



L'accompagnement par une patiente partenaire pour des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein: quelles répercussions psychologiques ?

Une étude mixte réalisée au sein de l'association LISA.

Lamelot-Pelard, Le Borgne, Rapicault,
Pietri Ibrahim, Dutheil, Franck, & Porro



Le cancer du sein

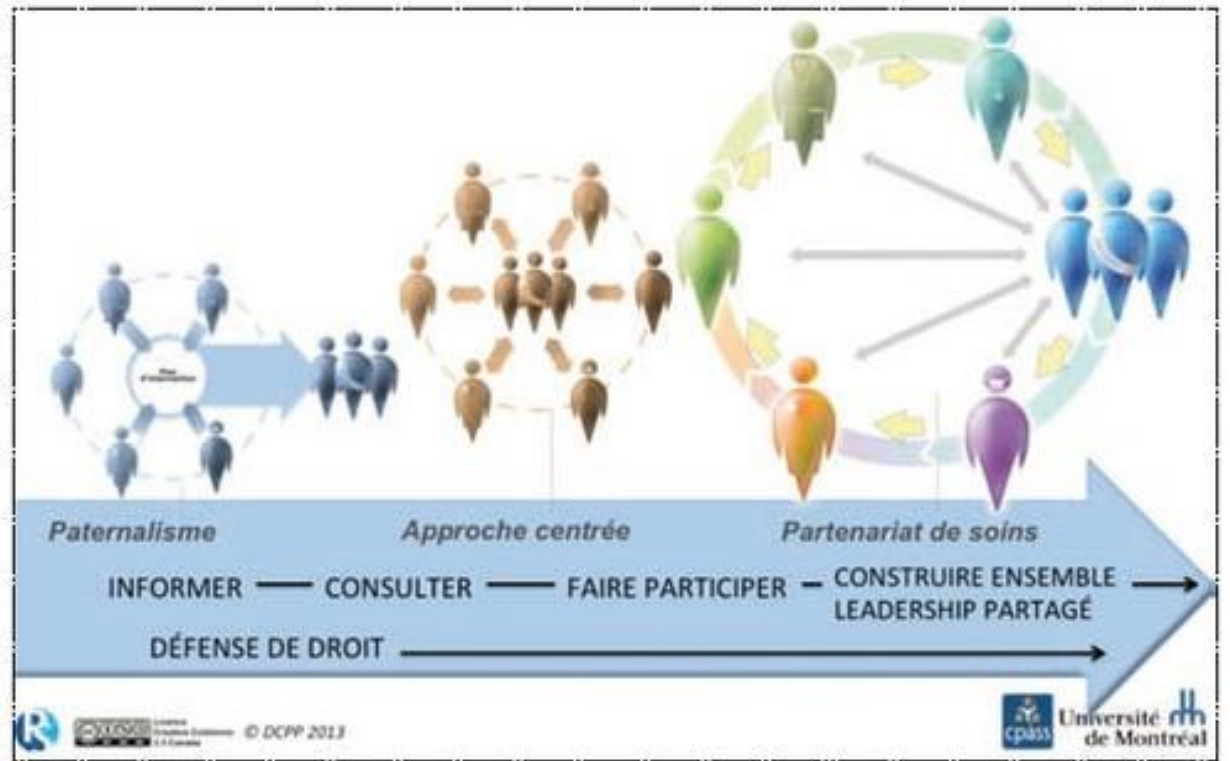
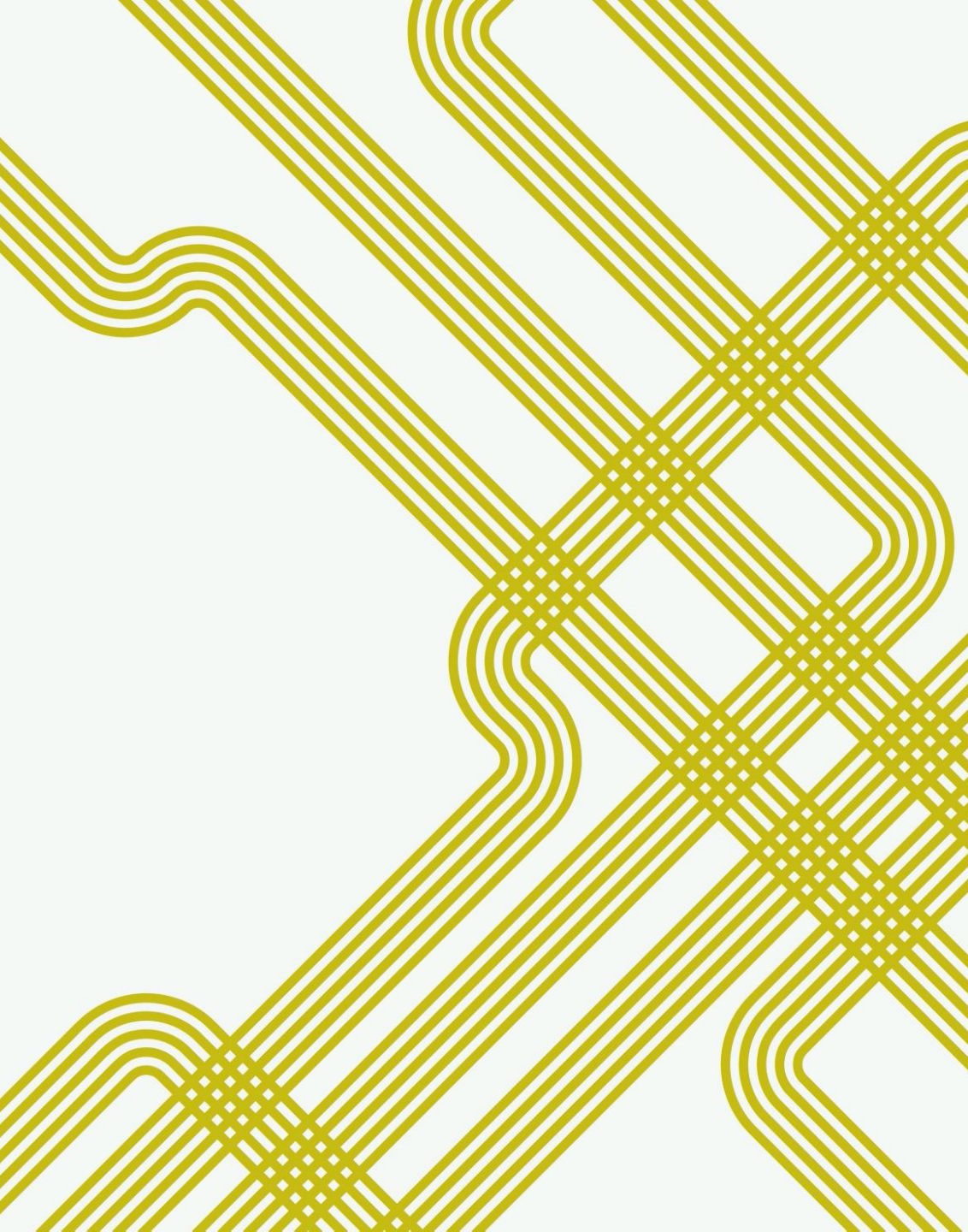
- + Environ 58 000 nouveaux cas par an en France (INCa, 2021).
- + Certaines patientes → état émotionnel particulièrement altéré à court, moyen et long termes (Bailey et al., 2009).
- + De nombreux travaux visant à comprendre les mécanismes psychologiques impliqués dans la régulation de la détresse émotionnelle (Barez et al., 2009; Levkovich, 2021; Syrowatka et al., 2017).
- + Interventions visant à augmenter le sentiment de soutien social perçu (Gudenkauf & Ehlers, 2018)

