

GROUPES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES: UN IMPACT SUR LA SURVIE?

FLORENCE LEWIS

Université Libre de Bruxelles- Institut Jules Bordet

Paris

6 juin 2013

Plan

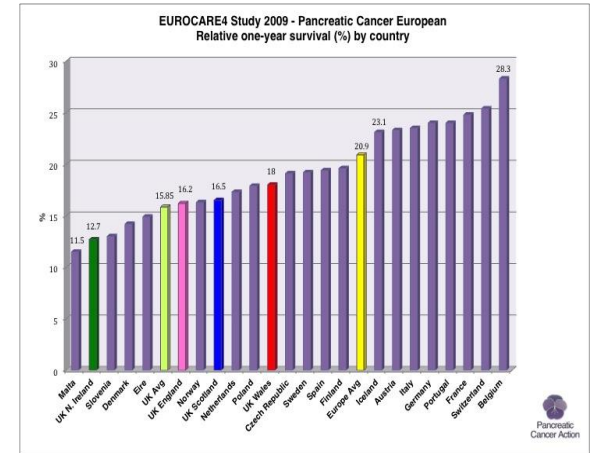
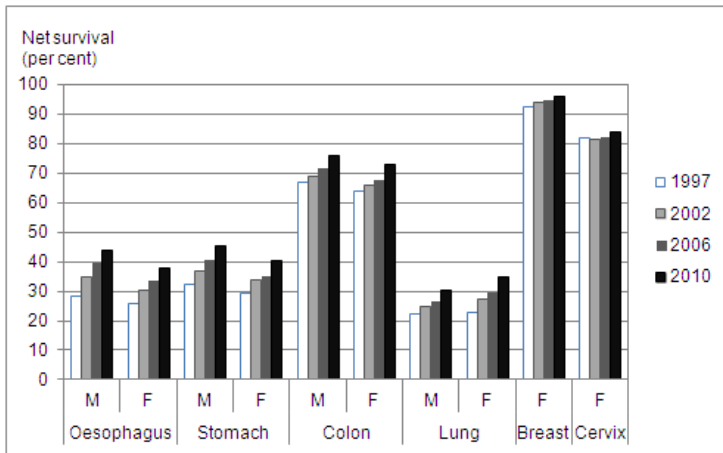


- Introduction
- Études qui ont montré un effet sur la survie
- Études qui n'ont pas montré d'effet sur la survie
- Biais méthodologiques
- Conclusion
- Et pour la suite?



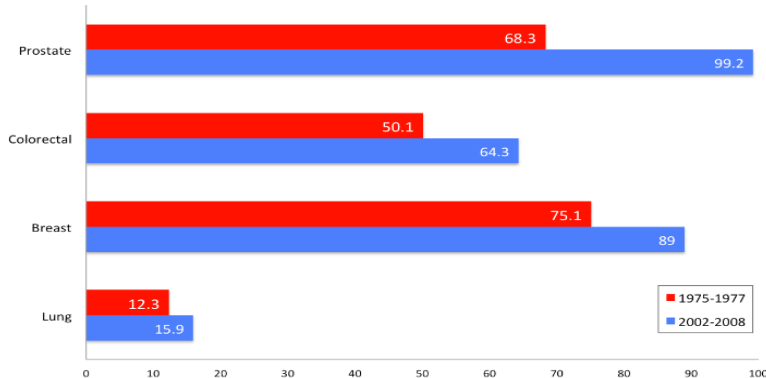
Introduction

Cancer et survie



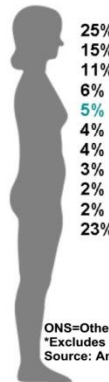
Cancer Survival Rates

The percentage of patients still alive five years after diagnosis, as seen below, has improved. But survival rates for lung cancer patients remain far lower than for those with other cancers.



Note: 2002-2008 figures reflect data from regions of U.S. with 28% of total population, while 1975-1977 data is drawn from regions with 9.5% of U.S. population. Survival rates include diagnoses at all stages.
Source: National Cancer Institute

Deaths
270,600

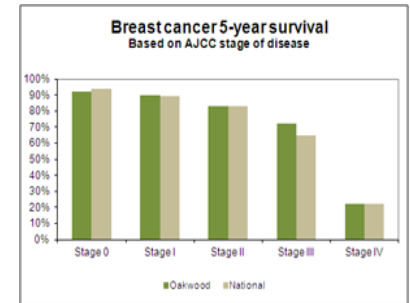


- 25% Lung & bronchus
- 15% Breast
- 11% Colon & rectum
- 6% Pancreas
- 5% Ovary (14,300)
- 4% Non-Hodgkin lymphoma
- 4% Leukemia
- 3% Uterine corpus
- 2% Brain/ONS
- 2% Multiple myeloma
- 23% All other sites

