

**Évaluation des approches psychothérapeutiques de courte durée pour le traitement des
troubles anxieux et dépressifs en oncologie**

Rapport d'évaluation 11-18

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
(UETMIS)

Novembre 2018

Évaluation des approches psychothérapeutiques de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie

Rapport d'évaluation 11-18

préparé par

Martin Bussières, B.Sc., M.A.P.

Melany Faucher, M.Sc. A.

Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P.

Alice Nourissat, MD, Ph.D.

Marc Rhains, MD, M.Sc., FRCPC

avec la participation de Marie-Claude Letellier, MD, M.Sc., résidente en Santé publique et médecine préventive

UETMIS, CHU de Québec-Université Laval

NOVEMBRE 2018

Direction de la qualité, de l  valuation, de l  thique et des affaires institutionnelles (DQEEAI)

<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval.

COORDINATION

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – Évaluation, expérience patient et éthique, Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI)

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M^{me} Awa Dieng, agente administrative, module Évaluation et expérience patient, DQEEAI

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682
Courriel : uetmis@chudequebec.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval.
Évaluation des approches psychothérapeutiques de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie, rapport d'évaluation préparé par Martin Bussières, Melany Faucher, Martin Coulombe, Alice Nourissat et Marc Rhainds (UETMIS 11-18) Québec, 2018, XIV- 53 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright   2018 UETMIS - CHU de Québec-Université Laval.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} Aude Caplette-Gingras, psychologue et chercheuse clinicienne, Direction des services multidisciplinaires (DSM), HSS

M^{me} Lucie Casault, psychologue, agente de développement des pratiques professionnelles en psychologie, DSM, L'HDQ

M^{me} Jennifer Hains, psychologue, DSM, HSS

M^{me} Nathalie Jacques, psychologue, DSM, L'HDQ

M^{me} Isabelle Pelletier, psychologue, DSM, HEJ

D^{re} Annie Tremblay, psychiatre, cogestionnaire médical du programme d'oncologie, L'HDQ

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels
M^{me} Katia Boivin, Conseil multidisciplinaire
M^{me} Christine Danjou, Direction des soins infirmiers
D^{re} Anne Desjardins, Programme de prévention et contrôle des infections
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé
M^{me} Julie Maranda, Conseil des infirmières et des infirmiers
M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments
M^{me} Christine Mimeault, directrice, Direction clientèle – Néphrologie et oncologie
M. François Pouliot, module Éthique, DQEEAI
M^{me} Michèle Ricard, adjointe au directeur, module Qualité, sécurité et gestion des risques, DQEEAI
M^{me} Karen Samson, Service-conseil de génie biomédical
M. Stéphane Tremblay, directeur, Direction des services multidisciplinaires
Vacant, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de recherche
M. Martin Bussièrès, agent de recherche
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – Évaluation, expérience patient et éthique, DQEEAI
M^{me} Awa Dieng, agente administrative
M^{me} Renée Drolet, agente de recherche
M^{me} Melany Faucher, orthophoniste, agente de développement des pratiques professionnelles en orthophonie, DSM (collaboration spéciale pour ce projet, 1^{er} avril au 23 août 2018)
M^{me} Brigitte Larocque, agente de recherche
M. Sylvain L'Espérance, agent de recherche
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Ce document présente les informations répertoriées au 21 août 2018 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec-Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec-Université Laval, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

SOMMAIRE

Les répercussions du cancer et des traitements qui y sont associés sur la santé mentale des patients peuvent se manifester tout au long du continuum de soins et de services, et ce, tant au moment du diagnostic, que lors des traitements, du suivi, de la rémission, des soins palliatifs, ou encore de la période de fin de vie. Près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer sont susceptibles de présenter de la détresse psychologique alors qu'environ un tiers auront un diagnostic de troubles de l'adaptation, de troubles anxieux ou dépressifs. Au CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec), la systématisation de la détection de la détresse psychologique s'accompagne d'un nombre croissant de patients à accompagner. Avec l'objectif de revoir l'offre de services de psychothérapies individuelles, la Direction des services multidisciplinaires a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec afin d'évaluer quelles seraient les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie.

Les données probantes disponibles suggèrent que les psychothérapies individuelles de courte durée peuvent être efficaces pour le traitement de la dépression majeure et des troubles anxieux, qu'elles soient dispensées seules ou en combinaison avec notamment des interventions pharmacologiques ou psychosociales. À ce jour, les données probantes ne permettent pas d'établir la supériorité d'une approche de psychothérapie individuelle par rapport à une autre. Toutefois, plusieurs auteurs des guides de pratiques retenus dans la présente analyse mentionnent que différentes approches psychothérapeutiques (p. ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychodynamique brève, thérapie existentielle-humaniste) ou certaines de leur composantes pourraient être utilisées selon les besoins du patient, ses préférences, sa réponse au traitement et les ressources locales disponibles. Un suivi effectué sur une base régulière suivant le début de la psychothérapie avec une réévaluation des symptômes, de l'observance et de la satisfaction du patient est également recommandé afin de réviser l'approche au besoin. L'analyse de la pratique actuelle montre que l'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle est bien implantée et diversifiée au CHU de Québec. Toutefois, les approches de psychothérapie individuelle disponibles et les modalités d'accès aux services qui diffèrent d'un hôpital à l'autre soulèvent des enjeux organisationnels et d'équité.

En appréciant l'ensemble des données disponibles, l'UETMIS recommande à la Direction des services multidisciplinaires en collaboration avec l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle et la Direction clientèle – Néphrologie et oncologie, de réviser son offre de services ambulatoires et en cours d'hospitalisation en psychothérapie individuelle de courte durée afin de rendre accessibles les approches psychothérapeutiques, ou certaines de leurs composantes, à l'ensemble de la clientèle oncologique ayant des troubles anxieux et dépressifs dans les différents hôpitaux du CHU de Québec. De par sa vocation de centre tertiaire et universitaire, il apparaît essentiel que les activités de l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec puissent s'inscrire dans le cadre d'une démarche évaluative visant à améliorer l'accessibilité, l'équité et la qualité des soins et services en psychothérapie individuelle de courte durée auprès des personnes atteintes de cancer.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACT	<i>Acceptance and commitment therapy</i>
ADIS	<i>Anxiety Disorder Interview Schedule</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
BAI	<i>The Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CANMAT	<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments</i>
CAPO	<i>Canadian Association of Psychological Oncology</i>
CCO	<i>Cancer Care Ontario</i>
CES-D	<i>Centre for Epidemiological Studies-Depression</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIC	Centre intégré de cancérologie
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSQ	<i>Client Satisfaction Questionnaire</i>
DMS	Différences de moyennes standardisées
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECR	Essai clinique randomisé
EESE-r	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, version révisée
EPCRC	<i>European Palliative Care Research Collaborative</i>
EROS	<i>The Environmental Reward Observation Scale</i>
GAD	<i>Generalized anxiety disorder</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HRDS	<i>Hamilton rating scale for depression</i>
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and related health problems</i>
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
MSPSS	<i>The Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>

NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
ODD	Outil de détection de la détresse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPSS	Oncologie psychosociale et spirituelle
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
QOLI	<i>The Quality of Life Inventory</i>
RCa	Rapport de cotes ajusté
SC	Soins collaboratifs
SF-36	<i>The Medical Outcomes Study Short Form</i>
TAC	Thérapie d'activation comportementale
TC	Thérapie cognitive
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TLV	Thérapie par lumière vive
TN	Thérapie narrative
TPDB	Thérapie psychodynamique brève
TRP	Thérapie de résolution de problèmes
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	IV
SOMMAIRE	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	VI
TABLE DES MATIÈRES	VIII
LISTE DES ANNEXES.....	X
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES TABLEAUX.....	X
RÉSUMÉ.....	XI
1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	2
2.1 Question décisionnelle.....	2
2.2 Questions d'évaluation.....	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	3
3.1 Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité	3
3.1.1 Recherche documentaire	3
3.1.2 Sélection et évaluation de sélection des publications	3
3.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données	3
3.2 Enquête de pratiques au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec..	4
3.3 Contextualisation	5
3.4 Révision	5
3.5 Modification au plan d'évaluation	5
4. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	6
4.1 Cancer et santé mentale.....	6
4.2 Détection de la détresse et échelles d'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs	7
4.3 Interventions psychothérapeutiques en oncologie	7
5. RÉSULTATS.....	9
5.1 Efficacité et innocuité des psychothérapies de courtes durées	9
5.1.1 Guides de pratique clinique	9
5.1.2 Étude de synthèse	13
5.1.3 Essais cliniques randomisés.....	15
5.1.4 Étude et protocoles en cours	23
5.2 Description des pratiques et des services offerts en oncologie psychosociale et spirituelle au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec.....	24
6. DISCUSSION.....	27

6.1.	Les données probantes, bien que limitées, suggèrent que les psychothérapies individuelles de courte durée seraient efficaces et sécuritaires pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les adultes suivis en oncologie	27
6.2	Les données probantes ne permettent pas d'établir la supériorité d'une approche de psychothérapie par rapport à une autre pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie	28
7.	RECOMMANDATIONS	31
8.	CONCLUSION	33
	ANNEXES	34
	RÉFÉRENCES	51

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE	34
ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES	36
ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS	39
ANNEXE 4. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION.....	40
ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR LES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES.....	46

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. MODÈLE D'INTERVENTION EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE	8
FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS.....	9

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET LIMITES DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	4
TABEAU 2. PRINCIPAUX MODÈLES THÉORIQUES DES APPROCHES EN PSYCHOTHÉRAPIE (ADAPTÉ DE [2]).....	8
TABEAU 3. DESCRIPTION SOMMAIRE DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE PORTANT SUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS EN ONCOLOGIE.....	10
TABEAU 4. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES INTERVENTIONS À DISPENSER SELON LA GRAVITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX CHEZ LES PATIENTS AYANT UN CANCER [19]	13
TABEAU 5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES POUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION À COURT TERME ET AU COURS DU SUIVI [26]	15
TABEAU 6. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INCLUS DANS LES ECR PORTANT SUR L'ÉVALUATION D'INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER.....	17
TABEAU 7. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES ÉVALUÉES DANS LES ECR INCLUS.....	18
TABEAU 8. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RAPPORTÉS DANS LES ECR PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES À RÉDUIRE LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER	20
TABEAU 9. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RAPPORTÉS DANS LES ECR PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES À RÉDUIRE LES SYMPTÔMES ANXIEUX CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER	22
TABEAU 10. LISTE DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS DANS L'OFFRE DE SERVICES EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE AU CHU DE QUÉBEC ET AU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS SELON LE TYPE DE SERVICES.....	24

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les patients atteints d'un cancer sont particulièrement à risque de vivre de la détresse psychologique, sociale ou émotionnelle qui peut affecter leur qualité de vie et leur attitude face à la maladie. Certains patients ayant des problématiques de santé mentale plus graves, comme des troubles de l'adaptation, des troubles anxieux ou dépressifs nécessitent une prise en charge spécialisée, entre autres par l'initiation d'une psychothérapie. Avec l'objectif de revoir l'offre de services de psychothérapies individuelles au CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec), la Direction des services multidisciplinaires a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) afin d'évaluer quelles seraient les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelles sont les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

- Quelles sont les psychothérapies individuelles de courte durée recommandées par les sociétés savantes pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?
- Quelle est l'efficacité et les effets indésirables des psychothérapies individuelles de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?
- Quel est le type de services offerts en oncologie psychosociale et spirituelle aux patients adultes suivis en oncologie au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec?
- Quels sont les enjeux organisationnels associés à l'offre de services actuelle en oncologie psychosociale et spirituelle et à la révision éventuelle de celle-ci au CHU de Québec?

MÉTHODOLOGIE

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de plusieurs bases de données indexées et de la littérature grise. Les sites internet d'organismes en ETMIS ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés. La recherche visait à identifier des guides de pratique, des études de synthèse ainsi que des essais cliniques randomisés (ECR) portant sur l'efficacité ou l'innocuité des approches psychothérapeutiques de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie. Les documents rédigés en français ou en anglais, à partir du début des bases de données jusqu'au 21 août 2018, ont été inclus dans la recherche. Les principaux indicateurs d'efficacité rapportés étaient la taille d'effet et les différences de moyennes standardisées mesurées avec des outils d'évaluation des troubles anxieux ou dépressifs validés. Des indicateurs d'innocuité ainsi que certains liés à l'expérience patient ont également été considérés. La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec un groupe de travail interdisciplinaire composé d'experts du CHU de Québec. Des entrevues téléphoniques semi-structurées avec des d'informateurs-clés du CHU de Québec et des autres centres hospitaliers universitaires du Québec ont été menées afin de décrire l'offre de services et les pratiques en cours pour la prise en charge psychologique des patients suivis en oncologie, incluant les patients présentant un trouble anxieux ou dépressif.

RÉSULTATS

La recherche documentaire a permis d'identifier 19 documents incluant sept guides de pratique clinique, une revue systématique avec méta-analyse, neuf ECR et deux analyses complémentaires d'un ECR.