Coping: Ensemble des réactions et des stratégies élaborées par les individus pour faire face à une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984)

Contrôle perçu: consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser les événements (Bruchon-Shweitzer, 2002)



Soutien social perçu: Ressource psychologique qui regroupe l'ensemble des perceptions d'un individu en ce qui concerne la qualité de ses relations sociales (Cohen & McKay, 1984)



Pomey et al. (2015)



Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review

Jieman Hu^{1,2} · Xue Wang^{1,2} · Shaoning Guo^{1,3} · Fangfang Chen² · Yuan-yu Wu² · Fu-Jian Ji² · Xuedong Fang^{1,2}

Received: 24 October 2018 / Accepted: 27 October 2018 / Published online: 2 January 2019
© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019

Abstract

Purpose Due to the clear efficacy of peer support as a means of improving emotional well-being and healthy behaviors in a highly cost-effective manner, this program is widely used. Controversy remains, however, with regard to its efficacy in breast cancer patients. Given the heterogeneity of peer support interventions, this review aimed to categorize, assess, and synthesize the existing evidence from randomized controlled trials (RCTs) to clarify the effects of different types of peer support on breast cancer patients.

Methods We searched Pubmed, EMBase, CENTRAL, CINAHL, PsychINFO, Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI) and Wanfang Data for English and Chinese language RCTs. The Cochrane Collaboration 'risk of bias' tool for systematic reviews was used to assess the methodological quality of each RCT.

Results Of the 1494 studies screened, 15 studies met eligibility criteria for inclusion, comprising 1695 breast cancer patients. Overall, there were more positive effects than invalid or negative effects across peer interventions, with notable exceptions: unmoderated and unstructured group peer support interventions as well as Internet-based models without peer training had no effect or adverse effects on proximal and distal outcomes. However, adding other peer roles to the peer support structure or using one-on-one models could significantly improve the patients' negative emotions. Peer education showed promising effects on stress management, quality of life, and healthy behaviors.

Conclusions This systematic review found that different types of peer support have different effects on outcomes for breast cancer patients. Web-based group peer support without peer training must be avoided or used with caution in the future. Peer education is recommended for breast cancer patient support models, given its excellent results and cost-effectiveness.

Keywords Peer support · Breast cancer patients · Depression · Systematic literature review

Introduction

Breast cancer is the most common gynecological malignancy, and recent treatment advances have dramatically improved the overall 5-year relative survival rate for this disease [1, 2]. Despite the fact that diagnosis is often accompanied by a good prognosis, both the diagnosis and treatment

of breast cancer disrupt almost all aspects of a patient's life, and is often associated with psychosocial sequelae including depression, anxiety, and fear of recurrence [3, 4]. As healthcare budgets are generally limited, the psychosocial support needs of these patients have not been met, and their negative emotions and the resulting obesity [5, 6] can in turn promote the recurrence of breast cancer or even death [7–9].

Peer support refers to the approach whereby individuals with the same disease or condition meet in order to exchange information, share experiences, and encourage or help each other to overcome difficulties [10, 11]. Unlike professional help, peer support is based on a non-hierarchical relationship [12], and from the perspective of social comparison theory, interactions between individuals with the same disease are generally beneficial as they can help to establish a sense of normalcy by comparison [13]. The associated reciprocal process of giving and receiving can improve participants'

✉ Xuedong Fang
fangxd@jlu.edu.cn

¹ School of Nursing, Jilin University, Changchun 130021, China

² Department of Gastrointestinal Colorectal and Anal Surgery, China-Japan Union Hospital of Jilin University, Changchun 130033, China

³ Department of Anesthesiology, The First Hospital of Jilin University, Changchun 130021, China

Pair-aidance: modalités & efficacité

- + 15 RCT se focalisant sur l'efficacité des programmes de pair-aidance (Hu et al., 2019).
- + Modalités les plus efficaces: face-à-face, individuel, patiente partenaire formée.
- + Pas de consensus concernant la diminution de la détresse émotionnelle.
- + Nombreuses études indiquant une augmentation du soutien social perçu.
- + Investigations nécessaires concernant les stratégies de coping et le contrôle perçu.
- + Investigations complémentaires nécessaires (échantillons de petite taille).

Objectif

- + Comprendre l'impact d'un accompagnement par une patiente partenaire sur la détresse émotionnelle, les stratégies de coping, le contrôle perçu et le soutien social perçu.



Hypothèse

- + L'accompagnement par une patiente partenaire diminue la détresse émotionnelle, favorise le soutien social perçu (émotionnel, matériel, informatif), diminue la perception de soutien négatif, favorise l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème et la recherche de soutien social, diminue l'utilisation des stratégies de coping centrées sur les émotions, augmente le sentiment de contrôle interne et diminue l'attribution causale interne et le contrôle religieux.



Méthode

- + Enquête de terrain au sein de l'association LISA (Clinique Tivoli, Bordeaux)

- + Etude transversale mixte (IRB: IORG0011023 - n°22042021)

- + Critères d'inclusion:
 - 18 ans au moment du diagnostic
 - Premier cancer du sein
 - 5 ans ou moins
 - Acceptant de participer à l'étude

Questionnaires en ligne (Limesurvey)

- + Questionnaire sociodémographique, professionnel et médical (incluant l'accompagnement patiente partenaire ou non).
- + Précarité sociale: score EPICES (Sass et al., 2006)
- + Détresse émotionnelle: HADS (Razavi et al., 1989)
- + Coping: WCC (Cousson-Gélie et al., 2010)
- + Contrôle perçu: CLCS (Cousson-Gélie et al., 2005)
- + Soutien social perçu: QSSSC (Segrestan et al., 2007, 2010)
- + Estime de soi: EESR (Vallières & Vallerand, 1990)
- + Questions complémentaires:
 - Groupe accompagné: « Pouvez-vous expliquer en quoi votre vécu de la maladie a été influencé par l'accompagnement de la patiente partenaire ? ».
 - Groupe non accompagné: « Pensez-vous que votre vécu de la maladie aurait été différent si vous aviez été accompagnée par une patiente partenaire ? Pourquoi ? »