Cases
658,800

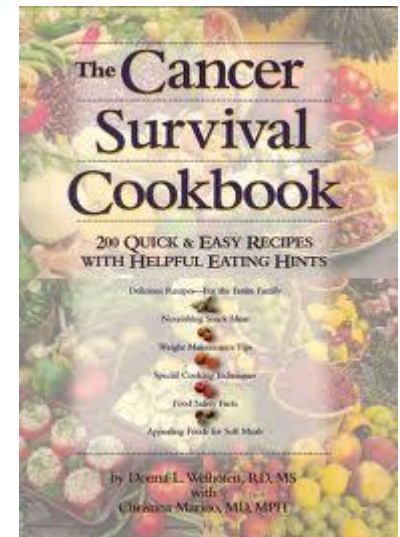
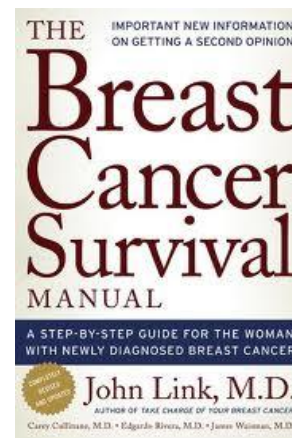
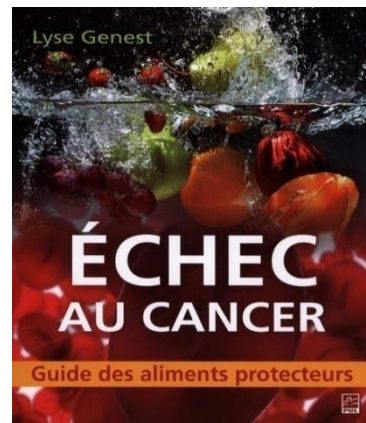
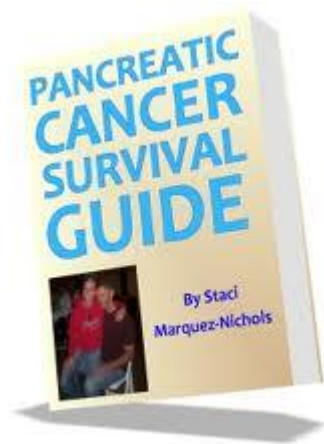
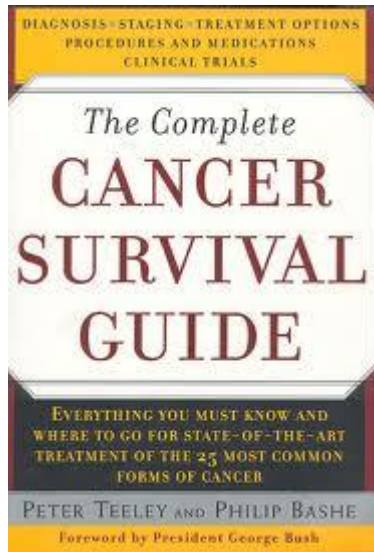


- 32% Breast
- 12% Lung & Bronchus
- 11% Colon & Rectum
- 6% Uterine Corpus
- 4% Ovary (24,500)
- 4% Non-Hodgkin lymphoma
- 3% Melanoma of skin
- 3% Thyroid
- 2% Pancreas
- 2% Urinary bladder
- 20% All Other Sites



ONS=Other Nervous System
*Excludes basal and squamous cell skin cancers and in situ carcinomas except urinary bladder.
Source: American Cancer Society, 2003

Cancer, survie et patients



Cancer, survie et interventions thérapeutiques

Psychotherapy and Survival in Cancer: The Conflict Between Hope and Evidence

James C. Coyne

Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania

Michael Stefanek

American Cancer Society

Steven C. Palmer

Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania

Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer

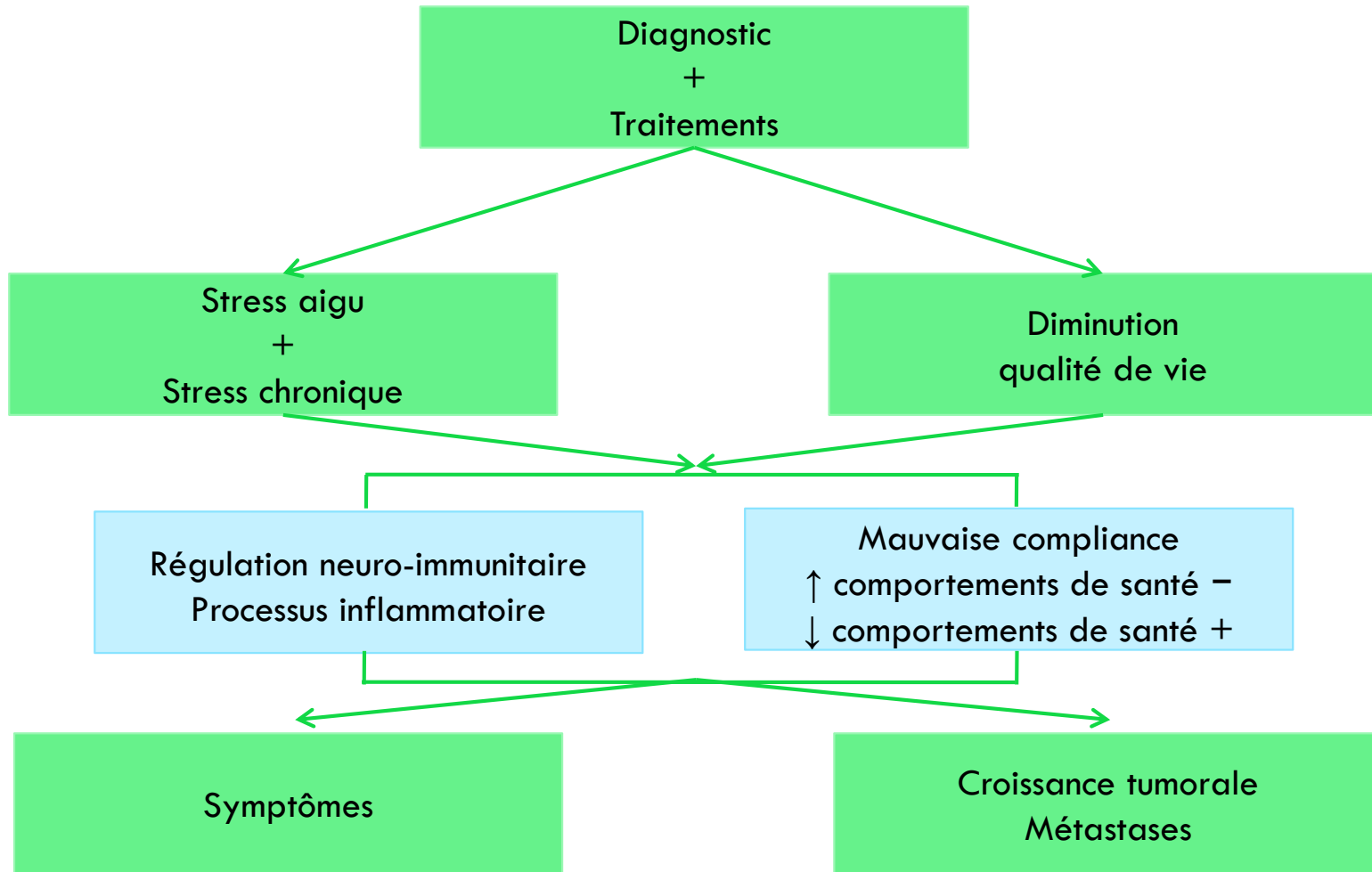
Patients:

A Randomized Clinical Trial

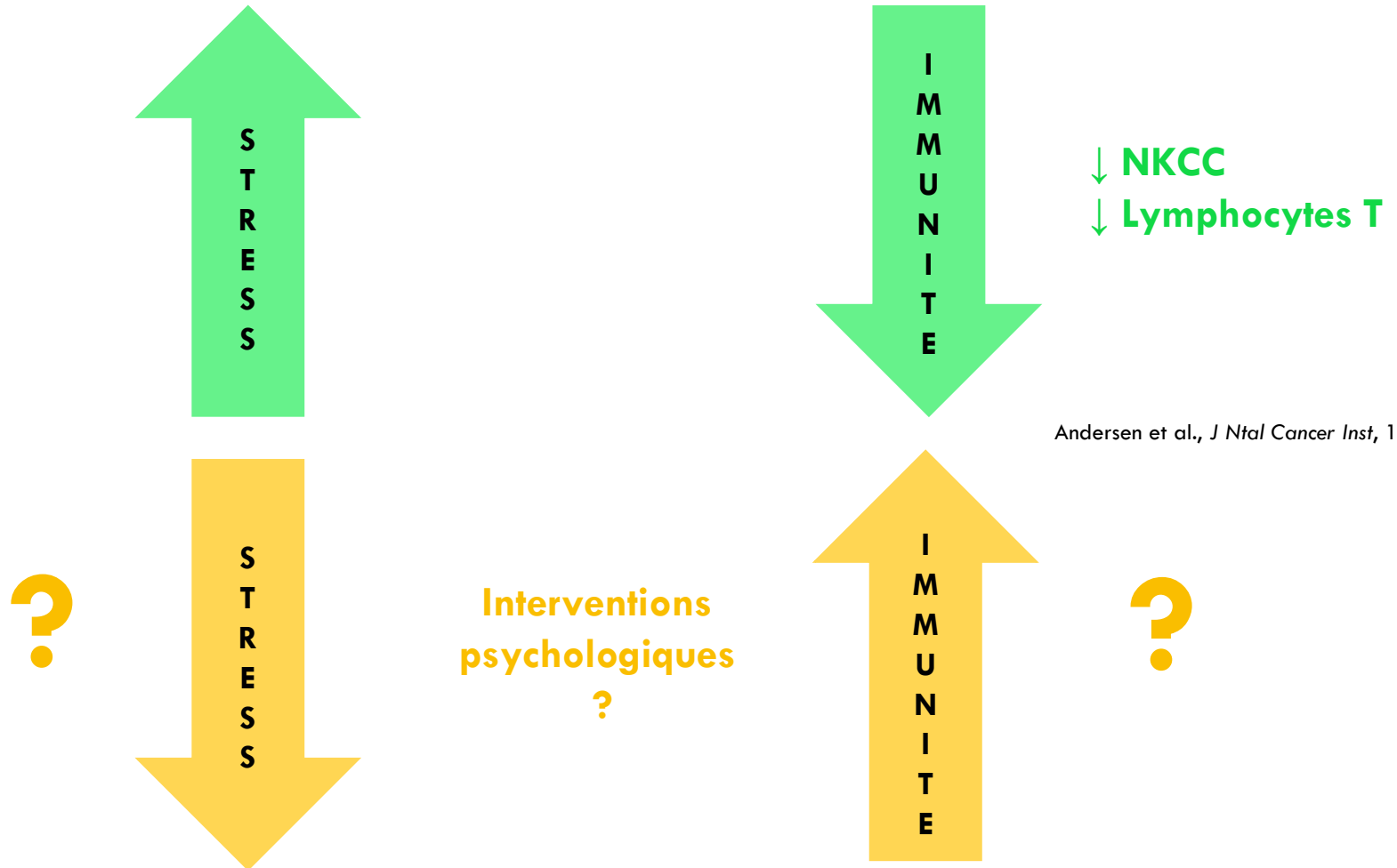
THE EFFECT OF GROUP PSYCHOSOCIAL SUPPORT ON SURVIVAL IN METASTATIC BREAST CANCER

PAMELA J. GOODWIN, M.D., MOLYN LESZCZ, M.D., MARGUERITE ENNIS, Ph.D., JAN KOOPMANS, M.S.W.,
LESLIE VINCENT, R.N., HELAINE GUTHER, M.S.W., ELAINE DRYSDALE, M.D., MARILYN HUNDLEBY, Ph.D.,
HARVEY M. CHOCHINOV, M.D., Ph.D., MARGARET NAVARRO, M.D., MICHAEL SPECA, Psy.D., AND JONATHAN HUNTER, M.D.

Adaptation physiologique associée au cancer



Adaptation physiologique au cancer (2)



Andersen et al., *J Natl Cancer Inst*, 1998

Cancer, survie et interventions thérapeutiques (2)

- Intérêt grandissant pour cette question:
 - ▣ Des études ont montré un effet potentiel sur la survie.
 - ▣ **Mais** beaucoup d'études n'ont montré aucun effet.
 - ▣ Manque d'un consensus.
- Un des domaines les plus controversés de la psycho-oncologie!

(Spiegel, 2011; Antoni, 2013)



Effets sur la survie

Effets sur la survie: maladies métastatiques

- Étude de **Spiegel et al.** (1989):
 - Patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique.
 - Intervention de groupe de type « supportive-expressive » ($N=50$) comparé à un groupe contrôle sans intervention ($N=36$).
 - Amélioration de l'humeur et d'autres facteurs psychologiques.
 - Survie 2X + longue pour l'intervention à 10 ans.