Guides de pratique clinique

Au total, sept organisations canadiennes, américaines et européennes ont émis des recommandations de bonnes pratiques cliniques au sujet de la place de la psychothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez des patients atteints d'un cancer. Toutes les organisations mentionnent que les patients pourraient bénéficier d'interventions psychologiques ou psychosociales, et ce, qu'elles soient dispensées seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques. Bien que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle soit l'approche psychologique la plus utilisée et la plus étudiée, plusieurs auteurs soulignent que les preuves sont insuffisantes pour déterminer la supériorité de cette approche par rapport aux autres pour le traitement de la dépression ou de l'anxiété. Certains précisent également que différentes approches psychothérapeutiques ou certaines de leur composantes pourraient être utilisées selon les besoins du patient, ses préférences, sa réponse au traitement et les ressources locales disponibles. Un suivi effectué sur une base régulière avec une réévaluation des symptômes, de l'observance et de la satisfaction du patient, suivant le début de la psychothérapie, est recommandé afin de réviser l'approche si nécessaire. Plusieurs organisations recommandent également pour le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les patients ayant un cancer, d'instaurer des modèles de soins par étapes axés sur la gravité et l'évolution des symptômes ou encore collaboratifs axés sur la pratique en interdisciplinarité plutôt qu'une approche spécifique de psychothérapie.

Étude de synthèse

Une revue systématique incluant neuf ECR portant sur l'évaluation d'interventions psychologiques individuelles ($n = 7$) ou de groupe ($n = 2$) basées sur des approches issues des modèles théoriques cognitivo-comportemental, psychodynamique-analytique ou existentiel-humaniste pour le traitement de la dépression majeure en oncologie a été retenue. Les auteurs ont également effectué une méta-analyse en considérant uniquement les études ayant un groupe contrôle sans intervention psychologique. Les résultats en période post-traitement immédiat suggèrent une amélioration statistiquement significative des symptômes dépressifs (différence de moyennes standardisées [DMS] = -1,40; IC à 95 % : -2,50 à -0,29; $p = 0,01$) qui ne persistait pas lorsque mesurée de six à 12 mois (DMS = -0,55; IC à 95 % : -1,14 à 0,04; $p = 0,07$). Les auteurs de la revue de synthèse concluent que les interventions psychologiques individuelles ou de groupe pourraient être efficaces pour traiter la dépression chez les patients atteints d'un cancer, mais que les preuves sont insuffisantes pour soutenir une approche thérapeutique plus qu'une autre. Par ailleurs, ils mentionnent que l'hétérogénéité des populations étudiées limite l'interprétation des résultats, notamment en raison de l'inclusion dans l'analyse de patients qui ne rencontrent pas l'ensemble des critères diagnostiques reconnus de dépression majeure.

Essais cliniques randomisés

Neuf ECR et deux analyses complémentaires d'un ECR portaient sur l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie individuelle brève chez des patients atteints de cancer souffrant de troubles dépressifs ou anxieux (selon les critères du DSM-IV) ou à risque élevé de dépression majeure (selon une valeur seuil mesurée avec une échelle d'évaluation validée des symptômes dépressifs). Les interventions psychologiques évaluées reposaient sur l'utilisation de différentes approches issues des modèles théoriques cognitivo-comportemental, psychodynamique-analytique ou existentiel-humaniste. La composition des groupes de comparaison variait selon les études incluant des patients inscrits sur une liste d'attente, en observation, traités selon les soins usuels ou avec une autre modalité interventionnelle psychologique ou pharmacologique. Une réduction significativement plus importante des symptômes dépressifs après traitement a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe témoin dans quatre études qui évaluaient la thérapie de résolution de problèmes, la thérapie cognitive, le soutien en psycho-oncologie ou encore la psychothérapie intégrée dans un modèle de soins par étapes. Les résultats de cinq autres études suggèrent également une diminution des symptômes dépressifs après traitement, mais sans différence significative rapportée avec les groupes de comparaison. Par ailleurs, trois facteurs sont associés à un risque plus élevé de ne pas répondre à la psychothérapie dans le cadre d'une analyse complémentaire d'un ECR portant sur l'évaluation de la thérapie d'activation comportementale et la thérapie de résolution de problèmes pour le traitement de la dépression chez des femmes ayant un cancer du sein. Ces facteurs sont : ne pas être mariée, recevoir des traitements pour un cancer pendant la psychothérapie et l'absence d'expérience psychothérapeutique antérieure. Les résultats de la seconde analyse suggèrent que deux facteurs seraient plus significativement associés à la gravité de la dépression dans la période prétraitement, soit le faible renforcement environnemental et la forte anxiété somatique.

Aucune étude évaluant spécifiquement l'effet de la psychothérapie pour le traitement des troubles anxieux en oncologie n'a été répertoriée dans la présente analyse. Trois des ECR retenus ont toutefois rapporté des résultats divergents suggérant une légère diminution des symptômes anxieux ou une absence d'effet.

Description des pratiques et des services offerts en oncologie psychosociale et spirituelle au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec

Des entrevues téléphoniques ont été effectuées auprès d'informateurs-clés du CHU de Québec et du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS). Malgré plusieurs relances, il n'a pas été possible d'obtenir de réponses auprès des autres centres hospitaliers universitaires du Québec.

Au CHU de Québec, des services en oncologie psychosociale et spirituelle sont offerts à L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), à l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ). Une unité spécifiquement dédiée à l'oncologie psychosociale et spirituelle est également disponible à L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ). Un programme de détection systématique de la détresse en oncologie à différents moments charnières de la trajectoire est intégré à la pratique en chimiothérapie, en radio-oncologie et partiellement en hémato-oncologie. Plusieurs approches psychothérapeutiques individuelles sont actuellement dispensées pour le traitement psychologique des patients ayant un trouble anxieux ou dépressif en oncologie mais l'accès à ces services diffère selon l'hôpital de prise en charge. On note également l'absence de critères formels dans le processus actuellement en place pour la priorisation des demandes de consultations en psychothérapie individuelle. Les références vers la première ligne sont présentement limitées, mais des travaux sont en cours pour développer une trajectoire intégrée.

On ne retrouve pas au CIUSSS de l'Estrie-CHUS d'unité dédiée à l'oncologie psychosociale et spirituelle. L'offre de services est intégrée directement aux unités de soins d'oncologie. Une systématisation de la détection de la détresse est visée au cours des années à venir. L'approche humaniste-existentielle est privilégiée par l'ensemble des intervenants et s'y ajoutent des éléments de thérapie cognitivo-comportementale en fonction des caractéristiques du patient. Des critères de priorisation ont été mis en place pour gérer l'accès aux services de psychothérapie incluant le siège, le stade de cancer ou la gravité du trouble anxieux ou de la dépression. Les patients n'ayant pas été priorisés peuvent être dirigés vers des organismes du milieu communautaire, le lien de collaboration avec les partenaires de première ligne du réseau de la santé n'étant toutefois pas optimal.

CONSTATS

L'appréciation des données issues de la recherche documentaire, de l'enquête de pratiques et des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire ont conduit aux constats suivants :

- Les données probantes, bien que limitées, suggèrent que les psychothérapies individuelles de courte durée seraient efficaces et sécuritaires pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les adultes suivis en oncologie;
- Les données probantes ne permettent pas d'établir la supériorité d'une approche de psychothérapie par rapport à une autre pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie;
- Une offre de services diversifiée au CHU de Québec pour la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en oncologie, mais qui soulève des enjeux organisationnels et d'équité.

Recommandation 1

Il est recommandé à la Direction des services multidisciplinaires du CHU de Québec, en collaboration avec l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle et la Direction clientèle – Néphrologie et oncologie, de réviser son offre de services de psychothérapie individuelle de courte durée tant ambulatoires qu'en cours d'hospitalisation afin de rendre accessibles les approches psychothérapeutiques, ou certaines de leurs composantes, à l'ensemble de la clientèle oncologique atteinte de troubles anxieux et dépressifs dans les différents hôpitaux du CHU de Québec.

Recommandation 2

Il est recommandé à la Direction des services multidisciplinaires et à l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec de définir des indicateurs de mesure et de suivi de leurs activités en psychothérapie individuelle de courte durée, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de l'accessibilité, de l'équité et de la qualité des soins et services.

CONCLUSION

À ce jour, les données probantes suggèrent que les psychothérapies individuelles seraient efficaces et sécuritaires pour le traitement de la dépression majeure et des troubles anxieux chez les patients atteints de cancer. Les résultats ne permettent pas d'appuyer l'utilisation d'une approche plus qu'une autre alors que différentes techniques d'intervention propre à chaque approche psychothérapeutique pourraient être utilisées selon les préférences et les besoins du patient et sa réponse au traitement et les ressources locales disponibles. L'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle est bien implantée au CHU de Québec, mais diffère d'un hôpital à l'autre, ce qui soulève des enjeux organisationnels pour l'établissement et même d'équité pour la clientèle. Ainsi, il est recommandé au CHU de Québec de réviser son offre de services en psychothérapie individuelle de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie. Enfin, de par la vocation de centre tertiaire et universitaire de l'établissement, l'implantation d'une démarche évaluative apparaît essentielle au développement des connaissances et à l'amélioration des pratiques professionnelles.

1. INTRODUCTION

Les patients atteints d'un cancer sont particulièrement à risque de vivre de la détresse psychologique, sociale ou émotionnelle d'intensité variable. La détresse peut survenir à tout moment au cours du parcours de soins et services, affectant à la fois la qualité de vie du patient et son attitude face à la maladie [1]. Dans certains cas, l'évolution de la condition psychologique peut conduire à des troubles de santé mentale, tels que les troubles de l'adaptation, les troubles anxieux ou dépressifs nécessitant une prise en charge spécialisée. Au CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec), l'implantation graduelle au cours des dernières années d'un outil de détection de la détresse psychologique dans la pratique en oncologie a contribué à une meilleure identification des patients à risque de troubles de santé mentale. De plus, cette pratique permet d'orienter plus rapidement et d'une manière plus ciblée les patients vers les services spécialisés. Dans le cadre du processus clinique, plusieurs approches de psychothérapies individuelles peuvent être proposées au patient selon la situation, et ce, en combinaison ou non avec un traitement pharmacologique [2].

Avec la systématisation de la détection de la détresse psychologique qui s'accompagne d'un nombre croissant de patients à prendre en charge, l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle (OPSS) du CHU de Québec souhaite revoir son offre de services de psychothérapies individuelles avec la volonté de mieux l'uniformiser entre les hôpitaux. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a été sollicitée par la Direction des services multidisciplinaires du CHU de Québec afin d'évaluer quelles seraient les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie.

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 Question décisionnelle

Quelles sont les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?

2.2 Questions d'évaluation

1- Quelles sont les psychothérapies individuelles de courte durée recommandées par les sociétés savantes pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?

2- Quelles sont l'efficacité et les effets indésirables des psychothérapies individuelles de courte durée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie?

3- Quel est le type de services offerts en oncologie psychosociale et spirituelle aux patients adultes suivis en oncologie au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec?

4- Quels sont les enjeux organisationnels associés à l'offre de services actuelle en oncologie psychosociale et spirituelle et à la révision éventuelle de celle-ci au CHU de Québec?

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

3.1 Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité

3.1.1 Recherche documentaire

Le Tableau 1 résume les critères de sélection, les limites ainsi que les indicateurs définis *a priori* utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation pour les volets efficacité et innocuité. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées *Medline (PubMed)*, *Embase*, *PsychInfo*, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la bibliothèque *Cochrane* et d'autres sources documentaires (littérature grise) afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que les guides de pratique. La recherche documentaire se poursuit dans le respect de la hiérarchie des devis d'études présentée au Tableau 1 sous diverses conditions incluant 1) l'absence d'étude de synthèse; 2) des études de synthèse de qualité méthodologique insuffisante; 3) la mise à jour d'une étude de synthèse; 4) des études primaires de faible qualité incluses dans l'étude de synthèse; 5) un nombre limité d'essais cliniques randomisés (ECR) ou 6) des ECR de faible qualité méthodologique. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérés est présentée à l'Annexe 1. Les stratégies de recherche utilisées sont présentées à l'Annexe 2. Les bibliographies des articles pertinents ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Une recherche complémentaire a été réalisée en utilisant les moteurs de recherche *Google Scholar* et *Open access journals* (<http://www.scirp.org>) pour identifier des publications en libre accès. La recherche de protocoles d'études de synthèse en cours de réalisation a été effectuée dans la bibliothèque *Cochrane* et dans la base de données PROSPERO du *Centre for Reviews and Dissemination (The University of York, National Institute for Health Research; www.crd.york.ac.uk/prospéro/)*. Les sites www.clinicaltrials.gov des U.S. National Institutes of Health et *Current Controlled Trials Ltd.* de *Springer Science+Business Media (BioMed Central, www.controlled-trials.com)* ont été consultés pour retracer des ECR en cours. Les résultats de cette recherche sont présentés à l'Annexe 3.

Une évaluation de la sécurité et de l'innocuité a été effectuée à partir des études retenues pour le volet efficacité de ce projet d'évaluation. De plus, une recherche complémentaire dans les bases de données *Medline (PubMed)* et *Embase* a été réalisée. Les études observationnelles, les séries de cas et les études de cas ont été considérées pour le volet sécurité et innocuité.

3.1.2 Sélection et évaluation de sélection des publications

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.B., M.-C.L. et M.F.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au Tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou A.N.) était sollicité afin de parvenir à un consensus.

3.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.B., M.-C.L. et M.F.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ainsi que des guides de pratique a été réalisée à l'aide des grilles R-AMSTAR [3] et AGREE II [4], respectivement. Les études originales ont été évaluées à partir des grilles d'analyse adaptées du guide méthodologique de l'UETMIS du CHU de Québec [5]. L'avis d'un troisième évaluateur (M.R. ou A.N.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. Les études dont la qualité méthodologique était insuffisante ont été exclues. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (M.B., M.-C.L. et M.F.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. Les études évaluées et retenues sont présentées à la section 5.1. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 4.