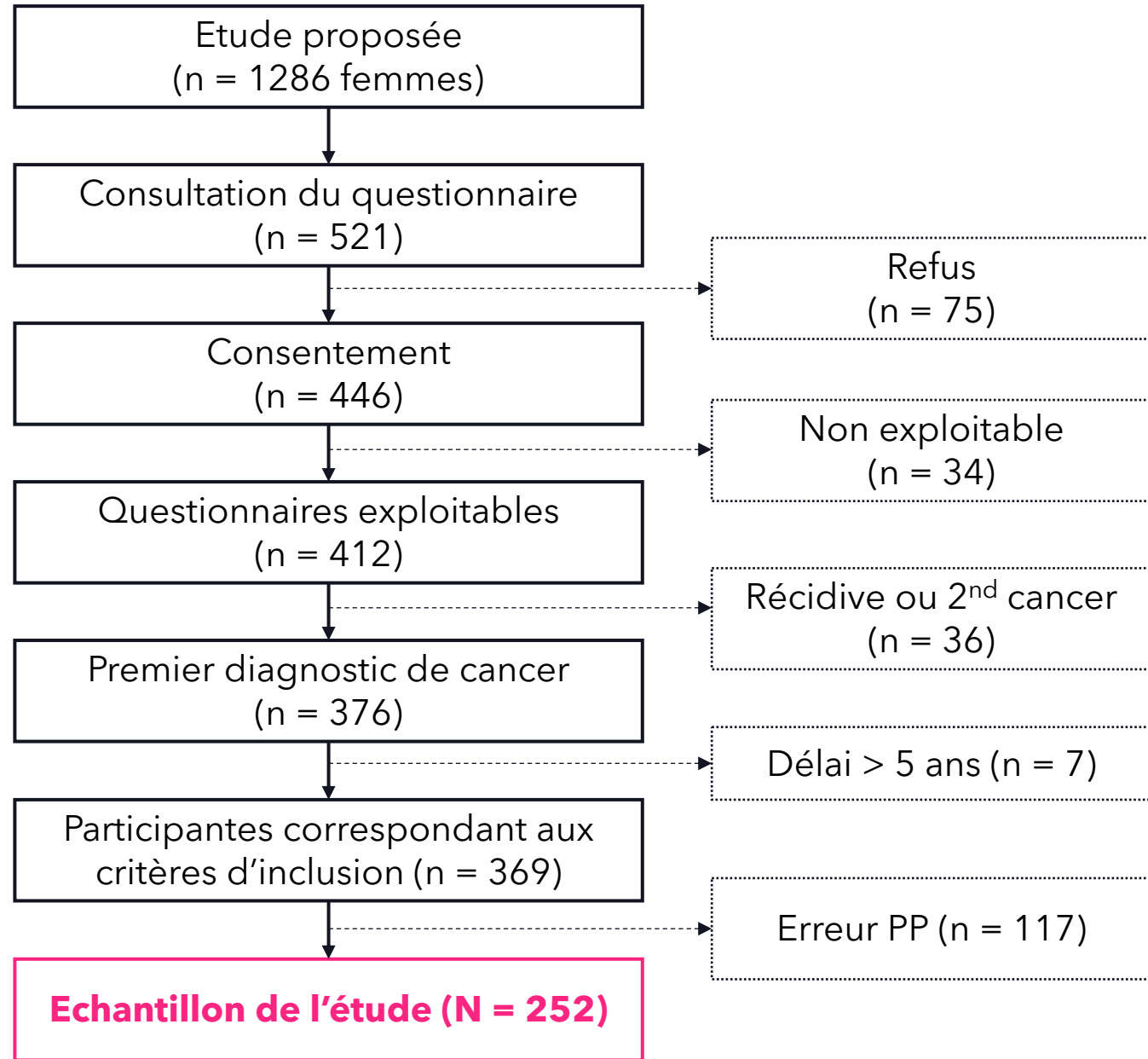
Traitement des données



- + Analyses statistiques (SPSS 27.0):
 - Identification des outliers et analyses descriptives de l'échantillon
 - Comparaison des variables sociodémographiques (dont le score EPICES), professionnelles, médicales et l'estime de soi selon que les patientes aient bénéficié ou non un accompagnement par la patiente-partenaire (Khi-deux ou U de Mann Withney).
 - Identification des variables en lien avec les variables psychologiques évaluées (U de Mann Whitney, H de Kruskal-Wallis ou corrélations de Spearman).
 - Analyses comparatives non paramétriques pour les dimensions des variables psychologiques évaluées (U de Mann Whitney).
 - Modèles de régression linéaires multivariées incluant toutes les variables ayant un $p < 0,20$ au sein des analyses univariées.

