaque personne (61) et les survivants doivent signaler les symptômes nouveaux ou persistants sans attendre le prochain rendez-vous (61) et savoir quel soignant aviser (55). De plus, le rapport *Lost in Transition* prône le remboursement des plans de soins de transition vers la période après la fin du traitement par les tiers payeurs du système de santé (56). Globalement, les modèles et les plans de soins de suivi devraient s'appuyer sur des données probantes d'efficacité dans le cadre d'essais randomisés et en clinique (52).

## Autres

Quatre guides de pratique préconisent d'offrir des perspectives de formation continue aux membres de l'équipe de soins aux survivants (52-54,56). L'Association of Community Cancer Centers (53) et l'IOM (54,56) recommandent que les organismes nationaux de lutte contre le cancer, les associations professionnelles et les organismes de bénévoles étendent et coordonnent leurs efforts pour offrir des programmes éducatifs aux professionnels de la santé afin de les équiper pour résoudre les problèmes de santé et de qualité de vie que rencontrent les survivants du cancer.

En outre, le groupe de pression de l'ASPO est d'avis que la responsabilisation du patient est importante non seulement durant le traitement actif mais aussi au cours de la période prolongée des soins aux survivants et qu'il faut entreprendre des recherches sur les façons d'inciter les survivants à s'investir dans leurs soins de suivi (52). Le but est de leur permettre de participer activement à leurs soins en leur fournissant des outils et en leur enseignant comment obtenir de l'information, prendre des décisions, résoudre des problèmes et communiquer plus efficacement avec leurs soignants (54,56).

Il est en outre recommandé que les organismes qui financent les recherches appuient l'évaluation de la mise en place en éducation, en formation et en pratique clinique des compétences nécessaires pour dispenser des soins psychosociaux et leurs répercussions sur l'atteinte de la norme de soins, comme il est énoncé dans la recommandation (54). Selon le consensus d'experts, l'Association of Community Cancer Centers préconise également l'affectation de ressources pour fournir un programme robuste pour les survivants et l'application de normes nationales de soins aux survivants dans la planification, l'instauration et l'évaluation du programme (53).

## Interventions de soins psychosociaux et de soutien

Plusieurs guides de pratique clinique, revues systématiques et essais contrôlés randomisés ont commenté l'impact des interventions psychosociales et de soutien sur divers indicateurs en post-traitement. Aux fins de cette synthèse, les interventions ont été regroupées en deux grandes catégories : interventions psychosociales ou de soutien et interventions sur les habitudes de vie, la première catégorie englobant thérapie psychoéducatrice, thérapie cognitivocomportementale, gestion du stress,



relaxation, acquisition de compétences, soutien social, psychothérapie et diverses combinaisons de stratégies psychologiques, physiques et comportementales (p. ex. gestion du stress et exercice) et la deuxième, des interventions axées sur l'activité physique (entraînement cardiovasculaire ou exercices de renforcement musculaire).

Dans les deux cas, on a évalué en premier lieu l'impact sur la survie ou la récurrence de cancer, le fonctionnement physique et psychosocial et la qualité de vie et, secondairement, les besoins d'ordre pratique et informationnel. La grande majorité des écrits recensés ne faisaient pas allusion aux besoins émotionnels et spirituels des survivants du cancer. On ne sait pas si ces besoins étaient influencés par d'autres variables, comme la détresse ou la qualité de vie.

Les lacunes des revues et des essais étaient très similaires. Les interventions psychosociales et de soutien étaient variées (thérapie cognitivocomportementale, psychothérapie individuelle ou de groupe, réduction du stress). Les programmes d'activité physique comportaient divers modes d'exercice (aérobie ou musculation, à la maison ou en gymnase, supervisé ou non supervisé), d'intensité, de fréquence et de durée variables. En outre, dans la plupart des études, les survivantes du cancer du sein étaient les seules participantes ou étaient le groupe le plus nombreux, ce qui rend la généralisation plus difficile. Les auteurs ont également signalé le nombre restreint de sujets et la faible qualité méthodologique de plusieurs études publiées, sans compter que peu d'études font mention du degré d'adhésion aux interventions, surtout en ce qui concerne les programmes d'exercice non supervisés.

Les annexes IV, V, VIII et IX décrivent plus en détail les recommandations extraites des guides de pratique ainsi que les résultats des revues systématiques et des essais randomisés.

## Survie/récurrence

Une revue systématique (71) et deux essais contrôlés randomisés (119,131) ont documenté des interventions psychosociales ou sur l'adoption de saines habitudes de vie visant à améliorer la survie. Smedslund et Ringdal (2004) ont effectué une méta-analyse afin d'examiner les effets des interventions psychosociales sur la survie liée au cancer (71). Huit essais randomisés et cinq études contrôlées (total de 2626 sujets) comportant diverses combinaisons d'interventions psychosociales ont mesuré la survie. Les interventions ont été administrées soit avant ou après le traitement, surtout chez des femmes traitées pour un cancer du sein. Globalement, on n'a décelé aucun effet des interventions; le risque relatif (HR) moyen pondéré par l'inverse de la variance était de 0,85 (IC à 95 % [0,65 à 1,11]). Le résultat était le même après une analyse séparée des essais avec randomisation de ceux sans randomisation. Les interventions individuelles (N = 3) se sont révélées efficaces (HR = 0,55 [0,43 à 0,70]), tandis que celles faisant appel à une thérapie de groupe ont été inefficaces (N = 9) (HR = 0,97 [0,73-1,27]); toutefois, la signification de cette observation n'est pas claire.

Deux vastes essais contrôlés randomisés sur des interventions sur les habitudes de vie (programme de modification du régime alimentaire dans les deux cas) ont évalué la survie sans maladie et le taux de récurrence parmi des survivantes au cancer du sein (119,131). Un essai (N = 1462) a comparé un protocole standard, consistant à fournir un guide alimentaire et des dépliants d'information aux participantes, et une intervention (N = 975), qui consistait en une diète hypolipidique fondée sur les principes des sciences



de la nutrition et du comportement, intégrant la théorie sociocognitive et l'autosurveillance (calcul et prise en note des grammes de lipides), la fixation d'objectifs, la modélisation, le soutien social et la prévention/prise en charge des récidives (119). Après un suivi médian de 60 mois, l'apport en lipides était plus faible dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin ( $p < 0,001$ ). On a enregistré 277 événements de récidive (locale, régionale, à distance ou homolatérale ou atteinte du sein controlatéral), soit 96 parmi les 975 femmes du groupe expérimental (9,8 %) et 181 parmi les 1462 femmes du groupe témoin (12,4 %). Le risque relatif de récidive dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin était de 0,76 [0,60 à 0,98],  $p = 0,077$  pour l'analyse stratifiée à l'aide du test de Mantel-Haenszel;  $p = 0,034$  pour l'analyse selon le modèle ajusté de Cox. Pierce et al. ont institué un programme de consultation téléphonique parmi 1537 femmes ayant un cancer du sein, avec cours de cuisine et bulletins faisant la promotion de la consommation de cinq légumes par jour plus 16 onces de jus de légumes, trois portions de fruits par jour, 30 grammes de fibres et un apport en gras réduit à 15-20 % (131). Les 1551 sujets du groupe témoin ont reçu un guide alimentaire. Sur une période de quatre ans, on a observé des différences statistiquement significatives, qui se sont maintenues, entre le groupe expérimental et le groupe témoin dans l'apport en légumes (+65 %), en fruits (+25 %), en fibres (+30 %) et en calories provenant des lipides (-13 %) (131). Durant le suivi moyen de 7,3 ans, 256 sujets soumis à l'intervention (16,7 %) et 262 sujets du groupe contrôle (16,9 %) ont subi un événement de cancer du sein invasif (HR ajusté = 0,96 [0,80 à 1,14],  $p = 0,63$ ) et on a enregistré respectivement 155 (10,1 %) et 160 décès (10,3 %) (HR ajusté = 0,91 [0,72 à 1,15],  $p = 0,43$ ).

## Fonctionnement physique

Aux fins de ce document, les composantes physiques sont classées et notifiées selon les catégories suivantes : santé physique globale, fatigue, symptômes, fonction du sommeil et sexualité.

### *Santé physique globale*

La plupart des guides de pratique recensés contenaient des recommandations sur l'alimentation et l'activité physique pour les survivants du cancer (50,51,55,56,59-63). Plusieurs font écho aux directives de l'American Cancer Society (60,62,63) : choix d'aliments santé, surtout d'origine végétale, au moins cinq portions de légumes et de fruits par jour, grains entiers au lieu de grains et de sucres transformés, réduction de la consommation de viandes rouges, surtout celles riches en gras et transformées et choix d'aliments favorisant le maintien d'un poids santé. Ces lignes directrices exhortent également les survivants du cancer à faire de l'exercice, soit au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne par jour, cinq jours par semaine ou plus, tout en insistant sur le fait que 45 minutes par jour d'exercice d'intensité moyenne ou vigoureuse au moins cinq jours par semaine réduisent davantage le risque de récidive du cancer du sein et du cancer du côlon. Le message global est le suivant : maintenir un poids santé toute la vie, équilibrer l'apport calorique avec le niveau d'activité physique, perdre du poids en cas d'embonpoint ou d'obésité, limiter sa consommation d'alcool et suivre les directives générales relatives à la salubrité des aliments (50,51,55,56,59-63). Aussi, la recommandation de cesser de fumer, avec conseils et assistance, est fréquemment mentionnée (51,52,55).

Trois revues systématiques (65,69,70) ont fait état des bienfaits des programmes d'exercice dans la phase après la fin du traitement. Cheema et al. ont analysé 10





études (cinq contrôlées et randomisées, une non randomisée et quatre non contrôlées), comportant pour la plupart des programmes d'exercice en phase de survie (deux semaines à cinq ans après les traitements) (65). La moitié des essais prescrivaient huit semaines d'exercice, et les autres, une durée variant de 16 semaines à six mois, avec entraînement en résistance progressive deux ou trois fois par semaine. En général, les études semblent indiquer qu'un entraînement en résistance progressive procure une diversité de bienfaits physiques, psychologiques et fonctionnels aux femmes opérées pour un cancer du sein, mais la plupart des interventions comportaient des éléments d'entraînement cardiovasculaire et de résistance, de sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions concernant l'effet précis de la résistance progressive. Néanmoins, deux vastes essais tirés de cette revue évaluant l'entraînement en résistance progressive comme seul mode d'exercice ont rapporté une augmentation significative de la force de la partie inférieure et supérieure du corps par rapport à l'aérobie seule. Ce résultat a été jugé cliniquement significatif vu la forte incidence de lymphœdème parmi cette population. On n'a observé aucun cas d'exacerbation d'un lymphœdème (mesuré ou auto-signalé) chez les sujets de ces études.

Schmitz et al. ont effectué une revue systématique de 32 études contrôlées chez des survivants du cancer, la plupart sur le cancer du sein (70). Ils ont signalé un effet significatif de l'activité physique sur la capacité cardiorespiratoire durant et après le traitement (effet moyen pondéré de 0,51 et 0,65 respectivement,  $p < 0,01$ ) par rapport aux soins standard.

Ingram et al. ont réalisé une revue systématique en vue d'étudier les effets des programmes d'exercice sur le poids et la composition corporelle de survivantes du cancer du sein (69). Sur les 14 essais contrôlés randomisés ou non contrôlés examinés, huit ont porté sur des interventions d'activité physique dispensées entre trois et cinq ans après le traitement. L'exercice a moins influencé le poids que la composition corporelle (pourcentage de tissu adipeux), mais ces deux paramètres étaient généralement secondaires par rapport à la fonction physique et à la fatigue. Par conséquent, aucune de ces études n'avait la puissance ou n'avait été conçue pour examiner l'effet sur le poids et la composition corporelle.

Les interventions visant à améliorer la condition physiologique ont été évaluées dans 26 essais contrôlés randomisés (83,92,102-105,108,111,112,114-120,121-123,125-129,132,134), dont deux évaluant des stratégies psychoéducatives ou cognitivocomportementales (83,92) et 24 des mesures sur les habitudes de vie (102-105,108,111,112,114-120,121-123,125-129,132,134). Les paramètres pris en compte étaient la fonction physique, la capacité aérobique, la force musculaire, la fonction des membres, la souplesse, les taux de triglycérides, de cholestérol total, de lymphocytes T auxiliaires de types 1 et 2, la perte de poids et le changement de l'indice de masse corporelle.

Deux essais ont évalué l'impact des interventions psychosociales (83,92). Dans une étude, un counseling téléphonique a entraîné une différence significative de l'immunité adaptative (83); l'autre essai a fait état d'une diminution significative de la gêne fonctionnelle avec une thérapie cognitivocomportementale (92).

La plupart des essais sur les interventions d'adoption de saines habitudes de vie visant à améliorer le fonctionnement physique avaient trait au cancer du sein



(103,105,111,112,114,116,118-120,122,123,125,127-129,132). Sept concernaient des survivants à divers cancers (104,108,115,117,121,126,134) et un, des survivantes à un cancer de l'endomètre (102). Le nombre de sujets variait entre 14 (128) et 2437 (119). La durée de l'intervention allait de huit semaines à six mois, et le suivi de huit semaines à cinq ans. Dans la majorité des essais contrôlés randomisés, les interventions étaient sous forme d'exercice (105,108,111,112,114-118,120-123,125-129,134); deux intégraient un changement de régime alimentaire et un programme d'exercice (102,103) et deux autres étaient axés sur la modification des habitudes alimentaires (119,132). La capacité cardiorespiratoire a été mesurée le plus souvent par la consommation maximale d'oxygène (VO<sub>2</sub>max, épreuve de marche) et la force musculaire par des épreuves de force musculaire (force de préhension, redressements assis).

La plupart des essais ont fait état d'une amélioration des fonctions physiologiques en termes de capacité aérobie, de condition physique, de force musculaire ou de souplesse chez des survivantes du cancer du sein soumises à une intervention sur les habitudes de vie, avec ou sans thérapie cognitivocomportementale (102-104,108,109,111,112,114,116,118-125,128,132,134). Les interventions à plusieurs éléments ont pour la plupart été efficaces (102-104,109,112,132); le groupe expérimental a obtenu les mêmes résultats physiologiques que le groupe témoin dans trois essais (113,115,117).

Six essais sur les interventions sur les habitudes de vie ont évalué la participation et le degré d'adhésion à un programme d'exercice de faible ou de moyenne intensité - marche, vélo stationnaire et entraînement en force musculaire, supervisé et à domicile (103,105,111,113,115,124). Tous les essais ont montré une augmentation significative de la participation parmi les sujets expérimentaux par rapport aux témoins. On ne sait pas toutefois si la participation s'est poursuivie après l'intervention : une étude fait mention d'un taux d'observance de 99 % tout de suite après un programme de 12 semaines (103) et une autre, d'un taux d'adhésion de 42,3 % six mois après la fin du programme (105).

L'efficacité d'une intervention à maintenir un changement de comportement peut varier selon le modèle théorique sur lequel elle s'appuie (67). Pinto et Floyd ont examiné 21 essais contrôlés avec randomisation visant à éprouver l'efficacité de diverses interventions psychosociales basées sur des théories pour modifier des habitudes comme le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique (67). Selon leur revue qualitative de ces études, les interventions fondées sur le modèle de changement transthéorique, la théorie sociocognitive et la thérapie cognitivocomportementale se sont révélées utiles pour modifier les habitudes en lien avec le renoncement au tabac, l'alimentation et la pratique d'activités physiques. Ces changements de comportements pouvaient se répercuter sur le poids, la forme physique et la fatigue.

### *Fatigue*

Un guide de pratique (60), trois revues systématiques (66,68,70) et sept essais contrôlés randomisés (84,86,92,99,121,124,128) ont évalué des interventions pour réduire la fatigue après traitement.

Dans ses lignes directrices, le Réseau canadien du cancer du sein (61) recommande le dépistage de la fatigue due au cancer et des facteurs physiologiques potentiels sous-



jacents, comme la douleur et la dépression. Parmi les trois revues systématiques, celle de Kangas et al. englobait 57 essais contrôlés randomisés et 62 études quasi expérimentales évaluant l'effet d'interventions psychosociales (thérapie cognitivocomportementale, thérapie de soutien expressive, psychoéducation et counseling) et avec exercice (multimodal, marche, aérobic, souplesse, force musculaire) sur la fatigue accompagnant le cancer (66). La méta-analyse des essais portant sur 41 interventions psycho-sociales et 16 programmes d'exercice ( $N = 1001$ ) a indiqué que les deux types d'interventions étaient efficaces pour réduire la fatigue du cancer, surtout lorsqu'elles étaient spécialement conçues pour alléger la fatigue. Concernant les interventions dispensées en particulier après la fin du traitement, les deux types d'interventions ont eu un effet de faible à moyenne ampleur ( $-0,16$  à  $-0,57$ ).

Dans la revue Cochrane de Cramp et Daniel, les auteurs ont synthétisé les résultats de 28 essais contrôlés randomisés explorant l'effet de l'activité physique sur la fatigue liée au cancer (68). Selon une méta-analyse de 22 des essais ( $N = 1663$ ), l'exercice soit durant ou après le traitement s'est révélé statistiquement plus efficace que les soins habituels pour réduire la fatigue (différence moyenne uniformisée =  $-0,23$  [ $-0,33$  à  $-0,13$ ]). Ce résultat a été reproduit dans une analyse séparée incluant seulement 11 études menées au terme du traitement du cancer. Les interventions sous forme d'exercice administré après le traitement sont demeurées statistiquement plus efficaces que les soins standard (différence moyenne uniformisée =  $-0,37$  [ $-0,55$  à  $-0,18$ ]). Cependant, la différence entre les deux groupes ne s'est pas maintenue. Dans les études sur les effets à long terme de l'exercice après le traitement du cancer, les différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin concernant la fatigue n'étaient plus statistiquement significatives 24 à 27 semaines suivant le traitement. En outre, alors que cette synthèse incluait plusieurs études sur divers types de cancer (colorectal, prostatique et hématologique), les différences significatives ne s'appliquaient qu'au cancer du sein.

Schmitz et al. ont fait la synthèse de 32 essais contrôlés portant sur l'activité physique principalement dans le cas du cancer du sein, dont 37 % sur des interventions après traitement (70). La méta-analyse a révélé une hausse significative de la vigueur avec l'activité physique (effet moyen pondéré de  $0,83$ ,  $p = 0,04$ ), ce qui concorde avec les résultats de Cramp et Daniel (68).

Sept essais contrôlés randomisés (84,86,92,99,121,124,128) - quatre sur la thérapie psycho-éducative ou cognitivocomportementale (84,86,92,99) et trois sur la gestion du mode de vie (121,124,128) - se sont intéressés à la fatigue. Dans l'ensemble, les interventions psychosociales ont réduit significativement la fatigue par rapport aux soins standard en phase suivant la fin du traitement. Une brève intervention de groupe alliant psychoéducation et activité physique parmi des survivantes du cancer du sein a eu un effet favorable significatif sur l'énergie et la fatigue (84); Dirksen et al. ont rapporté une baisse significative de la fatigue chez des survivantes du cancer du sein avec un programme d'éducation du sommeil basé sur la thérapie cognitivocomportementale (86). Giellissen et al. ont rapporté que la thérapie cognitivocomportementale a été efficace pour atténuer la fatigue de façon statistiquement et cliniquement significative chez des personnes ayant survécu à divers types de cancers (92). Dans l'essai mené par Stanton et al., le visionnement d'un vidéo éducatif s'est révélé une méthode efficace pour réduire la fatigue à six mois, par comparaison à l'absence de

vidéo, et l'intervention était plus rentable si elle n'était pas couplée à un volet counseling (99).

Trois essais contrôlés randomisés ont évalué l'utilité des interventions sur les habitudes de vie (121,124,128). Dans l'essai de Thorsen et al., les scores relatifs à la fatigue étaient significativement plus bas à la suite d'un programme d'exercice à domicile de 14 semaines qu'en l'absence de ce programme (121); un programme d'exercice modéré à domicile d'une durée de 12 semaines a eu un effet significatif sur la vigueur, qui subsistait six mois après l'intervention (Pinto et al., 124); une tendance à la hausse de la vitalité après un programme d'exercice de la partie supérieure du corps a été notée dans un essai regroupant 14 sujets (MacKenzie et al., 128).

### *Symptômes vasomoteurs*

Deux essais contrôlés randomisés ont fourni des données sur les interventions visant à atténuer les symptômes vasomoteurs chez des femmes ayant survécu au cancer du sein (101,110). Dans un essai, les symptômes de la ménopause (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, incontinence urinaire d'effort) ont été allégés de façon significative dans le groupe ayant reçu une intervention, consistant en une évaluation complète des symptômes du climatère avec éducation et counseling (101). Dans le second essai (Elkins et al., 110), l'hypnose s'est révélée efficace pour atténuer les bouffées de chaleur des survivantes du cancer du sein, selon l'échelle d'évaluation des effets des bouffées vasomotrices sur la vie quotidienne (Hot Flash Related Daily Interference Scale). L'hypnose a semblé réduire les bouffées de chaleur ressenties et pourrait avoir d'autres effets bénéfiques, notamment sur l'anxiété, la dépression et le sommeil (110).

### *Fonction du sommeil*

Trois essais (85,90,94) ont évalué l'effet des interventions psychosociales sur la fonction du sommeil parmi des sujets ayant terminé leur traitement pour un cancer du sein (90,94) ou d'autres cancers (85). Les interventions faisaient appel à des stratégies cognitivocomportementales : contrôle du stimulus, restriction du sommeil, éducation sur le sommeil et hygiène du sommeil. Les paramètres ont été mesurés à l'aide d'échelles subjectives : indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index), échelle de somnolence de Epworth (Epworth sleepiness scale), agendas du sommeil, indice de sévérité de l'insomnie (Insomnia Severity Index) et questionnaire sur l'insomnie (Insomnia Interview Schedule) et d'échelles objectives (actigraphie ou polysomnographie). Dans l'ensemble des essais, les stratégies cognitivocomportementales ont amélioré le sommeil - sommeil quotidien, réveil après l'endormissement, durée totale de sommeil, efficacité et qualité du sommeil (85,90,94). Les effets des interventions s'étaient maintenus à six mois (85) et à 12 mois (94) après l'intervention. Ces améliorations se sont également reflétées sur la qualité de vie et la fatigue (85,94).

### *Sexualité*

Un guide de pratique clinique (60) et deux essais contrôlés randomisés (97,100) ont porté sur la fonction sexuelle des survivants du cancer. Selon les lignes directrices du Réseau canadien du cancer du sein, les intervenants de première ligne devraient aborder la sexualité durant les visites de suivi (60). Dans le cadre d'un essai sur des survivants du cancer de la prostate avec groupe témoin soumis à une psychothérapie

individuelle, 76 couples ont assisté à des séances de psychothérapie visant à améliorer la satisfaction sexuelle et à accroître le recours aux médicaments pour dysfonction érectile (97). La thérapie de couple a amélioré de façon significative la détresse globale chez les hommes ( $p < 0,01$ ) et la fonction sexuelle globale chez les hommes et les femmes ( $p < 0,0001$  et  $p < 0,05$  respectivement). Une régression vers les scores pré-intervention a été rapportée après six mois, mais la prise de médicaments pour dysfonction érectile était passée à 49 % par rapport à 31 % au départ ( $p = 0,003$ ). Dans un autre essai contrôlé randomisé, des survivants à un cancer de la prostate ont reçu les soins habituels (groupe témoin) ou une intervention, soit éducation seule ou éducation plus discussion animée par des pairs (100). Les hommes soumis aux interventions étaient significativement moins incommodés par des problèmes sexuels après un an de suivi (100). Les différences entre les deux interventions étaient généralement non significatives.

## Fonction psychosociale

Les besoins psychosociaux des survivants du cancer ont été rapportés dans deux guides de pratique (58,59), et ils constituaient le principal paramètre d'évaluation dans 12 essais contrôlés avec randomisation (81,84,86,95,96,98,102,106,118,123,124,127). Six de ces essais ont porté sur des interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales (81,84,86,95,96,98) et les six autres sur des interventions sur les habitudes de vie (102,106,118,123, 124,127).

Le guide de pratique clinique de la Dutch Association of Comprehensive Cancer Centers recommande aux intervenants de première ligne de ne pas se borner aux symptômes physiques et aux examens durant les visites de suivi, mais de s'enquérir sur des problèmes psychologiques comme l'anxiété, les inquiétudes et autres sujets ayant trait à la qualité de vie (58). Rizzo et al. prônent une surveillance attentive des symptômes psychologiques, avec évaluations cliniques à six mois, un an, puis tous les ans durant la période de récupération, et devant des troubles psychologiques, l'orientation vers un professionnel de la santé mentale (59). Ils conseillent également aux médecins de première ligne de s'informer régulièrement de l'ajustement psychologique du conjoint ou de l'aidant et de la vie familiale dans le cadre des consultations de contrôle (59).

Six essais contrôlés randomisés ont mesuré l'impact d'interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales sur des paramètres psychosociaux (81,84,86,95,96,98), dont cinq auprès de survivantes à un cancer du sein (81,84,86,95,96) et un auprès de survivants à un mélanome (98). Dans deux essais, la détresse due aux symptômes a diminué de façon significative avec une thérapie de représentation individualisée (81) ou une brève intervention de groupe alliant psychoéducation sur la gestion du stress et activité physique (84) comparativement au groupe témoin (84). Une stratégie cognitivocomportementale pour corriger l'insomnie a atténué significativement l'anxiété et la dépression après un cancer du sein (Dirksen et al., 86). Une intervention de gestion de l'incertitude offerte à des survivantes du cancer du sein âgées - audiocassette sur la thérapie cognitivocomportementale et manuel d'autogestion des symptômes - avait nettement amélioré les habiletés de recadrage cognitif, le savoir et la satisfaction à l'égard du soutien social 10 semaines après l'intervention (95). Une thérapie constructiviste de groupe administrée à 42 survivantes du cancer du sein avait amélioré les scores relatifs à l'espoir et au sentiment de menace et de bouleversement au suivi de trois mois (Lane et al., 96). Dans l'essai de Boesen et al., six séances

psychoéducatives hebdomadaires combinant éducation sur la santé, résolution de problèmes, gestion du stress et soutien psychologique ont exercé un effet positif significatif sur les troubles de l'humeur à six mois (98).

Sur les six essais contrôlés randomisés qui ont évalué l'effet d'interventions sur les habitudes de vie principalement sur la fonction psychologique (102,106,118,123,124,127), cinq portaient sur des survivantes du cancer du sein (106,118,123,124,127) et un, sur des survivantes du cancer de l'endomètre (102). La détresse psychologique - anxiété, dépression, capacité d'adaptation, efficacité personnelle et image corporelle - a été mesurée le plus souvent à l'aide du POMS (Profile of Mood States) et de l'échelle d'anxiété de Spielberg (Spielberg State-Trait Anxiety Inventory), alors que l'image corporelle a été mesurée avec les échelles Image (123) et Body Esteem (127).

Des femmes atteintes d'un cancer du sein avaient un plus grand sentiment d'efficacité personnelle après une intervention - six mois d'exercice plus counseling - que les femmes recevant les soins standard (Von Gruenigen, 102). Un programme d'exercice supervisé à domicile a amélioré le fonctionnement social des femmes ayant des troubles de socialisation (Cadmus et al., 106). Culos-Reed et al. rapportent des différences significatives sur le plan émotionnel par rapport aux soins habituels avec un programme de yoga de sept semaines (118). Sandel et al. mentionnent des améliorations significatives de l'image corporelle dans un petit essai croisé sur un programme de danse et de mouvement de 12 semaines (123). Un programme cardio modéré et supervisé de 12 semaines a amélioré l'image corporelle des femmes ayant survécu au cancer du sein (Pinto et al., 127).

## Qualité de vie

La qualité de vie est un concept multidimensionnel englobant le bien-être physique, social, émotionnel et spirituel. De nombreux essais contrôlés randomisés ont évalué l'impact d'interventions sur divers paramètres de la qualité de vie (81-86,88,89,91,94,100,101,103,104,106,107,109,111,114,118,120-122,125,128-130,132-134) (Tableaux 8 et 10), dont 12 utilisant la psychoéducation ou la thérapie cognitivocomportementale (81-86,88,89,91,94,100,101) et 18, des stratégies de gestion du mode de vie (103-107,109,111,114,118,120-123,125,128-130,132-134). Dans la plupart des essais, la qualité de vie a été mesurée à l'aide d'instruments validés et fiables, comme le MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36, évaluation fonctionnelle du traitement du cancer) et l'EORTC-QLQ-C30.

Sur les 12 essais dans lesquels les résultats des interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales sont rapportés, 10 font état d'améliorations significatives de la qualité de vie comparativement aux soins standard (83-86,88,89,91,94,100,101); dans les deux autres études, les différences n'étaient pas significatives entre les groupes de survivants (81,82).

Dix-huit essais contrôlés randomisés ont porté sur des stratégies de modification du mode de vie; un entraînement cardiovasculaire ou en résistance, à la maison ou supervisé a été généralement efficace pour améliorer les scores de qualité de vie (103,104,107,111,118,120,122,125,129,130,132-134). Dans cinq essais, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin (106,109,114,121,128).



## Autres

### *Besoins informationnels et pratiques*

Les besoins en information et d'ordre pratique des survivants du cancer sont abordés dans le rapport *Lost in Transition* de l'Institute of Medicine (56) et les lignes directrices du Réseau canadien sur le cancer du sein (61). S'adressant en particulier aux intervenants et aux décideurs, *Lost in Transition* incite les employeurs, les avocats, les professionnels de la santé, les promoteurs de services de soutien et les organismes gouvernementaux à agir afin d'éliminer la discrimination et de réduire les répercussions du cancer sur l'emploi, tout en appuyant les personnes présentant une capacité fonctionnelle limitée provisoire ou permanente (56). L'IOM exhorte les décideurs provinciaux et fédéraux à intervenir pour faire en sorte que tous les survivants du cancer aient accès à une assurance santé adéquate et abordable. Les assureurs et les tiers payeurs devraient reconnaître les soins aux survivants comme partie intégrante des soins en oncologie et élaborer des programmes d'indemnisation, des politiques de règlement et des mécanismes de remboursement pour faciliter la couverture des aspects des soins étayés par des données probantes (56). Ce rapport (56) prône aussi l'utilisation systématique de guides de pratique factuels, d'outils d'évaluation et d'outils de dépistage par les médecins pour repérer et gérer les effets tardifs du cancer et de son traitement (56).

Le Réseau canadien du cancer du sein recommande aux médecins de première ligne d'enseigner aux survivantes de cancer du sein la technique d'auto-examen des seins (61) et d'expliquer aux femmes qui envisagent de devenir enceintes après un diagnostic de cancer du sein qu'il y a peu de données concernant l'effet d'une grossesse sur le risque de récurrence et la survie (61).