Effets sur la survie:

maladies non métastatiques

- Étude de **Fawzy et al.** (1990, 1993, 2003):
 - Patients atteints d'un mélanome.
 - Intervention de groupe structurée de 6 semaines ($N=38$) comparé à un groupe contrôle sans intervention ($N=28$).
 - Patients qui ont suivi l'intervention de groupe:
 - ↑ coping actif « comportemental ».
 - ↓ humeur négative à 6 semaines.
 - ↑ fonction immunitaire à 6 semaines et 6 mois.
 - ↓ mortalité et récurrence à 6 ans et à 10 ans.

Effets sur la survie:

maladies non métastatiques

- Étude de **Fawzy et al.** (1990, 1993, 2003):
 - L'amélioration de la survie n'était pas liée à:
 - ↑ fonction immunitaire à 6 semaines et 6 mois.
 - ↑ des variables psychologiques.
 - L'amélioration de la survie était liée à:
 - ↑ coping actif « comportemental ».
 - Niveau de détresse au début de l'intervention:
 - Niveau de détresse faible: + de probabilité de récidiver ou de décéder.

Effets sur la survie:

maladies non métastatiques

- Étude d'**Andersen et al.** (2004, 2008):
 - Patientes avec un cancer du sein non métastatique.
 - Intervention de groupe (4 mois de séances hebdomadaires + 8 mois de séances mensuelles) ($N=114$) comparé à un groupe contrôle sans intervention ($N=113$).

Effets sur la survie:

maladies non métastatiques

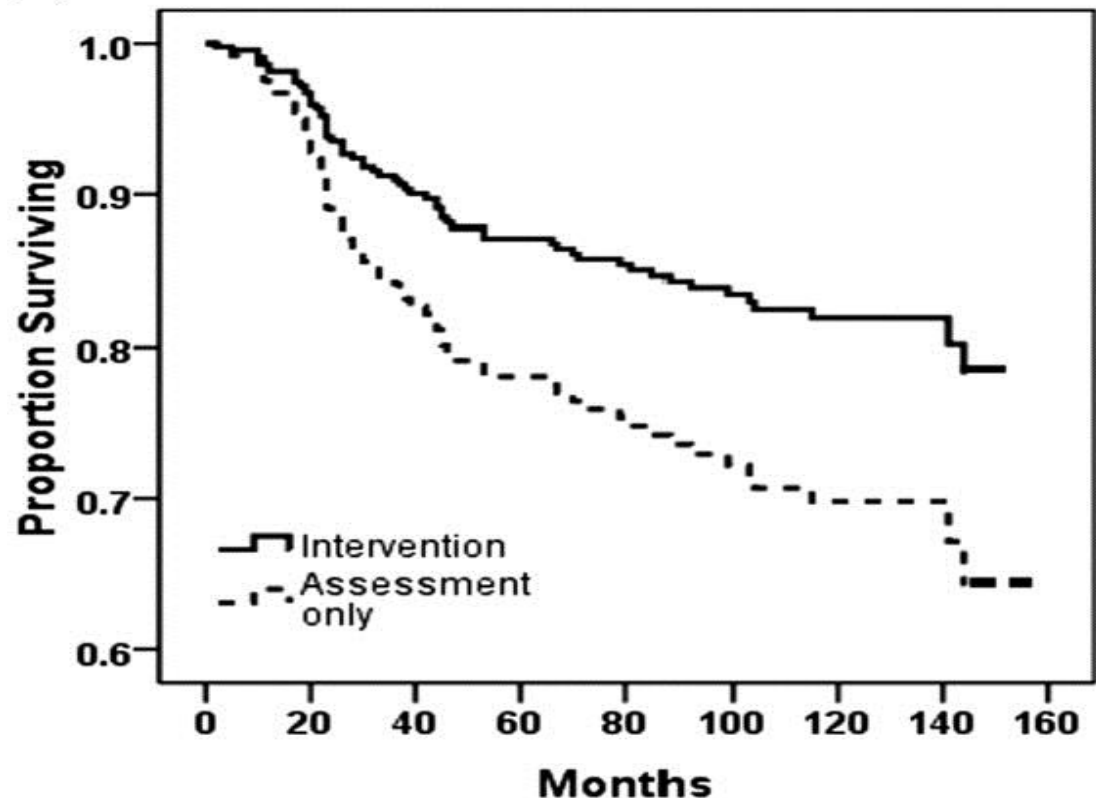
- Étude d'**Andersen et al.** (2004, 2008):
 - Intervention basée sur le modèle bio-comportemental:
 - Amélioration des comportements de santé.
 - Faciliter la compliance au cancer et au suivi médical.
 - Communication avec les proches.
 - Résolution de problèmes (fatigue,...).
 - Relaxation et exercices de réduction du stress.

Effets sur la survie: maladies non métastatiques

- Étude d'**Andersen et al.** (2004, 2008):