- + Analyses qualitatives (QDA Miner 6): Analyse thématique des réponses aux deux questions présentées.

Inclusions





Description de l'échantillon (N = 252)

- + **Age moyen**: 55,13 ans (ET = 10,82)
- + 171 participantes **en couple** (67,9%)
- + 68 identifiées comme **précaires** (27,0%)
- + 143 en **activité professionnelle** (56,7%)

- + **Délai depuis le diagnostic**:
 - Années 1 OU 2 (n = 73; 29,0%, respectivement)
 - Années 3 à 5 (n = 106; 42,1%)
- + **Chimiothérapie** (n = 118; 46,8%)
- + **Radiothérapie** (n = 233; 92,5%)
- + **Accompagnement PP** (n = 108; 42,9%)

- + **Estime de soi Forte à Très Forte** (n = 124; 51,7%)

Analyses comparatives univariées

	Suivi par une patiente partenaire				Différence <i>U</i>
	Oui		Non		
	<i>M (ET)</i>	<i>Rang moyen</i>	<i>M (ET)</i>	<i>Rang moyen</i>	
Détresse émotionnelle (HADS)					
Score global	12,21 (6,38)	128,00	11,62 (5,93)	123,63	7383,50
Anxiété	7,81 (4,00)	128,45	7,37 (3,55)	121,55	7107,00
Dépression	4,21 (3,06)	126,16	4,04 (3,03)	122,38	7244,50
Coping (WCC-21)					
Coping centré sur le problème	24,79 (3,99)	127,24	23,43 (4,93)	108,75	5643,50*
Coping centré sur les émotions	13,67 (4,93)	125,02	12,61 (4,46)	111,69	5964,50
Recherche de soutien social	18,49 (3,78)	146,56	15,40 (4,29)	97,45	4049,50***
Soutien social perçu (QSSSC)					
Soutien émotionnel	35,34 (6,46)	143,73	31,22 (7,13)	102,85	4737,00***
Soutien matériel – distractif	16,86 (3,98)	136,72	15,36 (4,44)	111,39	5808,00**
Soutien informatif	7,49 (1,61)	129,14	6,98 (1,79)	108,85	5656,50*
Soutien négatif	8,87 (2,92)	134,18	7,90 (2,90)	110,65	5758,00**
Contrôle perçu (CLCS)					
Contrôle interne	17,89 (2,51)	116,42	17,28 (2,60)	103,74	5205,00
Attribution causale interne	11,68 (3,97)	134,16	10,08 (3,29)	106,16	5235,50**
Contrôle religieux	4,12 (1,56)	119,94	3,84 (1,32)	112,03	6066,50

Notes. * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Modèles de régression multivariée – Recherche de soutien social

n = 237	Coefficients		Modèle				
	β [IC – 95%]	VIF	R	R ²	R ² _{aj}	F (ddl1 ; ddl2)	p
Modèle			0,46	0,21	0,17	5,24 (9 ; 178)	< 0,001
<i>Age</i>	-0,13 [-0,03 – 0,003]	1,65					
<i>Études</i>	0,07 [-0,09 – 0,27]	1,13					
<i>Activité professionnelle actuelle</i>	0,09 [-0,22 – 0,06]	1,44					
<i>Précarité</i>	-0,08 [-0,01 – 0,003]	1,13					
<i>Délai depuis le diagnostic</i>	0,07 [-0,01 – 0,02]	1,18					
<i>Stade</i>	-0,06 [-0,19 – 0,09]	1,57					
<i>Chirurgie</i>	0,20 [0,12 – 0,66]**	1,08					
<i>Chimiothérapie</i>	0,08 [-0,21 – 0,52]	1,88					
<i>Patiente partenaire</i>	0,29 [0,28 – 0,89]***	1,34					