Hoving et al. ont effectué une revue systématique des études interventionnelles entourant le retour au travail de survivantes du cancer du sein (64). Ils ont trouvé quatre essais contrôlés non randomisés menés auprès de 46 à 317 travailleuses mastectomisées ayant reçu un traitement adjuvant et une réadaptation. Les femmes ont été soumises à des interventions psychosociales individuelles et en groupe qui visaient à améliorer la récupération physique, psychologique et sociale. Entre 75 et 85 % des femmes sont retournées au travail au terme de ces programmes, mais l'effet précis de ce genre d'interventions n'est pas clair, vu l'absence de groupe comparatif dans trois études.

Bloom et al. ont évalué l'effet d'une intervention psychoéducatrice chez 404 survivantes de longue date (plus de cinq ans) au cancer du sein, en vue d'améliorer leurs connaissances sur le cancer du sein et son traitement, les problèmes de santé à long terme, les habitudes de vie et la communication avec la famille et les médecins (87). Les femmes qui ont reçu l'intervention étaient mieux informées et étaient plus enclines à être actives physiquement que le groupe témoin (87).

### *Recours au dépistage*

Bloom et al. ont évalué l'influence d'un programme psychoéducatif sur le recours à la mammographie de dépistage parmi 157 femmes ayant survécu à la maladie de Hodgkin (93). Le counseling téléphonique fondé sur des modèles théoriques a favorisé l'adhésion au programme de dépistage. La probabilité de maintien des mammographies régulières était plus élevée dans le groupe soumis à l'intervention (OR



= 3,6), et les femmes plus jeunes (moins de 40 ans) étaient moins susceptibles d'adhérer au programme d'entretien que les femmes de plus de 45 ans (93).

## Forces et faiblesses des écrits recensés<sup>AGREE II Item 9</sup>

Bien qu'il soit difficile de synthétiser le corpus de recherche à cause de la diversité des études ayant fait l'objet de l'analyse, la grille GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) se révèle un système prometteur de gradation du niveau de preuve pour la formulation des recommandations cliniques (152). Comme on peut voir aux tableaux 12 et 13, selon cet instrument de synthèse et d'évaluation, la majorité des données sur les paramètres pertinents indiquent un faible niveau de preuve, les résultats sont généralement incohérents, les données étant trop hétérogènes pour permettre une méta-analyse; peu de données solidement étayées répondent directement aux questions qui intéressent toutes les populations de survivants du cancer et une évaluation informelle de la précision indique que de larges intervalles de confiance accompagneraient toute estimation de l'effet si on regroupait les données des études en fonction des mesures d'intérêt.

**Tableau 12. Résumé des données sur l'organisation et la prestation des services aux survivants**

| Évaluation de la qualité            |          |                 |          |                 |          |                 | Cote générale |                 |
|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|---------------|-----------------|
| Nombre d'études                     | Plan     | Nombre d'études | Plan     | Nombre d'études | Plan     | Nombre d'études | Plan          | Nombre d'études |
| <i>Modèles de soins</i>             |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 15                                  | GPC, ECR | 15              | GPC, ECR | 15              | GPC, ECR | 15              | GPC, ECR      | 15              |
| <i>Lieu de prestation des soins</i> |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 3                                   | ECR      | 3               | ECR      | 3               | ECR      | 3               | ECR           | 3               |
| <i>Type de professionnel</i>        |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 13                                  | GPC, ECR | 13              | GPC, ECR | 13              | GPC, ECR | 13              | GPC, ECR      | 13              |
| <i>Services de soutien</i>          |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 4                                   | GPC      | 4               | GPC      | 4               | GPC      | 4               | GPC           | 4               |
| <i>Approches structurelles</i>      |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 8                                   | GPC      | 8               | GPC      | 8               | GPC      | 8               | GPC           | 8               |
| <i>Autre</i>                        |          |                 |          |                 |          |                 |               |                 |
| 4                                   | GPC      | 4               | GPC      | 4               | GPC      | 4               | GPC           | 4               |

GPC = guide de pratique clinique; RS = revue systématique; ECR = essai contrôlé randomisé.



**Tableau 13. Résumé des données sur les interventions psychosociales et de soutien**

| Évaluation de la qualité                                                     |              |                 |              |                 |              |                 | Cote générale |                 |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Nombre d'études                                                              | Plan         | Nombre d'études | Plan         | Nombre d'études | Plan         | Nombre d'études | Plan          | Nombre d'études |
| <i>Survie/récidive</i>                                                       |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 3                                                                            | RS, ECR      | 3               | RS, ECR      | 3               | RS, ECR      | 3               | RS, ECR       | 3               |
| <i>Fonction physique – santé physique globale</i>                            |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 38                                                                           | ECR          | 38              | ECR          | 38              | ECR          | 38              | ECR           | 38              |
| <i>Fonction physique – fatigue</i>                                           |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 11                                                                           | GPC, RS, ECR | 11              | GPC, RS, ECR | 11              | GPC, RS, ECR | 11              | GPC, RS, ECR  | 11              |
| <i>Fonction physique – symptômes vasomoteurs</i>                             |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 2                                                                            | ECR          | 2               | ECR          | 2               | ECR          | 2               | ECR           | 2               |
| <i>Fonction physique – sommeil</i>                                           |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 3                                                                            | ECR          | 3               | ECR          | 3               | ECR          | 3               | ECR           | 3               |
| <i>Fonction physique – sexualité</i>                                         |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 3                                                                            | GPC, ECR     | 3               | GPC, ECR     | 3               | GPC, ECR     | 3               | GPC, ECR      | 3               |
| <i>Fonction psychosociale</i>                                                |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 14                                                                           | GPC, ECR     | 14              | GPC, ECR     | 14              | GPC, ECR     | 14              | GPC, ECR      | 14              |
| <i>Qualité de vie – thérapie psychoéducative ou cognitivocomportementale</i> |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 12                                                                           | ECR          | 12              | ECR          | 12              | ECR          | 12              | ECR           | 12              |
| <i>Qualité de vie – gestion du mode de vie</i>                               |              |                 |              |                 |              |                 |               |                 |
| 18                                                                           | ECR          | 18              | ECR          | 18              | ECR          | 18              | ECR           | 18              |

GPC = guide de pratique clinique; RS = revue systématique; ECR = essai contrôlé randomisé.

<sup>a</sup>Bien que les données issues de nombreuses études concernent les personnes qui ont un cancer du sein, un nombre suffisant d'études se rapportent aux survivants d'autres types de cancers.

## Examen externe

### *Commentaires des professionnels de la santé*

La version préliminaire de ce rapport a été examinée par 36 professionnels de la santé canadiens qui dispensent des soins psychosociaux et de soutien aux survivants du cancer. Tous les changements apportés au rapport à la suite de ces commentaires sont résumés sous la rubrique *Modifications*.

### *Méthodologie*

Les commentaires des professionnels de la santé ont été recueillis par un sondage en ligne réalisé auprès des médecins de toutes les régions du Canada. Les examinateurs ont été d'abord contactés par courrier électronique le 23 août 2010, puis ont été relancés à trois reprises, soit le 9 septembre, le 4 octobre et le 21 octobre 2010. Le sondage englobait 20 éléments sur le rôle actuel du professionnel de la santé et l'usage de lignes directrices sur la survie au cancer, la pertinence des recommandations, les méthodes de recherche et de synthèse de la documentation, les résultats et le sommaire des recommandations, ainsi que la probabilité que l'examineur utilise les lignes directrices dans sa pratique (Tableau 14). Le groupe





d'experts sur l'expérience globale du cancer a relu le rapport, a pris en compte chaque commentaire et a fait les modifications en conséquence.

### *Résultats*

Sur les 45 intervenants psychosociaux et de soutien auprès des survivants du cancer qui ont été contactés, 36 ont répondu au sondage, soit un de l'Alberta, neuf de la Colombie-Britannique, deux du Manitoba, deux du Nouveau-Brunswick, quatre de la Nouvelle-Écosse, douze de l'Ontario, un de l'Île-du-Prince-Édouard, trois du Québec et deux de la Saskatchewan. Leurs fonctions étaient variées : administration (huit), soins infirmiers (six), recherche (six), service social (cinq), oncologie (quatre), psychologie (trois), aide spirituelle (trois), médecine générale (deux), médecine familiale (un), méthodologie des lignes directrices (un), ergothérapie (un), physiatrie (un) et autre (quatre). Il est à noter que sept examinateurs externes se sont identifiés comme survivants du cancer. Respectivement 83,4 et 83,3 % des répondants ont mentionné qu'ils utiliseraient probablement ou fort probablement les recommandations concernant l'organisation et la prestation des services aux survivants au cancer et les meilleures pratiques en interventions psychosociales et de soutien aux survivants adultes dans leur organisation, leur clinique ou leur programme communautaire. La majorité des répondants (72,2 %) ont admis ne pas suivre de lignes directrices sur les services aux survivants à l'heure actuelle. Parmi ceux qui le font, 17,4 % se conforment à un guide de pratique contenant des recommandations sur l'organisation et la prestation des services aux survivants au cancer ou des recommandations sur les meilleures pratiques en matière d'interventions psychosociales et de soutien pour les adultes. Les principaux résultats sont résumés au tableau 14.

### *Sommaire des commentaires écrits*

La majorité des professionnels de la santé ont répondu par écrit. Voici les principaux points qui se dégagent des commentaires :

- Dans l'ensemble, les examinateurs externes étaient d'avis que les recommandations étaient bien rédigées, concises et très denses et qu'il s'agissait d'un document très attendu. Il y avait une grande disparité entre les centres d'oncologie quant à la capacité d'offrir et de dispenser des soins aux survivants du cancer. Un document d'orientation pourrait contribuer à sensibiliser les organismes et à les guider vers des soins aux survivants de qualité.
- Globalement, les examinateurs vont fort probablement utiliser les recommandations dans l'organisation et la structure des services. Les recommandations seraient très utiles pour orienter l'instauration des programmes.
- Le document ne contenait pas de section intitulée « Portée et objectif », comme il est mentionné dans l'instrument AGREE II et dans le questionnaire soumis aux examinateurs externes.
- Le contexte de « phase après la fin du traitement » doit être clarifié de façon à inclure les patients qui sont encore sous hormonothérapie et ceux ayant un cancer métastatique qui peuvent vivre plusieurs années.
- La mise en application d'un plan de soins ou d'un document d'orientation uniformisé sera ardue vu les variations substantielles en ce qui concerne les professionnels et les ressources. Déterminer les professionnels et les rôles



nécessaires à la mise en œuvre d'une structure de prestation de soins, ainsi que le lien entre le système institutionnel et le système communautaire.

- Il faut plus de documentation sur le sujet des populations mal desservies, par exemple les pauvres et les illettrés, et sur la façon dont les lignes directrices vont couvrir leur situation socioéconomique et leurs préoccupations à propos du soutien.
- Il est important d'incorporer les patients qui ont un cancer avancé dans le contexte de survie, étant donné qu'un grand nombre d'entre eux peuvent vivre des années avec une maladie progressive mais veulent faire partie du programme de survie.
- Les recommandations qui s'adressent aux partenaires dans les interventions sur la santé sexuelle ne sont pas suffisamment étayées pour formuler des recommandations probantes.
- Le document d'orientation pourrait être rehaussé de recommandations supplémentaires sur la structure du système nécessaire à une mise en application efficace.
- Les examinateurs étaient ravis de voir que les choses avançaient. Ils aimeraient qu'il y ait plus de recherche rigoureuse dans ce domaine, vu la faible qualité méthodologique et les petits échantillons de plusieurs études. Le soutien aux survivants est crucial et il faut élaborer des lignes directrices, sous-tendues par la nécessité de sensibiliser et d'appuyer le milieu du cancer et le public.
- Fixer le début de la survie à l'annonce du diagnostic dépouille le terme de son sens profond et empêche l'utilisation stratégique de l'expérience de survie pour conseiller les interventions requises. Il y a un écart entre l'emploi institutionnel du terme et le vécu des patients, sans compter les incohérences importantes dans l'usage, même au sein du système de santé.

### *Modifications et actions*

En réponse aux commentaires fournis par les 36 professionnels de la santé agissant comme membres du comité d'examen externe, les modifications suivantes ont été apportées :

- Une section « Portée et objectif » a été ajoutée au document. On y précise que la survie débute le jour du diagnostic; ce point n'est toutefois pas prioritaire dans ce document.
- Une section intitulée « Résumé » a également été ajoutée au document pour schématiser les travaux et les recommandations.
- Le contexte de « phase après la fin du traitement » a été clarifié de façon à inclure les patients encore sous hormonothérapie et ceux vivant avec un cancer avancé, étant donné que les recommandations s'appliquaient à ces populations. Le terme a été remplacé par « fin du traitement primaire » et un ensemble plus large de populations a été défini.
- Les centres d'oncologie et les organismes de lutte contre le cancer diffèrent dans leur organisation, leurs ressources humaines et leur capacité d'appliquer les recommandations. Le document doit être mis en application, mais les problèmes contextuels comme la disponibilité des ressources doivent être abordés par les



divers systèmes de santé. La formulation de stratégies de mise en œuvre dépasse le cadre du document, mais on fait mention dans la section Discussion, de la nécessité d'utiliser le transfert du savoir et des méthodes d'implantation pour favoriser le recours aux recommandations.

- Comme le but du document d'orientation n'était pas de définir les lacunes à combler, les lignes directrices indiquent clairement que les populations mal desservies ou vulnérables n'étaient pas représentées dans les publications faisant l'objet de l'étude. Une mise au point concernant les populations mal représentées dans la recherche a été incluse dans la discussion.
- Les études qualitatives et descriptives sont des sources pertinentes d'information sur les besoins des survivants du cancer, mais une synthèse des résultats a été jugée hors de la portée du document d'orientation. Les articles d'opinion, les lettres et les éditoriaux reflètent le point de vue d'une personne et n'ont pas été considérés comme des sources de preuves valides.
- Un énoncé a été ajouté pour préciser que les recommandations s'appuient sur le consensus du groupe d'experts éclairé par des données factuelles et l'expertise clinique.
- La diffusion des stratégies de mise en application du document d'orientation à des groupes de défense ou de survie a été incluse. Deux des groupes recommandés sont le Réseau canadien de lutte contre le cancer et la Société canadienne du cancer.

**Tableau 14. Sommaire des résultats du sondage réalisé auprès des examinateurs externes**

| Items 7 à 18 du sondage                                                                                                                                                                       | Nombre (%)         |                    |                    |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                                                               | Fortement d'accord | Fortement d'accord | Fortement d'accord | Fortement d'accord |
| Le bien-fondé de la préparation d'un document d'orientation, tel qu'il est énoncé sous les rubriques « Introduction » et « Portée et objectif » du rapport préliminaire, est clair.           | 14<br>(38,9)       | 21<br>(58,3)       | 0<br>(0,0)         | 1<br>(2,8)         |
| Un document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des soins aux survivants du cancer adultes est nécessaire.                                                          | 23<br>(63,8)       | 11<br>(30,6)       | 1<br>(2,8)         | 1<br>(2,8)         |
| Un document d'orientation pancanadien sur les pratiques cliniques en matière d'interventions psychosociales et de soins de soutien pour les survivants du cancer adultes est nécessaire.      | 21<br>(58,3)       | 13<br>(36,1)       | 2<br>(5,6)         | 0<br>(0,0)         |
| La recherche documentaire décrite dans le rapport préliminaire est complète (aucune étude ou ligne directrice clé n'a été négligée).                                                          | 9<br>(25,0)        | 23<br>(63,9)       | 2<br>(5,6)         | 2<br>(5,6)         |
| Les données décrites dans le rapport préliminaire sur l'organisation et la prestation des services aux survivants de cancer sont pertinentes.                                                 | 11<br>(30,6)       | 24<br>(66,7)       | 1<br>(2,8)         | 0<br>(0,0)         |
| Les données décrites dans le rapport préliminaire sur les pratiques cliniques en matière d'interventions psychosociales et de soutien pour les survivants du cancer adultes sont pertinentes. | 12<br>(33,3)       | 22<br>(61,1)       | 2<br>(5,6)         | 0<br>(0,0)         |
| J'approuve les méthodes utilisées pour résumer les données contenues dans le rapport préliminaire.                                                                                            | 7<br>(19,4)        | 25<br>(69,4)       | 2<br>(5,6)         | 2<br>(5,6)         |

| Items 7 à 18 du sondage                                                                                                                                                                                                                                    | Nombre (%)         |                    |                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Fortement d'accord | Fortement d'accord | Fortement d'accord | Fortement d'accord      |
| L'interprétation des résultats d'études décrits dans le rapport préliminaire correspond à la compréhension que j'ai des données.                                                                                                                           | 7<br>(19,4)        | 26<br>(72,7)       | 1<br>(2,8)         | 2<br>(5,6)              |
| Les recommandations préliminaires sont claires.                                                                                                                                                                                                            | 16<br>(44,4)       | 18<br>(50,0)       | 2<br>(5,6)         | 0<br>(0,0)              |
| Je suis d'accord avec les recommandations préliminaires sur l'organisation et la prestation des services aux survivants du cancer adultes telles quelles.                                                                                                  | 14<br>(38,9)       | 18<br>(50,0)       | 2<br>(5,6)         | 2<br>(5,6)              |
| Je suis d'accord avec les recommandations préliminaires sur les pratiques cliniques concernant les interventions psychosociales et de soutien aux survivants du cancer adultes telles quelles.                                                             | 13<br>(36,1)       | 22<br>(61,1)       | 0<br>(0,0)         | 1<br>(2,8)              |
| Cela ne me gênerait pas si ces recommandations étaient appliquées dans mon hôpital/centre/programme communautaire.                                                                                                                                         | 17<br>(47,2)       | 13<br>(36,1)       | 4<br>(11,0)        | 2<br>(5,6) <sup>a</sup> |
| Items 19 et 20 du sondage                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre (%)         |                    |                    |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Fort probable      | Fort probable      | Fort probable      | Fort probable           |
| Quelle est la probabilité que vous utilisiez les recommandations sur l'organisation et la prestation des soins aux survivants de cancer pour guider l'implantation de services dans votre organisation/clinique/programme communautaire?                   | 15<br>(41,7)       | 15<br>(41,7)       | 4<br>(11,1)        | 1<br>(2,8)              |
| Quelle est la probabilité que vous utilisiez les recommandations sur les pratiques cliniques en interventions psychosociales et de soutien pour guider l'implantation de services aux survivants dans votre organisation/clinique/programme communautaire? | 16<br>(44,4)       | 14<br>(38,9)       | 3<br>(8,3)         | 3<br>(8,3)              |

SO = sans objet; <sup>a</sup>Un répondant était fortement en désaccord avec le point.

## Discussion

La recherche documentaire exhaustive a relevé des guides de pratique clinique, des revues systématiques et des essais contrôlés randomisés pour orienter l'organisation des services aux survivants du cancer et les meilleures pratiques visant à optimiser la santé et le bien-être des adultes à la suite d'un cancer. Même si le niveau de preuve est en général faible, la documentation fait ressortir des thèmes importants dans le parcours des survivants. En outre, les données vont systématiquement dans le sens d'un effet quand on prend une approche par thème, par exemple, l'amélioration des aspects physiques ou psychosociaux, au lieu d'une approche selon le type d'intervention.

Les données relatives aux modèles de soins - lieu des soins, type d'intervenant en services de soutien - ont un niveau de preuve modeste dans l'ensemble, mais elles corroborent l'importance des soins interdisciplinaires aux survivants, où les membres de l'équipe d'oncologie comprennent les problèmes rencontrés par les survivants du cancer et savent détecter la détresse et la soulager, et où les services aux survivants

répondent aux divers besoins des individus, d'ordre informationnel, psychologique, émotionnel, spirituel, physique et social. En général, la satisfaction était plus grande et des paramètres comme la détresse étaient améliorés lorsque ces conditions étaient remplies. Plusieurs essais contrôlés randomisés ont examiné l'utilité des soins de suivi par les médecins de première ligne, par les infirmières ou à la demande du patient, ou encore d'un suivi moins fréquent comparativement au suivi standard par un spécialiste. Dans l'ensemble, la satisfaction vis-à-vis des soins était plus grande avec les méthodes de suivi autres que la formule de soins conventionnels; toutefois, la preuve n'est pas robuste et il n'y a pas de différence concluante au niveau des autres résultats mesurés pour objectiver le modèle de soins optimal.

Si on étudie les effets sur la survie ou la réapparition de la maladie, les interventions de modification des habitudes alimentaires s'avèrent efficaces pour augmenter la consommation de fruits, de légumes, de fibres et réduire l'apport lipidique, ce qui se traduit par une amélioration du poids et de la composition corporelle. Cependant, si on vise à augmenter la longévité, les résultats de telles interventions ne sont pas concluants. Même si deux vastes essais sur le cancer du sein rapportent des faits intéressants, les résultats sont contradictoires; en effet, un gain en survie a été relevé dans une étude mais non dans l'autre. En outre, l'étude était de piètre qualité et les résultats généralisables uniquement dans le cas du cancer du sein.

Il n'est pas étonnant que les interventions faisant la promotion de l'exercice ou d'une alimentation saine, avec ou sans counseling, se soient révélées généralement efficaces pour améliorer la santé physique globale. La plupart des interventions ont réussi à améliorer la santé, mais en particulier, celles à plusieurs volets ont été systématiquement efficaces pour améliorer les paramètres de santé physique globale. On ignore si les gains sont durables, mais il est logique de proposer aux survivants des programmes d'exercice, de nutrition ou d'abandon du tabac en raison des bienfaits pour la santé. Les programmes devraient être adaptés aux objectifs et aux capacités de chaque personne et aux ressources accessibles dans la collectivité. On doit évaluer la pertinence et la sécurité de tout programme en consultant la personne et l'équipe interdisciplinaire de soins en oncologie.

Les interventions conçues pour réduire la fatigue par des stratégies psychosociales ou l'exercice ont, en général, réussi à atténuer la fatigue chez les survivants au cancer, mais les résultats s'appliquent principalement au cancer du sein. L'effet était de faible ou moyenne ampleur, et les données sur le maintien au long cours des gains sont non concluantes. Deux petits essais contrôlés randomisés appuient l'accès des survivantes au cancer du sein à une thérapie cognitivocomportementale multidimensionnelle et à des programmes de modification des habitudes de vie pour atténuer les symptômes vasomoteurs accompagnant la ménopause.

Les données étayant l'utilité des interventions sur le sommeil sont limitées, mais il est raisonnable de conclure que les interventions fondées sur la thérapie cognitivocomportementale sont plus efficaces que les soins standard pour améliorer les paramètres du sommeil et que leurs effets sont durables, du moins jusqu'à un an après la fin du traitement.

Le fonctionnement sexuel a été évalué dans un guide de pratique et deux essais contrôlés avec randomisation. Des améliorations ont été notées dans les deux essais, mais il est raisonnable de conclure qu'on devrait offrir aux survivants du cancer des



interventions psychoéducatives ciblant les modifications de la santé sexuelle durant et après le traitement ainsi qu'une thérapie de couple pour promouvoir une santé sexuelle saine après le traitement.

Bien que le fonctionnement psychosocial soit un paramètre flou, touchant les dimensions psychologique, sociale et spirituelle, des études portant sur diverses interventions psychoéducatives ou cognitivocomportementales ont tenté de saisir cet important déterminant de la santé. La plupart des interventions ont entraîné des gains importants dans certains domaines psychosociaux, améliorant ainsi des aspects de la qualité de vie, mais les études n'ont pas mis en évidence d'atténuations significatives de la détresse globale ou n'avaient pas été conçues à cet effet. Cependant, à la lumière des données, il est permis de présumer que les personnes chez qui on a décelé des difficultés ou une détresse psychosociales devraient être orientées vers des services de santé psychosociale ou une thérapie cognitivocomportementale ou psychoéducative individuelle ou de groupe administrée par des professionnels pour réduire la détresse.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel englobant le bien-être physique, social, émotionnel et spirituel et est difficile à définir malgré les nombreux paramètres utilisés pour l'évaluer. La majorité des interventions ont amélioré les indices de qualité de vie comparativement aux soins standard, peut-être parce que tout ce qui adoucit l'épreuve du cancer se traduit par un gain en qualité de vie. Ainsi, les interventions qui améliorent les principaux déterminants de la santé rehaussent également la qualité de vie globale et doivent être intégrées dans un plan de soins aux survivants.

Globalement, les données indiquent systématiquement que des soins continus aux survivants après la fin du traitement, par l'application de diverses interventions visant à améliorer le sort des survivants ont des effets bénéfiques. Les survivants du cancer devraient avoir accès à des services psychosociaux et de soutien interdisciplinaires et multidimensionnels coordonnés durant la transition entre le traitement actif et la survie prolongée. Il faut certes poursuivre les recherches de qualité pour optimiser les services aux survivants du cancer, mais les interventions favorisant l'adoption de saines habitudes de vie (activité physique quotidienne, alimentation équilibrée et programmes de cessation tabagique) ou celles qui visent à réduire l'inquiétude ou la détresse psychosociale améliorent le fonctionnement physique, le bien-être psychosocial et la qualité de vie. Qui plus est, les travaux examinés dans le cadre de ce document portent à croire que les soins psychosociaux et de soutien n'ont pas besoin d'être confinés aux centres spécialisés d'oncologie. Les modèles de soins de suivi par les médecins de première ligne ou par les infirmières peuvent être des options viables pour dispenser des services psychosociaux et de soutien, en particulier durant la période de survie étendue.

L'examen des données probantes a permis de dégager plusieurs implications pour la recherche. La prestation de services optimaux aux survivants dépend de l'évaluation rigoureuse des structures de soins et des interventions conçues pour répondre aux besoins précis des personnes ayant complété leur traitement. Le niveau de preuve sera renforcé par des plans d'étude qui tentent d'éliminer les faiblesses des études actuelles, par exemple en assurant une puissance statistique suffisante et en appliquant l'insu des participants dans la mesure du possible. Pour faciliter





l'application des résultats empiriques aux situations rencontrées en clinique, les futures recherches devront prendre en compte le rôle du système (rentabilité, continuité des soins, etc.) et des critères individuels (p. ex. effets tardifs particuliers, détresse, coûts sociaux) dans l'efficacité des diverses méthodes de prestation des soins et des interventions psychosociales et de soutien. De plus, ce document d'orientation ne parle pas des populations atteintes de cancer mal desservies, comme les illettrés ou les pauvres. Ce sont des populations vulnérables, et d'autres données sont nécessaires pour comprendre les besoins qui leur sont propres et ce qu'il leur faut en terme de soutien. Il est en outre évident qu'il y a de grandes variations en matière de ressources communautaires, de capacité de mise en application, d'éducation et de professionnels compétents d'un centre d'oncologie à l'autre au Canada, ce qui complique l'implantation de services uniformisés pour les survivants. Les organismes devront probablement adapter les recommandations en fonction de la structure du système de santé et de l'accessibilité aux soins qui varient d'un contexte à l'autre. Les ressources et les recherches devraient être axées sur les stratégies de mise en œuvre les plus propices à l'adoption et à l'application des recommandations formulées dans le document d'orientation. Les méthodes et les stratégies de transfert du savoir recommandées dans les projets d'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada aideront les organismes à élaborer une approche systématique aux soins de santé et au changement de pratiques favorisant le recours aux recommandations ([www.cihr-irsc.gc.ca/](http://www.cihr-irsc.gc.ca/)).

## Recommandations<sup>AGREE II Items 10,11,12</sup>

---

Les recommandations qui suivent sont issues d'un consensus du groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer, éclairé par un examen systématique des données actuelles (décembre 2009). Le corpus de recherche est constitué de guides de pratique clinique, de revues systématiques et d'essais contrôlés randomisés. Chaque recommandation met en balance les bienfaits escomptés sur la santé et les préjudices, effets indésirables ou risques possibles découlant de son application. Les tactiques de mise en œuvre des recommandations dans divers secteurs de soins ou modèles de santé sont proposées et peuvent être employées à des fins d'évaluation ou de surveillance des services aux survivants. L'approbation finale et formelle du document a été obtenue par un vote en ligne du groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer. Lorsqu'une recommandation est extraite ou s'inspire d'un guide de pratique recensé, la source est citée après la recommandation. Bien qu'il existe un volume considérable de données sur le sujet, sauf indication contraire, il y a lieu de considérer que les recommandations dérivent d'un consensus et sont étayées par des faits.

## Organisation et prestation des services aux survivants

AGREE II Items 15,16,17

### Recommandation 1 : Accès aux services pour répondre à un large éventail de besoins

Les services aux survivants devraient être reconnus comme une composante distincte et standard des soins en oncologie et être accessibles pour répondre à une large gamme de besoins - physiques, psychosociaux, de soutien, d'information et de





réadaptation. (*D'après la recommandation de consensus no 2 de l'Institute of Medicine [IOM].*)

**Tactiques :**

- a) Mettre sur pied des programmes spéciaux dans le but d'établir des services aux survivants comme composante distincte des soins d'oncologie et d'assurer un accès équitable à ces services en tenant compte des besoins des survivants de toute origine et vivant dans des régions rurales ou éloignées.
- b) Mettre en œuvre des programmes de proximité fonctionnant en partenariat avec des groupes communautaires et aider les intervenants communautaires à fournir des soins qui comblent un large éventail de besoins des survivants.
- c) Utiliser des approches de soins faisant appel aux technologies de l'information, par exemple l'Internet, des portails sur la santé ou des cliniques mobiles, pour permettre un accès rapide aux services de soutien essentiels.
- d) Établir et maintenir une base de données actualisée des ressources locales à la disposition des survivants du cancer, des membres de leur famille et de leurs proches.
- e) Fournir de l'information sur la façon d'accéder à une panoplie de services de réadaptation, notamment, services psychosociaux, soutien nutritionnel, aide spirituelle, réinsertion professionnelle, physiothérapie, ergothérapie, et autres services spécialisés - orthophonie, services de contrôle du lymphœdème, services d'entérostomie.

**Recommandation 2 : Soutien durant la transition vers la « survie étendue »**

Les personnes qui ont terminé leur traitement ainsi que leur famille devraient recevoir de l'information et un soutien personnalisés en consultation avec un membre désigné et compétent de l'équipe soignante pour les préparer à la surveillance et aux soins de suivi qui seront requis à vie et pour réduire la détresse durant la transition vers la phase post-traitement de la trajectoire du cancer.

**Tactiques :**

- a) Tous les membres de l'équipe d'oncologie devraient comprendre les difficultés auxquelles font face les survivants du cancer et être en mesure de déceler et de soulager la détresse dans les semaines précédant la fin du traitement et à la sortie de l'hôpital.
- b) Les organisations de soins d'oncologie devraient désigner au moins un membre de l'équipe interdisciplinaire pour offrir une consultation de fin de traitement aux personnes atteintes de cancer et aux membres de leur famille afin de les préparer à la transition vers la phase de suivi.
- c) La consultation de fin de traitement devrait comprendre la liaison avec des services psychosociaux, de réadaptation, de soutien et d'orientation professionnelle, en coordination avec le médecin de première ligne, selon les difficultés ou les préoccupations décelées.