**Diminution du
risque de récurrence
de 45%**

(a) Recurrence free survival

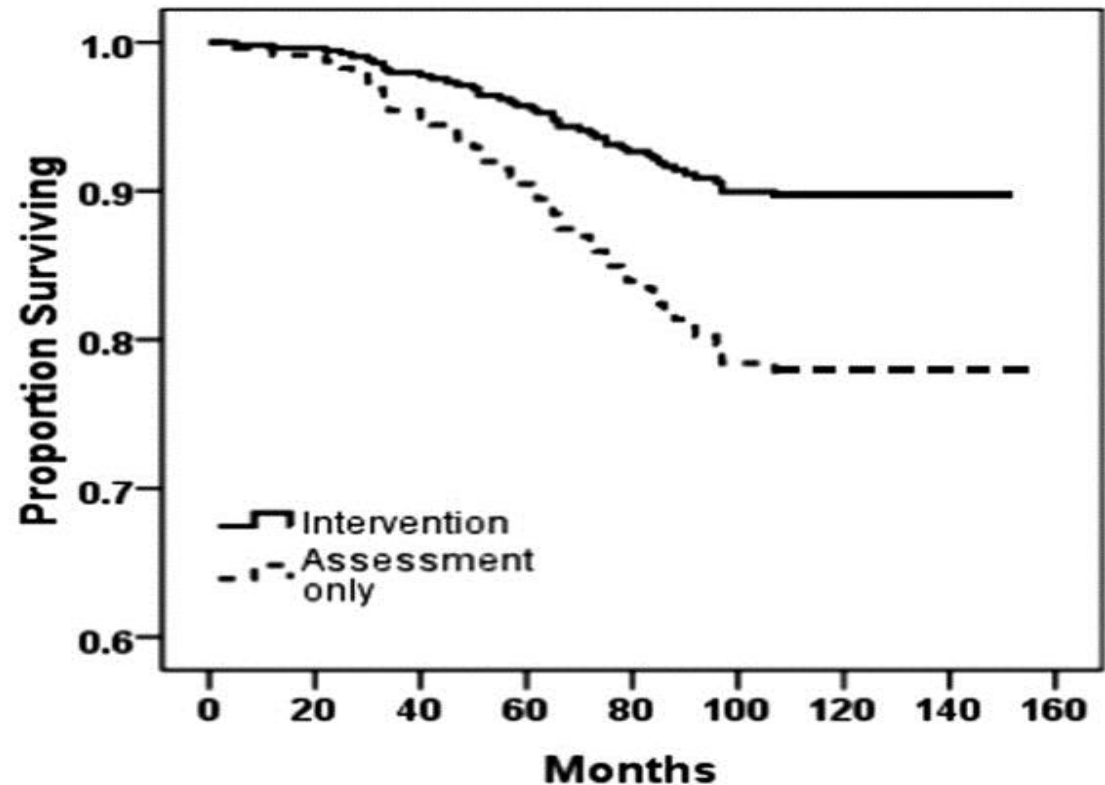


Effets sur la survie: maladies non métastatiques

- Étude d'**Andersen et al.** (2004, 2008):

**Diminution du
risque de décès lié
au cancer du sein
de 56%**

(b) Breast cancer specific survival

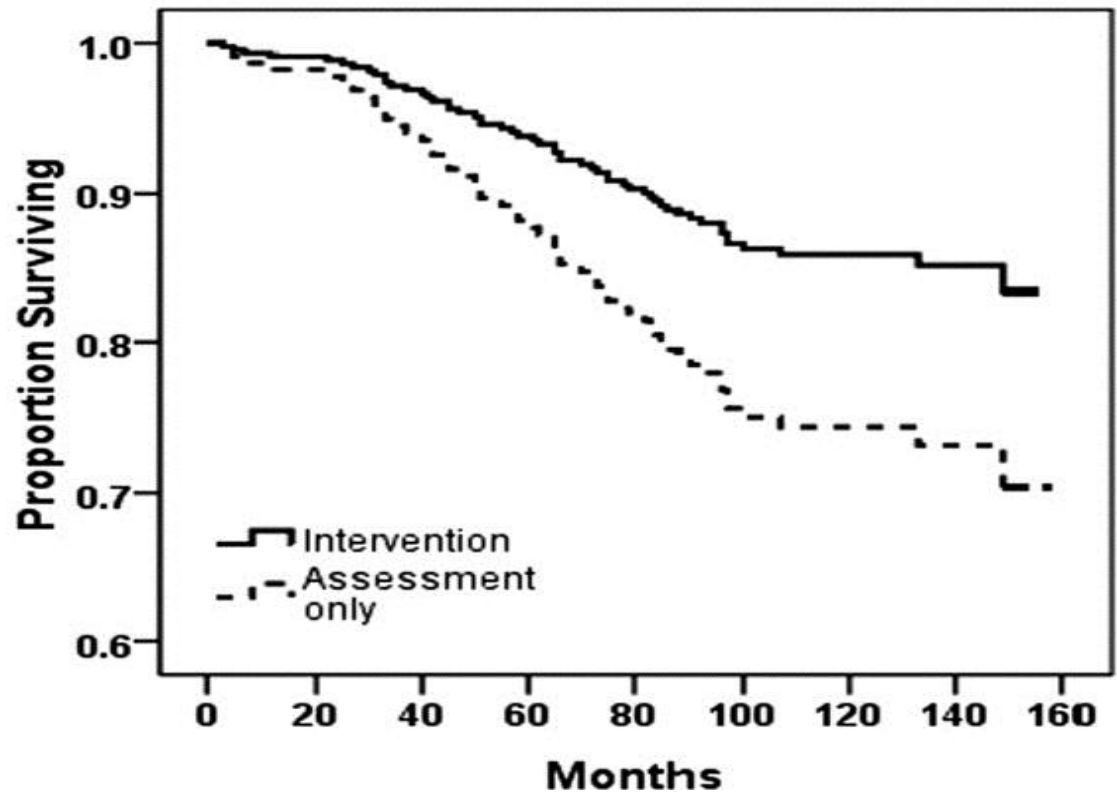


Effets sur la survie: maladies non métastatiques

- Étude d'**Andersen et al.** (2004, 2008):