TABEAU 1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET LIMITES DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Patients adultes atteints d'un cancer et ayant un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif
Intervention	Psychothérapies individuelles de courte durée
Comparateurs	Aucune psychothérapie (pourrait inclure des patients en attente d'une psychothérapie ou une thérapie de soutien), psychothérapie de courte durée (lorsque deux psychothérapies de courte durée sont comparées entre elles), psychothérapie de longue durée, autre traitement (par exemple pharmacothérapie)
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques associées à l'offre de services pour les approches psychothérapeutiques de courte durée <ul style="list-style-type: none"> o Approches psychothérapeutiques o Stade de cancer, soins actifs vs palliatifs o Patients bénéficiant le plus des approches psychothérapeutiques o Nombre de séances o Professionnels offrant la psychothérapie ou qualifications de ceux-ci o Modalités de prestation de l'offre de services de psychothérapie : en personne, par téléphone, autres modalités - Indicateurs d'efficacité <ul style="list-style-type: none"> o Scores d'évaluation des troubles anxieux ou dépressifs mesurés avec des outils validés et servant à mesurer : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taille d'effet des différentes approches psychothérapeutiques ▪ Différence de moyennes standardisées des différentes approches psychothérapeutiques ▪ Pourcentage de patients ayant changé de catégorie suite à l'intervention (score indiquant un trouble anxieux ou dépressif avant l'intervention et n'indiquant pas de trouble à la suite de l'intervention) - Indicateurs liés à l'expérience patient (p. ex. : lourdeur du processus du point de vue du patient) - Innocuité : effets indésirables rapportés selon le type de psychothérapie utilisée (p. ex. : détérioration psychologique/psychiatrique, raisons documentées d'abandon de la psychothérapie)
Types de documents hiérarchisés en fonction de la force du devis	I. Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratique II. ECR III. Études observationnelles IV. Séries de cas V. Études de cas VI. Études de laboratoire VII. Avis ou consensus d'experts
LIMITES	
<ul style="list-style-type: none"> • Langue : français et anglais • Date : début des bases de données jusqu'au 21 août 2018 	CRITÈRES D'EXCLUSION
	<ul style="list-style-type: none"> • Résumés de congrès • Thérapie sans approche théorique reconnue ou sans contenu thérapeutique (p.ex. : yoga, aromathérapie, bibliothérapie) • Thérapie pleine conscience sans autre élément thérapeutique reconnu

3.2 Enquête de pratiques au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec

Une enquête de pratique a été effectuée au printemps 2018 auprès d'intervenants en oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec et des autres centres hospitaliers universitaires du Québec. Des d'informateurs-clés de chaque centre hospitalier ont été sollicités pour participer à une entrevue téléphonique semi-structurée visant à décrire l'offre de services et les pratiques en cours pour la prise en charge psychologique des patients suivis en oncologie, incluant les patients présentant un trouble anxieux ou dépressif. Un questionnaire élaboré pour ce projet a été acheminé aux répondants avant l'entrevue (Annexe 5). Les entrevues ont été réalisées par deux évaluateurs (M.B. et M.-C.L.) et les entretiens enregistrés, après consentement des répondants.

3.3 Contextualisation

La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec des experts du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail interdisciplinaire étaient représentatifs de plusieurs directions et départements (voir la liste en page III). Ils ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'à l'analyse de la synthèse des connaissances issues de la démarche d'évaluation réalisée par l'équipe de l'UETMIS. Ces échanges ont contribué à la compréhension du contexte de l'établissement, à l'identification des aspects organisationnels à considérer ainsi qu'à l'élaboration des constats et des recommandations.

3.4 Révision

Le rapport a été révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir liste en page III). Il a été révisé et adopté par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS lors de sa réunion du 30 octobre 2018.

3.5 Modification au plan d'évaluation

Aucune modification n'a été apportée au plan d'évaluation lors de la réalisation de ce projet¹.

¹ Le plan d'évaluation pour la réalisation de ce rapport est disponible sur le site du CHU de Québec (<http://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/rapports-d-evaluation.aspx>).

4. INFORMATIONS GÉNÉRALES

4.1 Cancer et santé mentale

Au Québec, plus de 50 000 personnes reçoivent chaque année un diagnostic de cancer avec les conséquences qui accompagnent cette maladie de même que les différentes interventions diagnostiques et thérapeutiques qui en découlent [6]. Diverses émotions, d'intensité et de durée variables, sont susceptibles de survenir tout au long du continuum de soins et de services, que ce soit au moment du diagnostic, des traitements, du suivi, de la rémission ou encore des soins palliatifs et de fin de vie. On estime que près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer présenteront au cours de leur parcours de soins un épisode de détresse psychologique et qu'environ 30 % des patients auront des troubles de l'adaptation, 20 % développeront des troubles dépressifs et 10 %, des troubles anxieux [1, 7]. La prise en charge adéquate de ces différents troubles de santé mentale est essentielle puisqu'ils sont associés à une altération de l'observance thérapeutique, de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles pour faire face à la maladie ainsi qu'à un accroissement du taux de mortalité [8, 9].

Détresse

La détresse en oncologie est définie comme « une expérience émotionnelle multifactorielle désagréable de nature psychosociale (cognitive, comportementale, émotionnelle) ou spirituelle qui peut interférer avec la capacité d'affronter un cancer, ses symptômes physiques et ses traitements. La détresse peut se manifester sur un spectre qui s'étend des sentiments courants et normaux de vulnérabilité, de tristesse et de peur à des problèmes potentiellement invalidants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social ainsi que la crise existentielle et spirituelle » [1, 10].

Troubles de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation se caractérise par l'apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress. Ces symptômes amènent une détresse marquée hors de proportion avec la gravité ou l'intensité du stress. La perturbation liée aux facteurs de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et ne constitue pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant [11, 12].

Trouble dépressif majeur

La dépression majeure, selon l'intensité des symptômes et des atteintes fonctionnelles, peut se présenter sous une forme légère, modérée ou grave [8]. Elle se caractérise par la présence d'au moins cinq symptômes, dont une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pour l'ensemble des activités, et ce, depuis au moins deux semaines [8]. Les autres symptômes de la dépression majeure incluent une perte d'appétit, des troubles du sommeil, de l'agitation, un ralentissement psychomoteur, une baisse d'énergie, un sentiment d'inutilité, une culpabilité excessive, des difficultés de concentration, de même que des pensées récurrentes associées à la mort accompagnées ou non d'idées suicidaires [8]. La dépression majeure chez les patients atteints de cancer représente un défi pour les cliniciens puisque les symptômes associés au cancer ou à son traitement recoupent certains des critères permettant d'établir le diagnostic de dépression [13]. Le risque de dépression majeure serait plus élevé chez les patients ayant un cancer de stade avancé, une atteinte fonctionnelle ou de la douleur importante. Les autres facteurs de risque identifiés sont le jeune âge, un antécédent de dépression, la présence de symptômes non contrôlés et le siège tumoral, soit particulièrement les cancers de la tête et du cou, du pancréas, du sein et du poumon [14, 15].

Troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent divers troubles en lien avec une anxiété excessive, persistante et difficile à gérer ainsi que des perturbations comportementales qui affectent leur qualité de vie [11]. Ils se manifestent de façon très variable et sont diagnostiqués lorsque la peur est disproportionnée par rapport à la situation réelle.

4.2 Détection de la détresse et échelles d'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs

Détection de la détresse

Il est maintenant bien établi que la détresse devrait être considérée comme le sixième signe vital à évaluer chez les patients atteints de cancer [16]. D'ailleurs, en 2011, le Comité d'oncologie psychosociale de la Direction de la lutte contre le cancer du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis une recommandation concernant la détection précoce et systématique de la détresse dans les centres de cancérologie au Québec [1]. Ainsi, la détresse devrait être évaluée de façon répétée par l'équipe d'oncologie à des phases ciblées d'évolution de la maladie, reconnues comme étant des périodes de vulnérabilité, ce qui permet d'identifier les interventions requises au moment le plus approprié. En 2017, un comité *ad hoc* sur la détresse du MSSS a arrêté son choix sur l'outil de détection de la détresse (ODD) [16]. L'ODD comprend un thermomètre de la détresse, la liste canadienne de vérification des problèmes et l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, version révisée (EESSE-r). L'EESSE-r a pour objet de situer sur une échelle de 0 à 10 le niveau d'intensité des symptômes suivants : douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, appétit, bien-être et dyspnée. Un niveau de 4 ou plus sur l'EESSE-r ou sur le thermomètre de la détresse requiert habituellement une orientation vers des soins appropriés. Les patients dont le score dépasse ces seuils pour la dépression ou l'anxiété seront ensuite évalués à partir d'outils d'évaluation plus spécifiques afin de recueillir des mesures objectives supplémentaires.

Évaluation des symptômes dépressifs et anxieux

Quatre instruments sont majoritairement utilisés pour la détection de la dépression chez les patients ayant des niveaux élevés de détresse. Il s'agit de 1) l'échelle du *Centre for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), 2) du *Beck Depression Inventory* (BDI-IA et BDI-II), 3) de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), ainsi que 4) du *Patient Health Questionnaire* (PHQ)-9 [17]. Pour la détection d'un trouble anxieux, deux principaux outils sont utilisés, soit l'échelle HADS et l'échelle *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7). Par la suite, le diagnostic de dépression majeure ou de troubles anxieux doit être confirmé par des intervenants expérimentés et habiletés à établir un diagnostic sur la base des critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) de l'*American Psychiatric Association* (APA). Les résultats des évaluations et entretiens cliniques peuvent être rapportés à l'aide d'outils tels que l'*Anxiety Disorder Interview Schedule-IV* (ADIS) ou le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

4.3 Interventions psychothérapeutiques en oncologie

Pour répondre aux besoins psychosociaux des patients, une approche hiérarchisée des services et des soins centrés sur la personne est généralement mise en place afin d'offrir des interventions adaptées au degré et au type de détresse ou à la complexité du cas [1]. En premier lieu, il y a des interventions psychosociales individuelles pour réduire la détresse, la gravité des symptômes psychologiques et physiques ainsi que pour faciliter l'adaptation à la maladie qui sont offertes par les équipes interdisciplinaires en oncologie (p. ex. : travailleurs sociaux, conseillers spirituels) ou par d'autres types d'intervenants. D'autres stratégies, par exemple des thérapies de groupe, peuvent également être proposées. Des interventions spécialisées assurées par une équipe en oncologie psychosociale sont également disponibles pour les patients ayant une problématique plus complexe. Le traitement des troubles anxieux et dépressifs repose principalement sur le recours à des traitements de psychothérapie et pharmacologiques, qui sont utilisés séparément ou en combinaison. Les traitements pharmacologiques en lien avec ce type de pathologie sont prescrits par un psychiatre ou un médecin de famille. Ces derniers doivent également effectuer le suivi de la pharmacothérapie.

Les interventions psychothérapeutiques sont généralement dispensées par des psychologues, mais également par certains psychiatres et médecins de famille formés sur différentes approches [18]. Elles découlent de quatre principaux modèles théoriques qui sont présentés au Tableau 2 [2]. Des approches combinant plusieurs interventions dans le cadre desquelles les patients sont traités selon l'intensité de leurs symptômes et en considérant d'autres facteurs ont aussi été proposées [2]. Par exemple, la réponse à des traitements antérieurs, la présence de facteurs de risque et les préférences des patients pourraient influencer l'intervention sélectionnée. Dans un modèle de soins par étapes², un premier niveau d'intervention est prescrit et, selon la réponse au traitement mesurée lors d'une évaluation subséquente, le thérapeute détermine s'il passe ou non à l'étape suivante. Les soins collaboratifs représentent également une autre méthode

² Modèle qui comprend des interventions d'intensité progressive qui se succèdent lorsque l'état du patient ne s'améliore pas.

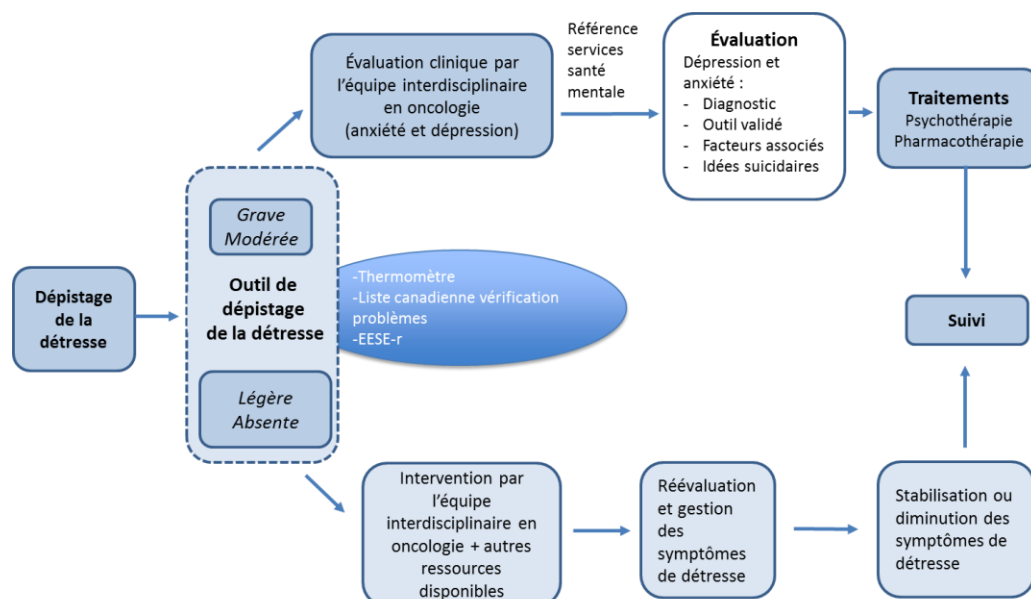
d'intervention qui implique une collaboration active entre l'équipe soignante (p.ex : oncologue, infirmière, infirmière pivot en oncologie [IPO]) et les intervenants en oncologie psychosociale (p.ex. : travailleur social, psychologue, psychiatre).