### **Recommandation 3 : Résumé des traitements et plan de soins de suivi**

Un membre désigné de l'équipe soignante devrait remettre à chaque personne ayant terminé son traitement primaire un résumé écrit des traitements et un plan de soins de suivi (plan de soins du survivant), contenant une série d'éléments multidimensionnels de base adaptés au type de cancer et au traitement. (*D'après la recommandation de consensus no 2 de l'IOM.*)

#### **Tactiques :**

- a) Le plan de soins du survivant devrait inclure les éléments centraux suivants et désigner clairement qui est chargé de l'appliquer en tout ou en partie :
  - Type de cancer, traitement reçu et effets indésirables tardifs ou à long terme possibles demandant un dépistage, une surveillance et des soins réguliers.
  - Objectif, fréquence et calendrier des visites de suivi et désignation d'une personne pour coordonner ou effectuer les tests et les interventions de surveillance.
  - Interventions ou examens précis visant la surveillance et la détection continues d'une récurrence selon le type de cancer et les modalités de traitement.
  - Directive de signaler rapidement les nouveaux symptômes tenaces sans attendre le prochain rendez-vous et nom du professionnel de la santé à aviser.
  - Services de soins psychosociaux, de réadaptation, de soutien et autres offerts sur place, au sein de la communauté ou sur Internet; instructions sur la sélection de programmes et de ressources de soutien par les pairs qui répondent aux normes des meilleures pratiques.
  - Conseils sur les stratégies visant à réduire le risque de récurrence et à optimiser la santé et le bien-être (modifications de l'alimentation, activité physique, abandon du tabac, etc.).
  - Information relative à l'emploi, aux questions financières et juridiques et sur les services d'aide et d'accompagnement communautaires.
- b) Désigner au moins un membre de l'équipe interdisciplinaire pour préparer le résumé des traitements et les recommandations concernant les tests de surveillance pour la détection des récurrences et décrire les conséquences tardives et à long terme possibles fondées sur les lignes directrices actuelles, le cas échéant, ou sur les meilleures pratiques issues d'un consensus en l'absence de lignes directrices précises.
- c) Remettre une copie du plan de soins aux intervenants de première ligne et aux professionnels de la santé désignés pour le suivi, afin d'encourager le survivant à l'utiliser et d'assurer la coordination des soins.

### **Recommandation 4 : Modèles de soins et coordination des services aux survivants**

Au moins un professionnel de la santé devrait être désigné comme responsable de la prestation des services aux survivants; les médecins de première ligne devraient participer à la surveillance des effets à moyen et long terme du traitement, et un accès coordonné à des spécialistes interdisciplinaires devrait être possible lorsque



nécessaire, l'accent étant mis sur la participation et la responsabilisation des survivants.

**Tactiques :**

- a) Intégrer les médecins de première ligne dans le plan de soins de suivi pour déceler les premiers signes de récurrence du cancer et prendre en charge les séquelles du traitement dans le cadre des soins aux survivants.
- b) Remettre aux intervenants de première ligne et aux autres professionnels désignés, une copie du plan de soins aux survivants et les recommandations précises concernant les tests et examens requis pour surveiller les complications éventuelles.
- c) Opter pour des organisations de soins garantissant l'accès aux services qui répondent aux divers besoins en matière de soins (physiques, sociaux, psychosociaux, pratiques et de réadaptation).
- d) Établir un système coordonné de référence pour assurer une orientation rapide vers des services spécialisés ou des spécialistes interdisciplinaires au besoin.
- e) Un modèle de soins de suivi à plusieurs niveaux ou un modèle de soins partagés entre médecins de première ligne et oncologues est conseillé pour les personnes aux prises avec des problèmes complexes pour qu'ils soient redirigés le plus tôt possible au centre spécialisé (modèle « haut risque »).
- f) Renseigner les survivants et leur famille, s'il y a lieu, sur l'accessibilité et les bienfaits des soins de suivi dispensés soit par leur médecin de première ligne ou par des infirmières spécialisées en oncologie.
- g) Les modèles de prestation des soins de suivi administrés par des infirmières se sont révélés acceptables.

**Recommandation 5 : Dépistage de la détresse et pratiques fondées sur des données probantes**

Le dépistage de la détresse devrait être effectué de routine chez les survivants, à l'aide d'outils validés évaluant un éventail de séquelles du traitement : troubles fonctionnels et symptômes persistants, troubles de l'humeur (anxiété et dépression) et autres problèmes courants comme des altérations des fonctions cognitives ou de la santé sexuelle. Le dépistage devrait être suivi d'une évaluation ciblée et d'interventions conformes aux recommandations énoncées dans les guides de pratique clinique reposant sur des données probantes. (*D'après la recommandation de consensus no 3 de l'IOM et le guide d'évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte, 2009.*)

**Tactiques :**

- a) Mettre sur pied une équipe pour soutenir les changements de pratiques fondés sur des données probantes, comprenant des représentants de tous les groupes d'intervenants clés qui seraient concernés par les modifications proposées (équipe interprofessionnelle, survivants, administrateurs). Cette équipe pourrait déterminer, parmi les recommandations à l'intérieur du guide, celles à appliquer



en priorité; elle serait en mesure d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles au changement dans le milieu et devrait élaborer un plan d'action.

- b) Solliciter un engagement formel des organisations concernées, incluant l'octroi de ressources pour les stratégies de soutien (p. ex. séances d'information, participation du personnel), ce qui consoliderait les changements de pratiques et assurerait leur pérennité.
- c) S'assurer que la démarche d'implantation cible des changements tant sur le plan individuel (éducation, évaluation, rétroaction) qu'organisationnel (politiques, structures).
- d) Promouvoir l'élaboration et l'évaluation d'outils cliniques conçus spécialement pour les soins aux survivants donnés après le traitement.
- e) Soutenir efficacement les changements de pratiques au moyen d'une approche par programme s'appuyant sur les stratégies multidimensionnelles d'implantation les plus efficaces, de façon à obtenir des effets sur les soins qui soient durables.

## **Recommandation 6 : Soutien de la participation active des survivants à l'autogestion**

Avec les approches conseillées d'aide à l'autogestion efficace, les professionnels de la santé désignés pour les soins de suivi devraient viser à responsabiliser les individus et leurs familles en leur permettant d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour participer activement à leur santé et à leur mieux-être.

### *Tactiques :*

- a) Les organisations responsables des soins aux survivants devraient leur donner accès à une éducation, une formation et une assistance sur mesure pour leur permettre d'acquérir les compétences et les stratégies d'autogestion, fondées sur une évaluation personnalisée et une planification des soins. L'évaluation devrait tenir compte des ressources à la disposition du survivant, incluant ses forces individuelles (p. ex. la résilience) et le soutien de sa famille.
- b) L'autogestion peut être soutenue par diverses méthodes, entre autres le counseling par des pairs, la psychoéducation et le soutien par téléphone ou Internet.
- c) Les programmes ou organisations responsables des soins aux personnes atteintes de cancer devraient encourager les survivants à prendre en charge leurs propres soins en faisant auprès d'eux la promotion de l'acquisition de compétences, de l'accès à des organismes communautaires et de la prise de décision favorisant l'adoption de saines habitudes de vie.
- d) Des programmes d'autogestion devraient être développés en insistant sur les stratégies de formulation d'objectifs et de résolution de problèmes, la relation d'aide par des techniques d'entretien motivationnel et les théories de modification du comportement en matière de santé.



## **Recommandation 7 : Formation des professionnels de la santé sur la survie au cancer**

Tout le personnel clinique devrait recevoir une formation visant à les sensibiliser aux besoins des personnes ayant survécu au cancer. Les cours devraient s'adresser aux professionnels désignés pour les soins de suivi afin d'une part, d'assurer une surveillance efficace des signes de récurrence, la prévention et la gestion des effets tardifs et prolongés du traitement du cancer et d'autre part, de promouvoir des stratégies précises qui donnent aux survivants les moyens de s'investir dans leurs propres soins et d'adopter de saines habitudes de vie.

### *Tactiques :*

- a) Les programmes de formation devraient inclure la nécessité d'effectuer une surveillance du cancer, les répercussions d'ordre personnel, le rôle de l'alimentation et de la réadaptation, ainsi que la gestion de la détresse, de la douleur et des autres symptômes.
- b) La formation minimale à offrir aux professionnels de la santé pour soutenir l'autogestion devrait inclure les compétences d'évaluation, l'entretien motivationnel, le partage d'information, la résolution de problèmes et l'identification d'objectifs à atteindre, la prise de décision partagée, l'évaluation de l'efficacité personnelle et les interventions de suivi.
- c) Les professionnels désignés pour les soins de suivi et les médecins de famille devraient être formés et aptes à détecter la détresse et à effectuer des évaluations physiques, dont la mesure du poids, du rapport tour de taille/tour de hanche et de l'IMC, des évaluations physiologiques et de brèves évaluations des apports nutritionnels.
- d) Des partenariats avec des organismes prestataires de services aux survivants devraient être développés pour offrir une formation professionnelle continue et des cours d'évaluation et de gestion des problèmes propres aux survivants.
- e) Les nouvelles technologies (p. ex. Internet) devraient être utilisées pour transmettre aux professionnels de la santé l'information relative aux survivants dans un format facilement accessible et convivial.

## **Recommandation 8 : Promotion de la sensibilisation aux enjeux de survie**

Dans le cadre des projets de lutte contre le cancer, les organisations de soins, les groupes militants et les gouvernements devraient œuvrer conjointement pour sensibiliser la population (public, décideurs, élaborateurs de politiques et employeurs) aux besoins physiques, émotionnels, spirituels, sociaux, de réinsertion professionnelle et de réadaptation à combler chez les personnes atteintes de cancer après la fin de leur traitement et aux différences rencontrées selon le type de cancer, la modalité de traitement, les ressources individuelles et le réseau de soutien (soutien économique, familial, de réadaptation).



*Tactiques :*

- a) Exhorter les organismes à diffuser des messages d'intérêt public pour informer la population sur les progrès réalisés au chapitre des taux de survie.
- b) Aider les organismes à financer des tribunes publiques permettant aux survivants de raconter leur vécu.
- c) Tenir les associations de survivants au courant des dernières découvertes en matière de soins efficaces aux survivants.

**Recommandation 9 : Rôle de premier plan en recherche**

Les professionnels responsables des soins pour le cancer, les organismes de recherche en santé provinciaux et fédéraux ainsi que les groupes militants devraient appuyer l'élaboration de nouveaux projets de recherche axés sur les soins et la récupération après la fin des traitements. Plus précisément, des recherches sont nécessaires pour explorer les effets secondaires et les séquelles du cancer et des traitements, l'efficacité des plans de soins aux survivants et des soins de transition, les interventions visant à améliorer la qualité de vie et les modèles de soins alternatifs pour les survivants du cancer.

*Tactiques :*

- a) a) Former des équipes interdisciplinaires de cliniciens et de chercheurs en soins de première ligne, en oncologie, en soins infirmiers, en soins paramédicaux et en recherche sur les services de santé.
- b) Utiliser et développer les mécanismes et groupes de recherche existants (p. ex. groupes des essais cliniques de l'Institut national du cancer du Canada et registres de population) et créer de nouveaux consortiums de recherche ciblée.
- c) Constituer des bases de données électroniques exhaustives pour recueillir, résumer, analyser et emmagasiner les données cliniques et soutenir la recherche sur la survie au cancer.

**Recommandation 10 : Évaluation des services**

Les organisations devraient faire usage et rendre compte de paramètres et d'indicateurs d'efficacité qui saisissent les dimensions subjectives physique, psychologique et sociale pour vérifier la qualité des services, objectiver les gains dans divers domaines et stimuler les pratiques et les programmes d'amélioration de la qualité fondés sur ces données.

*Tactiques :*

- a) Les organismes de lutte contre le cancer et les organismes provinciaux devraient établir un système concret et viable de mesure de l'efficacité pour évaluer si les services de soins psychosociaux et de soutien améliorent le bien-être des survivants du cancer.
- b) Les organismes responsables de fournir les services aux survivants devraient créer ou adopter des pratiques d'amélioration de la qualité pour accélérer le processus d'évaluation et optimiser les interventions psychosociales et de soutien destinées aux survivants du cancer.





- c) Les organisations qui dispensent des soins aux survivants devraient encourager la participation des individus, des familles, des partenaires communautaires, des groupes militants et des organismes de santé à la création de systèmes de mesure des résultats.

### **Recommandation 11 : Politique de santé publique inclusive**

Des politiques et des lois en matière de santé (emploi, assurance, droits de la personne) devraient être promulguées pour répondre aux besoins variés des survivants du cancer et leur permettre un plein accès et une pleine participation au marché du travail, à l'éducation, aux services de santé et aux services communautaires. (*D'après la recommandation no 8 de l'IOM.*)

#### ***Tactiques :***

- a) Les groupes militants, les professionnels de la santé et les intervenants clé dans le domaine des soins aux survivants devraient :
- Sensibiliser l'opinion publique aux enjeux de la survie au cancer et agir pour faire reconnaître la survie comme une phase distincte de la trajectoire du cancer.
  - Renseigner les diverses organisations concernées, notamment les employeurs et les compagnies d'assurance, sur les difficultés particulières des survivants du cancer, les séquelles de la maladie et des traitements et l'importance de dispenser et de coordonner des programmes de soins.
  - Travailler de concert avec les employeurs et d'autres organismes communautaires pour établir des programmes de réinsertion professionnelle et autres pour faciliter le retour au travail.
  - Communiquer avec les divers interlocuteurs et les instances décisionnelles provinciales et fédérales.

## **Interventions psychosociales et de soutien** <sup>AGREE II Items 15,16,17</sup>

### **Recommandation 1 : Promotion de saines habitudes de vie**

Les survivants devraient avoir accès à des services d'éducation et de soutien axés sur l'autogestion pour favoriser l'adoption de comportements de santé - activité physique quotidienne, alimentation équilibrée et arrêt du tabac - visant à améliorer la qualité de vie liée à la santé et la condition physiologique, à réduire la détresse et diminuer le risque de récurrence.

#### ***Tactiques :***

- a) a) Mettre en œuvre des programmes d'exercice, de nutrition et de sevrage tabagique adaptés aux objectifs, à la capacité et aux ressources de chaque personne. La pertinence et la sécurité du programme devraient être étudiées en consultation avec la personne et l'équipe de soins interdisciplinaire.
- b) Conseiller d'augmenter graduellement l'intensité de l'activité physique, jusqu'au seuil de tolérance, l'objectif étant au moins 30 minutes par jour, cinq jours par semaine si possible.



- c) Conseiller de combiner des exercices d'aérobic (activités récréatives, jogging, classes d'exercice, vélo), de renforcement musculaire (exercices de résistance utilisant des poids, des bandes ou le poids du corps) et de souplesse (étirements, yoga, Pilates), selon le cas.
- d) Référer les survivants du cancer au Guide alimentaire canadien pour les recommandations relatives à une alimentation saine, en tenant compte des besoins spéciaux liés au diagnostic et au traitement du cancer (stomie, dysphagie, interactions médicamenteuses, etc.).
- e) S'il y a lieu, référer les survivants du cancer à un entraîneur de conditionnement physique et à des diététistes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, surtout en ce qui a trait au maintien du poids, à la composition corporelle et à la gestion d'une fatigue persistante.

## **Recommandation 2 : Recours à des méthodes reposant sur des théories**

Concevoir des programmes et des interventions en soins psychosociaux et de soutien s'appuyant sur des théories de modification de comportements de santé reconnues comme étant propices et nécessaires au maintien de saines habitudes de vie.

### *Tactiques :*

- a) Les concepteurs et les fournisseurs de services aux survivants du cancer devraient envisager le recours à des théories de changement du comportement éprouvées, comme le modèle trans-théorique, la théorie de l'action raisonnée ou la théorie sociocognitive, pour soutenir l'implantation d'interventions psychosociales et de soutien visant la modification des comportements à l'intention des survivants du cancer après le traitement.

## **Recommandation 3 : Gestion des inquiétudes psychosociales et de la détresse**

Les survivants qui éprouvent ou sont à risque d'éprouver une détresse ou des préoccupations psychosociales importantes devraient être référés à des services de santé psychosociale ou des programmes cognitivocomportementaux/psychoéducatifs, individuels ou de groupe, dispensés par des personnes spécialisées.

### *Tactiques :*

- a) Adopter ou développer des interventions psychoéducatives et cognitivocomportementales destinées à répondre aux besoins particuliers des survivants du cancer après la fin de leur traitement et visant les objectifs suivants :
  - Comblé un besoin précis et explicite de la population de survivants (fatigue ou détresse psychosociale secondaire au cancer).
  - Intégrer plusieurs stratégies, par exemple, éducation, résolution de problèmes, gestion du stress, développement des capacités d'adaptation et soutien psychosocial.
  - Utiliser une thérapie individuelle et incorporer potentiellement une thérapie de groupe.



- Intégrer diverses formes de counseling - individuel, collectif, vidéo, téléphonique.
- Former les personnes et les membres de leur famille pour qu'elles puissent acquérir les compétences et le savoir requis pour participer activement à leurs soins tout au long de vie.

#### **Recommandation 4 : Surveillance des symptômes et des effets tardifs et à long terme**

Inclure dans les protocoles de suivi de routine la surveillance et la gestion des symptômes physiologiques et psychosociaux, dont la douleur et la fatigue, ainsi que des complications à moyen et long terme, entres autres, les troubles respiratoires ou cardiaques, l'ostéoporose et les anomalies du système endocrinien, et utiliser un modèle coordonné de soins partagés, avec l'orientation vers les membres de l'équipe interdisciplinaire appropriés, s'il y a lieu.

##### *Tactiques :*

- a) Adopter dans tous les programmes de soins en oncologie, des protocoles standardisés de dépistage et d'évaluation pour le diagnostic précoce des effets tardifs et à long terme.
- b) Appliquer aux programmes de suivi du cancer et aux pratiques de médecine familiale, des protocoles de traitement des séquelles provenant de lignes directrices développées à partir de données probantes.
- c) Intervenir tôt au cours du traitement en anticipant les effets à long terme comme l'ostéoporose pour éviter le plus possible de conséquences irréversibles.

#### **Recommandation 5 : Gestion des préoccupations concernant la sexualité**

Fournir aux survivants des soins psychoéducatifs concernant les altérations de la santé et de la fonction sexuelles et leur offrir des programmes de thérapie de couple et de rééducation sexuelle visant à promouvoir une sexualité saine et fonctionnelle après la fin des traitements.

##### *Tactiques :*

- a) Tous les professionnels de la santé devraient être formés à évaluer les préoccupations ayant trait à la sexualité, à partir de modalités d'évaluation structurées appuyées par des modèles (BETTER ou PLISSIT [références 153,154]), de façon à assurer une évaluation systématique et une consultation avec les spécialistes appropriés.
- b) Tous les professionnels de la santé devraient être formés à fournir des informations et du soutien face aux altérations de la santé sexuelle et offrir une consultation avec des spécialistes au besoin.
- c) La gestion des préoccupations du survivant concernant la santé et la fonction sexuelles devrait inclure une évaluation des facteurs possibles étiologiques afin de



déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. psychothérapie, traitement médical) sont également requises.

- d) Une intervention précoce est cruciale, en particulier dans le cas du cancer de la prostate ou d'un cancer gynécologique, où la correction des pannes sexuelles en cours de traitement peut influencer le rétablissement à long terme.

### **Recommandation 6 : Traitement de la fatigue après la fin du traitement**

Les survivants devraient être faire l'objet d'un dépistage de la fatigue liée au cancer et avoir accès à des programmes d'exercice couplés à des interventions psychoéducatives ou à une thérapie cognitivocomportementale à plusieurs composantes pour soulager la fatigue après la fin du traitement.

#### *Tactiques :*

- a) Les interventions psychoéducatives ou les techniques cognitivocomportementales visant à réduire la fatigue devraient comporter divers éléments, entre autres de l'information sur le sommeil, les stratégies de résolution de problèmes, la gestion du stress et le soutien psychosocial.
- b) Les programmes d'exercice ciblant la fatigue devraient favoriser divers modes d'activité physique - entraînement cardiovasculaire, exercices de souplesse, musculation, selon le cas.
- c) La gestion de la fatigue après la fin du traitement devrait également inclure une évaluation des facteurs étiologiques possibles afin de déterminer s'il y a lieu de recourir à d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) pour les troubles du sommeil ou la dépression par exemple.

### **Recommandation 7 : Gestion des symptômes vasomoteurs**

Toutes les survivantes du cancer devraient avoir accès à des programmes de thérapie cognitivocomportementale à multiples composantes et de gestion des habitudes de vie, pour une maîtrise efficace des symptômes vasomoteurs. C'est également important dans d'autres types de cancer, comme le cancer de la prostate, où les thérapies de privation hormonale risquent de causer des effets physiques et émotionnels importants.

#### *Tactiques :*

- a) Les programmes de soins psychosociaux et de soutien axés sur les symptômes vasomoteurs de la ménopause devraient comporter les volets éducation, psychothérapie et techniques d'hypnose pour le soulagement des symptômes.
- b) La gestion des symptômes vasomoteurs devrait inclure une évaluation des facteurs étiologiques possibles afin de déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) s'imposent.
- c) La pharmacothérapie est peut-être utile mais les données probantes étayant son efficacité sont faibles.



## **Recommandation 8 : Correction des altérations du cycle veille-sommeil**

Les survivants devraient avoir accès à des programmes de thérapie cognitivocomportementales pour corriger les anomalies du cycle veille-sommeil.

### *Tactiques :*

- a) Les programmes de thérapie cognitivocomportementale devraient combiner des informations sur la technique du contrôle du stimulus, des conseils sur le sommeil, la restriction du sommeil et l'hygiène du sommeil, afin d'améliorer le temps de latence du sommeil, la durée du réveil après l'endormissement, le temps de sommeil total et le temps passé au lit.
- b) La gestion des perturbations du rythme veille-sommeil devrait inclure une évaluation des facteurs déclenchants possibles afin de déterminer si d'autres interventions ciblées (p. ex. traitement médical) ou des interventions médicales spécialisées pour l'insomnie sont requises.

## **Mise en application du document d'orientation**

AGREE II Items 18,19,20,21

Les survivants du cancer constituent une population croissante au Canada. Le but de ce document d'orientation est d'informer les organismes de santé, les administrateurs et les décideurs ainsi que les professionnels de la santé des besoins de cette population et de la façon optimale d'organiser les services de survie pour combler ces besoins. Ce document va également contribuer à mieux faire connaître les enjeux de survie et les besoins des survivants en post-traitement, ce qui aidera les organismes à évaluer leurs programmes et services et à améliorer la qualité de vie. Les survivants du cancer doivent avoir accès aux meilleures pratiques de façon à optimiser leur santé psychosociale et leur bien-être et à faciliter le processus de prise de décisions concernant les services qui devraient leur être accessibles.

Ce rapport d'orientation est la première initiative pancanadienne du genre, et nul doute que l'application des recommandations qu'il contient à l'échelle du pays va accrocher sur plusieurs écueils; il faudra entre autres mieux faire connaître les enjeux de survie et stimuler la compréhension, avec l'engagement et les efforts concertés requis pour modifier les pratiques et les politiques dans divers milieux. Les survivants du cancer ne savent pas tous qu'il existe des services de survie; il sera donc important d'accroître la visibilité de ces services. La première étape était toutefois d'élaborer un document d'orientation, en harmonie avec les données de la littérature, nécessaire pour éclairer les meilleures pratiques en matière de soins aux survivants. La rédaction d'un document d'orientation pancanadien qui repose sur une méthode d'examen systématique rigoureuse, avec un groupe d'expert crédible, devrait contribuer à vaincre la résistance au changement à divers paliers. Le document propose également des tactiques de mise en place des recommandations. Les prochaines étapes prévues sont l'élaboration de protocoles de pratique à l'intention des professionnels, des versions pour les patients et des ateliers destinés aux fournisseurs de soins de santé dans un éventail de disciplines pour promouvoir l'adoption des lignes directrices. Un



plan formel de communications visant une diffusion optimale des recommandations est aussi en cours d'élaboration.

Un autre point essentiel à considérer est la composition stratégique du groupe interprofessionnel permettant la diffusion et la mise en application dans le champ de compétence de chaque membre. Un partenariat avec l'Association canadienne d'oncologie psychosociale va également assurer un plus grand rayonnement et favoriser la mise en œuvre des lignes directrices. Le document sera affiché sur les sites Web du Partenariat canadien contre le cancer (groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer) et de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale et sera publié dans une revue médicale dotée d'un comité de lecture. Il sera aussi disséminé par le truchement du Réseau canadien de lutte contre le cancer et de la Société canadienne du cancer et autres organismes qui viennent en aide aux survivants du cancer. Une version abrégée du rapport servira d'outil de mise en application, qui sera distribué à grande échelle.

La littérature médicale est muette à propos des implications potentielles de l'application des recommandations sur les ressources, et on sait que les ressources varient considérablement au sein des systèmes de santé au Canada. On ignore quelles ressources seront nécessaires pour mettre de l'avant les recommandations, mais il faut également prendre en compte les ressources utilisées pour offrir les services de survie existants. Le sens commun indique que l'amélioration de la santé et du bien-être des survivants du cancer est un investissement judicieux et peut même occasionner des réductions de coûts et augmenter la productivité des soins (par exemple en éliminant le taux d'hospitalisations onéreuses). Les recommandations énoncées dans le document d'orientation ont été conçues pour être instaurées dans divers types d'établissements de santé, et les critères de surveillance et de vérification de l'organisation des soins ou des pratiques cliniques sont clairement définis. Dans bien des cas, les services sont offerts ou ils ne sont pas offerts, et ce sera le critère initial pour évaluer les services. Au fil de la restructuration des soins, l'évaluation des programmes sera un élément très utile pour optimiser les soins à l'intention des survivants du cancer.

## References

1. Canadian Cancer Society. Steering Committee. Canadian Cancer Statistics 2009 [document on the Internet]. Toronto: Canadian Cancer Society; 2009 [cited 2009 December]. Available from: <http://www.cancer.ca/statistics>.
2. Cancer Care Ontario. Cancer as a chronic disease: implications for cancer services in Ontario; 2007 April 26; Toronto: Cancer Care Ontario.
3. National Cancer Institute. Cancer survivorship research. Rockville (MD): The Institute; 2006 [updated 2006 November 6; cited 2009 December]. Available from: <http://dccps.nci.nih.gov/ocs/definitions.html>.
4. McCabe MS, Jacobs L. Survivorship care: Models and programs. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(3):202-7.
5. Fitch M. Supportive care framework: Theoretical underpinnings. In: Fitch M, Porter H, Page B, editors. *Supportive Care Framework: A foundation for Person-Centred Care*. Pembroke (ON): Pappin Communications; 2008.
6. Burton AW, Fanciullo GJ, Beasley RD, Fisch MJ. Chronic pain in the cancer survivor: A new frontier. *Pain Medicine*. 2007;8(2):189-98.
7. Camp-Sorrell D. Cardiorespiratory effects in cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2006;29(2 Suppl):55-9.
8. Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS, et al. American society of clinical oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors: Cardiac and pulmonary late effects. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(25):3991-4008.
9. Correa DD, Ahles TA. Neurocognitive changes in cancer survivors. *Cancer Journal*. 2008;14(6):396-400.
10. Fossa SD, Vassilopoulou-Sellin R, Dahl AA. Long term physical sequelae after adult-onset cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 2008;2(1):3-11.
11. Mancini J, Rey D, Preau M, Malavolti L, Moatti JP. Infertility induced by cancer treatment: Inappropriate or no information provided to majority of French survivors of cancer. *Fertility & Sterility*. 2008;90(5):1616-25.
12. Matei D, Miller AM, Monahan P, Gershenson D, Zhao Q, Cella D, et al. Chronic physical effects and health care utilization in long-term ovarian germ cell tumor survivors: A gynecologic oncology group study. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(25):4143-9.
13. Minton O, Stone P. How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Research & Treatment*. 2008;112(1):5-13.
14. Mao JJ, Armstrong K, Bowman MA, Xie SX, Kadakia R, Farrar JT. Symptom burden among cancer survivors: Impact of age and co-morbidity. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2007;20(5):434-43.
15. Peuckmann V, Ekholm O, Sjogren P, Rasmussen NK, Christiansen P, Moller S, et al. Health care utilisation and characteristics of long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *Eur J Cancer*. 2009;45(4):625-33.
16. Polomano RC, Farrar JT. Pain and neuropathy in cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2006;29(2 Suppl):39-47.
17. Richardson LC, Wingo PA, Zack MM, Zahran HS, King JB. Health-related quality of life in cancer survivors between ages 20 and 64 years: Population-based estimates from the behavioral risk factor surveillance system. *Cancer*. 2008;112(6):1380-9.





18. Rao AV, Demark-Wahnefried W. The older cancer survivor. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*. 2006;60(2):131-43.
19. Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al. Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*. 2007;12(Suppl 1):35-43.
20. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*. 2008;112(11 Suppl):2577-92.
21. Stewart A, Bielajew C, Collins B, Parkinson M, Tomiak E. A meta-analysis of the neuropsychological effects of adjuvant chemotherapy treatment in women treated for breast cancer. *Clin Neuropsychol*. 2006;20(1):76-89.
22. Hoffman RM, Barry MJ, Stanford JL, Hamilton AS, Hunt WC, Collins MM. Health outcomes in older men with localized prostate cancer: Results from the prostate cancer outcomes study. *Am J Med*. 2006;119(5):418-25.
23. Penson DF, Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. 2008;26(5):565-6.
24. Wittmann D, Northouse L, Foley S, Gilbert S, Wood DP, Balon R, et al. The psychosocial aspects of sexual recovery after prostate cancer treatment. *Int J Impotence Res*. 2009;21(2):99-106.
25. Meneses KD, McNees MP. Upper extremity lymphedema after treatment for breast cancer: A review of the literature. *Ostomy Wound Management*. 2007;53(5):16-29.
26. Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(32):5132-7.
27. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: A new challenge for supportive care. *Cancer Journal*. 2006;12(5):432-43.
28. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(3):193-201.
29. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*. 2009;28(2):147-56.
30. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2008;64(4):383-91.
31. Pelusi J. Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs*. 2006;106(3 Suppl):32-8.
32. Meyerowitz BE, Kurita K, D'Orazio LM. The psychological and emotional fallout of cancer and its treatment. *Cancer Journal*. 2008;14(6):410-3.
33. Gibson LM, Hendricks CS. Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. *ABNF J*. 2006;17(2):67-72.
34. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: A meta-analysis and meta-regression. *JAMA*. 2009;301(7):753-62.
35. Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlekis B. Economic stress among low-income women with cancer: Effects on quality of life. *Cancer*. 2008;112(3):616-25.
36. Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009;9:117.