**Diminution du
risque de décès
toutes causes
confondues
de 49%**

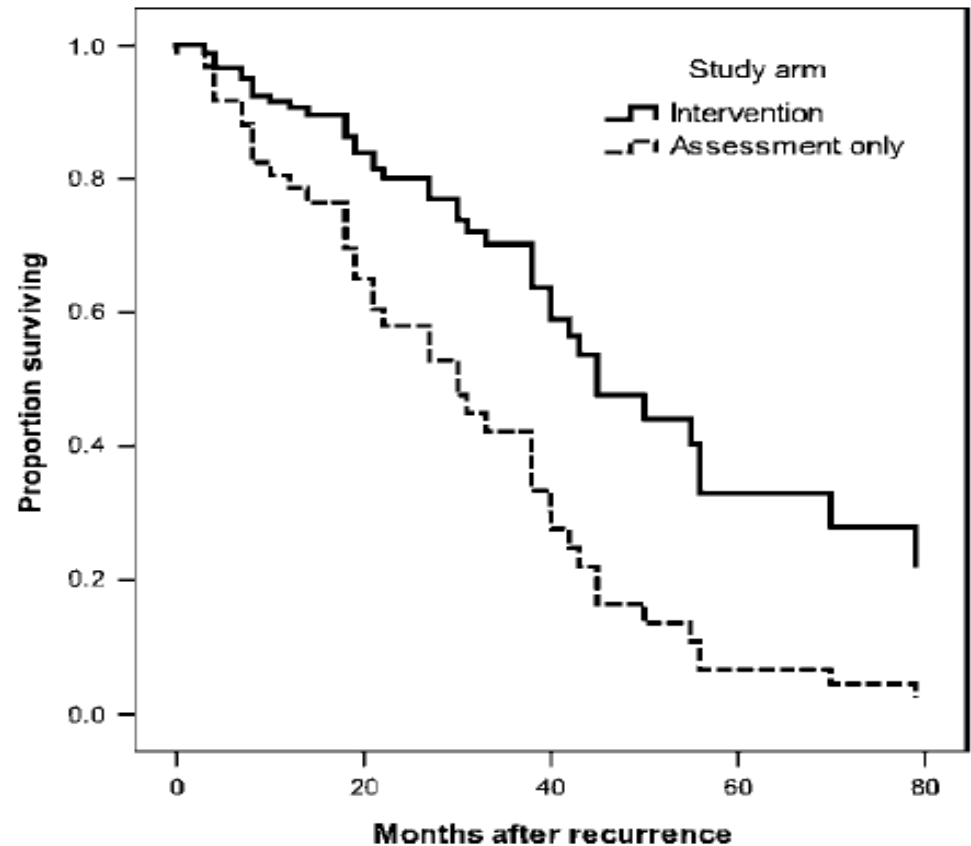
(c) Overall survival



Effets sur la survie: maladies en récurrence

□ Étude d'**Andersen et al.** (2010):

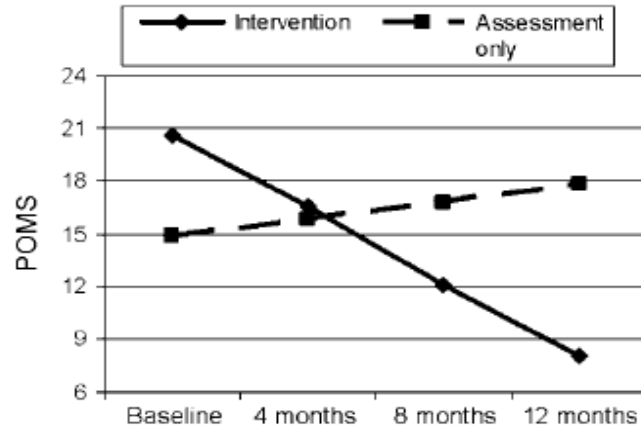
**Diminution du
risque de décès de
59% après une
récurrence**



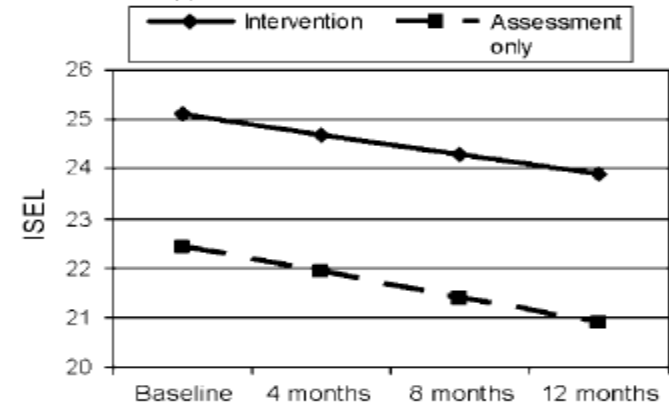
Andersen et al., *Clin Cancer Res*, 2010

Effets sur la survie: maladies en récidive

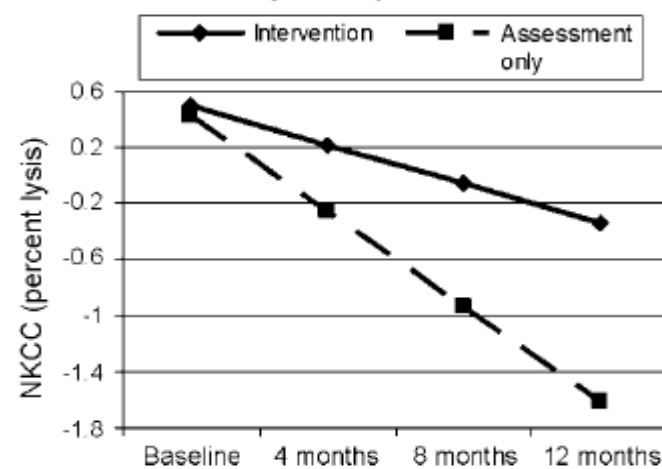
A Psychological distress



B Social support



C Natural killer cell cytotoxicity



Comment expliquer que des groupes psychothérapeutiques ont un impact sur la survie?

- Mécanisme qui sous-tend cet impact est peu connu.

- Mécanisme plurifactoriel:
 - ▣ Facteurs psychologiques.

 - ▣ Facteurs comportementaux.

 - ▣ Réponses biologiques.

 - ▣ Autres facteurs.

Comment expliquer que des groupes psychothérapeutiques ont un impact sur la survie? (2)

□ Mécanismes suggérés:

- Amélioration de la compliance aux traitements.
- Amélioration des comportements de santé.
- Changement dans la progression de la maladie:
 - Augmentation de l'immunité par la diminution du stress.
 - Diminution de la réponse inflammatoire par la diminution des symptômes dépressifs.