TABEAU 2. PRINCIPAUX MODÈLES THÉORIQUES DES APPROCHES EN PSYCHOTHÉRAPIE (ADAPTÉ DE [2])

Modèle théorique	Exemples d'éléments constitutifs	Exemples de psychothérapie
Psychodynamique-analytique	Processus de mentalisation et représentation mentale. Conflits intrapsychiques à la source des symptômes.	Gestion de la résilience Thérapie psychodynamique brève (TPDB)
Cognitivo-comportemental	Processus cognitifs qui servent à traiter l'information, la comprendre et l'interpréter; à la source des pensées automatiques et des comportements. Croyances fondamentales et schémas cognitifs qui conditionnent les pensées automatiques, les réactions émotionnelles, les sensations et comportements.	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) Thérapie cognitive Thérapie de résolution de problèmes (TRP) <i>Stress management training</i> Gestion du stress <i>Acceptance and commitment therapy (ACT)</i>
Systémique-interactionnel	Interrelations entre les différents sous-systèmes qui sous-tendent et maintiennent l'équilibre du système (p.ex : couples, familles). Fonctionnement du sous-système individu, en regard aux règles intériorisées, aux rôles en découlant, aux croyances de base, etc.	Psychothérapie systémique interactionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle - Couple/Famille
Existentiel-humaniste	Le soi authentique et les entraves à son actualisation au plan du fonctionnement psychologique et mental. Le processus de conscience de la réalité interne, de l'expérience de soi et ses ruptures sur le plan du fonctionnement psychologique et mental.	Revue de vie à court terme Thérapie de dignité Thérapie humaniste-existentielle

La Figure 1 résume les différentes étapes d'un modèle d'intervention en oncologie psychosociale et spirituelle pour la détection de la détresse et l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs.

FIGURE 1. MODÈLE D'INTERVENTION EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE



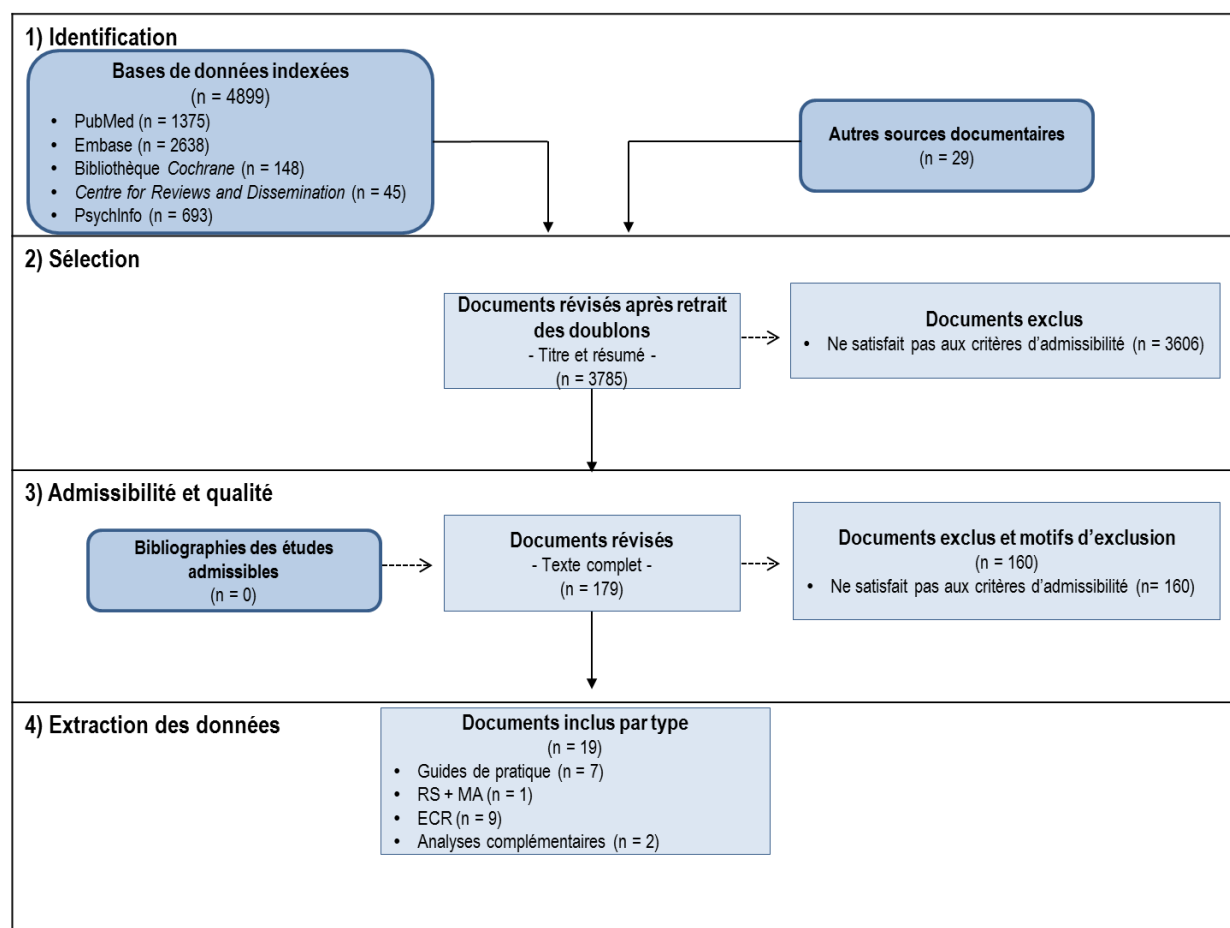
Sources : MSSS 2011, 2017, NCCN 2009, 2018

5. RÉSULTATS

5.1 Efficacité et innocuité des psychothérapies de courtes durées

La stratégie de recherche documentaire a permis de répertorier 3785 publications différentes. Après avoir effectué les étapes de sélection et d'évaluation de l'admissibilité, 19 documents ont été retenus, soit sept guides de pratique clinique [19-25], une revue systématique avec méta-analyse [26], neuf ECR [27-35] et deux analyses complémentaires [36, 37] d'un ECR [30]. Les études observationnelles et séries de cas n'ont pas été considérées pour l'inclusion. La Figure 2 présente le diagramme de sélection des documents. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 4.

FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS



Dernière recherche : 21 août 2018

RS : revue systématique; MA : méta-analyse; ECR : essai clinique randomisé

5.1.1 Guides de pratique clinique

Au total, sept organisations ont émis des recommandations de bonnes pratiques cliniques au sujet de la place de la psychothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez des patients atteints d'un cancer. Trois provenaient du Canada [20, 21, 24], deux des États-Unis [19, 22] et deux d'Europe [23, 25] (Tableau 3).

Les guides de pratique clinique de l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) [19] et de la *Canadian Association of Psychological Oncology* (CAPO) [20] portent sur la prise en charge des troubles anxio-dépressifs chez les patients atteints de cancer incluant la détection, l'évaluation et le traitement des symptômes d'anxiété et de dépression. Deux organisations, *Cancer Care Ontario* (CCO) et l'*European Palliative Care Research Collaborative* (EPCRC), se sont

prononcées plus spécifiquement sur la dépression majeure chez les patients ayant un cancer [21] ou recevant des soins palliatifs [25]. Deux guides de pratique portent sur la prise en charge de la dépression [23] et de l'anxiété [24] chez des patients ayant une maladie chronique incluant le cancer. Enfin, le *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) a émis des recommandations sur la prise en charge globale de la détresse en oncologie et des différents symptômes et pathologies associés, dont la dépression majeure et les troubles anxieux généralisés [22].

TABEAU 3. DESCRIPTION SOMMAIRE DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE PORTANT SUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS EN ONCOLOGIE

Organisme, année (réf.)	Pays	Objectifs
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (NICE), 2009 [23]	Grande-Bretagne	Identification, traitement et prise en charge de la dépression chez l'adulte ayant une maladie chronique
<i>European Palliative Care Research Collaborative</i> (EPCRC), 2010 [25]	Europe	Prise en charge de la dépression en soins palliatifs en oncologie
<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments</i> (CANMAT), 2012 [24]	Canada	Prise en charge des patients ayant un trouble de l'humeur dans un contexte de maladie chronique
<i>American Society of Clinical Oncology</i> (ASCO), 2014 [19]	États-Unis	Dépistage, évaluation et traitement des symptômes de dépression/anxiété chez les patients adultes ayant un cancer
<i>Canadian Association of Psychological Oncology</i> (CAPO), 2015 [20]	Canada	Dépistage, évaluation et traitement des symptômes de dépression/anxiété chez les patients adultes ayant un cancer
<i>Cancer Care Ontario</i> (CCO), 2015 [21]	Canada	Prise en charge des patients dépressifs ayant un cancer
<i>National Comprehensive Cancer Network</i> (NCCN), 2018 [22]	États-Unis	Consensus sur les approches acceptées pour la prise en charge de la détresse en oncologie

À l'exception du guide du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) qui ne rapporte aucune information sur les méthodes de recherche documentaire et sur la formulation des recommandations, le caractère systématique de la recherche des preuves scientifiques a été clairement décrit dans tous les documents. Dans la majorité d'entre eux, il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. Une méthode Delphi a également été utilisée dans la production du guide pratique de l'EPCRC afin de considérer l'opinion des experts sur certains aspects de la pratique clinique [25].

Plusieurs de ces guides de pratique appuient leurs recommandations sur celles émises par d'autres organisations et les citent en référence. À ce chapitre, le guide du NICE est une source de référence pour plusieurs autres guides [19-21]. De plus, les auteurs du CAPO ont repris quasi intégralement les recommandations contenues dans celui de CCO. Par ailleurs, les études originales sur lesquelles s'appuient les guides de pratique pour émettre leurs recommandations sont rarement menées auprès de patients ayant un cancer et un diagnostic de dépression majeure ou d'anxiété. En raison du peu de données disponibles, les auteurs ont développé leurs recommandations à partir des résultats des études portant sur la prévention des troubles anxieux ou dépressifs en oncologie, des données issues de la pratique en psychiatrie générale ou encore à partir de consensus d'experts [19-21, 24, 25].

Recommandations portant sur la détection et l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs

Il est rapporté dans plusieurs des guides de pratique que la détresse psychologique doit être détectée, surveillée, évaluée et traitée en temps opportun dans toutes les unités de soins, et ce, à tous les stades d'évolution du cancer [20, 22, 23]. Il est important au moment de la détection de bien identifier le niveau et la nature de la détresse [22]. Le thermomètre de détection de la détresse, qui est un outil développé par le NCCN, propose une liste de problèmes à évaluer, incluant l'anxiété et la dépression. Pour les patients qui atteignent un score de quatre ou plus sur le thermomètre, il est recommandé de poursuivre avec une évaluation clinique plus ciblée. Cette évaluation doit comprendre également l'utilisation d'une échelle de mesure validée avec des seuils de détection établis et acceptés pour l'anxiété (p. ex. : GAD-7)

et la dépression (p. ex. : PHQ-2 ou PHQ-9) avant d'orienter le patient vers un professionnel en santé mentale qui confirmera le diagnostic [19, 22, 23].

Recommandations relatives à la psychothérapie

Les patients ayant un diagnostic de dépression majeure en présence d'un cancer pourraient bénéficier d'interventions psychologiques ou psychosociales selon plusieurs organisations, et ce, qu'elles soient dispensées seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques [20-22]. L'EPCRC recommande de considérer la psychothérapie pour traiter la dépression en soins palliatifs oncologiques [25]. Le NCCN mentionne que, en présence de danger pour le patient ou son entourage, une prise en charge spécialisée en psychiatrie est nécessaire [22]. Certains guides précisent également l'importance de l'information à transmettre au patient sur la démarche et d'obtenir son engagement [23].