37. Barg FK, Cronholm PF, Straton JB, Keddem S, Knott K, Grater J, et al. Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986-2005. *Cancer*. 2007;110(3):631-9.
38. Beesley V, Eakin E, Steginga S, Aitken J, Dunn J, Battistutta D. Unmet needs of gynaecological cancer survivors: Implications for developing community support services. *Psychooncology*. 2008;17(4):392-400.
39. Janz NK, Mujahid MS, Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, Katz SJ. Racial/ethnic differences in adequacy of information and support for women with breast cancer. *Cancer*. 2008;113(5):1058-67.
40. Lee MK, Lee KM, Bae JM, Kim S, Kim YW, Ryu KW, et al. Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *Br J Cancer*. 2008;98(4):708-15.
41. Tschudin S, Bitzer J. Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Hum Reprod Update*. 2009;15(5):587-97.
42. Steiner JF, Nowels CT, Main DS. Returning to work after cancer: Quantitative studies and prototypical narratives. *Psychooncology*. 2010;19:115-24.
43. Longo CJ, Fitch M, Deberm RB, Williams A. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1077-85.
44. Children's Oncology Group. Long-term follow-up guidelines for survivors of childhood, adolescent, and young adult cancers [document on the Internet]. U.S.: Children's Oncology Group; 2008. Available from: <http://www.survivorshipguidelines.org>.
45. Children's Oncology Group. Establishing and Enhancing Services for Childhood Cancer Survivors: Long-Term Follow-Up Program Resource Guide [document on the Internet]. U.S.: Children's Oncology Group; 2008 [cited 2009 December]. Available from: <http://www.survivorshipguidelines.org>.
46. Jacobsen P. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*. 2009;115 (18S):4419-4439.
47. Amaral L, Uzzi B. Complex Systems—A new paradigm for the integrative study of management, physical, and technological systems. *Management Science*. 2007; 53(7):1033-5.
48. Robbins S, Judge T, editors. *Organizational behaviour*. 12th ed. Pearson Education Inc; 2007 (ISBN: 0132431564 / 0-13-243156-4).
49. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. Epub 2010 Jul 5.
50. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: Colon cancer [document on the Internet]. Fort Washington (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2010 [cited 2009 December]. Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).
51. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: Rectal cancer [document on the Internet]. Fort Washington (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2010 [cited 2009 December]. Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).
52. Hudson SV, Chubak J, Coups EJ., Blake-Gumbs L, Jacobsen PB, Neugut AI, et al. Identifying key questions to advance research and practice in cancer survivorship follow-up care: A report from the ASPO survivorship interest group. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(7):2152-4.

53. Association of Community Cancer Centers. Cancer program guidelines [document on the Internet]. Rockville (MD): Association of Community Cancer Centers; 2009 [cited 2009 December]. Available from: <http://www.accc-cancer.org/publications/publications-cpguidelines.asp>.
54. Institute of Medicine. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington: National Academies Press; 2008.
55. Prostate cancer: Nation wide guideline, version 1. Netherlands: Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres. 2007. Available from: Oncoline. [http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=575](http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=575).
56. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, editors. From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition. Washington: National Academies Press; 2006.
57. Katcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG, et al. American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. *J Clin Oncol*. 2006;24:1-7.
58. Urological Tumours National Working Group. Renal cell carcinoma: Nation wide guideline, version 1.1. Netherlands: Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; 2006.
59. Rizzo J, Wingard J, Tichelli A, Lee S, Van Lint M, Burns L, et al. Recommended screening and preventative practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation: Joint recommendations of the European group for blood and marrow transplantation, the center for international blood and marrow transplant research, and the American society of blood and marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2006;37:249-61.
60. Doyle C, Kushi LH, Byers T, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Grant B, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society Guide for Informed Choices. *CA Cancer J Clin*. 2006;56:323-53.
61. Grunfeld E, Dhesy-Thind S, Levine M, for the Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 9. follow-up after treatment for breast cancer (2005 update). *CMAJ*. 2005;172(10):1319.
62. Brown JK, Byers T, Doyle C, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Kushi LH, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American cancer society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin*. 2003;53:268-91.
63. Brown J, Byers T, Thomson K, Eldridge B, Doyle C, Williams AM. Nutrition during and after cancer treatment: A guide for informed choices by cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2001;51:153-87.
64. Hoving JL, Broekhuizen MLA, Frings-Dresen MHW. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009;9:117.
65. Cheema B, Gaul CA, Lane K, Fiatrone Sing MA. Progressive resistance training in breast cancer: a systematic review of clinical trials. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;109:9-26.
66. Kangas M, Bovbjerg DH, Montgomery GH. Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer survivors. *Psychol Bull*. 2008;134(5):700-41.
67. Pinto BM, Floyd A. Theories underlying health promotion interventions among cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(3):153-63.
68. Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. 2008;2:CD006145. Available from: Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD006145.pub2.



69. Ingram C, Courneya KS, Kingston D. The effects of exercise on body weight and composition in breast cancer survivors: an integrative systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(5):937-49.
70. Schmitz KH, Holtzman J, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Kane R. Controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14(7):1588-95.
71. Smedslund G, Ringal GI. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2004;57:123-31.
72. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol*. 2006;24(6):848-55.
73. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z, et al. General practice vs surgical-based follow-up for survivors with colon cancer: Randomised controlled trial. *Br J Cancer*. 2006;94(8):1116-21.
74. Koinberg IL, Fridlund B, Engholm GB, Holmberg L. Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: A randomised study. *Eur J Oncol Nurs*. 2004;8(2):109-17.
75. Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C, et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of survivors with lung cancer: Randomised trial. *BMJ*. 2002;325(7373):1145.
76. Baildam A, Keeling F, Noblet M, Thomson L, Bundred N, Hopwood P. Nurse led follow up clinics for women treated for primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Eur J Cancer*. 2002;38:363.
77. Brown L, Payne S, Royle G. Patient initiated follow up of breast cancer. *Psychooncology*. 2002;11(4):346-55.
78. Helgesen F, Andersson SO, Gustafsson O, Varenhorst E, Gobin B, Carnock S, et al. Follow-up of prostate cancer survivors by on-demand contacts with a specialist nurse: A randomized study. *Scand J Urol Nephrol*. 2000;34(1):55-61.
79. Gulliford T, Opomu E, Hanham I, Epstein R. Popularity of less frequent follow up for breast cancer in randomised study: Initial findings from the hotline study. *Br Med J*. 1997;314(7075):174-7.
80. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: Randomised trial. *Br Med J*. 1996;14(313):665-9.
81. Heidrich SM, Brown RL, Egan JJ, Perez OA, Phelan CH, Yeom H, et al. An individualized representational intervention to improve symptom management (IRIS) in older breast cancer survivors: Three pilot studies. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(3):E133-43.
82. Otis Green S, Ferrell B, Sun V, Spolum M, Morgan R, Macdonald D. Feasibility of an ovarian cancer quality-of-life psychoeducational intervention. *J Cancer Educ*. 2008;23(4):214-21.
83. Nelson EL, Wenzel LB, Osann K, Dogan-Ates A, Chantana N, Reina-Patton A, et al. Stress, immunity, and cervical cancer: Biobehavioral outcomes of a randomized clinical trial [corrected][erratum appears in Clin Cancer Res. 2008;14(9):2892]. *Clin Cancer Res*. 2008;14(7): 2111-8.
84. Fillion L, Gagnon P, Leblond F, Gelinas C, Savard J, Dupuis R, et al. A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2008;31(2):145-59.



85. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26(28):4651-8.
86. Dirksen SR, Epstein DR. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs.* 2008;61(6):664-75.
87. Bloom JR, Stewart SL, D'Onofrio CN, Luce J, Banks PJ. Addressing the needs of young breast cancer survivors at the 5 year milestone: can a short-term, low intensity intervention produce change? *J Cancer Surviv.* 2008;2(3):190-204.
88. Ashing-Giwa KT. Enhancing physical well-being and overall quality of life among underserved Latina-American cervical cancer survivors: feasibility study. *J Cancer Surviv.* 2008;2(3):215-23.
89. Meneses KD, McNees P, Loerzel VW, Su X, Zhang Y, Hassey LA. Transition from treatment to survivorship: Effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(5):1007-16.
90. Epstein, DR, Dirksen, SR. Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(5):E51-9.
91. Campbell LC, Keefe FJ, Scipio C, McKee DC, Edwards CL, Herman SH, et al. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. A pilot study of telephone-based coping skills training. *Cancer.* 2007;109(2 Suppl):414-24.
92. Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2006;24(30):4882-7.
93. Bloom JR, Stewart SL, Hancock SL. Breast cancer screening in women surviving Hodgkin disease. *Am J Clin Oncol.* 2006;29(3):258-66.
94. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol.* 2005;23(25):6083-96.
95. Mishel MH, Germino BB, Gil KM, Belyea M, Laney IC, Stewart J, et al. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2005;14(11):962-78.
96. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(2):284-92.
97. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer.* 2005;104(12): 2689-700.
98. Boesen EH, Ross L, Frederiksen K, Thomsen BL, Dahlstrom K, Schmidt G, et al. Psychoeducational intervention for survivors with cutaneous malignant melanoma: A replication study. *J Clin Oncol.* 2005;23(6):1270-7.
99. Stanton AL, Ganz PA, Kwan L, Meyerowitz BE, Bower JE, Krupnick JL, et al. Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized controlled trial with breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005;23(25):6009-18.
100. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of groups interventions. *Health Psychol.* 2003;22(5):443-52.





101. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Zibecchi L, Kahn B, Belin TR. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2000;92(13):1054-64.
102. von Gruenigen VE, Gibbons HE, Kavanagh MB, Janata JW, Lerner E, Courneya KS. A randomized trial of a lifestyle intervention in obese endometrial cancer survivors: Quality of life outcomes and mediators of behavior change. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:17.
103. Rogers LQ, HopkinsPrice P, Vicari S, Pamentier R, Courneya KS, Markwell S, et al. A randomized trial to increase physical activity in breast cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(4):935-46.
104. Morey MC, Snyder DC, Sloane R, Cohen HJ, Peterson B, Hartman TJ, et al. Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;301(18):1883-91.
105. Courneya KS, Friedenreich CM, Reid RD, Gelmon KD, Mackey JR, Ladha AB, et al. Predictors of follow-up exercise behavior 6 months after a randomized trial of exercise training during breast cancer chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;114:179-87.
106. Cadmus LA, Salovey P, Yu H, Chung G, Kasl S, Irwin ML. Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: Results of two randomized controlled trials. *Psychooncology.* 2009;18(4):343-52.
107. Milne HM, Wallman KE, Gordon S, Courneya KS. Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;108(2):279-88.
108. May AM, Van Weert E, Korstjens I, HoekstraWeebers JE, Van Der Schans CP, Zonderland ML, et al. Improved physical fitness of cancer survivors: A randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training. *Acta Oncol.* 2008;47(5):825-34.
109. Korstjens I, May AM, van Weert E, Mesters I, Tan F, Ros WJ, et al. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: A randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. *Psychosom Med.* 2008;70(4):422-9.
110. Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C, et al. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2008;26(31):5022-6.
111. Vallance JK, Courneya KS, Plotnikoff RC, Yasui Y, Mackey JR. Randomized controlled trial of the effects of print materials and step pedometers on physical activity and quality of life in breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2007;25(17):2352-9.
112. Mefferd K, Nichols JF, Pakiz B, Rock CL. A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;104(2):145-52.
113. Matthews CE, Wilcox S, Hanby CL, Der Ananian C, Heiney SP, Gebretsadik T, et al. Evaluation of a 12-week home-based walking intervention for breast cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2007;15(2):203-11.
114. Daley AJ, Crank H, Saxton JM, Mutrie N, Coleman R, Roalfe A. Randomized trial of exercise therapy in women treated for breast cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25(13):1713-21.
115. Bennett JA, Lyons KS, Winters-Stone K, Nail LM, Scherer, J. Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nurs Res.* 2007;56(1):18-27.



116. Mustian KM, Katula JA, Zhao H. A pilot study to assess the influence of Tai Chi Chuan on functional capacity among breast cancer survivors. *J Support Oncol.* 2006;4(3):139-45.
117. Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Morey MC, Pieper CF, Sloane R, Snyder DC, et al. Lifestyle intervention development study to improve physical function in older adults with cancer: Outcomes from project LEAD. *J Clin Oncol.* 2006;24(21):3465-73.
118. Culos-Reed SN, Carlson LE, Daroux LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: Physical and psychological benefits. *Psychooncology.* 2006;15(10):891-7.
119. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, Nixon DW, Goodman MC, Giuliano AE, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: Interim efficacy results from the women's intervention nutrition study. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(24):1767-76.
120. Basen-Engquist K, Taylor CL, Rosenblum C, Smith MA, Shinn EH, Greisinger A, et al. Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors. *Patient Educ Couns.* 2006;64(1-3):225-34.
121. Thorsen L, Skovlund E, Strømme SB, Hornslien K, Dahl AA, Fossa SD. Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer survivors shortly after chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2005;23(10):2378-88.
122. Schmitz KH, Ahmed RL, Hannan PJ, Yee D. Safety and efficacy of weight training in recent breast cancer survivors to alter body composition, insulin, and insulin-like growth factor axis proteins. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14(7):1672-80.
123. Sandel SL, Judge JO, Landry N, Faria L, Ouellette R, Majczak M. Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2005;28(4):301-9.
124. Pinto BM, Frierson GM, Rabin C, Trunzo JJ, Marcus BH. Home-based physical activity intervention for breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3577-87.
125. Herrero F, San Juan AF, Fleck SJ, Balmer J, Perez M, Canete S, Earnest CP, et al. Combined aerobic resistance training in breast cancer survivors: A randomized, controlled pilot trial. *Int J Sports Med.* 2006 Jul;27(7):573-80.
126. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, Pröpper F, Mathias M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer survivors after surgery. A randomised controlled trial. *Support Care Cancer.* 2004;12:774-9.
127. Pinto BM, Clark MM, Maruyama NC, Feder SI. Psychological and fitness changes associated with exercise participation among women with breast cancer. *Psychooncology.* 2003;12(2):118-26.
128. McKenzie DC, Kalda AL. Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer survivors: A pilot study. *J Clin Oncol.* 2003;21(3):463-6.
129. Courneya KS, Mackey JR, Bell GJ, Jones LW, Field CJ, Fairey AS. Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: Cardiopulmonary and quality of life outcomes. *J Clin Oncol.* 2003;21(9):1660-8.
130. Courneya KS, Friedenreich CM, Quinney HA, Fields AL, Jones LW, Fairey AS. A randomized trial of exercise and quality of life in colorectal cancer survivors. *Eur J Cancer Care.* 2003;12(4):347-57.
131. Pierce JP, Newman VA, Flatt SW, Faerber S, Rock CL, Natarajan L, et al. Telephone counseling intervention increases intakes of micronutrient- and phytochemical-rich vegetables, fruit and fiber in breast cancer survivors. *J Nutr.* 2004;134(2):452-8.





132. Djuric Z, DiLaura NM, Jenkins I, Darga L, Jen CK, Mood D, et al. Combining weight-loss counseling with the weight watchers plan for obese breast cancer survivors. *Obes Res.* 2002;10(7):657-65.
133. Courneya KS, Friedenreich CM, Sela RA, Quinney HA, Rhodes RE, Handman M. Correlates of adherence and contamination in a randomized controlled trial of exercise in cancer survivors: An application of the theory of planned behaviour and the five factor model of personality. *Ann Behav Med.* 2002;24(4):257-268.
134. Burnham TR, Wilcox A. Effects of exercise on physiological and psychological variables in cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2002;34(12):1863-7.
135. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: Results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 1999;49(446):705-10.
136. Grunfeld E, Gray A, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Coyle D, et al. Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: Results of an economic evaluation. *Br J Cancer.* 1999;79(7-8):1227-33.
137. Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: Long-term follow-up. *Br J Cancer.* 2007;97(5):612-8.
138. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(5):376-87.
139. Stanton AL, Ganz PA, Kwan L, Meyerowitz BE, Bower JE, Krupnick JL, et al. Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23(25):6009-18.
140. Mandelblatt JS, Cullen J, Lawrence WF, Stanton AL, Yi B, Kwan L, et al. Economic evaluation alongside a clinical trial of psycho-educational interventions to improve adjustment to survivorship among survivors with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26(10):1684-90.
141. Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, Clayton M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *Int J Behav Med.* 2006;13(4):286-94.
142. Courneya KS, Friedenreich CM, Sela RA, Quinney HA, Rhodes RE, Handman M. The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-hope) trial in cancer survivors: Physical fitness and quality of life outcomes. *Psychooncology.* 2003;12(4):357-74.
143. Pinto BM, Rabin C, Papandonatos GD, Frierson GM, Trunzo JJ, Marcus BH. Maintenance of effects of a home-based physical activity program among breast cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2008;16(11):1279-89.
144. Pinto BM, Rabin C, Dunsiger S. Home-based exercise among cancer survivors: Adherence and its predictors. *Psychooncology.* 2009;18(4):369-76.
145. May AM, Korstjens I, van Weert E, van den Borne B, Hoekstra-Weebers JE, van der Schans CP, et al. Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: Results from a randomized trial. *Support Care Cancer.* 2009;17(6):653-63.
146. Hoy MK, Winters BL, Chlebowski RT, Papoutsakis C, Shapiro A, Lubin MP, et al. Implementing a low-fat eating plan in the women's intervention nutrition study. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(4):688-96.



147. Ohira T, Schmitz KH, Ahmed RL, Yee D. Effects of weight training on quality of life in recent breast cancer survivors: The weight training for breast cancer survivors (WTBS) study. *Cancer*. 2006;106(9):2076-83.
148. Darga LL, Magnan M, Mood D, Hryniuk WM, DiLaura NM, Djuric Z. Quality of life as a predictor of weight loss in obese, early-stage breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(1):86-92.
149. Pierce JP, Natarajan L, Caan BJ, Parker Greenberg ER, Flatt SW, Rock CL, et al. Influence of a diet very high in vegetables, fruit, and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: The women's healthy eating and living (WHEL) randomized trial. *JAMA*. 2007;298(3):289-98.
150. Vallance JK, Courneya KS, Plotnikoff RC, Dinu I, Mackey J R. Maintenance of physical activity in breast cancer survivors after a randomized trial. *Med Sci Sports Exerc*. 2008;40(1):173-80.
151. Sign Intercollegiate Guideline Network. Sign 50: A Guideline's Developer's Handbook [document on the Internet]. Edinburgh: Elliot House; 2008 [cited 2009 December]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.
152. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy*. 2009;64(5):669-77.
153. Mick J, Hughes J, Cohen M. Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(Suppl 2):152-3.
154. Annon J. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*. 1976;2:1-15.



## Annexe I : Glossaire

---

**Survie sans maladie** : Période après le traitement d'une maladie donnée durant laquelle le patient est en vie et n'affiche aucun signe de la maladie.<sup>1</sup> Il est cependant reconnu que pour le survivant, être exempt de signes cliniques de maladie ne veut pas dire être exempt de maladie.<sup>2</sup>

**Détresse** : Sentiment désagréable multifactoriel de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale ou spirituelle qui peut nuire à la capacité de composer avec le cancer, les symptômes physiques et le traitement. La détresse s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, de tristesse et de peur jusqu'à des troubles qui peuvent devenir invalidants, tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et une crise existentielle ou spirituelle.<sup>3</sup>

**Services psychosociaux et soins de soutien** : Les services psychosociaux sont des services de soins et d'interventions psychologiques, sociaux et spirituels qui permettent aux patients, à la famille et aux proches d'optimiser la santé biomédicale et de prendre en charge les répercussions du cancer dans les domaines psychologique, émotionnel, social, spirituel, fonctionnel et sur la qualité de vie pour promouvoir une meilleure santé.<sup>4,5</sup> Les soins de soutien s'apparentent à l'oncologie psychosociale; ils comprennent la prévention et la gestion des effets indésirables physiques et psychologiques du cancer et de son traitement<sup>6</sup> et visent à répondre aux besoins d'ordre informationnel, physique, psychologique, émotionnel, spirituel, social et pratique.<sup>7</sup>

**Survivant** : Selon le National Institute of Cancer des États-Unis, une personne est une survivante du cancer dès le diagnostic et pour le reste de sa vie. Cette définition

---

<sup>1</sup> National Cancer Institute. Dictionary of cancer terms [document on the Internet]. Cited 2009 December. Available from: <http://www.cancer.gov/dictionary/?CdrID=44023>.

<sup>2</sup> Alfano CM, Rowland JG. Recovery issues in cancer survivorship: A new challenge for supportive care. *Cancer Journal*. 2006 12(5): 432-443.

<sup>3</sup> National Comprehensive Cancer Network. Distress Management [document on the Internet]. Cited 2009 December. Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).

<sup>4</sup> Canadian Association of Psychosocial Oncology. What is Psychosocial Oncology? [document on the Internet]. Cited 2009 December. Available from: [http://www.capo.ca/eng/about\\_psychosocial\\_oncology.asp](http://www.capo.ca/eng/about_psychosocial_oncology.asp).

<sup>5</sup> Institute of Medicine. Adler NE and Page EK, editors. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.

<sup>6</sup> Multinational Association for Supportive Cancer Care. Welcome to MASCC. [document on the Internet]. Cited 2009 December. Available from: <http://www.mascc.org/mc/page.do;jsessionid=E5C48DD2DBCBE1FC9F66446FC807F7C9.mc1?sitePagelD=86907>

<sup>7</sup> Fitch M. Supportive Care Framework: Theoretical underpinnings. In: Fitch M, Porter H, Page B, editors. Supportive Care Framework: A foundation for Person-Centred Care. Pembroke (ON): Papping Communications; 2008.

inclut la famille, les amis et les aidants car ils subissent les contrecoups de ce que vit le patient.<sup>8</sup>

**Survie :** Dans le contexte du cancer, la survie désigne la période durant laquelle une personne demeure en vie après un diagnostic de cancer. Ce document ne porte pas sur la phase de survie aiguë, qui débute à l'annonce du diagnostic,<sup>9</sup> mais sur les phases de survie étendue (récupération après le traitement initial, observation, surveillance à l'aide d'examens médicaux, crainte d'une récurrence et incertitude) et de survie permanente (adaptation aux effets physiques, émotionnels et autres séquelles et à la « nouvelle normalité » de la vie après le cancer).<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Cancer survivorship research. [page on the Internet]. 2006 [updated 2006 November 6; cited 2009 December]. Available from: <http://dccps.nci.nih.gov/ocs/definitions.html>.

<sup>9</sup> Miller K, Merry B, Miller J. Seasons of survivorship revisited. *The Cancer Journal*. 2008 14(6):369-374.



## Annexe II : Stratégie de recherche documentaire sur l'organisation et la prestation des services aux survivants

| Base de données | Stratégie de recherché                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Résultats |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| MEDLINE         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 exp neoplasms/</li> <li>2 oncologic nursing/</li> <li>3 oncology services, hospital/</li> <li>4 cancer care facilities/</li> <li>5 exp medical oncology/</li> <li>6 or/1-5</li> <li>7 survivors/</li> <li>8 disease-free survival/</li> <li>9 survivor:.mp.</li> <li>10 or/7-9</li> <li>11 6 and 10</li> <li>12 Program Development/</li> <li>13 Program Evaluation/</li> <li>14 Patient Care Planning/</li> <li>15 exp Patient Care Management/</li> <li>16 Aftercare/</li> <li>17 "Health Services Needs and Demand"/</li> <li>18 Health Planning Guidelines/</li> <li>19 exp Health Services Research/</li> <li>20 exp "Delivery of Health Care"/</li> <li>21 models, organizational/</li> <li>22 Benchmarking/</li> <li>23 Cooperative Behavior/</li> <li>24 exp Patient Care Team/</li> <li>25 "Continuity of Patient Care"/</li> <li>26 Case Management/</li> <li>27 Community Health Planning/og, st, td, mt [Organization &amp; Administration, Standards, Trends, Methods]</li> <li>28 exp Professional-Patient Relations/</li> <li>29 exp Interprofessional Relations/</li> <li>30 Patient-Centered Care/</li> <li>31 Patient Discharge/</li> <li>32 Professional-Family Relations/</li> <li>33 Population surveillance/</li> <li>34 (continuity adj2 care).ti,ab.</li> <li>35 (continuum adj2 care).ti,ab.</li> <li>36 (discharg: adj2 (plan: or patient or hospital)).ti,ab.</li> <li>37 (shared adj (care or service: or notes)).ti,ab.</li> <li>38 case management.ti,ab.</li> <li>39 liaison nurse:.ti,ab.</li> <li>40 (collaborative adj (practice or care)).ti,ab.</li> <li>41 "nurse-led follow-up".ti,ab.</li> <li>42 "telephone follow up".ti,ab.</li> <li>43 (well: adj2 follow up).ti,ab.</li> <li>44 (interdisciplinary adj (care or team:)).ti,ab.</li> <li>45 "service integration".ti,ab.</li> <li>46 "integrated care".ti,ab.</li> <li>47 "multi agency working".ti,ab.</li> <li>48 "seamless care".ti,ab.</li> <li>49 "inter agency working".ti,ab.</li> <li>50 "multi professional working".ti,ab.</li> <li>51 "interprofessional working".ti,ab.</li> </ol> | 850       |

| Base de données | Stratégie de recherche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Résultats |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                 | 52 "care management".ti,ab.<br>53 "care plan:".ti,ab.<br>54 (model: adj care).ti,ab.<br>55 Patient Education as Topic/<br>56 Family Practice/<br>57 Health Status/<br>58 models, nursing/<br>59 Nurse's Role/<br>60 Patient Satisfaction/<br>61 exp Primary Health Care/<br>62 Health Promotion/<br>63 Community Health Services/<br>64 "Outcome Assessment (Health Care)"/<br>65 Quality Assurance, Health Care/<br>66 exp "Patient Acceptance of Health Care"/ (<br>67 Documentation/<br>68 or/12-67<br>69 68 and 11<br>70 exp case-control studies/ or exp cohort studies/<br>71 Cross-Sectional Studies/<br>72 randomized controlled trial.pt.<br>73 Randomized controlled trial/<br>74 Randomized Controlled Trials as Topic/<br>75 clinical trial.pt.<br>76 Double-Blind Method/<br>77 "double blind:".mp.<br>78 Placebos/<br>79 placebo:.mp.<br>80 random:.mp.<br>81 Feasibility Studies/<br>82 (systematic adj review:).mp.<br>83 or/70-82<br>84 69 and 83<br>85 limit 84 to "all child (0 to 18 years)"<br>86 84 not 85 (989)<br>87 limit 86 to (english language and yr="1999 -Current") |           |
| Embase          | 1 exp neoplasm/<br>2 oncology nursing/ or exp oncology/ or exp oncology ward/<br>3 cancer center/<br>4 or/1-3<br>5 program development/<br>6 health care quality/<br>7 patient care planning/ or patient care/<br>8 health services research/<br>9 health care delivery/<br>10 health care organization/<br>11 exp cooperation/<br>12 human relation/ or doctor nurse relation/ or nurse patient relationship/<br>13 patient education/<br>14 nursing theory/<br>15 nursing role/<br>16 patient satisfaction/<br>17 quality control/<br>18 or/5-17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 208       |





| Base de données | Stratégie de recherché                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Résultats |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                 | 19 4 and 18<br>20 cancer survivor/ or survivor/<br>21 survivor:.ti,ab.<br>22 20 or 21<br>23 19 and 22 (542)<br>24 limit 23 to (english language and yr="1999 -Current")<br>25 19 and 20<br>26 limit 25 to (english language and yr="1999 -Current")<br>27 from 26 keep 1-208                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| PsycINFO        | 1 exp neoplasms/<br>2 (tumor: or tumour: or malignanc: or sarcoma: or carcinoma: or cancer:).mp.<br>3 oncology/<br>4 oncolog:.mp.<br>5 or/1-4<br>6 survivors/<br>7 surviv:.mp.<br>8 disease-free.mp.<br>9 or/6-8<br>10 5 and 9<br>11 program development/ or exp program evaluation/<br>12 exp health care services/<br>13 exp teams/<br>14 exp Organizational Structure/<br>15 (organizational adj model:).mp.<br>16 exp case management/ or exp health care administration/ or health service needs/ or exp treatment planning/<br>17 exp health care delivery/<br>18 exp Health Service Needs/<br>19 "continuum of care"/ or aftercare/ or "quality of care"/<br>20 (collaborative adj (practice: or team:)).mp.<br>21 (well: adj follow-up).mp.<br>22 telephone follow-up.mp.<br>23 nurse-led follow-up.mp.<br>24 (interdisciplinary adj (care: or team:)).mp.<br>25 multi-agency.mp.<br>26 multi-professional:.mp.<br>27 interprofessional:.mp.<br>28 inter-professional:.mp.<br>29 (model: adj2 care:).mp.<br>30 care plan:.mp.<br>31 client education/<br>32 exp Family Physicians/ or exp Family Medicine/ or exp Primary Health Care/<br>33 (nurs: adj model:).mp.<br>34 exp "quality of services"/<br>35 client attitudes/<br>36 or/11-35<br>37 10 and 36<br>38 limit 37 to (all journals and english language and yr="1999 - Current")<br>39 limit 38 to ("0400 empirical study" or "0430 followup study" or "0450 longitudinal study" or "0451 prospective study" or "0452 retrospective study" or "0830 systematic review" or 1200 meta analysis or 1800 quantitative study)<br>40 from 39 keep 1-184 (184) | 184       |



| Base de données | Stratégie de recherche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Résultats |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CINHAL          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (MH "Neoplasms+")</li> <li>2. (MH "Cancer Patients")</li> <li>3. (MH "Oncology+")</li> <li>4. (MH "Cancer Care Facilities")</li> <li>5. (MH "Oncology Care Units") or (MH "Oncologic Care") or (MH "Oncologic Nursing+") or (MH "Radiation Oncology Nursing")</li> <li>6. S1 or S2 or S3 or S4 or S5</li> <li>7. (MH "Cancer Survivors")</li> <li>8. MH "Survival")</li> <li>9. TX survivor*</li> <li>10. S7 or S8 or S9</li> <li>11. S6 and S10</li> <li>12. (MH "Program Development+")</li> <li>13. (MH "Patient Care Plans") or (MH "Patient Centered Care") or (MH "Continuity of Patient Care")</li> <li>14. (MH "After Care")</li> <li>15. (MH "Health Services Needs and Demand+")</li> <li>16. (MH "Health Services Research+")</li> <li>17. (MH "Health Care Delivery+")</li> <li>18. (MH "Organizational Theory")</li> <li>19. (MH "Benchmarking") or (MH "Process Assessment (Health Care)+")</li> <li>20. (MH "Cooperative Behavior")</li> <li>21. (MH "Multidisciplinary Care Team+")</li> <li>22. (MH "Case Management")</li> <li>23. (MH "Professional-Patient Relations+")</li> <li>24. (MH "Interprofessional Relations+")</li> <li>25. (MH "Patient Discharge+") or (MH "Early Patient Discharge") or (MH "Patient Discharge Education")</li> <li>26. (MH "Professional-Family Relations")</li> <li>27. (MH "Disease Surveillance")</li> <li>28. TX continuity N2 care</li> <li>29. TX continuum N2 care</li> <li>30. TX discharg* N2 plan*</li> <li>31. TX discharg* N2 patient*</li> <li>32. TX discharg* N2 hospital</li> <li>33. TX shared N2 care*</li> <li>34. TX shared N2 service*</li> <li>35. TX shared N2 notes</li> <li>36. TX case management</li> <li>37. TX liaison nurse*</li> <li>38. TX collaborative N1 practice</li> <li>39. TX collaborative N1 care</li> <li>40. TX "nurse-led follow up"</li> <li>41. TX "telephone follow up"</li> <li>42. TX well* N2 follow up</li> <li>43. TX interdisciplinary N1 care</li> <li>44. TX interdisciplinary N1 team*</li> <li>45. TX service integration</li> <li>46. TX integrated care</li> <li>47. TX seamless care</li> <li>48. TX multi agency working</li> <li>49. TX inter-agency working</li> <li>50. TX multi professional working</li> <li>51. TX interprofessional working</li> <li>52. TX care management</li> </ol> | 264       |