Notes. ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Modèles de régression multivariée – Soutien émotionnel perçu

n = 237	Coefficients		Modèle				
	β [IC – 95%]	VIF	R	R ²	R ² _{aj}	F (ddl1 ; ddl2)	p
Modèle			0,46	0,21	0,18	7,57 (8 ; 228)	< 0,001
<i>Finances</i>	0,02 [-0,16 – 0,21]	1,59					
<i>Activité professionnelle actuelle</i>	0,03 [-0,08 – 0,13]	1,04					
<i>Précarité</i>	-0,24 [-0,02 – -0,01]**	1,61					
<i>Délais depuis le diagnostic</i>	0,02 [-0,01 – 0,01]	1,13					
<i>Chirurgie</i>	0,06 [-0,11 – 0,35]	1,06					
<i>Chimiothérapie</i>	0,08 [-0,11 – 0,43]	1,36					
<i>Estime de soi</i>	0,18 [0,01 – 0,06]**	1,14					
<i>Patiente partenaire</i>	0,21 [0,16 – 0,70]**	1,32					

Notes. ** : $p < 0,01$

Modèles de régression multivariée – Attribution causale interne

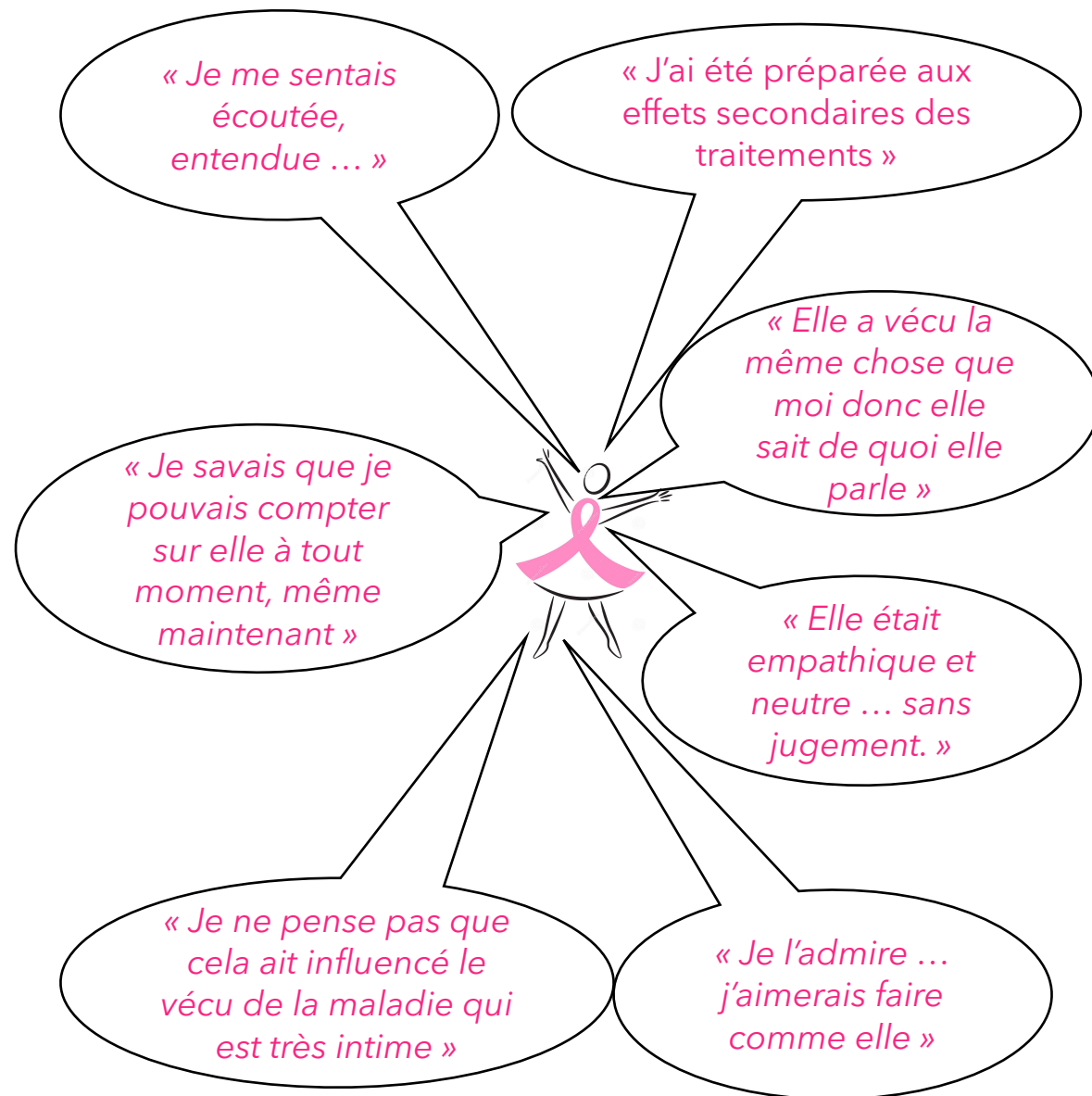
n = 236	Coefficients		Modèle				
	β [IC – 95%]	VIF	R	R ²	R ² _{aj}	F (ddl1 ; ddl2)	p
Modèle			0,51	0,26	0,23	8,83 (9 ; 226)	< 0,001
<i>Age</i>	-0,13 [-0,02 – 0,00] [†]	1,26					
<i>Couple</i>	-0,15 [-0,58 – -0,05]*	1,21					
<i>Finances</i>	-0,27 [-0,52 – -0,16]***	1,62					
<i>Précarité</i>	-0,13 [-0,02 – 0,00] [†]	1,81					
<i>Délai depuis le diagnostic</i>	0,06 [-0,01 – 0,02]	1,06					
<i>Chirurgie</i>	-0,19 [-0,60 – -0,14]**	1,10					
<i>Hormonothérapie</i>	0,12 [0,01 – 0,48]*	1,02					
<i>Estime de soi</i>	-0,25 [-0,07 – -0,02]***	1,13					
<i>Patiente partenaire</i>	0,22 [0,21 – 0,69]***	1,14					