Choix de la psychothérapie

Les preuves seraient insuffisantes pour déterminer la supériorité d'une approche psychologique par rapport à une autre selon les trois organismes canadiens [20, 21, 24] alors que le guide du NCCN ne précise pas le type de psychothérapie à privilégier pour le traitement de la dépression ou de l'anxiété. Les auteurs de plusieurs guides de pratique précisent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle serait l'approche la plus utilisée et la plus étudiée bien que peu de preuves soient disponibles pour appuyer son efficacité en oncologie [21, 23, 25]. Plusieurs autres approches ayant été peu ou pas évaluées en oncologie sont fréquemment utilisées pour la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs associés au cancer, et ce, par extrapolation de données issues de la population générale. Il s'agit notamment de la thérapie de résolution de problèmes (TRP), de la thérapie interpersonnelle, des thérapies psychodynamiques brèves et des thérapies de dignité ou humaniste-existentielle [20, 21]. CCO précise que, dans la pratique, différents éléments de chacune des approches de psychothérapie peuvent être utilisés. D'ailleurs, le choix de l'intervention, selon plusieurs guides de pratique, devrait être basé sur les caractéristiques des patients [21, 24], la préférence du patient [19] de même qu'en fonction des ressources locales disponibles [20, 21]. Par exemple, les patients désirant une approche basée sur les symptômes pourraient être dirigés vers la TCC alors que les thérapies psychodynamiques brèves seraient plus appropriées auprès des personnes ayant une bonne capacité d'introspection et d'analyse de leurs motivations et de leurs comportements [21]. Le guide de l'ASCO mentionne que la psychothérapie individuelle pourrait inclure un ou plusieurs des éléments suivants: changement cognitif, activation comportementale, stratégies biocomportementales, enseignement et relaxation [19]. En soins palliatifs, la TCC sur une base individuelle est l'approche la plus utilisée et la plus étudiée pour le traitement de la dépression [25]. Malgré le nombre limité de données disponibles, la TRP connaît également une utilisation croissante en raison de sa courte durée et de son caractère ciblé. Plusieurs autres thérapies pourraient aussi avoir des bénéfices au plan psychologique pour soulager les symptômes chez les patients en soins palliatifs, comme par exemple la thérapie interpersonnelle, de couple, de groupe, pleine conscience, de dignité et par imagerie guidée [25].

Durée du traitement

Plusieurs guides de pratique mentionnent que la durée des traitements devrait généralement s'échelonner sur une période de six à huit semaines [23, 25]. Les interventions brèves seraient préférables chez plusieurs patients dépendamment de leur état de santé ou en présence d'un pronostic réservé notamment pour les patients en soins palliatifs [25]. Le guide du NICE précise que la TCC devrait être dispensée jusqu'à une réduction des symptômes sur une période s'échelonnant entre six et huit semaines, sans excéder 16 à 18 semaines en cas de dépression modérée [23]. En présence d'une dépression majeure, l'intervention devrait débiter par une thérapie d'activation comportementale (TAC) au cours des deux à trois premières semaines suivie de la TCC jusqu'à une réduction des symptômes sans excéder 16 à 18 semaines de thérapie. Deux ou trois sessions supplémentaires peuvent être ajoutées 12 mois après avoir initié le traitement. La durée du traitement peut toutefois être réduite si une rémission est obtenue ou encore prolongée si certains progrès sont observés et qu'un nombre supplémentaire de sessions serait bénéfique en accord entre le clinicien et le patient [23]. Un suivi et une réévaluation des symptômes, de l'observance au traitement et de la satisfaction du patient devraient être réalisés toutes les deux semaines ou chaque mois jusqu'à la disparition des symptômes selon l'ASCO [19]. Une révision du choix de l'intervention psychologique devrait être effectuée après huit semaines de traitement en l'absence d'une diminution significative des symptômes ou si l'observance à la psychothérapie est faible [19, 20, 23].

Ressources professionnelles

Plusieurs guides de pratique précisent que les psychothérapies devraient être dispensées par des professionnels compétents pour le type d'approche (TCC, thérapie interpersonnelle, psychodynamique) et que des non-spécialistes en santé mentale pourraient être formés pour dispenser des interventions psychosociales de base comme par exemple la psychoéducation et l'activation comportementale [19-21]. De plus, les intervenants devraient s'appuyer sur des méthodes décrites dans des ouvrages de références reconnus [19].

Recommandations relatives à l'utilisation d'un modèle de soins par étapes

Quatre guides de pratique recommandent d'avoir recours à un modèle de soins par étapes plutôt qu'un type spécifique de psychothérapie pour le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les patients ayant un cancer [19-21, 23]. Le modèle de soins se veut une succession de trois ou quatre étapes dans lesquelles diverses interventions psychosociales et psychologiques sont dispensées en fonction de la gravité des symptômes du patient. On retrouve généralement les étapes suivantes :

- *Étape 1 : Soins de support et de prévention*

Ce premier stade est réservé aux patients ayant peu ou pas de symptômes dépressifs. L'objectif est d'informer et d'enseigner aux patients ainsi qu'aux membres de leur famille divers éléments dont le stress associé à un diagnostic de cancer et les stratégies pour le réduire. Les intervenants peuvent également donner des éléments d'informations supplémentaires sur les habitudes de sommeil, l'auto-gestion de la fatigue, d'autres interventions non-pharmacologiques de même que sur la disponibilité d'un soutien financier pour les frais engendrés par la maladie (p.ex.: transport, hébergement).

- *Étape 2 : Interventions psychosociales de faible intensité*

À cette étape, les patients présentent des symptômes de dépression modérés, habituellement sous les seuils critiques associés à une détérioration de leur fonctionnement, qui est généralement faible ou modérée. Les options de traitement ciblent des interventions individuelles de faible intensité comme par exemple l'auto-assistance guidée basée sur la TCC, l'activation comportementale et la TRP. Les programmes d'exercices physiques structurés en groupe et les groupes de soutien sont d'autres types d'interventions possibles. La pharmacothérapie peut également être proposée à cette étape.

- *Étape 3 : Interventions en psychothérapie de haute intensité*

Une évaluation dont les résultats révèlent des symptômes dépressifs de gravité modérée à élevée nécessite une prise en charge à l'aide d'interventions de haute intensité. À cette étape, le fonctionnement des patients est altéré modérément voire fortement par les symptômes. Les interventions psychologiques sont principalement dispensées sur une base individualisée (TCC, thérapie interpersonnelle), mais certaines interventions de groupes peuvent aussi être utilisées. La pharmacothérapie est d'usage fréquent. Les modèles de soins composés uniquement de trois étapes incluront aussi des traitements combinant des interventions psychologiques et pharmacologiques à cette étape.

- *Étape 4 : Traitements combinés*

Le niveau d'atteinte des patients est similaire à celui décrit à l'étape précédente. Les interventions proposées incluent les traitements combinés (pharmacothérapie et psychothérapie) tout comme pour le modèle de soins à trois étapes. Cette étape comprend également les soins collaboratifs qui se définissent notamment par une collaboration active entre l'oncologue et le spécialiste en charge du patient.

Les patients sont réévalués sur une base régulière à chacune des étapes. La prise en charge passe à l'étape suivante du modèle lorsque les résultats demeurent au-dessus des seuils attendus. Ce processus se poursuit jusqu'à la rémission de la dépression ou de l'anxiété du patient. Selon l'ASCO, les interventions proposées aux différentes étapes devraient être adaptées en fonction des paramètres suivants : 1) l'importance des symptômes, 2) le diagnostic (DSM-V), 3) l'impact fonctionnel dans les principaux domaines de la vie, 4) la présence ou l'absence de facteurs de risque, 5) la réponse à des traitements antérieurs, 6) les préférences du patient ainsi que 7) la persistance des symptômes après le traitement initial. L'ASCO suggère également deux algorithmes de soins pour le traitement de la dépression et de l'anxiété reposant sur le principe du modèle par étapes et résumés au Tableau 4 [19].

TABLEAU 4. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES INTERVENTIONS À DISPENSER SELON LA GRAVITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX CHEZ LES PATIENTS AYANT UN CANCER [19]

Intensité des symptômes	Intensité des interventions	Types d'interventions	Dépression	Trouble anxieux
Absente à légère	Faible	Soins de support	x	x
		Prévention	x	
Modérée	Faible à modérée	Individuelle guidée basée sur TCC + TAC + TRP	x	x
		TCC (groupe)	x	x
		Interventions psychosociales (individuelle et groupe)	x	x
		Programme exercices physiques supervisés	x	
		Pharmacothérapie	x	x
		Enseignement et suivi		x
Modérée-grave à grave	Élevée	TCC (individuelle)	x	x
		Interpersonnelle (individuelle)	x	
		Relaxation appliquée (individuelle)		x
		Pharmacothérapie	x	x
		Combinaison pharmacothérapie-psychothérapie	x	x

TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TAC : thérapie d'activation comportementale; TRP : Thérapie de résolution de problèmes

Soins collaboratifs

Le modèle de soins collaboratifs (SC) tient son origine du modèle de maladie chronique et ce type de soins est fréquemment utilisé dans les dernières étapes d'un modèle de soins par étapes [20, 21, 23]. Ainsi, le NICE recommande notamment d'envisager des SC pour les patients souffrant d'une dépression modérée à grave associée à une déficience fonctionnelle chronique et qui n'ont pas répondu à une intervention initiale psychologique de haute intensité, à un traitement pharmacologique ou une combinaison des deux. Le modèle de SC devrait normalement être supervisé et supporté par un professionnel de santé mentale expérimenté et reposer sur une collaboration étroite entre les services de santé physique (primaires et secondaires) et les services de santé mentale spécialisés pour dispenser l'enseignement au patient, les interventions psychologiques et pharmacologiques de même que la gestion des médicaments. Cette approche nécessite une coordination à long terme des soins et du suivi [20, 23]. L'implantation d'un modèle de SC pourrait donc nécessiter une réorganisation significative du service de santé mentale de l'établissement concerné [21].

5.1.2 Étude de synthèse

L'étude de synthèse la plus récente portant sur l'efficacité des interventions psychologiques pour le traitement de la dépression chez les patients atteints d'un cancer a été incluse dans la présente analyse [26]. Il s'agit d'une revue systématique avec méta-analyse effectuée notamment pour la mise à jour du guide de pratique du CCO portant sur le traitement de la dépression chez les adultes ayant un cancer [17]. Les résultats sur l'efficacité des interventions psychologiques, mais également sur les interventions pharmacologiques et les modèles de soins collaboratifs, ont été utilisés comme références pour l'élaboration des recommandations du guide [21]. La recherche documentaire réalisée dans le cadre de cette étude visait à identifier les ECR publiés entre juillet 2005 et janvier 2015 qui respectaient des critères d'admissibilité définis *a priori*. Les ECR devaient porter sur des patients ayant un cancer et un diagnostic de dépression majeure ou un autre trouble dépressif, à l'exception d'une maladie bipolaire. Le diagnostic de dépression majeure devait avoir été déterminé à la suite d'un entretien clinique structuré sur la base de critères reconnus ou d'un

score supérieur à un seuil préétabli sur une échelle validée pour l'évaluation des symptômes dépressifs. Les groupes de comparaison pouvaient recevoir des soins usuels, un placebo ou une autre intervention. Les principaux indicateurs d'efficacité retenus incluaient le niveau de gravité de la dépression selon une échelle validée, la réduction du nombre de cas de dépression évaluée par un entretien clinique à visée diagnostique, les taux de réponse au traitement (diminution de 50 % du score sur une échelle validée) et de rémission de la dépression (score sous un seuil significatif) après traitement et au cours du suivi. Les études ayant effectué des analyses de sous-groupes auprès des patients ayant un diagnostic ou à risque élevé de dépression ont également été considérées. Les études pour lesquelles la présence de symptômes dépressifs n'était pas un critère d'inclusion ou un indicateur primaire d'efficacité ont été exclues. Les étapes de sélection, d'admissibilité, d'évaluation de la qualité des documents ainsi que d'extraction des données ont été accomplies de manière indépendante par un évaluateur et validées par un second.

Au total, 25 ECR ont été retenus parmi lesquels neuf portaient sur des interventions psychologiques [27, 29-31, 33-35, 38, 39]. Sept ECR portaient sur l'évaluation d'interventions psychologiques individuelles incluant des interventions par TCC [31, 35], par TRP [33], par TAC [30], par soutien psychologique de basse intensité ou bref [29], par thérapie narrative (TN) [34] et par thérapie psychodynamique brève (TPDB) [27]. Deux ECR portaient sur des thérapies de groupe [38, 39]. Les principales caractéristiques des sept ECR évaluant une intervention psychologique individuelle sont présentées à la section 5.1.3.

Les différences de moyennes standardisées³ (DMS) des scores de dépression mesurés après l'intervention (deux à 12 semaines) et pendant le suivi (24 semaines à 12 mois) ont été calculées par les auteurs de la revue systématique pour six des sept études (Tableau 5). Dans le cas d'une étude, un rapport de cotes ajusté (RCa) a été rapporté [27]. Les résultats issus de trois ECR suggèrent une amélioration statistiquement significative des symptômes de dépression après une intervention par TRP [33], par soutien psychologique bref [29] et par TPDB [27]. À l'exception d'une étude [31], les résultats des autres ECR montrent une amélioration des scores de dépression, mais de façon non statistiquement significative [30, 34, 35]. Les résultats mesurés lors du suivi à plus long terme ne suggèrent aucune différence significative des DMS des scores de dépression entre les groupes [29-31, 34].

³ Différence de moyennes standardisées (DMS) : différence des moyennes des scores mesurés pour chaque groupe à un moment donné divisée par les déviations standards regroupées, calculée avec le logiciel RevMan version 5.3, Cochrane Collaboration.