| Base de données                         | Stratégie de recherche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Résultats |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                         | 53. TX model* N1 care<br>54. TX care plan<br>55. (MH "Patient Education+")<br>56. (MH "Family Practice")<br>57. (MH "Health Status+")<br>58. (MH "Nursing Models, Theoretical")<br>59. (MH "Nursing Role")<br>60. (MH "Patient Satisfaction")<br>61. (MH "Primary Health Care")<br>62. (MH "Health Promotion")<br>63. (MH "Community Health Services")<br>64. (MH "Outcome Assessment")<br>65. (MH "Quality Assurance+")<br>66. (MH "Documentation+")<br>67. or /S12-S66<br>68. S11 and S67<br>69. (MH "Case Control Studies+")<br>70. (MH "Cross Sectional Studies")<br>71. MH "Prospective Studies+")<br>72. (MH "Multicenter Studies")<br>73. (MH "Pilot Studies")<br>74. S69 or S70 or S71 or S72 or S73<br>75. S68 and S74(Limiters - Publication Year from: 1999-2010; Age Groups: All Adult)                                                                                                                                                                                                                      |           |
| Cochrane Database of Systematic Reviews | 1 (neoplasm: or tumor: or tumour: or malignanc: or sarcoma: or cancer: or carcinoma:).mp.)<br>2 (oncolog: adj nursing).mp.<br>3 (oncolog: adj service:).mp.<br>4 cancer care facilit:.mp.<br>5 ((medical or radiation) adj oncology).mp.<br>6 or/1-5<br>7 disease-free survival.mp.<br>8 survivor:.mp.<br>9 or/7-8<br>10 6 and 9<br>11 Program Development.mp.<br>12 Program Evaluation.mp.<br>13 Patient Care Plan:.mp.<br>14 Patient Care Management.mp.<br>15 Aftercare.mp<br>16 "Health Services Needs and Demand".mp.<br>17 Health Planning Guidelines.mp.<br>18 Health Services Research.mp.<br>19 "Delivery of Health Care".mp.<br>20 (organizational adj model:).mp.<br>21 Benchmarking.mp.<br>22 Cooperative Behavior.mp.<br>23 Patient Care Team:.mp.<br>24 "Continuity of Patient Care".mp.<br>25 Case Management.mp.<br>26 Community Health Plan:.mp.<br>27 (Professional adj Patient adj Relation:) .mp.<br>28 Interprofessional Relation:.mp.<br>29 Patient-Centered Care:.mp.<br>30 Patient Discharg:.mp. | 79        |



| Base de données                   | Stratégie de recherche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Résultats |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                   | 31 (Professional adj Family adj Relation:).mp.<br>32 Population surveillance:.mp.<br>33 (continuity adj2 care).ti,ab.<br>34 (continuum adj2 care).ti,ab.<br>35 (discharg: adj2 (plan: or patient or hospital)).ti,ab.<br>36 (shared adj (care or service: or notes)).ti,ab<br>37 case management.ti,ab.<br>38 liaison nurse:.ti,ab.<br>39 (collaborative adj (practice or care)). ti,ab.<br>40 "nurse-led follow-up".ti,ab.<br>41 "telephone follow up".ti,ab.<br>42 (well: adj2 follow up).ti,ab.<br>43 interdisciplinary adj (care or team:)) .ti,ab.<br>44 "service integration".ti,ab.<br>45 "integrated care".ti,ab.<br>46 multi-agency.ti,ab.<br>47 "seamless care".ti,ab.<br>48 inter agency.mp. or interagency.ti,ab.<br>49 multi professional.ti,ab.<br>50 (interprofessional or inter-professional).ti,ab.<br>51 "care management".ti,ab.<br>52 "care plan:".ti,ab.<br>53 (model: adj care).ti,ab.<br>54 Patient Education.mp.<br>55 family practice:.mp.<br>56 health status:.mp.<br>57 (nursing adj model:).mp.<br>58 (nurs: adj role:).mp.<br>59 patient satisfaction:.mp.<br>60 primary health care.mp.<br>61 health promotion:.mp.<br>62 community health service:.mp.<br>63 outcome assessment:.mp.<br>64 quality assurance:.mp.<br>65 documentation:.mp.<br>66 or/11-65<br>67 10 and 66 |           |
| Cochrane Clinical Trials Register | 1 exp Neoplasms/<br>2 exp neoplasms/<br>3 oncologic nursing/<br>4 oncology services, hospital/<br>5 cancer care facilities/<br>6 exp medical oncology/<br>7 or/2-6<br>8 survivors/<br>9 disease-free survival/<br>10 survivor:.mp.<br>11 or/8-10<br>12 7 and 11<br>13 Program Development/<br>14 Program Evaluation/<br>15 Patient Care Planning/<br>16 exp Patient Care Management/<br>17 Aftercare/<br>18 "Health Services Needs and Demand"/                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 167       |



| Base de données | Stratégie de recherche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Résultats   |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                 | 19 Health Planning Guidelines/<br>20 exp Health Services Research/<br>21 exp "Delivery of Health Care"/<br>22 models, organizational/<br>23 Benchmarking/<br>24 Cooperative Behavior/<br>25 exp Patient Care Team/<br>26 "Continuity of Patient Care"/<br>27 Case Management/<br>28 Community Health Planning/og, st, td, mt [Organization & Administration, Standards, Trends, Methods]<br>29 exp Professional-Patient Relations/<br>30 exp Interprofessional Relations/<br>31 Patient-Centered Care/<br>32 Patient Discharge/<br>33 Professional-Family Relations/<br>34 Population surveillance/<br>35 (continuity adj2 care).ti,ab.<br>36 (continuum adj2 care).ti,ab.<br>37 (discharg: adj2 (plan: or patient or hospital)).ti,ab.<br>38 (shared adj (care or service: or notes)). i,ab.<br>39 case management.ti,ab.<br>40 liaison nurse:.ti,ab.<br>41 (collaborative adj (practice or care)). i,ab.<br>42 "nurse-led follow-up".ti,ab.<br>43 "telephone follow up".ti,ab.<br>44 (well: adj2 follow up).ti,ab.<br>45 (interdisciplinary adj (care or team:)).ti,ab.<br>46 "service integration".ti,ab.<br>47 "integrated care".ti,ab.<br>48 "seamless care".ti,ab.<br>49 "care management".ti,ab.<br>50 "care plan:".ti,ab.<br>51 (model: adj care).ti,ab.<br>52 Patient Education as Topic/<br>53 Family Practice/<br>54 Health Status/<br>55 models, nursing/<br>56 Nurse's Role/<br>57 Patient Satisfaction/<br>58 exp Primary Health Care/<br>59 Health Promotion/<br>60 Community Health Services/<br>61 "Outcome Assessment (Health Care)"/<br>62 Quality Assurance, Health Care/<br>63 exp "Patient Acceptance of Health Care"/<br>64 Documentation/<br>65 multi-agenc:.ti,ab.<br>66 inter-agenc:.ti,ab.<br>67 interprofessional:.ti,ab.<br>68 inter-professional:.ti,ab.<br>69 or/13-68<br>70 12 and 69<br>71 limit 70 to yr="1999 -Current" |             |
|                 | <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>1752</b> |



## Annexe III : Stratégie de recherche documentaire sur les interventions psychosociales et de soutien

| Base de données | Stratégie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Résultats |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| MEDLINE         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 exp neoplasms/</li> <li>2 oncologic nursing/</li> <li>3 oncology services, hospital/</li> <li>4 cancer care facilities/</li> <li>5 exp medical oncology/</li> <li>6 or/1-5</li> <li>7 survivors/</li> <li>8 disease-free survival/</li> <li>9 survivor:.mp.</li> <li>10 or/7-9</li> <li>11 6 and 10</li> <li>12 Rehabilitation/ or Rehab\$ program\$.mp.</li> <li>13 Self care support program\$.mp. or Self Care/</li> <li>14 Self management program\$.mp.</li> <li>15 Self management training.mp.</li> <li>16 Self-help group\$.mp. or self-help groups/</li> <li>17 Self help group\$.mp.</li> <li>18 Selfhelp group\$.mp.</li> <li>19 Social support/ or Social support intervention\$.mp.</li> <li>20 Support group\$.mp.</li> <li>21 group support.mp.</li> <li>22 group therapy.mp. or psychotherapy, Group/</li> <li>23 group coping.mp.</li> <li>24 exp Counseling/</li> <li>25 Counsel?ing.mp.</li> <li>26 Psychotherapy.mp. or exp Psychotherapy/</li> <li>27 psychosocial therapy.mp.</li> <li>28 psychological intervention\$.mp.</li> <li>29 psychosocial intervention\$.mp.</li> <li>30 psychological support.mp</li> <li>31 psychosocial support.mp.</li> <li>32 Relaxation techniques/ or relaxation training.mp</li> <li>33 patient education.mp. or patient education as Topic/</li> <li>34 educational interventio\$.mp.</li> <li>35 educational therapy.mp.</li> <li>36 Cognitive therapy.mp. or Cognitive Therapy/</li> <li>37 cognitive psychotherapy.mp.</li> <li>38 cognitive behavio?r therapy.mp.</li> <li>39 behavio?r therapy.mp. or behavior therapy/</li> <li>40 Social work.mp. or Social Work/</li> <li>41 Adaptation, Psychological/</li> <li>42 social support/</li> <li>43 Social Environment/</li> <li>44 Community Networks/</li> <li>45 Self-Help Groups/</li> <li>46 exp Psychotherapy, Group/</li> <li>47 "Quality of Life"/px [Psychology]</li> <li>48 Counseling/</li> <li>49 Social Isolation/</li> <li>50 "cost of illness"/</li> <li>51 self concept/ or "self assessment (psychology)"/</li> <li>52 ((best adj3 support\$) or (optim\$ adj3 support\$) or (support\$ adj3</li> </ol> | 243       |



| Base de données | Stratégie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Résultats |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                 | care\$) or (support\$ adj3 caring) or (supportive adj3 treatment\$)).mp.<br>53 or/12-52<br>54 11 and 53<br>55 randomized controlled trial.pt.<br>56 Randomized controlled trial/<br>57 Randomized Controlled Trials as Topic/<br>58 clinical trial.pt.<br>59 Double-Blind Method/<br>60 "double blind:".mp.<br>61 Placebos/<br>62 placebo:.mp.<br>63 random:.mp.<br>64 Meta-Analysis/<br>65 meta-analysis.pt.<br>66 meta-anal:.mp.<br>67 metaanal:.mp.<br>68 quantitativ: review:.mp.<br>69 quantitativ: overview:.mp.<br>70 systematic: review:.mp.<br>71 systematic: overview:.mp.<br>72 methodolog: review:.mp.<br>73 methodolog: overview:.mp.<br>74 review.pt. and (medline or pubmed or grateful med).mp.<br>75 or/55-74<br>76 75 and 54<br>77 limit 76 to "all child (0 to 18 years)"<br>78 76 not 77<br>79 limit 78 to (english language and yr="1999 -Current")                                         |           |
| Embase          | 1 exp neoplasm/<br>2 oncology nursing/ or exp oncology/ or exp oncology ward/<br>3 cancer center/<br>4 or/1-3<br>5 cancer survivor/ or survivor/<br>6 survivor:.ti,ab.<br>7 5 or 6<br>8 4 and 7<br>9 self help/<br>10 social support/<br>11 group therapy/<br>12 exp counseling/<br>13 "psychological and psychosocial phenomena"/<br>14 psychosocial adjustment to illness scale/<br>15 psychosocial care/<br>16 exp psychosocial disorder/<br>17 psychosocial environment/<br>18 psychosocial rehabilitation/<br>19 psychosocial withdrawal/<br>20 cognitive therapy/<br>21 social work/<br>22 ((best adj3 support\$) or (optim\$ adj3 support\$) or (support\$ adj3 care\$) or (support\$ adj3 caring) or (supportive adj3 treatment\$)).mp.<br>23 or/10-22<br>24 8 and 23<br>25 limit 24 to (english language and yr="1999 -Current")<br>26 limit 25 to (embryo <first trimester> or infant <to one year> or | 43        |





| Base de données | Stratégie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Résultats |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                 | child <unspecified age> or preschool child <1 to 6 years> or school<br>child <7 to 12 years> or adolescent <13 to 17 years>)<br>27 25 not 26<br>28 from 27 keep 1-425<br>29 randomized controlled trial/<br>30 meta analysis/<br>31 (systematic adj review:).mp.<br>32 or/29-31<br>33 28 and 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| PsycINFO        | 1 exp neoplasms/<br>2 survivors/<br>3 survivor:.mp.<br>4 or/2-3<br>5 1 and 4<br>6 Rehabilitation/ or Rehab\$ program\$.mp.<br>7 Self care support program\$.mp.<br>8 self care/<br>9 Self management program\$.mp.<br>10 self management training.mp.<br>11 Self-help group\$.mp.<br>12 Self help group\$.mp.<br>13 selfhelp group\$.mp.<br>14 Social support intervention\$.mp.<br>15 Social support/<br>16 Support group\$.mp.<br>17 group support.mp.<br>18 group therapy.mp.<br>19 group coping.mp.<br>20 exp Counseling/<br>21 Counsel?ing.mp.<br>22 Psychotherapy.mp.<br>23 psychosocial therapy.mp.<br>24 exp Psychotherapy/<br>25 psychological intervention\$.mp.<br>26 psychosocial intervention\$.mp.<br>27 psychological support.mp.<br>28 psychosocial support.mp.<br>29 relaxation training.mp.<br>30 patient education.mp.<br>31 patient education/<br>32 educational interventio\$.mp.<br>33 educational therapy.mp.<br>34 Cognitive therapy.mp.<br>35 cognitive psychotherapy.mp.<br>36 Cognitive Therapy/<br>37 cognitive behavio?r therapy.mp.<br>38 behavio?r therapy.mp.<br>39 behavior therapy/<br>40 Social work.mp.<br>41 Social Work/<br>42 social support/<br>43 Social Environment/<br>44 Social Isolation/<br>45 self concept/<br>46 ((best adj3 support\$) or (optim\$ adj3 support\$) or (support\$ adj3 | 327       |



| Base de données                         | Stratégie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Résultats |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                         | <p>care\$) or (support\$ adj3 caring) or (supportive adj3 treatment\$)).mp.<br/> 47 support groups/<br/> 48 support groups/ or exp group psychotherapy/<br/> 49 relaxation/ or exp relaxation therapy/<br/> 50 exp "quality of life"/ or well being/<br/> 51 or/6-50<br/> 52 5 and 51<br/> 53 limit 52 to (all journals and english language and yr="1999 - Current")<br/> 54 limit 53 to ("0200 clinical case study" or "0400 empirical study" or "0430 followup study" or "0450 longitudinal study" or "0451 prospective study" or "0452 retrospective study" or "0830 systematic review" or 1200 meta analysis or 1800 quantitative study or "2000 treatment outcome/randomized clinical trial")<br/> 55 limit 54 to (100 childhood &lt;birth to age 12 yrs&gt; or 120 neonatal &lt;birth to age 1 mo&gt; or 140 infancy &lt;age 2 to 23 mo&gt; or 160 preschool age &lt;age 2 to 5 yrs&gt; or 180 school age &lt;age 6 to 12 yrs&gt; or 200 adolescence &lt;age 13 to 17 yrs&gt;)<br/> 56 54 not 55</p>                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| CINAHL                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (MH "Neoplasms+")</li> <li>2. (MH "Oncology+")</li> <li>3. (MH "Oncologic Nursing+")</li> <li>4. (MH "Oncology Care Units") or (MH "Oncologic Care")</li> <li>5. (MH "Cancer Care Facilities")</li> <li>6. S1 or S2 or S3 or S4 or S5</li> <li>7. (MH "Cancer Survivors")</li> <li>8. TX survivor*</li> <li>9. S7 or S8</li> <li>10. S6 and S9</li> <li>11. (MH "Support Groups")</li> <li>12. (MH "Rehabilitation, Psychosocial+")</li> <li>13. (MH "Psychotherapy+")</li> <li>14. (MH "Spiritual Care")</li> <li>15. (MH "Psychosocial Aspects of Illness+")</li> <li>16. (MH "Social Networks")</li> <li>17. (MH "Adaptation, Psychological+")</li> <li>18. (MH "Social Adjustment")</li> <li>19. (MH "Coping+")</li> <li>20. (MH "Stress+")</li> <li>21. (MH "Psychosocial Adjustment to Illness Scale")</li> <li>22. (MH "Quality of Life+/PF")</li> <li>23. (MH "Self Concept+")</li> <li>24. TX best N3 support*</li> <li>25. TX optimum* N3 support*</li> <li>26. TX support* N3 care*</li> <li>27. TX support* N3 caring</li> <li>28. TX supportive N3 treatment</li> <li>29. or/S11-S28</li> <li>30. S10 and S29 (Limiters - Research Article; Peer Reviewed; Publication Year from: 1999-2010; English)</li> </ol> | 464       |
| Cochrane Database of Systematic Reviews | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 survivor:.mp. (350)</li> <li>2 (cancer: or tumor: or tumour: or sarcoma: or carcinoma: or malignanc: or neoplasm: or oncolog:).mp. (1646)</li> <li>3 1 and 2 (92)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 92        |
| Cochrane Central                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 exp neoplasms/</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 133       |



| Base de données                  | Stratégie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Résultats   |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Register of<br>Controlled Trials | 2 oncologic nursing/<br>3 oncology services, hospital/<br>4 cancer care facilities/<br>5 exp medical oncology/<br>6 or/1-5<br>7 survivors/<br>8 disease-free survival/<br>9 survivor:.mp.<br>10 or/7-9<br>11 6 and 10<br>12 Rehabilitation/ or Rehab\$ program\$.mp.<br>13 Self care support program\$.mp. or Self Care/<br>14 Self management program\$.mp.<br>15 self management training.mp.<br>16 Self-help group\$.mp. or self-help groups/<br>17 Self help group\$.mp.<br>18 selfhelp group\$.mp.<br>19 Social support/ or Social support intervention\$.mp.<br>20 Support group\$.mp.<br>21 group support.mp.<br>22 group therapy.mp. or psychotherapy, Group/<br>23 group coping.mp.<br>24 exp Counseling/<br>25 Counsel?ing.mp.<br>26 Psychotherapy.mp. or exp Psychotherapy/<br>27 psychosocial therapy.mp.<br>28 psychological intervention\$.mp.<br>29 psychosocial intervention\$.mp.<br>30 psychological support.mp.<br>31 psychosocial support.mp.<br>32 Relaxation techniques/ or relaxation training.mp.<br>33 patient education.mp. or patient education as Topic/<br>34 educational interventio\$.mp.<br>35 educational therapy.mp.<br>36 Cognitive therapy.mp. or Cognitive Therapy/<br>37 cognitive psychotherapy.mp.<br>38 cognitive behavio?r therapy.mp.<br>39 behavio?r therapy.mp. or behavior therapy/<br>40 Social work.mp. or Social Work/<br>41 Adaptation, Psychological/<br>42 social support/<br>43 Social Environment/<br>44 Community Networks/<br>45 Self-Help Groups/<br>46 exp Psychotherapy, Group/<br>47 "Quality of Life"/px [Psychology]<br>48 Social Isolation/<br>49 "cost of illness"/<br>50 self concept/ or "self assessment (psychology)"/<br>51 ((best adj3 support\$) or (optim\$ adj3 support\$) or (support\$ adj3<br>care\$) or (support\$ adj3 caring) or (supportive adj3 treatment\$)).mp.<br>52 or/12-51<br>53 11 and 52<br>54 limit 53 to yr="1999 -Current" (133) |             |
|                                  | <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>1302</b> |



## Annexe IV : Matrice des recommandations extraites des guides de pratique recensés

### Modèles de soins

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Modèles de soins                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASPO<br>2009 (52)              | L'Institute of Medicine (IOM) a documenté plusieurs modèles de soins de suivi aux survivants du cancer, mais le corpus de recherche et les données empiriques sont insuffisantes pour tirer des conclusions générales sur les meilleures pratiques ou les modèles optimaux. Les cliniques aux survivants et les modèles de soins partagés (dispensés par l'oncologue et le médecin de première ligne) relèvent du sens commun, mais l'efficacité de chaque modèle n'a pas été évaluée.                                                                                           |
| ACCC<br>2009 (53)              | Chaque discipline de soins de santé est disponible au sein de l'équipe ou sur consultation pour faciliter la continuité des soins dans le cadre des services de réadaptation. Des services en sous-traitance seront dispensés par des personnes certifiées qui seront soumises à une évaluation tous les ans.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| DACCC<br>2007 (55)             | Au début de la période de suivi, il y a lieu de déterminer le but, la fréquence et la durée des visites de contrôle et préciser qui assurera le suivi (urologue, oncoradiologue ou autre).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ASCO<br>2006 (57)              | La continuité des soins pour les personnes ayant un cancer du sein est conseillée et devrait être assurée par un médecin expérimenté dans la surveillance des patients atteints de cancer et l'examen des seins, y compris l'examen des seins irradiés. Si le suivi est confié à un médecin de première ligne, le médecin et la patiente devraient être informés sur les hormonothérapies adjuvantes possibles à long terme, ce qui peut nécessiter des évaluations par un oncologue à des intervalles conformes aux lignes directrices relatives à l'hormonothérapie adjuvante. |
| RCCS<br>2005 (61)              | La responsabilité du suivi devrait être assignée formellement à un seul médecin. La communication entre tous les membres de l'équipe doit être assurée pour éviter la duplication des visites et des examens.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; ASCO = American Society of Clinical Oncology; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

### Type de professionnel

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Type de professionnel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASPO<br>2009 (52)              | Il est important de recueillir des données concernant les répercussions sur la santé et les coûts de la prestation des soins aux survivants par divers professionnels de la santé : 1) cliniciens spécialisés (p. ex. infirmières praticiennes, médecins adjoints), 2) médecins de première ligne formés en oncologie; 3) oncologues spécialisés en soins de première ligne.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ACCC<br>2009 (53)              | <i>Section 9 : Services de réadaptation</i><br>Des services complets de réadaptation sont à la disposition des patients atteints de cancer et à leur famille à tous les stades du continuum de soins, du diagnostic jusqu'à la phase de survie.<br>A. La réadaptation englobe les acteurs et les services suivants : patient et famille, médecins traitants, infirmières en oncologie, services psychosociaux, soutien en nutrition, pharmacie, aide spirituelle, physiothérapie, ergothérapie et récréothérapie, orthophonie, services multidisciplinaires complets de gestion d'un lymphœdème, thérapie de stomie, services de planification des soins à domicile, des soins communautaires et des soins prolongés après la sortie de l'hôpital, services de bénévoles qualifiés pour dispenser |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Type de professionnel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | soutien et accompagnement aux patients et aux membres de la famille, autres services complémentaires (musicothérapie ou autre forme d'art-thérapie, relaxation, massage), pouvant être combinés aux disciplines de réadaptation.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| DACCC<br>2007 (55)             | Le suivi fait appel à diverses disciplines, entre autres, infirmières en oncologie, en urologie et en radiothérapie, diététistes, physiothérapeutes, psychologues, sexologues, en fonction des problèmes, des symptômes et des besoins de chaque patient.<br>Si le taux d'antigène prostatique spécifique (PSA) est stable (ou très peu élevé), un omnipraticien ou une infirmière spécialisée peut être appelé à effectuer le dosage du PSA une fois que la valeur la plus basse est atteinte. |
| DACCC<br>2006 (58)             | Une coordination multidisciplinaire est souhaitable pour le dépistage systématique des problèmes psychosociaux afin de fournir le soutien qui convient.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

## Services de soutien

| Auteurs<br>Année<br>(Référence) | Services de soutien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2008 (54)                | Professionnels de la santé : Tous les intervenants en oncologie devraient veiller à ce que chaque patient reçoive des soins qui répondent aux normes de santé psychosociale. Le National Cancer Institute devrait aider les professionnels à appliquer la norme de soins en tenant à jour un répertoire des services psychosociaux offerts gratuitement aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. |
| Rizzo<br>2006 (59)              | Chez les adultes, la fonction sexuelle doit être évaluée au moins six et 12 mois après une greffe de cellules souches hématopoïétiques.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ACS<br>2001 (60)                | Les discussions au cours de la consultation ne devraient pas se limiter aux symptômes physiques et aux résultats des examens mais couvrir les sujets reliés à la qualité de vie, entre autres l'anxiété et les inquiétudes.                                                                                                                                                                                   |
| RCCS<br>2005 (61)               | Le soutien psychosocial est à encourager et à faciliter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

IOM = Institute of Medicine; ACS = American Cancer Society; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

## Approches structurales

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Approches structurales (plans de soins de transition)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NCCN<br>2010 (50)              | Le NCCN offre une prescription pour la survie et le transfert des soins à un médecin de première ligne, qui comprend le sommaire des traitements (interventions chirurgicales, radiothérapies, chimiothérapies et autres), décrit l'évolution clinique possible (durée prévue des effets toxiques aigus, effets secondaires et séquelles possibles des traitements), inclut des recommandations concernant la surveillance et définit le moment opportun du transfert des soins avec description des responsabilités.                                                |
| NCCN<br>2010 (51)              | Le NCCN offre une prescription pour la survie et le transfert des soins à un médecin de première ligne, qui comprend le sommaire des traitements (interventions chirurgicales, radiothérapies, chimiothérapies et autres), décrit l'évolution clinique possible (durée prévue des effets toxiques aigus, effets secondaires et séquelles possibles des traitements), inclut des recommandations concernant la surveillance et définit le moment opportun du transfert des soins avec description des responsabilités du médecin de première ligne et de l'oncologue. |



| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Approches structurales (plans de soins de transition)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASPO<br>2009 (52)              | <p>Les modèles et les plans de soins de suivi devraient s'appuyer sur des données probantes d'efficacité dans le cadre des essais randomisés et en clinique. Le but des plans de soins aux survivants est d'aider le patient à établir des liens avec les professionnels de la santé. Les membres de l'ASPO ont convenu que la responsabilisation du patient est importante non seulement durant le traitement actif mais aussi durant la période prolongée des soins de suivi et qu'il faut mener des recherches sur les façons d'amener les patients à s'investir dans leurs soins de suivi.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ACCC<br>2009 (53)              | <p>Des mécanismes existent, au besoin, pour examiner le plan de réadaptation et coordonner la communication entre les membres de l'équipe de réadaptation.</p> <p>Les services de réadaptation font partie intégrante de la structure organisationnelle du programme, respectent les politiques et les procédures pertinentes et sont accessibles aux patients et à leur famille à toutes les étapes de soins.</p> <p>De l'information et des programmes sur les enjeux de survie sont à la disposition des patients et de leurs proches.</p> <p>Éléments essentiels des programmes et des ressources éducatives à l'intention des survivants et des familles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sommaire de traitement, suivi recommandé pour la surveillance, effets tardifs et à long terme de la maladie et des traitements, prise en charge des symptômes et sujets de préoccupation d'ordre psychosocial, spirituel et financier. Accès à l'information concernant la prévention du cancer, le diagnostic précoce, la génétique, les traitements, la gestion des symptômes et les préoccupations psychosociales, spirituelles et financières par le biais de documentation, de liens Internet, d'autres experts ou d'organismes de soutien.</li> <li>2. Renseignements concernant les ressources locales, régionales et nationales sur la survie et la recherche dans le domaine au moyen de documentation ou de liens Internet, auprès d'autres experts ou d'organismes de soutien pour tout aspect du cancer, les soins, la recherche, la protection des droits et la vie après le cancer.</li> <li>3. Accès à des groupes d'aide soit au sein de l'équipe ou par orientation vers des groupes de soutien communautaires ou sur Internet et d'autres mécanismes (p. ex. programmes téléphoniques reliant les survivants).</li> <li>4. Renseignements sur les divers enjeux auxquels font face les survivants, par exemple, droits relativement à l'emploi, assurance, séquelles du cancer et du traitement, directives par anticipation, testament biologique et procuration durable, planification successorale, modalités de traitement des récidives, planification des soins de fin de vie.</li> <li>5. Possibilité de participer avec l'équipe de soignants à la mise sur pied de programmes d'éducation et de soutien de proximité visant à offrir des soins de qualité et à renseigner le personnel sur l'expérience du cancer.</li> </ol> |
| IOM<br>2008 (54)               | <p>Les organisations qui dispensent un enseignement ou viennent en aide aux patients devraient expliquer aux survivants et à leurs proches qu'ils sont en droit de recevoir des soins répondant aux normes en matière de soins psychosociaux et de les recevoir au besoin. Ils devraient également poursuivre leurs efforts en vue de prendre davantage la part du patient dans l'alliance patient-soignant. Les objectifs devraient être d'habiliter les patients à prendre une part active dans leurs soins en leur fournissant des outils et une formation sur les moyens d'obtenir de l'information, de prendre des décisions, de résoudre les problèmes et de communiquer plus efficacement avec leurs soignants. Toutes les parties qui établissent ou utilisent des normes pour la qualité des soins entourant le cancer devraient adopter les principes suivants : tous les soins reliés au cancer doivent assurer la prestation de services psychosociaux appropriés en favorisant la communication entre patients et professionnels de la santé, en déterminant les besoins de chaque patient en matière de soins psychosociaux, en instaurant un plan qui relie le patient aux services psychosociaux requis, harmonise les soins biomédicaux et psychosociaux, incite et appuie les patients à prendre en charge leur maladie et leur santé et en revoyant, réévaluant et ajustant systématiquement les plans.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DACCC<br>2007 (55)             | <p>Le patient doit savoir quelles complications sont possibles et quel professionnel de la santé aviser le cas échéant.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Approches structurales (plans de soins de transition)                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006 (56)               | Les patients qui terminent leur traitement primaire devraient recevoir un sommaire de soins complet et un plan de suivi clair et bien expliqué. Ce « plan de soins du survivant » devrait être rédigé par le médecin qui a coordonné le traitement d'oncologie, et ce service devrait être remboursé par les tiers payeurs du système de santé. |
| RCCS<br>2005 (61)              | La fréquence des visites devrait être adaptée aux besoins de chaque patient. Les patients devraient être encouragés à signaler les symptômes nouveaux ou persistants sans attendre le prochain rendez-vous.                                                                                                                                     |

NCCN = National Comprehensive Cancer Network; ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; IOM = Institute of Medicine; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

## Autres recommandations

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Autres recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASPO<br>2009 (52)              | La responsabilisation du patient est importante non seulement durant le traitement actif mais durant la période prolongée des soins de suivi, et des recherches sur les façons d'inciter les survivants à s'investir dans leurs soins de suivi sont nécessaires.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ACCC<br>2009 (53)              | Des programmes de formation continue sont à la disposition du personnel des services de réadaptation. Un mécanisme est en place pour informer les patients et leur famille des services offerts. Des ressources sont affectées à un programme robuste de soins aux survivants. Des normes nationales concernant la survie sont incorporées dans la planification, la mise en application et l'évaluation du programme.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| IOM<br>2008 (54)               | <p>a. Les organismes qui attribuent des crédits de formation et des permis ainsi que les associations professionnelles devraient examiner leurs normes et leurs critères d'octroi en tenant compte des compétences en matière de prestation de soins psychosociaux et en respectant le plus possible un modèle qui intègre le biomédical et le psychosocial.</p> <p>b. Les bureaux des congrès et les organismes fédéraux devraient appuyer et financer la mise sur pied d'un collectif de perfectionnement du personnel en soins psychosociaux durant les maladies chroniques, formé de représentants de diverses professions et disciplines (éducation, protection des consommateurs et des familles, services de santé psychosociale et biomédicale) et chargé des tâches suivantes : déterminer, mettre au point et disséminer aux éducateurs en santé l'information sur les compétences professionnelles, les modèles et les programmes en amont en ce qui a trait à la prestation de services psychosociaux aux personnes atteintes d'une maladie chronique et à leurs proches; adapter les programmes de formation continue pour la main-d'œuvre existante au moyen de techniques d'apprentissage en milieu de travail; concevoir et implanter un processus de perfectionnement des compétences des professeurs et formateurs en soins psychosociaux à l'aide de stratégies didactiques éprouvées et mettre davantage l'accent sur les soins de santé psychosociale dans les normes d'octroi de crédits et de permis professionnel et des examens d'agrément, en recommandant aux organismes qui contrôlent ces processus d'apporter des changements.</p> <p>c. Les bailleurs de fonds des recherches futures devraient appuyer l'évaluation de la mise en place en éducation, en formation et en pratique clinique des compétences nécessaires pour dispenser des soins psychosociaux et leurs répercussions sur l'atteinte des normes des soins, comme il est énoncé dans la recommandation 1.</p> |
| IOM<br>2006 (56)               | L'Institut national du cancer, les associations professionnelles et les organismes de bénévoles devraient élargir et coordonner leurs efforts en vue d'offrir des programmes de formation aux professionnels de la santé afin de les équiper pour aborder les problèmes de santé et de qualité de vie auxquels font face les survivants du cancer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

ASPO = American Society of Preventive Oncology; ACCC = Association of Community Cancer Centers; IOM = Institute of Medicine.