Notes. [†] : p < 0,10 ; * : p < 0,05 ; ** : p < 0,01 ; *** : p < 0,001

Analyse thématique – Patientes ayant bénéficié de l'accompagnement PP

+ Principaux thèmes identifiés:

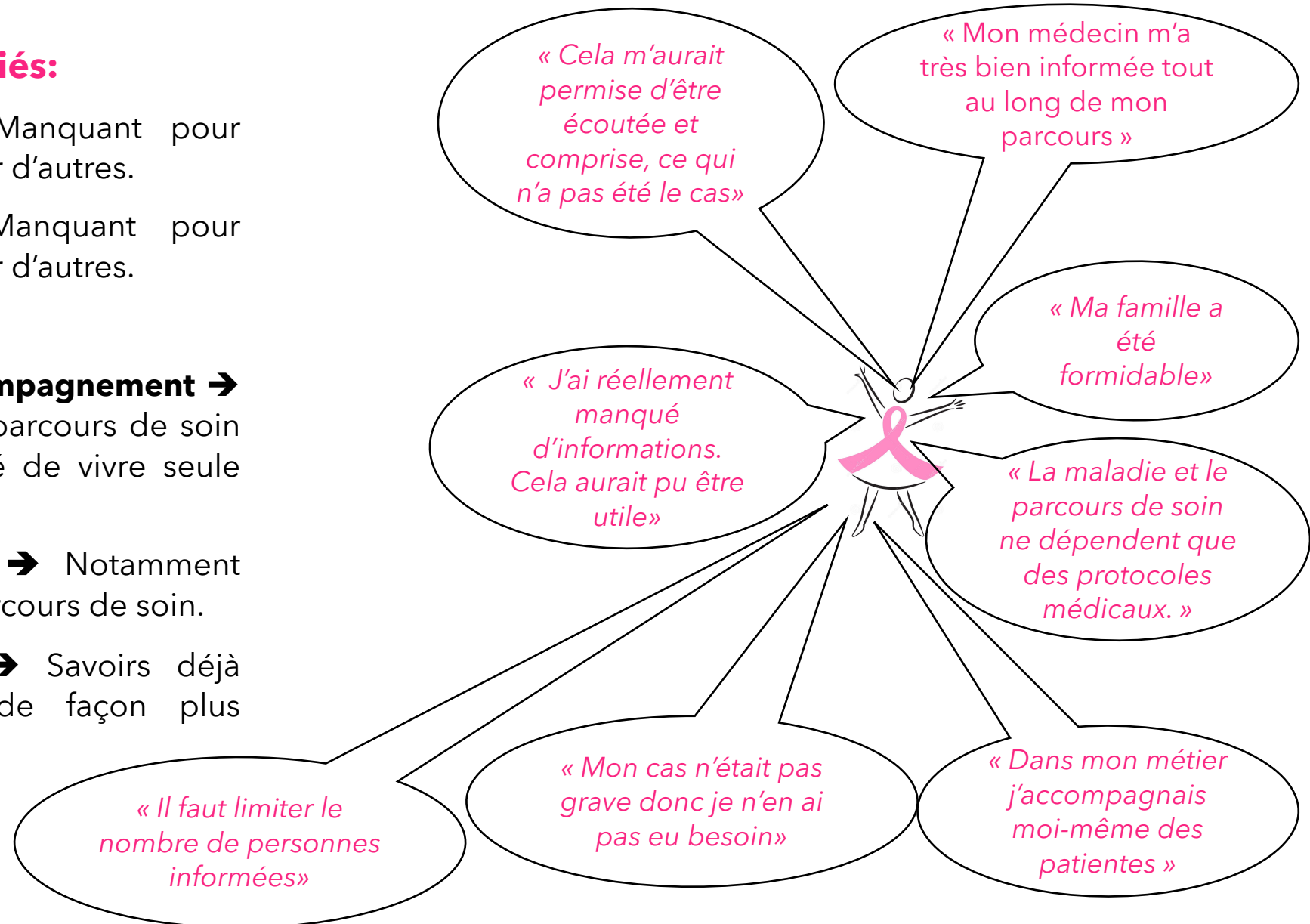
- **Soutien émotionnel** → Echanges rassurants et offrant une sensation d'être comprise par quelqu'un.
- **Soutien informatif** → Conseils et informations permettant d'anticiper les effets secondaires.
- **Expérience vicariante** → Identification d'une certaine forme de légitimité accordée à la PP donnant un espoir d'avenir positif.
- **Disponibilité** de la patiente partenaire à tous moments
- **Attitude** de la patiente partenaire dans la relation d'accompagnement → Empathique, absence de jugement, écoute active ...
- **Pas d'influence** → Vécu de la maladie perçu comme quelque chose d'intime.
- **Mécanismes transférentiels**