TABEAU 5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES POUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION À COURT TERME ET AU COURS DU SUIVI [26]

Auteur, année Pays [réf.]	n	Groupe d'intervention	Groupe de comparaison	Scores de dépression DMS (IC à 95 %)	
				Post-traitement immédiat	Suivi ¹
Nezu, 2003 États-Unis [33]	150	TRP	Liste attente	-4,28 (-4,91 à -3,64)*	NR
Savard, 2006 Canada [35]	45	TC	Liste attente	-0,23 (-0,88 à 0,42)	NR
Goerling, 2011 Allemagne [29]	101	Soutien psychologique bref	Observation	-0,79 (-1,19 à -0,38)*	-0,10 (-0,72 à 0,52)
Hopko, 2011 États-Unis [30]	80	TAC	TRP	0,14 (-0,30 à 0,58)	-0,12 (-0,56 à 0,32)
Rodriguez Vega, 2011 Espagne [34]	72	Thérapie combinée (TN + antidépresseur)	Soins usuels + antidépresseur	-0,31 (-0,77 à 0,16)	-0,40 (-0,87 à 0,07)
Kangas, 2013 Australie [31]	35	TCC brève	Counseling non directif	0,14 (-0,53 à 0,82)	-0,39 (-1,07 à 0,29)
RCa (IC à 95 %)					
Beutel, 2014 Allemagne [27]	157	TPDB	Soins usuels	7,6 (2,3 à 25,1)*	

TAC: thérapie d'activation comportementale; TC: thérapie cognitive; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TPDB: thérapie psychodynamique brève; TRP: thérapie de résolution de problèmes; TN: thérapie narrative; RCa: rapport de cotes ajusté; DMS: différence de moyennes standardisée; NR: non rapporté; IC à 95 %: intervalle de confiance à 95 %

¹ 24 semaines à 12 mois selon les études

* Différence statistiquement significative

Une méta-analyse a été menée par les auteurs de la revue de synthèse en considérant uniquement les études ayant comparé un groupe recevant l'intervention à un groupe sans intervention [29, 33-35, 38, 39]. Les deux études portant sur des interventions psychologiques de groupe étaient incluses dans l'analyse [38, 39]. Les scores initiaux ne différaient pas entre le groupe intervention et le groupe témoin (DMS = -0,12; intervalle de confiance à 95 % [IC à 95 %] : -0,30 à 0,07; $p = 0,21$). Les résultats en période post-traitement immédiat suggèrent une amélioration statistiquement significative des symptômes dépressifs (DMS = -1,40; IC à 95 % : -2,50 à -0,29; $p = 0,01$). La différence statistiquement significative entre les groupes ne persistait pas lorsque mesurée à long terme (DMS = -0,55; IC à 95 % : -1,14 à 0,04; $p = 0,07$). En raison de la présence d'un niveau élevé d'hétérogénéité (96 %), une analyse de sensibilité a été effectuée en excluant deux études ayant des tailles d'effet importantes [33, 39]. L'hétérogénéité a ainsi été réduite à 16 %. Le résultat pour la période post-traitement immédiat demeurait significativement en faveur du groupe intervention (DMS = -0,55; IC à 95 % : -0,81 à -0,28; $p < 0,001$).

Les auteurs de la revue de synthèse concluent que les interventions psychologiques pourraient être efficaces pour traiter la dépression chez les patients atteints d'un cancer, mais que les preuves sont insuffisantes pour soutenir une modalité thérapeutique plus qu'une autre. Par ailleurs, ils mentionnent que l'hétérogénéité des populations étudiées limite l'interprétation des résultats, notamment en raison de l'inclusion dans l'analyse de patients n'ayant pas l'ensemble des critères diagnostiques reconnus de dépression majeure.

5.1.3 Essais cliniques randomisés

La mise à jour de la revue systématique de Li *et al.* [26] a permis d'identifier deux ECR [28, 32] et deux analyses complémentaires [36, 37] de l'étude de Hopko, 2011 [30] publiées après janvier 2015. Ainsi, en considérant les sept ECR

portant sur des interventions psychologiques individuelles inclus dans la revue de synthèse [26], neuf ECR ont été inclus dans la présente analyse [27-35].

Caractéristiques des populations étudiées

Les principales caractéristiques des populations étudiées sont présentées au Tableau 6. Le nombre de patients inclus dans les études variait de 35 à 157. Les études portaient principalement sur des patients atteints d'un cancer du sein [27, 28, 30, 33-35] ou d'un cancer de la tête et du cou [31, 32]. Le stade du cancer était variable selon les études, certaines portant spécifiquement sur des patients ayant un cancer non métastatique [27, 28, 33, 34] ou métastatique [35]. Dans cinq études, les patients étaient en phase de traitement actif incluant la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie [27, 29, 31-33]. Dans quatre ECR, tous les patients étaient inclus sur la base d'un diagnostic de troubles dépressifs confirmé selon les critères du DSM-IV [27, 30, 31, 34], alors que dans les autres études on retrouve également des patients à risque élevé de dépression majeure selon une valeur seuil mesurée avec une échelle d'évaluation validée des symptômes dépressifs [28, 29, 32, 33, 35]. Les principaux critères d'exclusion étaient : antécédent ou présence d'une maladie psychiatrique grave autre que la dépression incluant les troubles psychotiques, bipolaires ou de la personnalité [27-35], idées suicidaires [27, 28, 31-35], toxicomanie [27, 31], troubles cognitifs [28, 31-33], traitement actuel par antidépresseur ou psychothérapie [27, 32, 33], mise en route ou modification récente d'un traitement par antidépresseur [30, 35].

TABEAU 6. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INCLUS DANS LES ECR PORTANT SUR L'ÉVALUATION D'INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER

Auteur, année Pays [réf.]	Siège tumoral	Stade du cancer/ Phase de traitement	Échelle d'évaluation des symptômes dépressifs et seuil d'admissibilité	Proportion (%) de patients avec diagnostic de dépression ou anxiété (méthode diagnostique)
Modèle théorique cognitivo-comportemental				
Nezu, 2003 États-Unis [33]	Tous (sein 40 %, leucémie 22 %) Diagnostic < 6 mois	Stade I, II et III/ Traitement actif	HRSD ≥ 14	NR
Savard, 2006 Canada [35]	Sein	Stade métastatique et stade IV non terminal/ NR	HADS-D ≥ 7 ou BDI ≥ 15	Dépression : 73 Anxiété : 32 (SCI-DSM-IV)
Goerling, 2011 Allemagne [29]	Tous	Tout stade/ Patients hospitalisés pour chirurgie	HADS (A+D) ≥ 12	NR
Hopko, 2011 États-Unis [30]	Sein	Tout stade/ NR	HANDS ≥ 9	100 (DSM- IV et ADIS-IV)
Kangas, 2013 Australie [31]	Tête et cou	Nouveaux diagnostics (tout stade)/ En radiothérapie	BDI-II ≥ 14	100 (SCID-DSM-IV)
Krebber, 2016 Pays-Bas [32]	Tête et cou (94%) poumon	Stade I-IV/ Traitement actif	HADS-D ≥ 7 HADS-A ≥ 7 HADS-T > 14	Anxiété ou dépression : 22 (CIDI)
Desautels, 2018 Canada [28]	Sein	Stade 0-III (non métastatique)/ NR	HADS-D ≥ 7 BDI-II ≥ 14	Dépression : 29 Anxiété : 17 (SCI-DSM-IV)
Modèle théorique psychodynamique analytique				
Beutel, 2014 [27] Allemagne	Sein	Stade non métastatique/ Traitement actif	HADS-D ≥ 8	100 (SCID)
Modèle théorique existentiel-humaniste				
Rodriguez, 2011 Espagne [34]	Sein, poumon, côlon	Stade non métastatique, espérance de vie ≥ 1 an/ NR	HADS-D ≥ 8	100 (SCI-DSM-IV-TR)

HADS-D: *Hospital Anxiety and Depression Scale-depression*; HADS-A: *Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety*; HADS-T: *Hospital Anxiety and Depression Scale-total*; BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; HANDS: *Harvard National Depression Screening scale*; SCI: *Structured clinical interview*; SCID: *Structured clinical interview for DSM*; DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*; ADIS: *Anxiety Disorder Interview Schedule*; NR : Non rapporté

Caractéristiques des interventions psychologiques individuelles évaluées

Les principales caractéristiques des interventions évaluées et des groupes de comparaison sont présentées au Tableau 7. Les interventions psychologiques évaluées reposaient sur l'utilisation de différentes approches constituées d'éléments issus du modèle théorique cognitivo-comportemental [28-33, 35], psychodynamique-analytique [27] ou existentiel-humaniste [34]. La durée des interventions basées sur une approche cognitivo-comportementale variait de quatre à 10 semaines comparativement à 12 semaines pour la thérapie narrative [34] et à 20 semaines pour la thérapie TPDB [27]. À l'exception de l'ECR de Krebber [32], les interventions psychologiques dans les autres études étaient dispensées par des psychologues avec expérience ou en formation. Un psychiatre était également impliqué dans une étude [34]. La composition des groupes de comparaison variait selon les études incluant des patients inscrits sur une liste d'attente [28, 33, 35], en observation [29], traités selon les soins usuels [27, 32] ou avec une autre modalité interventionnelle psychologique [30, 31] ou pharmacologique [34].

TABEAU 7. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES ÉVALUÉES DANS LES ECR INCLUS

Auteurs, années Pays [réf.]	n inclus	Intervention	Professionnels	Témoin	Durée de l'intervention
Modèle théorique cognitivo-comportemental					
Nezu, 2003 États-Unis [33]	150	TRP individuelle ou TRP avec un proche (p. ex. : conjoint, enfant)	Étudiants psychologues formés (10h)	Liste attente	10 sem. (1,5 h/sem.)
Savard, 2006 Canada [35]	45	TC individuelle	Psychologues avec expérience	Liste attente	8 sem. (1h à 1h30) + 3 sessions après intervention
Goerling, 2011 Allemagne [29]	101	Programme de soutien individuel en psycho-oncologie	Psychologue avec expérience	Observation	4 sessions en moyenne (moyenne: 41 min./session)
Hopko, 2011 États-Unis [30]	80	TAC individuelle	Doctorants psychologues	TRP	8 sem. (1h/sem.)
Kangas, 2013 Australie [31]	35	Programme individuel TCC précoce brève	Psychologues	Counseling non directif	6 sem. ¹ (1h30/sem.)
Krebber, 2016 Pays-Bas [32]	156 (35) ²	Modèle de soins par étapes : 1) Veille attentive 2) Auto-assistance 3) TRP 4) Psychothérapie et pharmacothérapie	Professionnels de la santé formés au modèle d'intervention	Soins usuels ³	I: Variable T: 4 mois
Desautels, 2018 Canada [28]	62	TC individuelle	Doctorants psychologues	Thérapie par lumière vive Liste attente	8 sem. (1h/sem.)
Modèle théorique psychodynamique analytique					
Beutel, 2014 Allemagne [27]	157	TPDB	Psychothérapeute en psychodynamique	Soins usuels	Max. :5 sessions pré traitement Max. : 20 sessions (1/sem.)
Modèle théorique existentiel-humaniste					
Rodriguez Vega, 2011 Espagne [34]	72	Thérapie combinée (TN + antidépresseur)	Psychiatre et psychologue	Soins usuels + antidépresseur	12 sem.

TAC: thérapie d'activation comportementale; TC: thérapie cognitive; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TPDB: thérapie psychodynamique brève; TRP : thérapie de résolution de problèmes; TN : thérapie narrative; TS: travailleur social; TRP : Thérapie de résolution de problèmes; I : intervention; T : témoin; sem. : semaine; min : minute; h : heure; max. : maximum

¹ Une septième session était administrée quatre semaines après la sixième session

² Sous-groupe de patients avec un diagnostic de dépression ou d'anxiété

³ Soins usuels: aucun soin additionnel (72 %), médication psychotrope (22 %), traitements psychologiques ou psychiatriques (8 %)

Principaux résultats portant sur l'efficacité des interventions psychologiques individuelles pour le traitement de la dépression

Les principaux résultats portant sur l'efficacité des différentes approches psychologiques à diminuer les symptômes dépressifs mesurés immédiatement après l'intervention et au cours du suivi sont présentés au Tableau 8. Une ou plusieurs échelles d'évaluation des symptômes dépressifs ont été utilisées dans les études incluant l'HADS-D [27-29, 32, 34, 35], la BDI-II [28, 30, 31, 35] ou l'HRSD [28, 30, 33, 35]. En raison de la similitude des résultats obtenus avec

les différentes échelles utilisées, les résultats de l'HADS-D sont présentés dans la présente analyse. Lorsque l'HADS-D n'était pas disponible, les résultats de la BDI-II ou de l'HRSD ont été considérés.

Une réduction significativement plus élevée des symptômes dépressifs après traitement a été observée dans le groupe intervention comparativement au groupe témoin dans quatre études portant sur une approche par TRP, TC, soutien en psycho-oncologie et un modèle de soins par étapes [28, 29, 32, 33]. L'effet était significativement maintenu jusqu'à neuf mois après le traitement dans l'étude de Krebber *et al.* uniquement pour le sous-groupe de patients qui avaient un diagnostic de troubles dépressifs initialement établi [32]. Les résultats de cinq autres études suggèrent également une diminution des symptômes dépressifs après traitement, mais sans différence statistiquement significative rapportée avec les groupes de comparaison [27, 30, 31, 34, 35]. Dans l'étude de Beutel *et al.*, les moyennes du score HADS-D n'étaient pas disponibles, le résultat étant rapporté sous forme d'un RCa en faveur de la TPDB comparativement aux soins usuels (RCa : 7,6, $p = 0,001$) [27]. Le recours à un ajustement des résultats obtenus était nécessaire dans cette étude puisque les patients randomisés dans le groupe intervention avaient un score moyen HADS-D significativement plus élevé à l'inclusion et avaient reçu plus de traitements antidépresseurs (40 % comparativement à 24 %).