## Fonctionnement physique

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Fonctionnement physique (recommandations relatives à la prévention, à l'adoption d'un mode de vie sain et à la gestion des symptômes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NCCN<br>2010 (50)              | L'assistance relative à l'hygiène de vie et au mieux-être (conformément aux recommandations de l'ACS) devrait comprendre un dépistage et des conseils sur le maintien d'un poids santé, l'activité physique, un mode de vie actif (au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou vigoureuse cinq jours par semaine ou plus) et la consommation d'alcool et de tabac, en insistant sur l'abstention tabagique et l'adoption d'une alimentation saine (surtout végétale).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NCCN<br>2010 (51)              | L'assistance relative à l'hygiène de vie et au mieux-être (conformément aux recommandations de l'ACS) devrait comprendre des conseils sur le maintien d'un poids santé, l'activité physique, un mode de vie actif (au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou vigoureuse cinq jours par semaine ou plus) et la consommation d'alcool et de tabac, en insistant sur l'abstention tabagique et l'adoption d'une alimentation saine (surtout végétale).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| DACCC<br>2007 (55)             | Adopter une alimentation saine et équilibrée, faire suffisamment d'exercice et s'abstenir de fumer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| IOM<br>2006 (56)               | Les professionnels de la santé devraient recourir à des guides de pratique clinique élaborés systématiquement et fondés sur des données probantes, à des outils d'évaluation et à des instruments de dépistage pour déceler et prendre en charge les effets tardifs du cancer et des traitements. Les lignes directrices existantes devraient être raffinées et de nouvelles lignes directrices factuelles devraient être élaborées par les secteurs public et privé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| RCCS<br>2005 (61)              | Interroger les patientes sur les symptômes de fatigue, en explorer les causes physiologiques et les éliminer. La dépression et la douleur sont des facteurs sous-jacents qu'il est possible de corriger. La gestion du poids est un sujet à aborder avec toutes les survivantes du cancer du sein. Encourager les personnes qui ont un surplus de poids à suivre un programme d'amaigrissement éprouvé. Conseiller les patientes sur l'exercice et un apport suffisant de calcium et de vitamine D. Discuter du fonctionnement sexuel au cours des consultations de suivi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ACS<br>2003 (62)               | Adopter une alimentation saine, en privilégiant les produits végétaux; consommer au moins cinq portions de légumes et de fruits par jour; choisir des grains entiers plutôt que des grains et des sucres transformés; limiter la consommation de viandes rouges, surtout les viandes riches en lipides et transformées; choisir des aliments qui aident à maintenir un poids santé; adopter un mode de vie actif (pour les adultes, au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour, cinq jours par semaine ou plus; 45 minutes d'activité physique modérée ou vigoureuse par jour cinq jours par semaine ou plus réduisent davantage le risque de cancer du sein et du cancer du côlon). Maintenir un poids santé toute la vie. Équilibrer l'apport calorique avec le niveau d'activité physique, perdre du poids en cas d'embonpoint ou d'obésité. Limiter sa consommation d'alcool. Suivre les directives générales en matière de salubrité des aliments. |

NCCN = National Comprehensive Cancer Network; IOM = Institute of Medicine; DACCC = Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres; ACS = American Cancer Society; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

## Fonctionnement psychologique

| Auteur<br>Année<br>(Reference) | Fonctionnement psychologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006 (56)               | Mêmes recommandations que pour le fonctionnement physique.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Rizzo<br>2006 (59)             | Rester à l'affût des symptômes psychologiques. Une évaluation clinique est recommandée durant toute la période de récupération, à six mois, à un an et une fois l'an par la suite, avec consultation d'un professionnel en santé mentale si la personne affiche des difficultés. Poser deux questions simples (« Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des moments de cafard, de dépression ou de désespoir? » et « Au cours des deux dernières semaines, avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire vos activités? ») est probablement aussi efficace que les questionnaires plus longs. La fréquence des évaluations n'est pas mentionnée, mais il semble raisonnable de procéder au dépistage à intervalles de six à 12 mois après une greffe ou selon la situation clinique. Une réponse affirmative aux deux questions ci-dessus devrait commander une évaluation plus approfondie à la recherche de dépression, afin de déterminer si une pharmacothérapie ou une psychothérapie est nécessaire. |

IOM = Institute of Medicine.

## Besoins informationnels et pratiques

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Besoins informationnels et pratiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006 (56)               | <p>Recommandation 8 :</p> <p>Les employeurs, les avocats, les professionnels de la santé, les responsables des services de soutien et les organismes gouvernementaux devraient agir pour éliminer la discrimination et réduire les effets défavorables du cancer sur le retour au travail, tout en fournissant un soutien aux survivants du cancer qui ont une incapacité fonctionnelle temporaire ou permanente.</p> <p>Recommandation 9 :</p> <p>Les dirigeants gouvernementaux devraient faire en sorte que tous les survivants du cancer aient accès à une assurance santé adéquate et abordable. Les assureurs et les payeurs de soins de santé devraient reconnaître les soins aux survivants comme un élément essentiel des soins reliés au cancer et mettre en place des programmes d'indemnisation, des politiques de règlement et des mécanismes de remboursement pour faciliter la couverture des éléments de soins étayés par des données probantes.</p> |
| RCCS<br>2005 (61)              | Si une femme souhaite pratiquer l'auto-examen des seins, il est raisonnable de lui enseigner la bonne technique. Les femmes qui envisagent de devenir enceintes après un diagnostic de cancer du sein devraient être informées de la quantité limitée de données ayant porté sur l'effet d'une grossesse sur le risque de récurrence et la survie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

IOM = Institute of Medicine; ASCO = American Society of Clinical Oncology; RCCS = Réseau canadien du cancer du sein.

## Besoins émotionnels

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Besoins émotionnels                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006 (56)               | Mêmes recommandations que pour le fonctionnement physique. |

IOM = Institute of Medicine.

## Besoins sociaux

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Besoins sociaux                                                                                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006                    | Mêmes recommandations que pour le fonctionnement physique.                                                          |
| Rizzo<br>2006                  | S'enquérir régulièrement du degré d'ajustement psychologique des partenaires ou des proches et de la vie familiale. |

IOM = Institute of Medicine.

## Besoins spirituels

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Besoins spirituels                                         |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|
| IOM<br>2006                    | Mêmes recommandations que pour le fonctionnement physique. |

IOM = Institute of Medicine.

## Annexe V : Matrice des résultats des revues systématiques retenues

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Revues retenues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hoving<br>2009 (64)            | <p><b>Sources des données :</b> Registre Cochrane des essais contrôlés, MEDLINE, Ovid, Embase, PsycINFO; 1970-2007</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 1 essai contrôlé, 3 essais non contrôlés</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> 3 essais portant sur la phase après la fin du traitement, 1 essai couvrant toutes les phases</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : non pharmacologiques</li> <li>• Principale mesure : retour au travail après le traitement</li> <li>• 4 études incluses</li> <li>• Les programmes d'intervention étaient axés sur l'amélioration de la récupération physique, psychologique et sociale.</li> <li>• Un pourcentage substantiel de patients (75 à 85 %) sont retournés au travail après la réadaptation.</li> <li>• On ne sait pas si ce pourcentage aurait été plus bas en l'absence d'intervention – counseling, exercice ou autre – puisque trois des quatre études ne comportaient pas de groupe comparatif.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Cheema<br>2008 (65)            | <p><b>Sources des données :</b> PubMed, MEDLINE, CINAHL, SportDiscus, Embase, Web of Science; 1966-2007</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 5 essais contrôlés randomisés (ECR), 4 essais non contrôlés; 1 essai non randomisé</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> 2 essais durant le traitement, 8 essais (2 semaines à 5 ans) après le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention : entraînement en résistance progressive, seul ou combiné à d'autres modes d'exercice (p. ex. entraînement cardiovasculaire)</li> <li>• Principales mesures : physiologiques, fonctionnelles et psychologiques</li> <li>• 10 études incluses : 5 ECR, 1 essai non randomisé, 4 essais non contrôlés</li> <li>• N = 538; survivantes du cancer du sein entre 25 et 78 ans</li> <li>• Dans la moitié des essais, on a prescrit 8 semaines d'exercice; dans les autres, la durée variait entre 16 semaines et 6 mois; les exercices de résistance progressive ont été prescrits 2 ou 3 fois par semaine; des évaluations de suivi à long terme ont eu lieu seulement dans un essai.</li> <li>• Les études examinées semblent indiquer que les femmes ayant subi une chirurgie mammaire peuvent retirer des bienfaits physiques, psychologiques et fonctionnels de la résistance progressive après leur opération.</li> <li>• Deux vastes ECR font état d'une augmentation significative de la force des parties supérieure et inférieure du corps avec la résistance progressive comparativement à l'aérobic seule. C'est très important vu la forte incidence de lymphœdème parmi cette population.</li> <li>• Le degré d'adhésion était élevé (75 à 97 %); peu d'effets secondaires ont été signalés et aucun cas d'exacerbation du lymphœdème n'a été rapporté par les évaluateurs ou les patientes.</li> <li>• Les essais retenus étaient de piètre qualité méthodologique dans l'ensemble, les interventions de résistance progressive et les caractéristiques des sujets n'étant pas proprement définies ou décrites.</li> </ul> |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Revues retenues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kangas 2008<br>(66)            | <p><b>Sources des données :</b> Cancer, CINAHL, Embase, MEDLINE, PubMed, PsycINFO; début en décembre 2006</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 57 essais contrôlés randomisés, 62 essais quasi expérimentaux (groupe témoin non randomisé)</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer en général</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> pendant et après le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : non pharmacologiques (psychologiques et exercice)</li> <li>• Principale mesure : fatigue reliée au cancer (ou indicateur connexe – vigueur, vitalité)</li> <li>• 119 essais inclus</li> <li>• Méta-analyses sur 57 ECR : interventions psychosociales (41), exercice (16) (N = 1001)</li> <li>• L'ampleur de l'effet individuel des interventions psychosociales variait de 0,43 à -1,10 (un indice négatif indique une réduction des symptômes de fatigue après l'intervention), avec un effet combiné moyen pondéré de -0,31 (Z = -9,62, p &lt; 0,001).</li> <li>• L'ampleur de l'effet global des interventions avec de l'activité physique variait de 0,33 à -1,09, avec un effet combiné moyen pondéré de -0,42 (Z = -4,41, p &lt; 0,001).</li> <li>• Les programmes d'exercice ont sans conteste eu un effet plus marqué sur l'augmentation de la vigueur/vitalité chez les femmes atteintes de cancer (0,69) que les interventions psychosociales (0,37).</li> <li>• Les interventions psychosociales conçues spécialement pour évaluer la fatigue liée au cancer ont eu un effet pondéré un peu plus important, mais moyen (-0,48), que les interventions psychosociales qui ne comportaient pas ce critère d'évaluation (-0,23).</li> <li>• Les deux types d'interventions ont produit un effet faible à moyen cliniquement significatif à la phase après la fin du traitement (-0,16 à -0,57).</li> </ul> |
| Pinto<br>2008 (67)             | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, CancerLit, Registre Cochrane des essais contrôlés; jusqu'à 2007</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 21 ECR</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer du sein (14), cancers de la tête et du cou / cancer du poumon (3), diverses localisations (2), cancer de la prostate (1), cancer pédiatrique (1)</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (12 études), après le traitement (8), durant et après traitement (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : promotion de la santé à l'aide de modèles théoriques pour des personnes atteintes de cancer et des survivants du cancer (activité physique, régime alimentaire, arrêt du tabac)</li> <li>• 21 études incluses</li> <li>• Modèle transthéorique de changement du comportement, entretien motivationnel, théorie sociocognitive, théorie du comportement planifié, théorie cognitivocomportementale et autres.</li> <li>• Les interventions reposant sur le modèle transthéorique, la théorie sociocognitive et la thérapie cognitivocomportementale ont été le plus souvent évaluées et se sont avérées les plus bénéfiques pour modifier les comportements du mode de vie : amélioration de la condition physique, maintien d'une alimentation saine et d'un poids santé, atténuation de la douleur, amélioration de l'état général, réduction de la fatigue et augmentation de la vigueur.</li> <li>• L'entretien motivationnel s'est révélé efficace pour modifier l'alimentation et l'exercice, favoriser l'assiduité et d'autres comportements propices à la santé.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Revues retenues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les interventions faisant appel à la théorie du comportement planifié sont très peu documentées.</li> <li>• Faiblesses : piètre qualité méthodologique des études et travaux limités concernant l'influence de l'intervention sur les construits théoriques.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Cramp<br>2008 (68)             | <p><b>Sources des données :</b> Registre Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL/CCTR), MEDLINE, Embase, CINAHL, British Nursing Index, AMED, SIGLE, Dissertation Abstracts International; jusqu'à juillet 2007</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 28 ECR</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer du sein (17), divers cancers (6), cancer de la prostate (2), cancer du côlon (1), lymphome (1), myélome multiple (1)</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (14), après le traitement (13), durant et après le traitement (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : programmes d'entraînement cardio et en force musculaire (à domicile et supervisés)</li> <li>• Principale mesure : fatigue due au cancer</li> <li>• N = 2083, en majorité des sujets atteints d'un cancer du sein (N = 1172)</li> <li>• Méta-analyse effectuée sur 22 études (N = 1663)</li> <li>• L'exercice a été statistiquement plus efficace que l'intervention témoin pour réduire la fatigue (différence moyenne standardisée = -0,23 [-0,33 à -0,13]); particulièrement dans les groupes évalués après le traitement, l'exercice s'est aussi révélé significativement plus efficace que l'intervention témoin pour réduire la fatigue (différence moyenne standardisée = -0,37 [-0,55 à -0,18]).</li> <li>• En ce qui concerne les autres paramètres de mesure (qualité de vie, dépression, anxiété, auto-efficacité, indices physiologiques, etc.), les résultats comparatifs entre les études étaient incohérents.</li> <li>• Faiblesses : piètre qualité des études et petite taille des échantillons (échantillon moyen = 75); peu d'études font mention du degré d'adhésion au programme d'exercice (61 à 98 %), l'évaluation de suivi à long terme a été rapportée dans 7 des 28 études, les critères et les outils de mesure utilisés variaient d'une étude à l'autre et la plupart des études portaient sur le cancer du sein.</li> </ul> |
| Ingram<br>2006 (69)            | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, Pre-MEDLINE, CancerLit, CINAHL, Registre central Cochrane, Embase, PsycINFO, PEDro, SPORTDiscus; 1989 à 2004</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 8 ECR, 6 essais contrôlés sans randomisation</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (3), après le traitement – 3 semaines à 5 ans (8), durant et après le traitement (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : entraînement cardiovasculaire et en résistance</li> <li>• Principales mesures : poids et composition corporelle</li> <li>• 14 études incluses; les ECR ont été jugés de qualité moyenne et les essais contrôlés de faible qualité; taille moyenne des échantillons = 55; durée = 6 à 26 semaines.</li> <li>• Le poids et la composition corporelle étaient généralement des paramètres secondaires, la fonction physique, la forme physique, la fatigue et l'humeur étant les principaux paramètres d'évaluation.</li> <li>• La plupart des études indiquent une modification significative de l'humeur, de la fatigue, de la fonction physique et de la condition physique mais non de la composition corporelle et du poids.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Revue retenue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les modifications de la composition corporelle et du poids surviennent plus lentement que les changements au niveau des autres paramètres; la brève durée des interventions pourrait donc expliquer les résultats non significatifs.</li> <li>• Faiblesses : aucune étude n'avait été conçue ou n'avait une puissance suffisante pour objectiver une différence significative dans le poids et la composition corporelle; aucune étude n'a recruté un nombre suffisant de survivantes du cancer du sein, aucune n'a utilisé des normes de référence pour la mesure du poids et de la composition corporelle, aucune ne comportait de groupe témoin pour l'apport alimentaire ou la taille corporelle et aucune n'a utilisé un mode d'exercice connu pour influencer fortement le poids et la composition corporelle.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Schmitz 2005<br>(70)           | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, avant 2005</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> ECR et études quasi expérimentales (au moins un groupe témoin)</p> <p><b>Type de cancer :</b> surtout cancer du sein, mais autres cancers dans certaines études</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (63 %), après le traitement (37 %) (analyses durant et après le traitement réalisées séparément)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention : activité physique comparée à un groupe témoin parallèle</li> <li>• Principales mesures : non mentionnées</li> <li>• 32 études ont été incluses, dont 22 de haute qualité méthodologique.</li> <li>• La majorité des interventions étaient d'une durée de 5 semaines à 3 mois et ne comportaient pas de suivi. L'activité physique prescrite était en général un entraînement cardiovasculaire d'intensité moyenne à vigoureuse, 2 à 5 fois par semaine, 20 à 30 minutes par séance.</li> <li>• L'activité physique a exercé un effet faible ou moyen sur la capacité cardiorespiratoire (ampleur de l'effet moyen pondéré = 0,51 et 0,65 durant et après le traitement respectivement, <math>p &lt; 0,01</math>), sur les paramètres physiologiques et les symptômes durant le traitement (effet moyen pondéré = 0,28, <math>p &lt; 0,01</math> et 0,39, <math>p &lt; 0,01</math>, respectivement) et sur la vigueur après le traitement (effet moyen pondéré = 0,83, <math>p = 0,04</math>).</li> <li>• L'activité physique a été bien tolérée par les patients durant et après le traitement.</li> <li>• Faiblesses : grande variabilité de la durée de l'intervention, grand nombre de sujets perdus de vue durant la période de suivi, variabilité considérable des mesures d'évaluation et recrutement de personnes atteintes de cancer du sein et de race blanche dans la plupart des études.</li> </ul> |
| Smedslund, 2004 (71)           | <p><b>Sources des données :</b> PsycINFO (jusqu'en 2003, semaine 25), Pubmed (1960 à 2003, semaine 25), Embase (1980 à 2003, semaine 25), AMED (1985 à juin 2003), Google</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 8 ECR et 5 études quasi expérimentales (doivent comporter un groupe témoin)</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer du sein, mélanome, cancer de la prostate et maladie de Hodgkin</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> avant et après le traitement, paramètres mesurés à la phase après la fin du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : éducation, soutien social, psychothérapie, acquisition de compétences, relaxation, etc.</li> <li>• Principale mesure : durée de survie</li> <li>• N = 2626</li> <li>• HR moyen global pondéré par l'inverse de la variance = 0,85 [0,65 à 1,11]</li> <li>• Les essais randomisés (N = 8) n'ont mis en évidence aucun effet global des interventions (HR = 0,77 [0,56 à 1,06]).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Revue retenue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les essais non randomisés n'ont pas montré d'effet global des interventions (HR = 1,00 [0,61 à 1,62]).</li> <li>• Les interventions individuelles (N = 3) ont été efficaces (HR = 0,55 [0,43 à 0,70]).</li> <li>• Les interventions de groupe (N = 9) ont été inefficaces (HR = 0,97 [0,73 à 1,27]).</li> <li>• Les interventions de groupe pour le cancer du sein (N = 6) ont été inefficaces (HR = 0,95 [0,69 à 1,31]).</li> <li>• Faiblesses : études hétérogènes et de faible envergure, absence de données sur les variables sélectionnées (p. ex. type d'intervention).</li> </ul> |

N = nombre de sujets; ECR = essai contrôlé randomisé; HR = risque relatif exprimé en hazard ratio.

## Annexe VI : Matrice des résultats des revues systématiques non retenues

| Auteur<br>Année | Revue systématique exclue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conn<br>2006    | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, CancerLit, Registre central Cochrane sur les essais contrôlés, Dissertation Abstracts, PsycINFO, SPORT, HealthStar, Clinical Evidence, CINAHL; 1970 à 2002</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 16 ECR, 1 essai quasi expérimental, 13 études avant/après avec groupe unique</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer en général</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> 8 études non publiées (4 dans la phase après la fin du traitement), 6 études durant le traitement, 6 études après le traitement, 5 études durant et après le traitement, 5 études où la phase n'est pas précisée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : exercices à la maison et en gymnase</li> <li>• Intervention conçue pour accroître la résistance, la souplesse ou l'endurance</li> <li>• Principales mesures : qualité de vie, paramètres psychologiques, santé physique (fonction physique, fatigue, symptômes), composition corporelle et comportement face à l'exercice</li> <li>• 30 études incluses</li> <li>• L'effet global moyen pondéré pour les comparaisons par paires était de 0,52 (moyenne plus élevée dans le groupe soumis à l'intervention que dans le groupe témoin) pour ce qui est de la fonction physique, de 0,35 dans le cas des symptômes autres que la fatigue et de 0,27 pour la composition corporelle.</li> <li>• Un effet positif modeste a été documenté pour l'humeur (0,19), la qualité de vie (0,14), la fatigue (0,11) et le comportement vis-à-vis de l'exercice (0,04).</li> <li>• L'ampleur de l'effet était plus élevée dans les études avant/après comportant un seul groupe.</li> <li>• L'effet parmi les sujets du groupe témoin était généralement négatif et non significatif.</li> </ul> |
| De Moor<br>2008 | <p><b>Sources des données :</b> PubMed, 1967 à 2007</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> ECR et études quasi expérimentales</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer en général (surtout cancers de la tête et du cou)</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (9), après le traitement (2), enfants après traitement (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : psychoéducatives, soutien par des pairs pour l'abandon du tabac et stratégies de prévention du tabagisme</li> <li>• Principales mesures : taux d'arrêt tabagique, savoir, prise de décisions, comportements face au tabagisme</li> <li>• 3 interventions pour prévenir le tabagisme, 9 interventions pour arrêter de fumer</li> <li>• Les programmes de prévention du tabagisme ont peu influé sur la prise de décisions et les comportements liés au tabagisme.</li> <li>• Les interventions visant le renoncement au tabac ont eu peu d'effet sur le taux d'arrêt, 2 ECR faisant état d'une hausse significative du taux de cessation chez les survivants du cancer.</li> <li>• Sur l'ensemble des études, un petit nombre a évalué les stratégies de cessation tabagique et la prévention du tabagisme, la qualité des études est médiocre et les échantillons étudiés sont de faible taille.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Auteur<br>Année           | Revue systématique exclues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demark-Wahnefried<br>2006 | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, PubMed; 1966 à 2005</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 35 ECR et essais contrôlés (non précisé si tous les essais inclus étaient randomisés)</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer en général</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (25), après le traitement (16), durant et après le traitement (2), enfant dans la phase après la fin du traitement (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : gestion des habitudes de vie (exercice, régime alimentaire et arrêt tabagique)</li> <li>• Principales mesures : comportements face à l'alimentation et l'activité physique, arrêt tabagique</li> <li>• 22 interventions misant sur l'exercice, 11 interventions diététiques, 2 interventions alliant alimentation et exercice et 10 interventions de cessation tabagique axées sur les comportements.</li> <li>• Les interventions diététiques ont été généralement efficaces pour modifier les habitudes alimentaires et les biomarqueurs. La plupart des interventions consistaient en des séances intensives individuelles en personne, animées par des nutritionnistes et constituaient ainsi une lourde charge en terme de ressources requises. Les interventions moins intensives ont également eu du succès lorsqu'elles étaient dispensées par des bénévoles formés à cet effet, par des entreprises commerciales (comme Weight Watchers) ou par consultation téléphonique.</li> <li>• Les programmes d'exercice ont manifestement procuré plusieurs bienfaits aux survivants du cancer, mais la plupart des études ont évalué l'adoption et non le maintien de l'activité physique.</li> <li>• L'efficacité des interventions incitant les survivants du cancer à cesser de fumer est non concluante, les études indiquant des effets minimes.</li> <li>• La plupart des études ont été réalisées auprès de sujets atteints du cancer du sein et de race blanche, la qualité méthodologique était faible et la durée de l'intervention, le suivi et les mesures d'évaluation variaient considérablement.</li> </ul> |
| Flynn<br>2009             | <p><b>Sources des données :</b> Registre Cochrane central des essais contrôlés (CENTRAL, jusqu'en octobre 2008), MEDLINE (1950 à octobre 2008), Embase (1982 à octobre 2008), CINAHL (1980 à octobre 2008), PsycINFO (jusqu'en octobre 2008)</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 5 ECR</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancers gynécologiques</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (4), après le traitement (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : psychologiques et médicales</li> <li>• Principale mesure : dysfonctionnement psychosexuel</li> <li>• 5 études incluses (total de 413 sujets), évaluant 5 types d'interventions</li> <li>• Les études portant sur l'intervention d'une infirmière clinicienne spécialisée, une thérapie psychoéducatrice de groupe et une thérapie de couple n'ont indiqué aucun effet positif significatif.</li> <li>• Deux essais évaluant des interventions médicales (crème vaginale et curiethérapie à faible dose) ont fait état d'une certaine amélioration du dysfonctionnement psychosexuel.</li> <li>• Toutes les études étaient de piètre qualité méthodologique.</li> <li>• Aucun argument convaincant ne corrobore l'utilisation d'une quelconque intervention pour le dysfonctionnement psychosexuel chez les femmes traitées pour un cancer gynécologique.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Auteur<br>Année  | Revue systématique exclues                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Graves<br>2003   | <p><b>Sources des données :</b> PsycLit, PsycINFO, Dissertation Abstracts International, MEDLINE et Psychological Abstracts; jusqu'en 1999</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 38 ECR</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer multiple (28), cancer du sein (8), mélanome (1) et cancer gynécologique (1)</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (34), après le traitement (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : psychosociales avec composantes de la théorie sociocognitive (efficacité personnelle, attentes concernant les résultats et régulation de l'action)</li> <li>• La méta-analyse a porté sur 38 études regroupant 3216 sujets atteints de cancer ou survivants du cancer.</li> <li>• Les interventions comportant un plus grand nombre de composantes de la théorie sociocognitive ont eu un effet significativement plus marqué que celles basées sur moins de composantes ou aucune composante pour l'analyse globale (<math>Z = 3,72</math>, <math>p &lt; 0,01</math>).</li> <li>• Dans les comparaisons ciblées, les éléments de la théorie sociocognitive étaient associés à des effets plus importants sur l'affect global (<math>Z = 4,69</math>, <math>p &lt; 0,05</math>), la dépression (<math>Z = 2,49</math>, <math>p &lt; 0,05</math>), la fonction sociale (<math>Z = 5,69</math>, <math>p &lt; 0,05</math>), les paramètres physiques objectifs (<math>Z = 2,80</math>, <math>p &lt; 0,05</math>) et certains paramètres de la qualité de vie (<math>Z = 2,08</math>, <math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>• Les interventions de groupe ont eu un effet plus important que les interventions individuelles (<math>Z = 1,69</math>, <math>p &lt; 0,05</math>). Dans le cas des interventions individuelles, l'intégration de composantes sociocognitives n'a pas produit de meilleurs résultats.</li> <li>• Les stratégies d'inspiration sociocognitive n'ont pas été reliées à une amélioration de l'anxiété, des capacités d'adaptation, des paramètres physiques globaux ou subjectifs ou de l'incapacité.</li> <li>• Faiblesses : mesures de la qualité de vie non uniformes d'une étude à l'autre, études réalisées parmi des populations de race blanche et surtout en Amérique du Nord, variation considérable de la durée de l'intervention.</li> </ul> |
| Jacobsen<br>2007 | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, PsycINFO, CINAHL; 1966 à 2005</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 30 ECR</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer du sein (21), cancer multiple (13), cancer de la prostate (2), mélanome (2), myélome multiple (1), cancer gynécologique (1), cancer du côlon (1)</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (6), après le traitement (6), durant après le traitement (11)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : consultation téléphonique, assistance et soutien psychologique en groupe, psychothérapie, psychoéducation, thérapie cognitivocomportementale, gestion du stress</li> <li>• Interventions reposant sur l'activité (conservation de l'énergie, exercice)</li> <li>• 30 études incluses dans les méta-analyses; 50 % des essais sur les interventions psychologiques et 44 % des essais sur l'activité ont été jugés de qualité au moins acceptable.</li> <li>• La méta-analyse (portant sur 19 études) a indiqué une ampleur de l'effet de 0,09 [0,02 à 0,16] en faveur des stratégies non pharmacologiques.</li> <li>• L'ampleur de l'effet était significative mais faible pour les interventions psychologiques et les interventions non basées sur l'activité.</li> <li>• L'ampleur de l'effet des interventions psychologiques était non significative pour le cancer du sein.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Auteur<br>Année   | Revue systématique exclue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kirshbaum<br>2007 | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, Embase, CINAHL, British Nursing Index, Bibliothèque Cochrane; 1985 à décembre 2004.</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 9 ECR, études quasi expérimentales, études cas/témoins, études transversales, études de cas</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (13), après le traitement (10), durant et après le traitement (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention : exercice (surtout cardio : marche, vélo, avec exercices de résistance dans quelques études)</li> <li>• Principales mesures : santé physique et émotionnelle</li> <li>• 29 études (9 ECR) comportant de faibles échantillons</li> <li>• Les études expérimentales et quasi expérimentales ont indiqué que l'exercice, dans des conditions structurées et mesurables, peut améliorer la fonction cardiorespiratoire, la qualité de vie globale, la santé globale, la force, le sommeil et l'estime de soi et réduire le surplus de poids, la dépression, l'anxiété et la fatigue. Le plus haut niveau de preuve concernait les bienfaits de l'exercice sur la fatigue.</li> <li>• Faiblesses : piètre qualité méthodologique et résultats peu généralisables</li> <li>• La plupart des études ont porté sur des populations en traitement, les résultats ne sont peut-être pas applicables à la phase après la fin du traitement.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| McNeely<br>2006   | <p><b>Sources des données :</b> Registre Cochrane des essais contrôlés, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, CancerLit, PEDro, SPORTDiscus, recueils de conférences scientifiques, guides de pratique clinique et autres documents non publiés; jusqu'en mars 2005</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 14 ECR</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (9), après le traitement (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : activités récréatives pratiquées de façon répétitive sur une longue période visant une amélioration de la condition physique, du rendement ou de la santé</li> <li>• Principales mesures : qualité de vie, condition cardiorespiratoire ou fonctionnement physique et symptômes (fatigue, composition corporelle et complications)</li> <li>• 14 études caractérisées par une forte hétérogénéité et de faibles échantillons (N = 717)</li> <li>• La méthodologie des études variait considérablement, surtout en ce qui concerne le moment de l'intervention, le programme choisi et les résultats rapportés.</li> <li>• L'exercice a apporté des améliorations significatives de la qualité de vie, mesurée à l'aide des outils FACT-G (DMP = 4,58 [0,35 à 8,80]) et FACT-Breast (DMP = 6,62 [1,21 à 12,03]), de la consommation maximale d'oxygène (DMP = 3,39 [1,67 à 5,10]), de la fatigue (DMP = 0,46 [0,23 à 0,70]) ainsi que du fonctionnement physique et du bien-être (DMP = 0,84 [0,36 à 1,32]).</li> <li>• Les résultats combinés de 4 études où on a surveillé le poids et l'IMC montrent une réduction non significative (DMP = -0,03 kg [-0,44 à 0,38] pour le poids; DMP = -0,02 [-0,09 à 0,05] pour l'IMC).</li> <li>• Complications: blessures au dos, au poignet, à l'épaule et aux chevilles</li> <li>• Bénéfices manifestes de l'exercice sur la qualité de vie, la fonction physique, le bien-être et la fatigue, mais non sur l'IMC et le poids.</li> </ul> |
| Osborn 2006       | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, PsycINFO, Base de données Cochrane; 1993 à 2004</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 15 ECR</p> <p><b>Types de cancer :</b> cancer du sein (6), cancer multiple (7), cancer du côlon (1), cancer de la prostate (1)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Auteur<br>Année | Revue systématique exclue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (11), après le traitement (1), durant et après le traitement (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : thérapie cognitivocomportementale et éducation</li> <li>• Principales mesures : dépression, anxiété, douleur, fonctionnement physique et qualité de vie</li> <li>• N = 1492, âges extrêmes : 18-84</li> <li>• La durée de la thérapie cognitivocomportementale variait entre 4 séances d'une heure par semaine et 55 séances de deux heures par semaine; la durée de l'intervention éducative variait entre une séance de 20 minutes et 6 séances d'une heure par semaine. La durée du suivi allait de 1 semaine à 14 mois.</li> <li>• La thérapie cognitivocomportementale a été efficace sur la dépression (AE = 1,2 [0,22 à 2,19]), l'anxiété (AE = 1,99 [0,69 à 3,31]) et la qualité de vie (AE = 0,91 [0,38 à 1,44]).</li> <li>• La qualité de vie était plus élevée tant au suivi à court terme (AE = 1,45 [0,43 à 2,47]) qu'au suivi à long terme (AE = 0,26 [0,06 à 0,46]).</li> <li>• Les programmes éducatifs n'ont eu aucun effet.</li> <li>• Les interventions individuelles ont été plus efficaces que les interventions de groupe.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Thorsen 2008    | <p><b>Sources des données :</b> PubMed, MEDLINE, Embase, AMED, PsycINFO</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 4 ECR, 2 études quasi expérimentales</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer de la prostate</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> durant le traitement (2), après le traitement (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : activité physique</li> <li>• Principales mesures : psychologiques, physiques et fonctionnels</li> <li>• 4 ECR et 2 essais non contrôlés ont porté sur l'utilité de l'activité physique pour les survivants du cancer de la prostate; taille moyenne des échantillons : 67 (étendue 9-155).</li> <li>• Les études d'intervention ont mis en évidence des résultats prometteurs pour la condition musculaire, la fonction physique, la fatigue et la qualité de vie liée à la santé. Les résultats concernant la composition corporelle étaient moins concluants.</li> <li>• L'entraînement en résistance a été étudié plus souvent chez des survivants du cancer de la prostate que chez ceux ayant présenté d'autres types de cancer.</li> <li>• La prévalence de l'activité physique parmi les survivants variait de 30 à 70 %.</li> <li>• Les facteurs prédictifs de motivation à l'activité physique étaient les intentions, la perception de contrôle sur les comportements et les normes subjectives.</li> <li>• Faiblesses : taille des échantillons et qualité méthodologique médiocre; études sans groupe témoin pour les facteurs confondants (situation socioéconomique, race, autres troubles médicaux, etc.); aucune étude n'a évalué les effets sur des paramètres cliniques, par exemple l'ostéoporose.</li> </ul> |
| Tremblay 2008   | <p><b>Sources des données :</b> MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Bibliothèque Cochrane; 1980 à 2006</p> <p><b>Corpus de recherche :</b> 10 ECR, 1 essai non contrôlé et non randomisé, 2 séries de cas</p> <p><b>Type de cancer :</b> cancer du sein à la ménopause</p> <p><b>Résultats / conclusions :</b> survivantes du cancer (3), femmes sans antécédent de cancer (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions : psychoéducatives (information, counseling, thérapie cognitivocomportementale, thérapie de groupe, psychothérapie, techniques de relaxation)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Auteur<br>Année | Revue systématique exclue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales mesures : symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur)</li> <li>• N = 475</li> <li>• Cinq interventions psychoéducatives ont atténué les symptômes vasomoteurs; sur les 9 études évaluant l'effet de la relaxation, 5 ont fait état d'une réduction des symptômes vasomoteurs.</li> <li>• Faiblesses : qualité méthodologique des études faible à médiocre</li> </ul> |