Analyse thématique – Patientes n'ayant pas bénéficié de l'accompagnement PP

+ Principaux thèmes identifiés:

- **Soutien émotionnel** → Manquant pour certaines et très présent pour d'autres.
- **Soutien informatif** → Manquant pour certaines et très présent pour d'autres.
- **Absence de besoin d'accompagnement** → Notamment en raison d'un parcours de soin bien vécu ou d'une volonté de vivre seule cette épreuve.
- **Représentations diverses** → Notamment concernant le déroulé du parcours de soin.
- **Expérience personnelle** → Savoirs déjà présents ou recherchés de façon plus individuelle.
- **Evitement**



Discussion (1)

- + Absence de lien avec la détresse émotionnelle (Gotay et al., 2007; Lee et al., 2013)
- + Plus de soutien émotionnel perçu +++ (Hu et al., 2019)
- + Pas de lien avec le soutien informatif perçu dans les analyses multivariées
 - Quali: La majorité des patientes n'ayant pas été suivies ont eu d'autres ressources leur permettant d'obtenir les informations souhaitées (amies ayant vécu le même événement ou professionnels de santé)
- + Association multivariée avec la recherche de soutien social
 - Les patientes accompagnées sont plus à même de s'en saisir (Disponibilité)
- + **Expérience vicariante**: légitimité mais attention aux mécanismes transférentiels malgré une attitude empathique, neutre et bienveillante
- + Majorité des patientes estimant qu'elles n'en ont pas eu besoin → Déjà soutenues par ailleurs, expérience personnelle, besoin de solitude, représentations diverses
- + Association multivariée avec l'attribution causale interne (???)



Discussion (2)

+ Limites

- Etude transversale
- Pas de randomisation
- Pandémie de la COVID-19 → Plus d'entretiens téléphoniques
- Double fonction de la patiente partenaire

+ Forces

- Devis mixte
- Intérêt pour les variables transactionnelles autres que le soutien social perçu
- Echantillon relativement grand en comparaison avec ceux des travaux publiés
- Evaluation en institution → Proche de la réalité de terrain

+ Perspectives

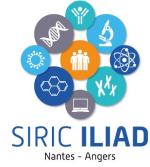
- Etude qualitative complémentaire en cours d'analyse (22 patientes rencontrées)
- Mise en place d'une étude longitudinale
- Evaluations d'autres variables psychologiques (développement post-traumatique, sentiment d'efficacité personnelle, peur de la récurrence, etc.)



Conclusion

- + L'expérience de l'accompagnement par une patiente partenaire est généralement **bien vécu** par les patientes.
- + Les patientes n'ayant pas été accompagnées le jugent utile lorsqu'elles en ressentent le besoin → **Intervention juste nécessaire**.
- + Ne semble pas agir sur les issues psychologiques mais plutôt sur les **variables transactionnelles**.





Merci de votre attention

Merci également à:

- AMGEN
- SIRIC ILIAD (INCa-DGOS-Inserm_12558)
- Association LISA: Sabine, Chloé, Hortense
- GSO
- Toutes les participantes