TABEAU 8. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RAPPORTÉS DANS LES ECR PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES À RÉDUIRE LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER

Auteurs, années Pays [réf.]	Groupes		Échelle d'évaluation	Moyenne des scores des symptômes dépressifs			
	Intervention Témoïn	n		Pré-intervention	Post-intervention	6 mois	12 mois
Modèle théorique cognitivo-comportemental							
Nezu, 2003 États-Unis [33]	TRP individuelle	45	HRSD-17	20,4	6,4	6.6	7,1
	Liste attente	44		21,2	22,1*	-	-
Savard, 2006 Canada [35]	TC	21	HADS-D	9,4	5,2	-	-
	Liste attente	16		8,9	5,8		
Goerling, 2011 Allemagne [29]	Soutien en psycho- oncologie	ND	HADS-D	8,6	6,3	-	6,2
	Observation			9,9	9,4*		6,7
Hopko, 2011 États-Unis [30]	TAC	42	BDI-II	27,2	9,9	9,0	7,0
	TRP	38		26,7	8,9	9,7	7,7
Kangas, 2013 Australie [31]	TCC précoce/brève	21	BDI-II	14,2	12,0	8,0	10,5
	Counseling non directif	14		11,7	11,0	9,3	13,5
Krebber, 2016 Pays-Bas [32]	Soins par étapes	A : 75	HADS-D	8,2	5,6	6,7	6,3
		B : 14		9,6	6,2	7,2	6,8
	Soins usuels	A : 81		9,5	8,8*	7,3	7,5
		B : 21		11,4	13,1*	11,5*	11,3
Desautels, 2018 Canada [28]	TC	25	HADS-D	8,8	4,1	-	-
	TLV/Liste d'attente	26/11		9,8/8,9*	5,3/7,3		
Modèle théorique psychodynamique analytique							
Beutel, 2014 Allemagne [27]	TPDB	78	HADS-D	12,4	-	-	-
	Soins usuels	79		11,2*			
Modèle théorique existentiel-humaniste							
Rodriguez Vega, 2011 Espagne [34]	Thérapie combinée	39	HADS-D	12,5	6,5	5,5	-
	Soins usuels + antidépresseur	33		12,5	7,4	6,7	

TAC: thérapie d'activation comportementale; TC: thérapie cognitive; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TPDB: thérapie psychodynamique brève; TRP : thérapie de résolution de problèmes; TN : thérapie narrative; TS: travailleur social; TLV : thérapie par lumière vive; HADS-D: *Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression*; BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; HRSD: *Hamilton rating scale for depression*

A : Groupe total; B : Sous-groupe de patients avec un diagnostic de dépression majeure selon les critères de la DSM-IV

* Différence statistiquement significative

Des résultats portant sur la taille d'effet de l'intervention quant à la diminution des symptômes dépressifs au cours du temps ont également été rapportés dans sept ECR [27, 28, 30-33, 35]. La taille d'effet (d de Cohen), qui est calculée en divisant la différence des moyennes du score HADS du groupe intervention et du groupe témoin par la déviation standard, a été rapportée dans cinq études [27, 30-33]. Les résultats des études de Nezu *et al.*, Hopko *et al.*, Krebber *et al.* et Beutel *et al.* suggèrent une taille d'effet importante ($> 0,50$) des interventions évaluées (TRP, TAC, soins par étapes et TPBD) en période post-traitement immédiat de même qu'au cours du suivi [31, 32] (résultats non présentés). Savard *et al.* et Desautels *et al.* ont également rapporté des résultats sur la taille d'effet pré-post traitement qui était plus élevée pour la TC et la TLV que celle du groupe assigné à la liste d'attente [28, 35].

Les taux de réponse et de rémission des troubles dépressifs à la suite des traitements ont été rapportés dans trois études [27, 28, 30]. Dans l'étude d'Hopko, le taux de réponse ou de rémission (pourcentage de patients avec une diminution du score BDI-II ≥ 50 % ou avec un score BDI-II ≤ 10) était inférieur dans le groupe intervention par TAC (70 %) comparativement à la TRP (81 %). La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative. Dans l'étude de Desautels *et al.*, les taux de réponse à l'intervention (pourcentage de patients ayant une diminution du score HADS-D ≥ 50 %) étaient de 52 % dans le groupe TC, 41 % dans le groupe TLV et de 20 % dans le groupe assigné à la liste d'attente. Les taux de rémission (pourcentage de patients ayant un score HADS-D ≤ 7) étaient de 80 % dans le groupe TC, 59 % dans le groupe TLV et 40 % dans le groupe assigné à la liste d'attente. Dans l'étude de Beutel *et al.*, le taux de rémission (absence de diagnostic de dépression et diminution d'au moins deux points du score HADS-D) était de 44 % dans le groupe ayant reçu une TPBD comparativement à 23 % dans le groupe sans intervention ($p = 0,007$).

Les résultats des deux analyses complémentaires [36, 37] réalisées après la publication de l'ECR d'Hopko *et al.* [30] ont également été retenus dans le présent rapport. La première avait comme objectif d'évaluer plusieurs facteurs prédictifs de réponse au traitement de la dépression par TAC ou TRP chez des patientes ayant un cancer du sein [36]. Quatre facteurs socio-démographiques ont été examinés, soit l'âge, le niveau d'éducation, l'état civil et le statut professionnel. Les facteurs prédictifs psychosociaux étudiés incluaient l'expérience antérieure en psychothérapie, le soutien social, le nombre de troubles anxieux co-existants, les encouragements de l'entourage et le niveau de gravité de la dépression majeure. Pour les variables reliées au cancer, les auteurs ont considéré le stade du cancer, la date du diagnostic ainsi que la présence d'un traitement actif (chimiothérapie ou radiothérapie) pendant la psychothérapie. Une régression logistique multivariée binaire a été effectuée avec la présence ou l'absence d'une réponse ou d'une rémission selon le score BDI-II comme variable dépendante. Les principaux facteurs associés à un risque plus élevé de ne pas répondre à la psychothérapie par TAC ou TRP étaient les suivants : ne pas être marié, recevoir des traitements pour un cancer pendant la psychothérapie ou n'avoir aucune expérience psychothérapeutique antérieure. Bien que non statistiquement significatifs, d'autres facteurs prédictifs d'une réponse positive à la psychothérapie ont été identifiés à la suite de cette analyse, tels que le soutien social, l'encouragement de l'entourage et la vie de couple.

La seconde analyse de l'étude d'Hopko *et al.* [30] effectuée chez des patientes atteintes d'un cancer du sein visait à mettre en relation la gravité de la dépression et ses effets sur la réponse à la psychothérapie par TAC ou TRP. La gravité de la dépression dans la période pré-traitement a été analysée par régression linéaire pour cinq variables : l'éducation, le renforcement environnemental, l'anxiété somatique, les troubles anxieux co-existants et la présence de douleurs physiques. Les deux facteurs les plus fortement associés à la gravité de la dépression dans la période pré-traitement étaient le faible renforcement environnemental et la forte anxiété somatique. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas observé d'association significative entre la gravité de la dépression durant la période pré-traitement et la rémission en période post-traitement immédiat ($p = 0,81$). Le même résultat a été noté à 12 mois ($p = 0,46$). Bien que les résultats de leurs études ne soient pas en faveur de la TAC comparativement à la TRP [30], les auteurs estiment, sur la base des résultats de leurs analyses complémentaires, que la TAC, qui cible notamment le renforcement environnemental, pourrait être particulièrement pertinente chez les patientes ayant une dépression grave.

Principaux résultats portant sur l'efficacité des interventions psychologiques individuelles pour le traitement des troubles anxieux

Des résultats portant sur les effets de la psychothérapie individuelle concernant la diminution des troubles anxieux ont été rapportés dans trois études (Tableau 9). Une diminution des symptômes anxieux supérieure au groupe témoin a été observée dans l'étude de Goerling *et al.* évaluant une intervention par soutien psychologique [29] et dans l'étude de Krebber *et al.* portant sur l'évaluation d'un modèle de soins par étapes [32]. Dans l'étude de Kangas *et al.*, il n'y a pas eu d'effet observé de la TCC précoce brève comparativement au counseling non directif sur les troubles anxieux [31].

TABLEAU 9. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RAPPORTÉS DANS LES ECR PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES INDIVIDUELLES À RÉDUIRE LES SYMPTÔMES ANXIEUX CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER

Auteurs, années Pays [réf.]	Groupes		Échelle d'évaluation	Moyenne des scores des symptômes dépressifs			
	Intervention Témoin	N		Pré-intervention	Post-intervention	6 mois	12 mois
Modèle théorique cognitivo-comportemental							
Goerling, 2011 Allemagne [29]	Soutien en psycho-oncologie	-	HADS-A	10,7	7,0	-	-
	Observation	-		7,0	10,4	-	-
Kangas, 2013 Australie [31]	TCC précoce brève	21	STAIT	40,9	37,6	29,6	30,5
	Counseling non directif	14		40,4	34,1	27,3	30,7
Krebber, 2016 Pays-Bas [32]	Modèle de soins par étapes	A : 75	HADS-A	9,4	6,8	6,9	7,0
		B : 14		11,6	7,8	9,0	9,2
	Soins usuels	A : 81		9,6	8,6	7,4	7,7
		B : 21		10,4	12,0	10,2	10,2

HADS-A: *Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety*; STAIT: *State Trait Anxiety Inventory*

A : Groupe total ; B : Sous-groupe de patients avec un diagnostic de dépression majeure selon les critères de la DSM-IV

Principaux résultats portant sur l'innocuité des psychothérapies

L'innocuité des interventions psychothérapeutiques n'a pas été analysée dans les différentes études retenues et aucun effet indésirable n'a été rapporté *a posteriori*.

Synthèse et appréciation globale des résultats des ECR portant sur l'efficacité des psychothérapies individuelles pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie

Troubles dépressifs

La preuve s'appuie sur l'analyse de neuf ECR qui ont porté sur l'évaluation de l'efficacité de différentes interventions psychologiques individuelles pour le traitement de la dépression chez des patients atteints de cancer. Les interventions reposaient essentiellement sur des approches de type cognitivo-comportementale (TRP, TC, TAC, TCC) de courte durée [28-33, 35]. Peu d'études ont porté sur des approches psychodynamiques ou existentielle-humaniste [27, 34]. Huit des neuf études portaient plus spécifiquement sur des patientes traitées pour un cancer du sein ou de la tête et du cou [27, 28, 30-35], limitant les possibilités de généralisation de ces résultats à l'ensemble des patients en oncologie. Néanmoins, les résultats observés suggèrent que les interventions psychologiques pourraient être efficaces pour le traitement des troubles dépressifs. Certains facteurs prédictifs pour la réponse à la psychothérapie par TAC ou TRP ont été identifiés dans une étude, comme la vie en couple, le soutien social, l'absence de traitement actif durant la psychothérapie et avoir une expérience antérieure en psychothérapie [36]. Toutefois, plusieurs facteurs méthodologiques inhérents aux études disponibles limitent la possibilité de pouvoir se prononcer plus spécifiquement sur l'efficacité d'une approche psychothérapeutique par rapport à une autre pour le traitement de la dépression :

- La majorité des études ont été réalisées sur des petites tailles d'échantillon, ce qui rend difficile d'obtenir une puissance statistique suffisante pour la détection de différences significatives entre les interventions et les comparateurs évalués ou effectuer des analyses de sous-groupes. Le recrutement difficile et les taux élevés de pertes au suivi (taux entre 10 et 20 % [28, 30, 33, 35] et ≥ 20 % [29, 31, 32] mesurés entre trois et 12 mois) dans ce contexte d'étude pourraient expliquer le faible nombre de patients;
- Les caractéristiques des patients inclus diffèrent d'une étude à l'autre : siège tumoral, stade, phase de traitement, critères diagnostiques de dépression majeure évalués selon des critères reconnus du DSM-IV [27, 30, 31, 34] ou selon un score obtenu avec une échelle validée [28, 29, 32, 33, 35];

- On remarque une hétérogénéité dans les devis des études retenues, incluant l'utilisation de groupes témoins variés (liste d'attente, soins usuels, autre intervention), d'échelles d'évaluation des symptômes dépressifs différentes, ce qui limite la comparaison des résultats d'une étude à l'autre;
- Peu d'études avaient pour objectif de comparer des approches de psychothérapie entre elles [30, 31];
- Plusieurs cofacteurs peuvent influencer les résultats, tels que le niveau de gravité initial des symptômes [27], la prise de médicaments antidépresseurs [34] ou encore l'effet du temps (biais de maturation);
- Absence d'évaluation à l'aveugle des résultats dans deux études [29, 33];
- La présence de conflits d'intérêts potentiels est également un élément à considérer notamment lorsque les participants de certaines études sont rémunérés pour leur participation [30, 33] ou lorsque les auteurs d'une étude font l'évaluation d'un modèle qu'ils ont eux-mêmes développé [30]

Troubles anxieux

Aucune étude évaluant spécifiquement l'effet de la psychothérapie pour le traitement des troubles anxieux en oncologie n'a été répertoriée dans la présente analyse. Trois des ECR retenus ont toutefois rapporté des résultats divergents suggérant une légère diminution des symptômes anxieux ou une absence d'effet [32].

5.1.4 Étude et protocoles en cours

Un ECR (NCT01191580) portant sur l'utilisation de la thérapie interpersonnelle pour réduire la dépression majeure (diagnostiquée par un score sur l'échelle HAM-D-17 ≥ 18) chez les patientes (18 à 90 ans) ayant un cancer du sein comparativement à l'usage de la TRP et de la thérapie de support brève a été répertorié. Les principaux indicateurs mesurés sont l'amélioration des symptômes de dépression, le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie. Cette étude américaine a été réalisée entre octobre 2009 et avril 2016, mais aucun résultat n'a été publié à ce jour.