N = nombre de sujets; ECR = essai contrôlé randomisé; IMC = indice de masse corporelle; [ ] = intervalle de confiance à 95 %; DMP = différence moyenne pondérée; AE = ampleur de l'effet



## Annexe VII : Essais contrôlés randomisés sur les interventions de suivi

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de sujets | Comparaisons                                 | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grunfeld<br>2006 (72)          | 483<br>485          | Soins de première<br>ligne<br>Soins standard | Qualité de vie<br>- pas de différence significative décelée<br>Satisfaction des patients – aucune mention<br>Fonctionnement psychologique – aucune mention<br>Récidive de la maladie / indicateurs de santé<br>- pas de différence décelée (13,2 % contre 11,2 %)<br>- pas de différence dans les complications graves (3,7 % contre 3,5 %)<br>Autres – aucune mention                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Wattchow<br>2006 (73)          | 97<br>106           | Soins de première<br>ligne<br>Soins standard | Qualité de vie<br>- pas de différence significative décelée<br>Satisfaction des patients<br>- pas de différence significatives décelée<br>Fonctionnement psychologique<br>- pas de différence significative décelée<br>Récidive de la maladie / indicateurs de santé<br>- pas de différence décelée (13,2 % contre 11,2 %)<br>- recherche de sang occulte dans les selles plus fréquente en soins de première ligne (RT = 2,4 [1,4 à 4.4])<br>- plus de coloscopies avec les soins chirurgicaux (RT = 0,7 [0,5 à 1,0])<br>- plus d'échographies avec les soins chirurgicaux (RT = 0,5 [0,3 à 1,0])<br>Autres – aucune mention |
| Koinberg<br>2004 (74)          | 133<br>131          | Soins infirmiers<br>Soins habituels          | Qualité de vie<br>- pas de différence significative décelée<br>Satisfaction des patients<br>- pas de différence significative décelée<br>- patients satisfaits de l'accès au centre médical avec les soins standard (> 93 %)<br>- patients généralement satisfait du centre médical et du service téléphonique<br>Fonctionnement psychologique<br>- pas de différence en ce qui a trait aux scores d'anxiété et de dépression (HADS)<br>Récidive de la maladie / indicateurs de santé<br>- pas de différence décelées (13,2 % contre 11,2 %)<br>Autres – aucune mention                                                       |
| Moore<br>2002 (75)             | 99<br>103           | Soins infirmiers<br>Soins standard           | Qualité de vie<br>- pas de différence selon le questionnaire de base de l'EORTC<br>Satisfaction des patients<br>- plus grande avec les soins donnés par les infirmières pour la plupart des sous-échelles à 3, 6 et 12 mois (p < 0,01)<br>Fonctionnement psychologique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



| Auteur<br>Année<br>(Référence)     | Nombre<br>de sujets | Comparaisons                                              | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    |                     |                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- meilleur fonctionnement émotionnel à 12 mois avec les soins infirmiers (<math>p = 0,03</math>)</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé</li> <li>- pas de différence sur le plan de la survie et du taux de progression objective</li> <li>- moins de dyspnée grave à 3 mois avec les soins infirmiers (<math>p = 0,03</math>)</li> <li>- moins de neuropathie périphérique à 12 mois avec les soins infirmiers (<math>p = 0,05</math>)</li> <li>Autres</li> <li>- aucune différence notée dans la satisfaction globale vis-à-vis des omnipraticiens</li> <li>- évolution des symptômes enregistrée plus tôt par les infirmières que par les médecins (<math>p = 0,01</math>)</li> <li>- aucune différence entre les groupes quant à l'utilisation des ressources</li> </ul> |
| Baildam<br>2002 (76)<br>(sommaire) | 525                 | Soins infirmiers <sup>a</sup><br>Soins standard           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie – aucune mention</li> <li>Satisfaction des patients</li> <li>- plus élevée avec les soins infirmiers (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>Fonctionnement psychologique</li> <li>- aucune différence dans les scores d'anxiété à l'échelle STAI à la première visite ou un mois plus tard</li> <li>- moins de détection de détresse psychologique avec les soins infirmiers (47 % contre 92 %)</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé</li> <li>- pas de différence dans le taux de détection de récurrences</li> <li>Autres</li> <li>- consultations avec les infirmières plus longues que les visites aux médecins (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> </ul>                                                                                                       |
| Brown<br>2002 (77)                 | 31<br><br>30        | Soins sur<br>l'initiative du<br>patient<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie</li> <li>- pas de différence significative entre les groupes</li> <li>Satisfaction des patients</li> <li>- pas de différence significative décelée</li> <li>Fonctionnement psychologique</li> <li>- pas de différence entre les groupes quant à la morbidité psychologique (HADS)</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé</li> <li>- scores aux sous-échelles de symptômes plus élevés avec les soins standard qu'avec les soins de suivi demandés par le patient au temps 1 (<math>p = 0,003</math>) et au temps 2 (<math>p = 0,028</math>).</li> <li>Autres</li> <li>- plus de réconfort avec les soins standard</li> <li>- côté pratique mentionné comme avantage du suivi à la demande du patient</li> </ul>                                               |
| Helgeson<br>2000 (78)              | 200<br>200          | Soins infirmiers <sup>a</sup><br>Soins standard           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie – aucune mention</li> <li>Satisfaction des patients</li> <li>- pas de différence significative décelée</li> <li>Fonctionnement psychologique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de sujets | Comparaisons                              | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                     |                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de différence dans les scores à l'échelle HADS</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé</li> <li>- pas de différence au point de vue de la sécurité médicale</li> <li>Autres</li> <li>- coût moyen par patient (en consultation externe) plus bas avec les soins infirmiers sur demande</li> <li>- pas de différence au niveau de l'accessibilité</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Gulliford 1997<br>(79)         | 97<br><br>96        | Suivi moins fréquent<br>Soins standard    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie – aucune mention</li> <li>Satisfaction des patients – aucune mention</li> <li>Fonctionnement psychologique – aucune mention</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé – aucune mention</li> <li>Autres</li> <li>- préférence des patients pour moins de suivi</li> <li>- pas d'augmentation de l'utilisation des services médicaux ou du triage téléphonique dans le groupe soumis à des contrôles moins fréquents par des spécialistes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Grunfeld<br>1996 (80)          | 148<br>148          | Soins de première ligne<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie</li> <li>- pas de différence significative décelée</li> <li>Satisfaction des patients</li> <li>- satisfaction plus grande par rapport au départ avec les soins de première ligne</li> <li>Fonctionnement psychologique</li> <li>- pas de différence significative relativement à l'anxiété</li> <li>Récidive de la maladie / indicateurs de santé</li> <li>- pas de différence significative dans les résultats cliniques</li> <li>Autres</li> <li>- plus de visites de suivi avec les soins de première ligne (3,4 contre 2,8, <math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- visites plus longues (10,5 contre 7,4 min, <math>p &lt; 0,001</math>) avec les soins de première ligne</li> <li>- coûts pour les patients et les services de santé plus bas avec les soins de première ligne (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- pas de différence dans le coût total des tests diagnostiques</li> <li>- plus d'exams effectués avec les soins de première ligne (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul> |

RT = ratio des taux; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; STAI = Spielberg State-Trait Anxiety Inventory; EORTC = European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

<sup>a</sup>Sur l'initiative du patient



## Annexe VIII : Essais contrôlés randomisés sur les interventions psychoéducatives et cognitivocomportementales

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                     | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Heidrich<br>2009 (81)          | 41<br>41               | Soins<br>personnalisés<br>Soins standard         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de différence significative dans la qualité de vie</li> <li>- Certaines mesures de détresse due aux symptômes ont diminué après l'intervention de soins personnalisés.</li> <li>- Les femmes ayant reçu des soins personnalisés ont modifié davantage leurs comportements de gestion des symptômes que le groupe témoin (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| Otis Green<br>2008 (82)        | 33 au<br>total         | Séances<br>d'éducation Soins<br>standard         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de différence significative dans la qualité de vie</li> <li>- Les scores relatifs à la qualité de vie ont augmenté de façon significative par rapport aux scores initiaux dans les deux groupes en ce qui concerne le bien-être psychologique (<math>p = 0,01</math>), le bien-être social (<math>p = 0,02</math>) et la qualité de vie globale (<math>p = 0,001</math>).</li> </ul>                                                                                                                                         |
| Nelson<br>2008 (83)            | 27<br>23               | Consultation<br>téléphonique<br>Soins standard   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention a procuré des gains significatifs en qualité de vie (<math>p = 0,011</math>).</li> <li>- L'amélioration de la qualité de vie était corrélée de façon significative à une augmentation de l'immunité adaptative, reflétée par une orientation vers la réponse Th2 (anti-inflammatoire) au détriment de la réponse Th1 (pro-inflammatoire) (<math>p = 0,012</math>).</li> </ul>                                                                                                                                     |
| Fillion<br>2008 (84)           | 48<br>46               | PSE + activité<br>physique<br>Soins habituels    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fatigue, le niveau d'énergie et la détresse émotionnelle étaient significativement améliorés au suivi de 3 mois et la qualité de vie physique était plus élevée après l'intervention par rapport au groupe témoin (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Espie<br>2008 (85)             | 100<br>50              | TCC<br>Soins standard                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La TCC a été associée à une réduction moyenne du temps de réveil de 55 minutes par nuit, alors qu'il n'y a pas eu de changement à ce niveau avec les soins habituels, et l'effet bénéfique était présent 6 mois après l'intervention (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- La TCC a été associée à un effet de moyenne ou forte ampleur sur les indices de qualité de vie, dont une réduction significative de la fatigue diurne (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                         |
| Dirksen 2008<br>(86)           | 40<br>41               | TCC<br>Soins standard                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La TCC comportait les composantes suivantes : directives de contrôle du stimulus, thérapie de restriction du sommeil, éducation sur le sommeil et hygiène du sommeil.</li> <li>- La TCC a apporté des améliorations significatives concernant la fatigue, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Le groupe témoin a affiché une hausse statistiquement significative de la qualité de vie, avec une tendance à la baisse des scores de dépression après l'intervention.</li> </ul> |
| Bloom<br>2008 (87)             | 201<br>203             | Intervention<br>socioéducative<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sujets expérimentaux avaient de meilleures connaissances au sujet du cancer du sein, des traitements et de leur propre santé (<math>p = 0,015</math>), ont retenu plus d'information (évaluation avant/après) (<math>p = 0,044</math>) et faisaient plus d'exercice (<math>p = 0,036</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                     |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets                 | Comparaisons                                                            | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ashing-Giwa<br>2008 (88)       | 15<br>8                                | TCC<br>Soins standard                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les soins standard consistaient en une trousse contenant de la documentation et un lubrifiant vaginal; la TCC comportait en plus 6 séances de consultation téléphonique axées sur la résolution de problèmes.</li> <li>- Des améliorations du bien-être physique et de la qualité de vie globale ont été notées dans le groupe expérimental seulement (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Meneses<br>2007 (89)           | 129<br>132                             | PSE<br>Soins standard                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À 3 mois, le groupe expérimental a signalé une meilleure qualité de vie, tandis que le groupe témoin rapportait une baisse significative de la qualité de vie.</li> <li>- Une amélioration de la qualité de vie subjective a été enregistrée dans les deux groupes à 6 mois, mais la différence demeurait significative entre les groupes (<math>p \leq 0,008</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Epstein<br>2007(90)            | 34<br>38                               | TCC<br>Soins standard                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les composantes des soins standard étaient l'éducation et l'hygiène du sommeil; la TCC comportait en plus des instructions sur le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil.</li> <li>- Les deux groupes ont noté une amélioration du temps de latence du sommeil, du temps de réveil après l'endormissement, du temps de sommeil total, du temps passé au lit, de l'efficacité et de la qualité du sommeil (d'après les agendas du sommeil).</li> <li>- Les seules différences entre les groupes concernaient le temps passé au lit.</li> <li>- D'après les mesures objectives, les différences avant/après avec les interventions étaient significatives en ce qui concerne le temps de latence du sommeil, le temps de réveil après l'endormissement, le temps de sommeil total et le temps passé au lit (<math>p &lt; 0,008</math>).</li> <li>- Le groupe soumis à l'intervention a signalé une plus grande amélioration du sommeil global que le groupe témoin.</li> </ul> |
| Campbell<br>2007 (91)          | 12 <sup>a</sup><br><br>18 <sup>a</sup> | Apprentissage de<br>la capacité<br>d'adaptation (ACA)<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ACA a exercé un effet moyen sur la qualité de vie en ce qui concerne la gêne intestinale [ampleur de l'effet (AE)] = 0,471).</li> <li>- Toutes les autres différences étaient non significatives (AE moyenne ou élevée pour les symptômes urinaires, sexuels et hormonaux).</li> <li>- Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes pour ce qui est des domaines fonction physique et santé mentale du questionnaire SF-36 et des scores d'efficacité personnelle.</li> <li>- Les partenaires dans le groupe expérimental ont rapporté moins de tension, de dépression et de fatigue et plus de vigueur que le groupe soumis aux soins habituels; l'ampleur de l'effet était moyenne, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| Gielissen<br>2006 (92)         | 50<br>48                               | TCC<br>Soins standard                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe expérimental a rapporté une baisse significativement plus marquée de la gravité de la fatigue (différence = 13,3 [8,6 à 18,1]) et de la gêne fonctionnelle (différence = 383,2 [197,1 à 569,2]).</li> <li>- Une amélioration cliniquement significative dans le groupe soumis à la TCC par rapport au groupe témoin a été notée au niveau de la gravité de la fatigue (54,0 %</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                   | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                        |                                                | contre 4,0 %) et de la gêne fonctionnelle (50,0 % contre 18,0 %).<br>- La réduction de la fatigue, de la gêne fonctionnelle et de la détresse psychologique observée après la TCC était maintenue au suivi moyen de 1,9 ans (2007).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Bloom<br>2006 (93)             | 78<br><br>79           | Consultation<br>téléphonique<br>Soins standard | - L'intervention a eu un effet positif sur le maintien des mammographies : la probabilité d'adhérer au programme de dépistage était plus élevée dans le groupe soumis à l'intervention que dans le groupe témoin (OR = 3,6).<br>- Les femmes étaient plus susceptibles de passer une mammographie de dépistage avant ou après l'intervention si, avant l'intervention, elles étaient mariées (OR = 5.7), étaient sur le marché du travail (OR = 2.3), s'inquiétaient davantage au sujet du cancer du sein (OR = 1,4 par unité sur l'échelle) ou passaient un bilan médical annuel (OR = 2,2).<br>- Les femmes de moins de 40 ans avaient beaucoup moins tendance à adhérer au programme de dépistage que les femmes de 45 ans et plus (35 à 39 ans, OR = 0,2; moins de 35 ans, OR = 0,07). |
| Savard 2005<br>(94)            | 27<br>30               | TCC<br>Soins standard                          | - Les indices subjectifs du sommeil (agenda du sommeil, cote de gravité de l'insomnie) étaient significativement plus élevés, les nuits avec médicaments moins fréquentes et les scores de dépression, d'anxiété et de qualité de vie globale plus favorables chez les sujets traités pour leur insomnie.<br>- Les effets thérapeutiques subsistaient 12 mois après l'intervention et étaient en général cliniquement significatifs.<br>- Les sujets traités par la TCC affichaient un plus haut taux d'IFN-gamma (cytokines) et une plus faible augmentation des lymphocytes après le traitement que le groupe témoin.<br>- Les modifications des taux de leucocytes, de lymphocytes et d'IFN-gamma étaient significativement plus importantes au suivi qu'après l'intervention.          |
| Mishel<br>2005 (95)            | 244265                 | TCC<br>Soins standard                          | - À l'évaluation de 10 mois, les habiletés de recadrage cognitif, le niveau de connaissances et la satisfaction à l'égard du soutien social étaient significativement plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.<br>- Les femmes ayant reçu l'intervention ont coté plus favorablement l'utilité de l'information et des ressources sur les symptômes.<br>- La différence la plus marquée a été observée entre les femmes afro-américaines et les femmes de race blanche.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Lane<br>2005 (96)              | 20<br>22               | Thérapie<br>constructiviste<br>Soins standard  | - Les scores relatifs aux sentiments de menace, de bouleversement et de désespoir ont révélé un changement au fil du temps plus prononcé dans le groupe traité que dans le groupe témoin après l'intervention et au suivi de 3 mois.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                                         | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Canada 2005<br>(97)            | 25 <sup>a</sup><br>26  | Thérapie de couple<br>Thérapie de<br>groupe                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La thérapie de couple a amélioré de façon significative la détresse globale des hommes (<math>p &lt; 0,001</math>) et la fonction sexuelle globale des hommes et des femmes (<math>p &lt; 0,0001</math> et <math>p &lt; 0,05</math> respectivement). Une régression vers les scores initiaux a été notée au suivi de 6 mois.</li> <li>- Le recours aux médicaments pour traiter la dysfonction érectile est passée de 31 % (au départ) à 49 % au suivi de 6 mois (<math>p = 0,003</math>).</li> <li>- L'intervention n'a pas amélioré l'ajustement des couples, mais les scores moyens reflétaient déjà des relations conjugales satisfaisantes au départ.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| Boesen 2005<br>(98)            | 131<br>131             | PSE<br>Soins standard                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sujets du groupe expérimental affichaient significativement moins de fatigue, plus de vigueur et moins de dysthymie que le groupe témoin (<math>p &lt; 0,05</math>) (différence significative au premier suivi seulement, à 6 mois).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Stanton 2005<br>(99)           | 184<br>187<br>187      | Counseling + vidéo<br>+ dépliant<br>Vidéo + dépliant<br>Soins standard -<br>dépliant | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention vidéo a entraîné une augmentation significative du niveau d'énergie à 6 mois par rapport aux soins standard, surtout parmi les femmes qui se sentaient moins prêtes à retourner dans leur environnement au départ (<math>p = 0,008</math>).</li> <li>- Les interventions n'ont exercé aucun effet significatif sur la détresse reliée au cancer, mais le counseling a entraîné une réduction plus marquée à ce niveau que les soins standard à 6 mois dans le cas des femmes qui se sentaient mieux préparées à réintégrer la vie courante.</li> <li>- Les trois volets (témoin, vidéo et vidéo plus counseling) ont coûté respectivement 11,30 \$, 25,85 \$ et 134,47 \$ par personne.</li> <li>- Le volet counseling a coûté plus cher et s'est révélé moins efficace que le volet vidéo pour pratiquement tous les paramètres.</li> </ul>                                          |
| Lepore<br>2003 (100)           | 84<br>86<br>80         | Éducation<br>Éducation +<br>discussion avec<br>des pairs<br>Soins standard           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un an après l'intervention, les hommes ayant reçu l'intervention alliant éducation et discussion avec des pairs étaient moins incommodés par des problèmes sexuels que les hommes du groupe témoin, et plus enclins à conserver un emploi (93,0 %) que les hommes soumis à un programme éducatif (75,6 %) ou aux soins standard (72,5 %) (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Parmi les sujets n'ayant pas fait d'études post-secondaires, les interventions ont donné de meilleurs résultats en termes de fonctionnement physique que les soins standard, et l'intervention plus intensive a amélioré davantage les comportements de santé que les soins standard ou l'intervention éducative.</li> <li>- Parmi les diplômés universitaires, il n'y avait pas de différences entre les groupes au niveau du fonctionnement physique et des comportements positifs en matière de santé.</li> </ul> |



| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                    | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ganz<br>2000 (101)             | 37<br><br>39           | Évaluation de la<br>ménopause<br>Soins standard | - Le groupe expérimental a affiché une amélioration significative des symptômes de la ménopause ( $p < 0,05$ ) et du fonctionnement sexuel ( $p < 0,05$ ).<br>- Aucune différence significative au chapitre de la vitalité n'a été décelée ( $p = 0,77$ ). |

TCC = théorie cognitivocomportementale; Th1 = lymphocytes T auxiliaires de type 1; Th2 = lymphocytes T auxiliaires de type 2.

<sup>a</sup>Couples.