Absence d'effet sur la survie

Absence d'effet sur la survie: maladies métastatiques

- **Cunningham et al. (1998):**
 - ▣ Patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique.
 - ▣ Intervention de groupe ($N=30$) comparé à un groupe contrôle ($N=36$).
 - ▣ Intervention de groupe = 35 séances hebdomadaires de thérapie « supportive-expressive » et d'entraînement aux stratégies de coping cognitives et comportementales.
 - ▣ Groupe contrôle = matériel écrit.

Absence d'effet sur la survie: maladies métastatiques

□ **Cunningham et al. (1998):**

- Pas de \neq entre les groupes sur la qualité de vie, le soutien social et la répression.
- + grande diminution du sentiment d'impuissance dans le groupe intervention.
- Pas d'impact sur la survie 5 ans + tard.

Absence d'effet sur la survie: maladies métastatiques

- **Edelman et al. (1999):**
 - Patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique.
 - Intervention de groupe de type « cognitivo-comportementale » ($N=60$) comparé à un groupe contrôle ($N=61$).
 - Intervention de groupe = 8 séances hebdomadaires de TCC, 1 soirée familiale et 3 séances mensuelles.

Absence d'effet sur la survie: maladies métastatiques

- **Edelman et al. (1999):**
 - ↓ Dépression et troubles de l'humeur, ↑ estime de soi immédiatement après l'intervention.
 - Ces améliorations ne se sont pas maintenues 3 et 6 mois + tard.
 - Pas d'impact sur la survie 5 ans + tard.

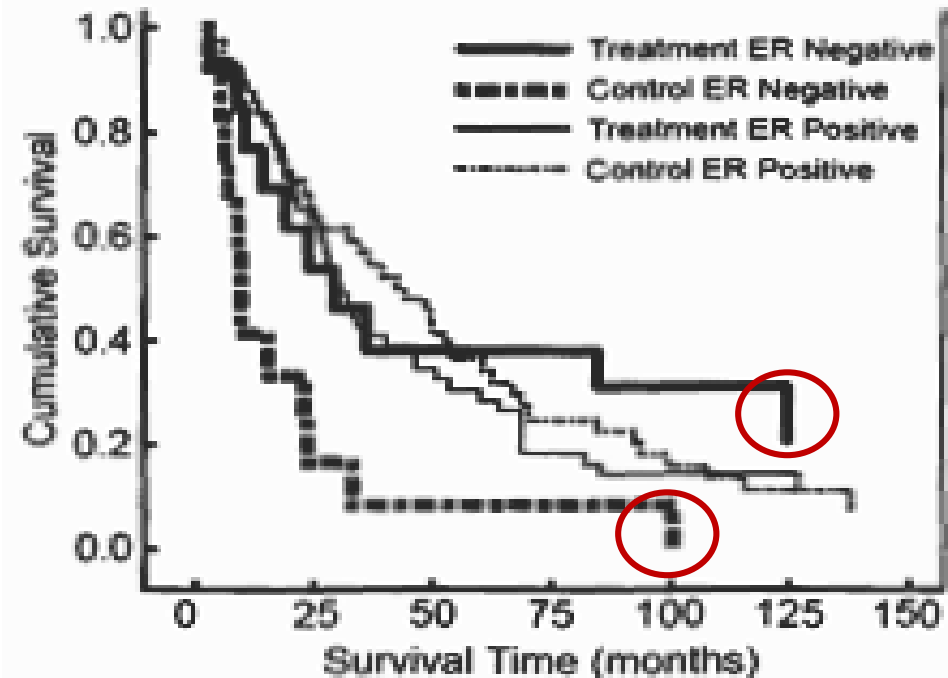
Absence d'effet sur la survie:

maladies métastatiques

- Tentative multiple de réplication des résultats de Spiegel (1989):
 - ▣ **Goodwin et al.** (2001): pas d'impact sur la survie.
 - ▣ **Kissane et al.** (2007): pas d'impact sur la survie.

Absence d'effet sur la survie: maladies métastatiques ou en récidive

- **Spiegel et al. (2007):**
 - ▣ Pas d'impact sur la survie globale.
 - ▣ MAIS: patientes RH – dans le bras intervention ont montré une survie + longue.
 - ▣ Patientes RH – bénéficieraient + des interventions psychosociales.





Biais méthodologiques

Biais méthodologiques

- Manque de **référence théorique** clairement définie.
- **Variables** investiguées sont **complexes** (stress, détresse émotionnelle, fonction immunitaire, survie,...) alors que les **interventions** sont parfois un peu « **maigres** » (nombre de séances,...).
- Manque de **définition précise** des variables dépendantes.

Biais méthodologiques (2)

- La survie est peu souvent identifiée comme « primary outcome » de l'étude.
- Le design des études n'est pas toujours construit et adapté pour mesurer l'impact d'interventions sur la survie.
- Termes utilisés prêtent à confusion et se réfèrent à différents concepts et problématiques: « stress », « détresse »,...

Biais méthodologiques (3)



- Probable qu'une intervention brève produise des effets à **court terme**.
 - Nettement moins probable qu'elle produise des effets à **long terme**.
- Le processus de changement est long et complexe.

Biais méthodologiques (4)

- Utilisation fréquente par les patients de **psychotropes** mais peu rapportée dans les études.
- **Antécédents psychiatriques** peu investigués et rapportés.
- **Suivi d'autres interventions** parallèlement à l'intervention testée dans l'étude ou suite à celle-ci pas rapportés.

Biais méthodologiques (5)

- **Interventions structurées** devraient être publiées afin d'être reproduites ou développées ultérieurement.
- Nécessité de définir dans les études les concepts psychologiques, les **modèles théoriques** et les hypothèses concernant les changements attendus.