## Annexe IX : Essais contrôlés randomisés sur les interventions sur les habitudes de vie

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                                                           | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| von<br>Gruenigen<br>2009 (102) | 23<br><br>22           | TCC + exercice +<br>conseils sur la<br>nutrition<br>Soins standard                                     | - On a noté une amélioration significative de l'efficacité personnelle face à la pression sociale ( $p = 0,03$ ) et aux contraintes sociales ( $p = 0,02$ ) avec l'intervention.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Rogers 2009<br>(103)           | 21<br>20               | Activité physique<br>Soins standard                                                                    | - Le degré d'adhésion à un programme d'activité physique (en groupe et à domicile) de 12 semaines était de 99 % et on a recueilli des données de suivi complètes sur 93 % des patients.<br>- Des différences en faveur de l'intervention ont été rapportées pour le décompte des moments d'accélération cardiaque en lien avec l'activité physique ( $p = 0,004$ ), la condition aérobie ( $p = 0,058$ ), la force des muscles du dos et des jambes ( $p = 0,017$ ), le rapport tour de taille/tour de hanche ( $p = 0,18$ ) et le bien-être social ( $p = 0,03$ ).<br>- Les sujets du groupe expérimental ont signalé une augmentation plus marquée de la raideur articulaire ( $p = 0,04$ ).                                                       |
| Morey<br>2009 (104)            | 319<br><br>322         | Consultation<br>téléphonique +<br>intervention<br>diététique +<br>exercice<br>Soins standard           | - Au suivi de 12 mois, les scores fonctionnels moyens ont baissé moins rapidement dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin ( $p = 0,03$ ).<br>- Les modifications moyennes au niveau de la fonction des jambes étaient plus marquées dans le groupe expérimental ( $p = 0,005$ ).<br>- On a noté une amélioration du niveau d'activité physique, des comportements vis-à-vis de l'alimentation, de la qualité de vie globale et de la perte de poids après l'intervention ( $p < 0,001$ ).                                                                                                                                                                                                                                              |
| Courneya<br>2009 (105)         | 82<br><br>78<br>82     | Entraînement en<br>résistance<br>Entraînement<br>cardio<br>Soins standard                              | - Au suivi de 6 mois, 42,3 % des sujets avaient dérogé aux recommandations pour les deux formes d'exercice, 36,8 % suivaient les recommandations pour un type d'exercice et 20,9 % suivaient les directives pour les deux exercices.<br>- On a relevé sept variables ayant une valeur prédictive indépendante de la probabilité d'adhésion aux recommandations concernant l'exercice : un niveau d'activité plus élevé avant l'essai ( $p = 0,002$ ), le jeune âge ( $p = 0,028$ ), une chirurgie de conservation du sein ( $p = 0,033$ ), l'augmentation de la force ( $p = 0,028$ ), une fatigue moindre après l'intervention ( $p = 0,067$ ), une attitude plus positive ( $p = 0,086$ ) et un IMC plus bas après l'intervention ( $p = 0,105$ ). |
| Cadmus 2009<br>(106)           | 25<br>25<br>38<br>37   | Programme<br>d'exercice (1)<br>Soins standard (1)<br>Programme<br>d'exercice (2)<br>Soins standard (2) | - L'exercice n'a pas été associé à des gains en qualité de vie comparé aux soins standard dans une petite étude pilote.<br>- L'exercice était corrélé à une amélioration du fonctionnement social parmi les femmes en phase post-traitement qui avaient signalé un défaut de socialisation au départ ( $p < 0,05$ ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                                                                     | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Milne<br>2008 (107)            | 29<br>29               | Programme<br>d'exercice<br>Soins standard                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des données de suivi ont été obtenues chez 97 % des sujets et le taux d'adhésion au programme était de 61,3 %.</li> <li>- La qualité de vie a augmenté de façon significative avec l'exercice, entre le point de départ et la semaine 12 (<math>p &lt; 0,001</math>) et entre les semaines 12 et 24 (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| May<br>2008 (108)              | 76<br>71               | Exercice + TCC<br>Exercice                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La condition physique s'est améliorée de façon significative dans les deux groupes par rapport au début.</li> <li>- Aucune différence n'a été décelée entre les groupes.</li> <li>- À 1 an, la qualité de vie et l'activité physique avaient augmenté de façon significative dans les deux groupes d'exercice (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Korstjens<br>2008 (109)        | 76<br>71<br>62         | Exercice + TCC<br>Exercice<br>Soins standard                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les effets d'une réadaptation multidisciplinaire n'ont pas dépassé ceux de l'activité physique pour améliorer le handicap fonctionnel dû à des troubles émotifs (premier critère) et d'autres dimensions de la qualité de vie (<math>p &gt; 0,05</math>).</li> <li>- Comparativement à l'absence d'intervention, les sujets des deux groupes expérimentaux ont affiché des améliorations statistiquement et cliniquement significatives du handicap fonctionnel secondaire à des troubles physiques (premier critère; <math>AE = 0,66</math>), à la fonction physique (<math>AE = 0,48</math>), à la vitalité (<math>AE = 0,54</math>) et au changement de l'état de santé (<math>AE = 0,76</math>) (tous <math>p &lt; 0,01</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |
| Elkins 2008<br>(110)           | 26<br>22               | Hypnose<br>Soins standard                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores relatifs aux bouffées vasomotrices ont baissé de 68 % entre le début et la fin de la période d'observation dans le volet hypnose (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>- Des améliorations au niveau de l'anxiété, de la dépression, de l'interférence des bouffées de chaleur sur les activités quotidiennes et du sommeil (appréciation subjective) ont été notées dans le groupe hypnose (<math>p &lt; 0,005</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Vallance 2007<br>(111)         | 94<br>94<br>93<br>96   | Documentation sur<br>l'exercice<br>Podomètre<br>Documentation sur<br>l'exercice +<br>podomètre<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le temps d'exercice a augmenté de 30 minutes/semaine dans le groupe témoin, de 70 minutes/semaine dans le volet matériel sur l'exercice (<math>p = 0,117</math>), de 89 minutes/semaine dans le groupe podomètre (<math>p = 0,017</math>) et de 87 minutes/semaine avec les deux interventions combinées (<math>p = 0,022</math>).</li> <li>- Les trois interventions ont conduit à plus de minutes/semaine de marche rapide (différence significative) que les soins standard.</li> <li>- Le groupe soumis aux deux interventions combinées a signalé un gain significatif en qualité de vie (<math>p = 0,003</math>) et en réduction de la fatigue (<math>p = 0,052</math>) par rapport au groupe témoin (soins standard).</li> <li>- La documentation sur le cancer du sein n'avait pas influencé l'activité physique et la qualité de vie liée à la santé au suivi de 6 mois.</li> <li>- 71 % des participants ont complété la période de suivi de 6 mois.</li> </ul> |

| Auteur<br>Année<br>(Référence)      | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                  | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mefferd 2007<br>(112)               | 47<br>29               | TCC + exercice +<br>régime alimentaire<br>Soins standard      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les différences étaient significatives entre les interventions et les soins standard pour le poids, l'IMC, le pourcentage de tissu adipeux, l'adiposité du tronc et des jambes, le tour de taille et le tour de hanche (<math>p \leq 0,05</math>).</li> <li>- Les taux de triglycérides et le rapport cholestérol total/C-HDL étaient aussi significativement plus bas après l'intervention (<math>p \leq 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Matthews<br>2007 (113)              | 23<br>13               | Exercice<br>Soins standard                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe expérimental a signalé une augmentation significativement plus marquée du temps de marche que le groupe témoin (<math>p = 0,01</math>).</li> <li>- Le groupe expérimental a augmenté davantage son niveau d'activité avec le temps que le groupe témoin selon les mesures objectives (<math>p \leq 0,04</math>).</li> <li>- Les différences concernant le poids et la composition corporelle étaient négligeables.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Daley 2007<br>(114)                 | 36<br>34<br>38         | Exercice placebo<br>Exercices<br>supervisés<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une différence moyenne significative (9,8 points) en faveur du programme d'exercice a été décelée sur l'échelle FACT-G par rapport aux soins standard (<math>p = 0,004</math>) et sur l'échelle FACT-B dans les domaines du bien-être social /familial, du bien-être fonctionnel et des symptômes de cancer du sein au suivi de 8 semaines (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Les analyses ont aussi révélé une différence significative dans les scores d'estime de soi entre la thérapie par l'exercice et les soins standard (<math>p = 0,003</math>) et entre le placebo et les soins habituels à 8 semaines (<math>p = 0,005</math>).</li> <li>- Les différences dans les scores de dépression étaient significatives entre le groupe soumis à l'exercice et le groupe témoin (<math>p = 0,001</math>) et entre l'exercice placebo et les soins habituels (<math>p = 0,001</math>).</li> <li>- Les deux modes d'exercice ont entraîné une amélioration significative de la capacité aérobique par rapport au groupe témoin (<math>p &lt; 0,05</math>) et des effets positifs à court terme cliniquement significatifs sur la qualité de vie.</li> </ul> |
| Bennett 2007<br>(115)               | 28<br>28               | Intervention<br>motivationnelle<br>Soins standard             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des différences significatives dans la pratique régulière d'activité physique ont été décelées entre les groupes (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Il n'y avait pas de différence entre les groupes pour ce qui est de la capacité aérobique, de la santé physique et mentale et de la fatigue.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Mustian 2006<br>(116)               | 10<br>11               | Thérapie<br>psychosociale<br>Tai-chi                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe pratiquant le tai-chi a affiché une amélioration significative de la capacité aérobique, de la force musculaire et de la souplesse (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Dans le groupe soumis à la thérapie psychosociale, seule la souplesse s'est améliorée de façon significative (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Demark-<br>Wahnefried<br>2006 (117) | 89<br>93               | Régime alimentaire<br>et exercice<br>Soins standard           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores de modification de la forme physique étaient dans la direction et l'ampleur prévues, mais les différences n'étaient pas significatives.</li> <li>- Des différences significatives ont été décelées au niveau de l'indice de qualité de l'alimentation (<math>p = 0,03</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Auteur<br>Année<br>(Référence)         | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                   | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Culos-Reed,<br>2006 (118)              | 20<br>18               | Yoga<br>Soins standard                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des différences significatives entre les deux groupes après l'intervention ont été observées uniquement au chapitre de la qualité de vie globale, de la fonction émotionnelle et de la diarrhée (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>- Il y a eu des améliorations significatives dans les deux groupes entre le début et la fin de l'intervention au niveau de plusieurs paramètres de la condition physique (poids, force, distance de marche, souplesse et degré d'effort perçu).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Chlebowski<br>2006 (119)               | 975<br>1462            | TCC<br>Soins standard                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Après un suivi médian de 60 mois, la consommation de lipides était significativement moindre dans le groupe expérimental (<math>p &lt; 0,001</math>), correspondant à 2,7 kg de poids maigre de moins en moyenne (<math>p = 0,005</math>).</li> <li>- 277 récurrences ont été rapportées (incidence de 9,8 % dans le groupe expérimental et de 12,4 % dans le groupe témoin).</li> <li>- Le risque relatif (HR) d'événements de récurrence dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin était de 0,76 [0,60 à 0,98], <math>p = 0,077</math> pour l'analyse à l'aide du test de Mantel-Haenszel stratifié, <math>p = 0,034</math> pour l'analyse utilisant le modèle ajusté de Cox.</li> </ul>                                            |
| Basen-Engquist 2006<br>(120)           | 35<br>25               | Hygiène de vie<br>(exercice)<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sujets soumis à l'intervention d'activité physique ont significativement mieux performé dans l'épreuve de marche de 6 minutes (<math>p = 0,005</math>) à 6 mois, ont obtenu des effets positifs aux sous-échelles douleur corporelle (<math>p = 0,020</math>) et santé générale (<math>p = 0,006</math>) de l'outil SF-36 et étaient plus motivés à faire de l'activité physique à 6 mois que les sujets soumis aux soins standard.</li> <li>- Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes de sujets pour ce qui est du nombre de minutes d'activité modérée ou plus intense et du nombre de jours où ils ont fait au moins 30 minutes d'activité modérée ou plus intense.</li> </ul>                                |
| Thorsen 2005<br>(121)                  | 59<br>52               | Exercice<br>Soins standard                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <math>VO_2</math> maximale était significativement plus élevée chez les sujets du groupe expérimental que chez les sujets du groupe témoin (<math>p &lt; 0,01</math>). témoin contrôle et de 5,8 points dans le groupe soumis à l'intervention (<math>p &lt; 0,01</math>).</li> <li>- Il n'y avait pas de différence entre les groupes en ce qui concerne la détresse mentale et la qualité de vie liée à la santé.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Schmitz, 2005<br>(122); Ohira,<br>2006 | 40<br>39               | Exercice<br>Soins standard                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention a donné lieu à des hausses significatives de la masse maigre (<math>p &lt; 0,01</math>) et à des réductions significatives de l'adiposité (<math>p = 0,03</math>) et du taux d'IGF-II (<math>p = 0,02</math>) si on compare une intervention immédiate et une intervention différée entre le point de départ et l'évaluation à 6 mois.</li> <li>- Les changements individuels chez les sujets soumis à l'intervention différée avec entraînement et sans entraînement étaient similaires.</li> <li>- Sur une période de 6 mois, les scores globaux de qualité de vie physique (<math>p = 0,006</math>) et psychosociale (<math>p = 0,02</math>) étaient plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.</li> </ul> |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                           | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                        |                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores mesurés à l'échelle CES-D n'ont pas varié.</li> <li>- L'augmentation de la force de la partie supérieure du corps était corrélée à une hausse du score physique global (<math>p &lt; 0,01</math>) et du score psychosocial global (<math>p &lt; 0,01</math>), et l'augmentation de la masse maigre était aussi corrélée à une hausse du score physique global (<math>p &lt; 0,05</math>) et du score psychosocial global (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sandel 2005<br>(123)           | 19<br>19               | Danse +<br>mouvement<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les scores FACT-B étaient significativement améliorés dans le groupe d'intervention à 13 semaines par rapport au groupe soumis à une liste d'attente (<math>p = 0,008</math>).</li> <li>- L'effet global de l'entraînement à 26 semaines était significatif (<math>p = 0,03</math>) et l'ordre des exercices était également important (<math>p = 0,015</math>).</li> <li>- L'amplitude des mouvements des épaules avait augmenté dans les deux groupes après 13 semaines (<math>p = 0,03</math>).</li> <li>- L'amélioration de l'image corporelle était similaire dans les deux groupes à 13 semaines et à 26 semaines.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Pinto<br>2005 (124)            | 43<br>43               | Exercice<br>Soins standard             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la semaine 1 à la semaine 12, une augmentation significative du nombre moyen de minutes d'exercice (<math>p = 0,0001</math>) et du nombre moyen de pas par semaine (<math>p = 0,0001</math>) a été observée dans le groupe d'intervention.</li> <li>- Un pourcentage plus élevé de sujets du groupe exercice ont mentionné avoir atteint leurs objectifs après quelques semaines (maximum atteint durant la deuxième semaine).</li> <li>- Quand on compare le changement entre les groupes après l'intervention (12 semaines), il y avait une diminution significative du nombre de minutes d'exercice à 6 mois (<math>p &lt; 0,05</math>) mais aucune baisse de l'effet de l'intervention à 9 mois (<math>p = 0,84</math>).</li> <li>- Les réductions de la fatigue obtenues à la fin de l'intervention étaient annulées à 6 mois (<math>p &lt; 0,01</math>) mais persistaient à 9 mois (<math>p = 0,10</math>).</li> <li>- Les gains en condition physique apportés par l'exercice s'étaient maintenus aux deux évaluations de suivi (<math>p = 0,30</math> et <math>p = 0,96</math>).</li> <li>- L'effet de l'intervention sur la vigueur était encore présent à 6 mois (<math>p = 0,19</math>) mais était significativement réduit à 9 mois (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul> |
| Herrero 2005<br>(125)          | 8<br>8                 | Exercice<br>Soins standard             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité de vie, la <math>VO_2</math> maximale, la performance au test de poussée des jambes et de redressements assis à partir de la position verticale étaient améliorées (<math>p &lt; 0,05</math>), tandis qu'aucun effet significatif n'a été observé dans le groupe témoin.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dimeo<br>2004 (126)            | 35<br>34               | Exercice<br>Technique de<br>relaxation | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La performance physique a augmenté de façon significative durant le programme d'entraînement (<math>p = 0,01</math>) mais est restée inchangée dans le groupe soumis à la relaxation (<math>p = 0,37</math>).</li> <li>- Les scores de fatigue et de santé globale se sont améliorés dans les deux groupes durant l'intervention.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                                                            | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                        |                                                                                                         | mais n'étaient pas significativement différents entre les groupes ( $p = 0,67$ ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pinto 2003<br>(127)            | 12<br>12               | Exercice<br>Soins standard                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'exercice a entraîné une amélioration significative de l'image corporelle.</li> <li>- La réduction de la détresse étaient semblables dans les deux groupes.</li> <li>- Le groupe soumis à l'exercice a obtenu une amélioration modeste de la condition physique.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| McKenzie<br>2003 (128)         | 7<br>7                 | Exercice<br>Soins standard                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'exercice n'a modifié ni la circonférence ni le volume des bras.</li> <li>- On a relevé une tendance à la hausse dans les domaines fonctionnement physique, santé générale et vitalité du questionnaire sur la qualité de vie de l'EORTC dans le groupe soumis à l'exercice.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Courneya<br>2003 (129)         | 28<br>25               | Exercice<br>Soins standard                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La consommation d'oxygène maximale a augmenté de 0,24 L/min dans le groupe exercice et baissé de 0,05 L/min dans le groupe témoin (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>- Le score de qualité de vie globale a augmenté de 9,1 points avec l'exercice comparativement à une augmentation de 0,3 point avec les soins standard (<math>p \leq 0,001</math>).</li> <li>- Un changement de la <math>VO_2</math> était corrélé à un changement de la qualité de vie globale (<math>p &lt; 0,01</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Courneya<br>2003 (130)         | 69<br>33               | Exercice<br>Soins standard                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- On n'a relevé aucune différence significative entre les groupes pour ce qui est des scores avec l'échelle FACT-C.</li> <li>- La comparaison entre les sujets qui ont réduit leur capacité cardiovasculaire et ceux qui l'ont accrue en cours d'intervention a révélé des différences significatives relatives aux scores FACT-C en faveur du groupe plus en forme (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pierce<br>2002 (131)           | 1537<br>1551           | Counseling + cours<br>d'art culinaire<br>Soins standard                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- À 12 mois, le groupe expérimental consommait significativement plus de légumes, de fruits et de fibres par jour, et le pourcentage de calories provenant des lipides est passé de 28,6 à 23,7 % (baisse significative).</li> <li>- Dans le groupe témoin, l'apport alimentaire et les concentrations plasmatiques de caroténoïdes étaient quasi identiques à ceux des sujets expérimentaux pré-intervention et n'avaient pas changé à 12 mois.</li> <li>- Le groupe expérimental a affiché des modifications statistiquement significatives sur 4 ans : portions de légumes (+65 %), de fruits (+25 %), de fibres (+30 %) et calories provenant des lipides (-13 %).</li> <li>- Après un suivi moyen de 7,3 ans, les taux de récidive et de survie étaient similaires (respectivement 16,7 % contre 16,9 % et 10,1 % contre 10,3 %).</li> </ul> |
| Djuric<br>2002 (132)           | 12<br>12<br>12<br>12   | Programme Weight<br>Watchers (WW)<br>Conseils d'une<br>diététiste<br>WW et counseling<br>Soins standard | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modifications de poids après 12 mois d'intervention étaient les suivantes (moyenne <math>\pm</math> ET) : 0,85 <math>\pm</math> 6,0 kg dans le groupe témoin, -2,6 <math>\pm</math> 5,9 kg dans le groupe WW, -8,0 <math>\pm</math> 5,5 kg dans le groupe counseling et -9,4 <math>\pm</math> 8,6 kg dans le groupe WW plus conseils.</li> <li>- La perte de poids comparativement au groupe</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



| Auteur<br>Année<br>(Référence) | Nombre<br>de<br>sujets | Comparaisons                                                                          | Résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                        |                                                                                       | <p>témoin était statistiquement significative dans le groupe WW avec conseils diététiques à 3, 6 et 12 mois et seulement au mois 12 dans le groupe counseling.</p> <p>- Dans les groupes WW, la perte de poids était fortement reliée à l'assiduité aux réunions; le groupe recevant aussi un counseling fréquentait le centre plus souvent.</p> <p>- À 12 mois, une perte de poids plus importante a été associée à des améliorations significatives du score global FACT-An et des scores aux sous-échelles physique, fonctionnelle, fatigue et anémie (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>                 |
| Courneya<br>2002 (133)         | 48<br><br>60           | Psychothérapie de<br>groupe (PTG)<br>Exercice + PTG                                   | <p>- Des interactions significatives ont été décelées entre la durée de l'intervention et le bien-être fonctionnel, la fatigue et le total de plis cutanés.</p> <p>- Toutes les interactions allaient en faveur de l'exercice plus psychothérapie.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Burnham<br>2002 (134)          | 6<br><br>6<br><br>6    | Exercice de faible<br>intensité<br>Exercice de<br>moyenne intensité<br>Soins standard | <p>- Au terme du programme d'exercice de 10 semaines, comme les deux groupes avaient sensiblement les mêmes scores, les scores des deux groupes expérimentaux ont été combinés.</p> <p>- L'exercice a donné lieu à des différences statistiquement significatives au niveau de la capacité aérobie (<math>p &lt; 0,001</math>), de la souplesse de la partie inférieure du corps (<math>p = 0,027</math>), de la réduction de l'adiposité (<math>p &lt; 0,001</math>), de la qualité de vie (<math>p &lt; 0,001</math>) et de l'énergie (<math>p = 0,038</math>) comparativement aux soins standard.</p> |

TCC = thérapie cognitivocomportementale



## Annexe X : Résumé des commentaires des examinateurs externes

---

### Questions

7. Le bien-fondé de la préparation d'un document d'orientation, tel qu'il est énoncé sous les rubriques « Introduction » et « Portée et objectif » du rapport préliminaire, est clair.

- Dans l'ensemble, les examinateurs approuvent la justification telle quelle.
- Il manque une section intitulée « Portée et objectif » comme il est fait mention dans l'instrument AGREE II et dans le questionnaire soumis à l'examen externe.

8. Un document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des soins aux adultes survivants du cancer est nécessaire.

- Les examinateurs en général soutiennent fortement la nécessité d'un document d'orientation pancanadien.
- La capacité d'offrir et de dispenser des soins aux survivants varie considérablement d'un centre à l'autre. Un guide de pratique pourrait accroître la sensibilisation et orienter les organisations vers des soins aux survivants de qualité.
- Vu la grande variation en ce qui a trait aux professionnels et aux ressources, la mise en application d'un plan de soins ou de lignes directrices uniformisés sera ardue.
- Désigner les professionnels qui conviennent et les rôles de chacun pour mettre sur pied la structure de prestation des soins de même que les liens entre le système institutionnel et le système communautaire.

9. Un document d'orientation pancanadien sur les pratiques cliniques en matière d'interventions psychosociales et de soutien pour les adultes survivants du cancer est nécessaire.

- La philosophie varie considérablement d'un centre d'oncologie à l'autre au Canada. Le besoin de lignes directrices en matière de soins de soutien et psychosociaux dépendra largement de la culture de chaque centre.
- Étant donné la grande variation en ce qui a trait aux professionnels et aux ressources, il sera difficile de mettre en application un plan de soins ou des lignes directrices uniformisés.
- Il y a une différence entre soins de soutien et soins aux survivants. Il faut définir ces termes plus clairement pour savoir de quoi on parle.
- À la base, on ne reconnaît pas en clinique que les lignes directrices en matière de survie devraient débuter après le traitement. Nous devons donc faire en sorte que les survivants soient informés sur leur cancer dès le diagnostic et s'investissent dans leurs soins à tous les stades (diagnostic, traitement, après-traitement). Cette démarche est logique dans une optique préventive.
- Inclure une section sur les services de physiothérapie.



10. La recherche documentaire décrite dans le rapport préliminaire est complète (aucune étude ou ligne directrice clé n'a été négligée).

- Les examinateurs en général sont d'accord avec cet énoncé.
- Il faut plus de documentation sur les populations mal desservies (les pauvres, les illettrés, etc.) et sur les façons dont ces lignes directrices pourraient inclure la situation socioéconomique et les préoccupations concernant le soutien.
- Inclure de la documentation sur les troubles cognitifs et le traumatisme psychologique (choc post-traumatique).
- On aimerait voir que les travaux de Wagner et Bodenheimer soient été incorporés dans la perspective du système de santé. Sans une approche stratifiée de gestion de la maladie dans le document d'orientation, le système de santé est voué à un problème de capacité.
- Il est important d'inclure les sujets ayant une maladie avancée dans la structure des soins aux survivants, car beaucoup d'entre eux vont vivre des années avec une maladie progressive mais veulent faire partie du programme pour les survivants.
- Ajouter les directives issues de l'atelier de l'ACSM sur l'exercice pour les survivants du cancer (MSSE, juillet 2010).
- Reconsidérer la méta-analyse de McNeely (CMAJ 2006, Meta-analysis on exercise interventions in breast cancer survivors).

11. Les données décrites dans le rapport préliminaire sur l'organisation et la prestation des services aux survivants au cancer sont pertinentes.

- Dans l'ensemble, les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé.
- L'exclusion des études qualitatives (laissant de côté des interventions importantes qui n'ont pas été évaluées dans les essais contrôlés randomisés) en inquiète plusieurs.
- Il faudra peut-être faire une estimation prudente des données, vu la faible cote de qualité des études.
- Préciser pourquoi le document inclut certaines publications sur les plans de soins aux survivants du cancer chez les enfants, alors que les besoins et les critères à prendre en compte sont très différents.

12. Les données décrites dans le rapport préliminaire sur les pratiques cliniques en matière d'interventions psychosociales et de soutien pour les adultes survivants du cancer sont pertinentes.

- Les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé dans l'ensemble.
- L'exclusion des études qualitatives (laissant de côté des interventions importantes qui n'ont pas été évaluées dans les essais contrôlés randomisés) en inquiète plusieurs.
- Il faudra peut-être faire une estimation prudente des données, vu la faible cote de qualité des études.



13. J'approuve les méthodes utilisées pour résumer les données contenues dans le rapport préliminaire.

- Globalement, les examinateurs ont exprimé leur accord avec cet énoncé et estiment que les méthodes employées étaient exhaustives et rigoureuses.
- Le texte est chargé d'information, les tableaux sont très utiles.

14. L'interprétation des résultats d'études décrits dans le rapport préliminaire correspond à la compréhension que j'ai des données.

- Dans l'ensemble, les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé.
- Reconsidérer la recommandation d'inclure les partenaires dans les interventions sur la santé sexuelle (recommandation 5), car les arguments ne sont pas assez solides. Penser à employer un langage différent.
- Dans la recommandation 3, les points 3 et 4 se contredisent. Les données probantes sont insuffisantes à l'heure actuelle pour privilégier la thérapie individuelle à la thérapie de groupe.

15. Les recommandations préliminaires sont claires.

- Les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé dans l'ensemble.
- Il faut des recommandations complémentaires sur la structure nécessaire pour assurer une mise en œuvre efficace.

16. Je suis d'accord avec les recommandations préliminaires sur l'organisation et la prestation des services aux adultes survivants du cancer telles quelles.

- Dans l'ensemble, les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé.
- Il serait important d'interpréter les recommandations dans le contexte canadien.
- La recommandation 7 sur la formation/éducation requise pour déceler les symptômes tardifs doit être précisée.
- Il serait préférable que toutes les phrases soient à l'infinitif. Certaines phrases sont construites au conditionnel (« devrait » ou « faudrait »), termes à supprimer.
- Les recommandations doivent insister davantage sur le processus et l'évaluation, sur la structure du système nécessaire à une implantation efficace.

17. Je suis d'accord avec les recommandations préliminaires sur les pratiques cliniques concernant les interventions psychosociales et de soutien aux adultes survivants du cancer telles quelles.

- Dans l'ensemble, les examinateurs sont d'accord avec cet énoncé.
- C'est bien que le document parle de réadaptation et de santé sexuelle.
- Souligner le peu de données probantes, surtout concernant les troubles sexuels féminins (Recommandation 5).



- La comparaison interventions de groupe et interventions individuelles n'est pas assez étoffée. Changer la formulation des recommandations de façon à reconnaître ce fait.
- Il se peut, à la lumière des découvertes, que les symptômes et problèmes éventuels ne se limitent pas aux recommandations 5 à 8 (santé sexuelle, fatigue, symptômes vasomoteurs, cycle veille-sommeil). On pourrait regrouper ces recommandations sous le titre « Gestion des symptômes et des préoccupations individuelles », les énumérer puis citer des tactiques pour chaque point.
- Préciser le processus et l'évaluation.

18. Cela ne me gênerait pas si ces recommandations étaient appliquées dans mon hôpital/centre d'oncologie/ programme communautaire.

- Dans l'ensemble, les examinateurs sont fortement d'accord avec cet énoncé.
- Préciser qu'il sera peut-être nécessaire d'établir un ordre de priorité selon l'organisme.
- Il y a des aspects à considérer concernant le professionnel et le remboursement. Les systèmes ont besoin d'être réévalués.
- On est loin d'avoir l'appui de tous les praticiens.
- Les stratégies englobant tous les systèmes, la collaboration interdisciplinaire et le financement pour la prestation des services ou des programmes doivent être définies.

19. Quelle est la probabilité que vous utilisiez les recommandations sur l'organisation et la structure de la prestation des soins aux survivants de cancer pour guider l'implantation des services dans votre organisation/clinique/programme communautaire?

- Dans l'ensemble, il est très probable ou probable que les examinateurs appliquent les recommandations dans l'organisation et la structure de leurs services.
- C'est un aspect essentiel négligé des programmes de soins de santé.

20. Quelle est la probabilité que vous utilisiez les recommandations sur les pratiques cliniques en interventions psychosociales et de soutien pour guider l'implantation de services dans votre organisation/clinique/ programme communautaire?

- La plupart des examinateurs vont probablement appliquer les recommandations. Celles-ci seraient très utiles pour orienter l'élaboration des programmes.
- Comme c'est souvent le cas, les recommandations dépendent largement des ressources; or, pour l'instant, ces programmes entrent dans la catégorie de ce qu'il « est bon d'avoir », pas de ce qu'il « est nécessaire d'avoir ».



## Commentaires

Vous voudrez peut-être commenter entre autres la clarté et l'exhaustivité du rapport, la formulation de certaines recommandations, l'association entre les données existantes et les recommandations et ajouter des points qui auraient été omis.

- Essayer d'adapter davantage les recommandations au contexte canadien, par exemple, le rôle de premier contact joué par les médecins de famille et l'exploitation des structures et processus existants pour la prise en charge d'autres maladies chroniques sont importants pour que les élaborateurs de politiques puissent transposer les concepts opérationnels en pratiques ou en nouvelles méthodes de prestation.
- Lignes directrices bien rédigées et indispensables; document concis, très dense, qui arrive à point (8 répondants).
- Le rapport est clair, direct, succinct et complet, ce qui correspond aux qualités que j'attends d'un document d'orientation. Ce rapport est très utile. Je pense qu'il sera consulté et cité régulièrement et qu'il pavera la voie aux travaux de psycho-oncologie que je dirige au cours des dix prochaines années.
- Le rapport est approfondi et s'adresse aux professionnels. Est-ce possible de rédiger une version pour le consommateur?
- Dans la section *Méthodologie*, sous la mention Groupe d'experts sur l'expérience globale du cancer, le titre d'oncologue psychosocial prête à confusion (est-ce la même chose qu'un oncologue médical?). Dans le premier paragraphe de la page 21, une étude mentionne qu'il n'y avait pas de différence dans le coût total des tests diagnostiques et que plus de tests ont été réalisés dans le cadre des soins de première ligne. Cela semble inhabituel - un commentaire pourrait être ajouté pour clarifier.
- Très bonne ébauche. Malheureusement, la littérature manque de clarté. Une plus grande présence de la réadaptation dans les services d'oncologie peut rapporter davantage car l'accent est mis sur le fonctionnement en plus de la prise en charge de la maladie. Les recommandations sont claires quant à leur visée mais j'anticipe plusieurs obstacles à leur mise en application, surtout à cause de la pénurie de ressources humaines et financières.
- Je suis content de voir que les choses avancent. Je souhaiterais qu'il y ait plus de recherche rigoureuse dans ce domaine vu la faible qualité méthodologique et la faible taille d'échantillon des études. Le soutien aux survivants du cancer est crucial et l'élaboration de lignes directrices est très importante; mais il faut avant tout sensibiliser la population atteinte de cancer et le public en général.
- Le rapport est très long et je dois avouer que je n'ai pas eu le temps de le lire au complet. Je l'ai parcouru et il est très bien fait. Les résumés sont très utiles. La piètre ou moyenne qualité de plusieurs études est décourageante.
- Concernant les recommandations relatives à l'organisation et à la prestation des soins, penser à utiliser un terme précis pour désigner les infirmières praticiennes avancées (infirmières cliniciennes spécialisées ou infirmières praticiennes) au lieu de les regrouper sous le vocable d'« professionnels de la santé ». Ces infirmières joueront un rôle critique dans les soins aux survivants, permettant aux oncologues et aux médecins de famille de voir de nouveaux patients. Elles travailleront en



collaboration avec les médecins pour atteindre ce but. Elles possèdent en outre le savoir, l'expertise et les compétences pour prodiguer des soins en réponse à un large éventail de besoins, y compris la surveillance et les examens à effectuer lorsqu'on soupçonne une récurrence ou un nouveau cancer.

- Excellent document - facile à lire et instructif; les recommandations sont concrètes et applicables en clinique; certaines sont très spécifiques, p. ex. l'exercice - qu'est-ce qui est recommandé et quelle est la personne à désigner pour faire en sorte qu'elles concordent avec les nouvelles connaissances issues de la recherche?; aucune allusion au conseil génétique et aux recommandations pour les membres de la famille; la documentation retenue est muette sur les répercussions à long terme pour les membres de la famille, entre autres les enfants.
- Rapport exhaustif et très attendu. Il sera difficile d'implanter des PSS - plusieurs défis en vue (dossiers médicaux électroniques et compatibilité ou pas de DME et gaspillage de temps... mais ils sont très nécessaires.
- Définir la survie à partir du diagnostic dépouille le terme de son sens profond et empêche l'utilisation stratégique de l'expérience de survie pour renseigner sur les interventions nécessaires. Il y a un écart entre l'emploi du terme par les établissements et le vécu des patients; le sens varie considérablement, même au sein du système de santé.
- Le fait que la définition de la survie de la Société canadienne du cancer (SCC) (dès le diagnostic) soit établie comme la définition acceptée d'emblée prête à confusion, puisque le document porte en grande partie sur la survie après la fin du traitement ou en phase de suivi. La terminologie change au fil du document jusqu'à ce qu'on s'en tienne au terme survie. Il serait bon de clarifier au départ que le document porte sur la période après la fin du traitement et le suivi. La définition de la SCC a été jugée acceptable par plusieurs, mais elle est très dérangement pour bien des gens. En effet, de nombreuses personnes ne se sentent pas des survivantes pendant qu'elles subissent leur traitement. Elles se battent pour leur survie mais elles n'ont pas l'impression d'être rendues là, et ce terme peut les vexer. Peut-être qu'on devrait tenir compte de cette complexité.
- Ce rapport s'avérera très utile dans la planification de nos futurs programmes.