Biais méthodologiques (6)

- Limiter les différences entre le **groupe expérimental** et le **groupe contrôle**.
 - ▣ + grand échantillon.
 - ▣ Meilleures méthodes de randomisation.

- Différences entre **thérapeutes de groupe**:
 - ▣ Limiter le nombre de thérapeutes dans une même étude.
 - ▣ Limiter le nombre de formations de base différentes.

Biais méthodologiques (7)

- **Moments** où les interventions sont proposées:
 - Variations individuelles des réponses neuroimmunologiques suite aux traitements.
 - Quand collecter les données?

- **Population ciblée:**
 - Faut-il cibler les patients qui sont le + susceptibles de bénéficier de ces interventions?
 - Critères psychosociaux
 - Critères biologiques



Conclusion

Débat autour des résultats

- Les études qui montrent un impact sur la survie présenteraient des biais méthodologiques importants.

(Stefanek, 2009)

- Revues de la littérature et méta-analyses montrent un manque de consensus.

(Evans et al., 2005; Spiegel, 2002; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Chow, Tsao & Harth, 2004; Edwards, Hailey & Maxwell, 2004; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Smedslund & Ringdal, 2004)

Les groupes psychothérapeutiques ont-ils un impact sur la survie?

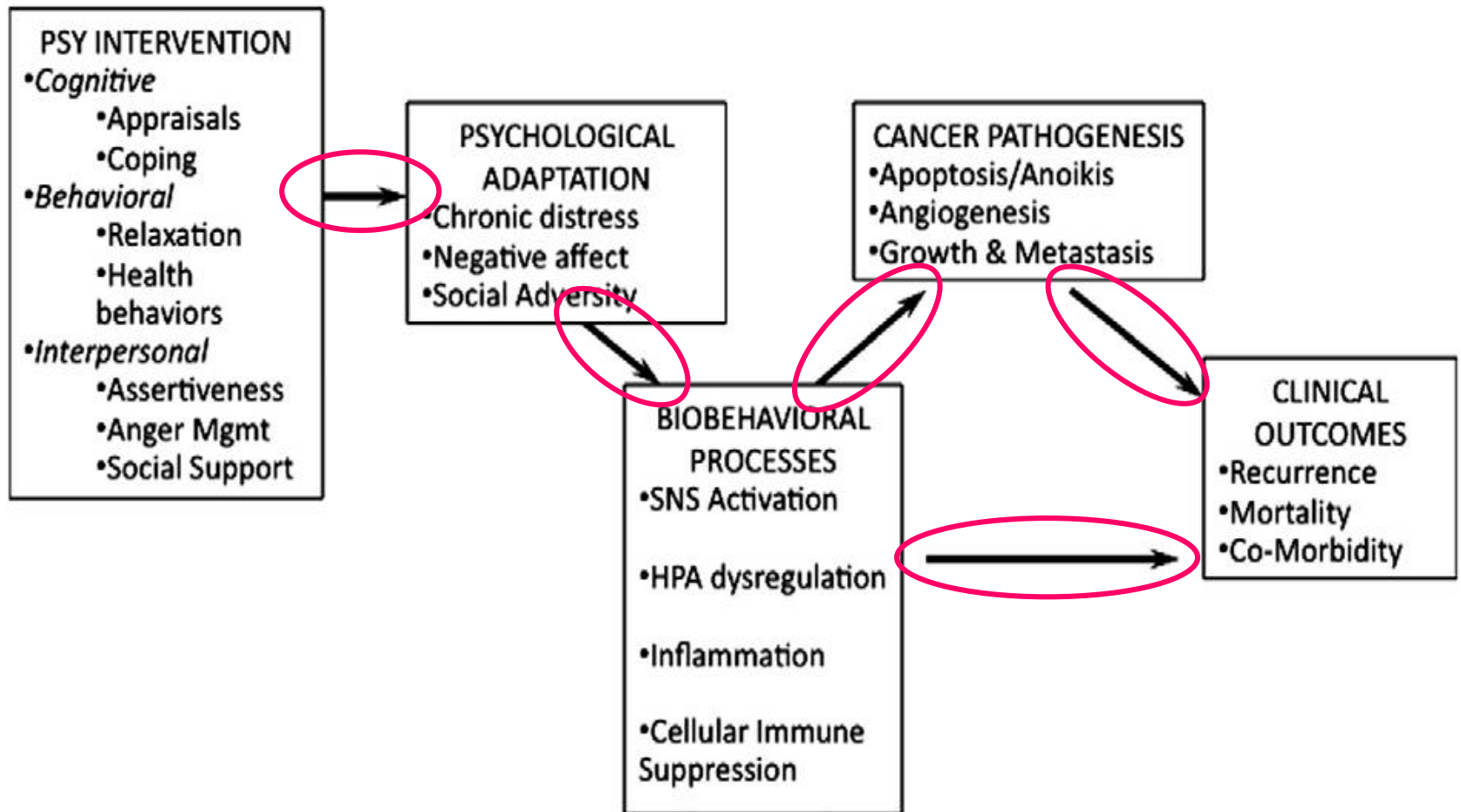
- Peu de preuves concluantes ...
- Effet possible mais qui reste à démontrer...
- Le débat reste ouvert!





Et pour la suite?

Proposition de modèle pour l'étude de l'impact des interventions psychosociales



Contenu des futures interventions

- Interventions intensives:
 - ▣ Nombre de séances.
 - ▣ Longueur de l'intervention.
 - ▣ Contenus:
 - Interventions manualisées.
 - + structurées?
 - ...

Contenu des futures interventions (2)

- Interventions qui viseraient non seulement la réduction de la détresse et l'augmentation du soutien social mais également:
 - La compliance au suivi médical.
 - Des changements d'habitudes de vie: exercices physiques, régime alimentaire,...
 - L'apprentissage d'outils de régulation émotionnelle et de gestion des symptômes:
 - Relaxation, hypnose,...
 - Stratégies cognitives et comportementales.



Merci!