5.2 Description des pratiques et des services offerts en oncologie psychosociale et spirituelle au CHU de Québec et dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec

Des entrevues téléphoniques ont été effectuées auprès d'informateurs-clés en oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2018. Malgré plusieurs relances, il n'a pas été possible d'obtenir de réponses auprès des intervenants en oncologie psychosociale des autres centres hospitaliers universitaires du Québec.

Principales caractéristiques de l'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle

Au CHU de Québec, une unité spécifiquement dédiée à l'oncologie psychosociale et spirituelle est en activité depuis plus de 10 ans à L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ). Des services sont aussi offerts à l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ). Selon des données d'activités disponibles provenant de L'HDQ, le nombre de patients pris en charge pour un trouble psychologique ou mental à la suite d'un cancer était de 477 au cours de l'année financière 2014-2015 et de 557 en 2015-2016. La référence provenait principalement des services d'hémo-oncologie (~19 %), de radio-oncologie (~16 %), des soins palliatifs (~12 %) et de l'urologie (~12 %). Il n'y a pas d'unité dédiée à l'oncologie psychosociale et spirituelle au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. L'offre de services est plutôt intégrée aux unités de soins d'oncologie. Le nombre de patients pris en charge est d'environ 150 par année. Les différentes catégories d'intervenants impliqués dans l'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle au CHU de Québec et au CIUSSS de l'Estrie-CHUS sont présentées au Tableau 10. Un programme de détection systématique de la détresse en oncologie à différents moments charnières de la trajectoire a été progressivement développé et implanté au CHU de Québec depuis 2009. Il s'agit d'une pratique actuellement intégrée à la pratique des infirmières-pivots et des infirmières de chevet en chimiothérapie, en radio-oncologie et partiellement en hémo-oncologie. Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, la détection de la détresse est effectuée par les infirmières-pivots et une systématisation de la pratique est visée au cours des années à venir.

TABEAU 10. LISTE DES INTERVENANTS IMPLIQUÉS DANS L'OFFRE DE SERVICES EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE AU CHU DE QUÉBEC ET AU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS SELON LE TYPE DE SERVICES

Intervenants impliqués en oncologie psychosociale et spirituelle		
Type de services	CHU de Québec	CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Détection de la détresse	Infirmières-pivots Infirmières de chevet - en chimiothérapie - en radio-oncologie - en hémo-oncologie (partiellement)	Infirmières-pivots
Soins infirmiers	Infirmière clinicienne Infirmières-pivots et spécialisées en soins palliatifs (à même les équipes médicales)	Infirmières-pivots à même les équipes médicales Infirmière spécialisée en soins palliatif
Soutien psychosocial	Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux
Soins spirituels	Intervenants en soins spirituels (intervention individuelle et de groupe)	Intervenants en soins spirituels
Pharmacothérapie	Psychiatre Médecin de famille	Psychiatre de liaison (sur demande lors de l'hospitalisation) Médecin de famille en ambulatorio
Psychothérapie individuelle	Psychologues, psychiatre, sexologue	Psychologues, sexologue
Psychothérapie de groupe	Psychologues	Non disponible
Ergothérapie	Ergothérapeute	Non disponible

Modalités de l'offre de services de psychothérapie individuelle

Les interventions de psychothérapie individuelle sont dispensées par des psychologues et un sexologue au CIUSSS de l'Estrie-CHUS et également par un psychiatre au CHU de Québec. Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, les services en psychothérapie sont offerts lors des épisodes d'hospitalisation et en ambulatoire. Au CHU de Québec, certaines modalités de l'offre de services de psychothérapie diffèrent selon l'hôpital où le patient est pris en charge. À l'HEJ, des services de psychothérapie sont disponibles principalement lors de la période d'hospitalisation. Les patients des services de neuro-oncologie et d'hémo-oncologie à l'HEJ peuvent également être suivis en ambulatoire. À l'HSS et à L'HDQ, les services de psychothérapie sont proposés exclusivement en ambulatoire et réservés jusqu'à tout récemment uniquement aux patientes traitées pour un cancer du sein à l'HSS. Par ailleurs, aucun service de psychothérapie n'est disponible à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA). L'accès à un psychiatre de liaison est toutefois possible à l'HSFA lors d'une hospitalisation.

Différentes approches ou modèles théoriques peuvent être proposés en fonction des caractéristiques du patient, mais également selon la formation et la spécialisation du psychologue disponible. Ainsi, au CHU de Québec, le type de psychothérapie et les modalités pour la prestation de services peuvent varier selon l'hôpital dans lequel le patient est pris en charge. Par exemple, les intervenants à l'HEJ offrent une approche humaniste-existentielle ou intégrative incluant la TCC ou encore la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT « *Acceptance and Commitment Therapy* »). La TCC combinée ou non à l'ACT est offerte par les thérapeutes à l'HSS et à L'HDQ. Quant à la TPDB, cette approche est essentiellement utilisée à L'HDQ. Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, l'approche humaniste-existentielle est privilégiée par l'ensemble des intervenants et s'y ajoutent des éléments de l'ACT et de la TCC en fonction des caractéristiques du patient. Une approche par hypnose sera aussi offerte dès l'automne 2018 dans cet établissement. Les séances de psychothérapie sont effectuées en présentiel sauf à de très rares exceptions (patients connus) tant au CHU de Québec qu'au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Au CHU de Québec, les patients hospitalisés peuvent avoir accès sur une base quotidienne à des séances de psychothérapie alors qu'en ambulatoire ces services sont offerts à une fréquence hebdomadaire ou à toutes les deux semaines à la clientèle. Le nombre moyen de séances de psychothérapie par patient est d'environ huit à 10 (avec une variation possible de six à 12). Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, la fréquence des séances de psychothérapie en ambulatoire est également d'une par semaine ou toutes les deux semaines. Pour les patients hospitalisés, la psychothérapie est dispensée une à deux fois par semaine. Le nombre moyen de séances de psychothérapie par patient au CIUSSS de l'Estrie-CHUS varie de 10 à 15 (avec une variation possible de un à 30).

Critères de priorisation et délais d'attente

Au CHU de Québec, l'accès initial aux services d'oncologie psychosociale et spirituelle est géré en fonction de la date de la référence ou du classement prioritaire inscrit sur le formulaire de référence effectué par le demandeur. En principe, tous les patients peuvent avoir accès à ces services. À L'HDQ, un processus de triage est ensuite effectué par une infirmière clinicienne à partir des informations inscrites sur la requête de services ou d'une pré-évaluation téléphonique. Près de 90 % des patients ont accès à une évaluation initiale moins de huit semaines après la date de référence. Le dépistage à l'HSS est réalisé par une psychologue ou une infirmière-pivot. Par ailleurs, le délai d'attente avant le début d'une psychothérapie individuelle s'échelonne de quelques jours à cinq semaines. À l'HEJ, il n'y a pas d'attente pour les patients hospitalisés alors que les délais d'attente varient également de quelques jours à quatre semaines pour les patients recevant des services ambulatoires. En vue de l'ouverture prochaine du Centre intégré de cancérologie (CIC) au CHU de Québec, une trajectoire unique des patients en oncologie psychosociale et spirituelle est en cours de développement. Celle-ci devrait inclure une gestion centralisée de l'évaluation des demandes pour voir en consultation un psychologue ou un médecin par l'implantation d'un guichet d'accès et d'une pré-évaluation systématique par une infirmière clinicienne pour prioriser et orienter adéquatement les patients. Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, des critères de priorisation ont été mis en place pour gérer l'accès aux services de psychothérapie incluant le siège du cancer (priorité plus élevée aux patients ayant un cancer du pancréas ou un cancer du système nerveux), le stade de la maladie (priorité plus élevée au stade avancé), le niveau de soins (priorité plus élevée si soins palliatifs), la gravité du trouble anxieux ou de la dépression (priorité plus élevée si niveau grave) et autres facteurs (p.ex. : jeunes familles). Certains patients pourraient ne pas être priorisés avec ce mode de fonctionnement et ainsi ne pas avoir accès à des services publics de psychothérapie en milieu hospitalier. Le délai d'attente moyen est d'environ 35 jours.

Lien avec les partenaires externes de première ligne

Selon les personnes interrogées, le lien de collaboration avec les partenaires de première ligne du réseau de la santé n'est pas optimal pour assurer le suivi des patients ayant reçu des services de psychothérapie en établissement. Les délais de prise en charge seraient d'ailleurs très longs aussi bien au CHU de Québec qu'au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. En absence de services d'oncologie psychosociale en première ligne, les références aux partenaires externes doivent par conséquent être dirigées vers les services psychosociaux généraux ou les services de santé mentale. Au CHU de Québec, les références en première ligne se limitent à la phase de survivance de la maladie. Des travaux sont toutefois en cours pour développer une trajectoire intégrée CHU de Québec et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) afin de préciser les rôles et les responsabilités des centres de soins généraux et spécialisés. Dans le cas du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, les patients dont la demande de services en oncologie psychosociale et spirituelle n'a pas été priorisée peuvent être dirigés vers des organismes du milieu communautaire afin d'obtenir de la psychothérapie à un coût réduit.

Évaluation du programme d'oncologie psychosociale et spirituelle

Au CHU de Québec, des données d'activités sont saisies dans un système informatique par chacun des intervenants lors du suivi des patients. Les caractéristiques des patients (p.ex.: sexe, âge, siège tumoral, provenance du patient, diagnostic à dimension psychologique, sociale et spirituelle) pris en charge en oncologie psychosociale et spirituelle ainsi que les interventions effectuées (p.ex.: professionnels impliqués, type d'intervention et nombre d'épisodes de soins) étaient compilées à L'HDQ avant 2016. L'introduction d'un nouveau logiciel en utilisation depuis deux ans ne permet pas présentement l'extraction de données pour le suivi et l'évaluation du programme.

Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, le dossier clinique informatisé permet d'extraire certaines données concernant le suivi des patients comme le nombre d'usagers suivis, le nombre d'interventions totales et par usager, de même que le nombre d'hospitalisations. Les indicateurs en lien avec la capacité d'adaptation, la qualité de vie, le statut fonctionnel, la perception du patient ainsi que le diagnostic psychologique ne sont pas accessibles dans cette base de données et nécessitent une extraction à même les dossiers médicaux.

6. DISCUSSION

L'objectif du présent rapport était de déterminer quelles approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée seraient à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie au CHU de Québec. L'appréciation de l'ensemble des informations issues de la recherche documentaire, des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire et de l'enquête de pratique menée au CHU de Québec et auprès du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a conduit aux constats suivants.

6.1. Les données probantes, bien que limitées, suggèrent que les psychothérapies individuelles de courte durée seraient efficaces et sécuritaires pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les adultes suivis en oncologie

La preuve de l'efficacité des psychothérapies individuelles dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie s'appuie principalement sur sept guides de pratique clinique [19-25], une revue de synthèse [26] et neuf ECR [27-35]. Pour le traitement de la dépression majeure, les résultats suggèrent que les psychothérapies individuelles peuvent être efficaces dans la prise en charge du patient, qu'elles soient dispensées seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques. Peu d'études ont rapporté des résultats sur le traitement des troubles anxieux. Toutefois, la psychothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique proposé par plusieurs guides de pratique. La durée des interventions psychologiques individuelles recommandées dans les guides de pratique ou évaluées dans les études est généralement de huit semaines, mais elle peut varier selon l'approche psychothérapeutique, la gravité des symptômes anxio-dépressifs et la réponse du patient à l'intervention. Peu de données sont disponibles pour bien évaluer la sécurité des interventions psychothérapeutiques, aucun effet indésirable n'ayant été rapporté dans les études retenues. Mentionnons cependant que, selon les recommandations des guides de pratiques et les critères de sélection des patients dans les ECR, les patients présentant un trouble de santé mentale pouvant mettre en danger la personne elle-même ou autrui (p.ex.: idées suicidaires ou homicidaires) devraient plutôt être dirigés vers des soins immédiats en psychiatrie pour que la prise en charge soit adaptée.

L'appréciation de l'ensemble de la preuve indique toutefois qu'une certaine prudence est de mise pour interpréter les résultats, en raison notamment du nombre, de la qualité et de la provenance des données sur la base desquelles les conclusions sont formulées. En effet, bien que tous les guides de pratique soient en faveur des interventions psychologiques individuelles dans la prise en charge des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux chez les patients atteints de cancer, les preuves à l'appui sont souvent limitées. Les conclusions des auteurs s'appuient essentiellement sur les résultats des études portant sur l'évaluation de diverses interventions psychologiques ou psychosociales visant à prévenir ou soulager les symptômes dépressif et d'anxiété en oncologie ainsi que des études issues de la population générale ou de patients ayant une autre maladie chronique. Plusieurs guides s'appuient également sur des consensus d'experts ou sur l'extrapolation de données issues de la pratique en psychiatrie générale. On note aussi que le nombre d'études portant sur la réduction ou la prévention de la détresse psychologique en oncologie est très élevé, incluant plusieurs revues systématiques et méta-analyses sur le sujet. Toutefois, les patients inclus dans ces études n'ont généralement pas été sélectionnés sur la base de critères relatifs à la présence, au type ou à la gravité des symptômes anxio-dépressifs et peu d'analyses de sous-groupes ont été effectuées. La recherche documentaire effectuée dans le cadre du présent rapport visait à sélectionner les guides de pratique, les études de synthèse et les ECR ayant spécifiquement porté sur l'évaluation d'interventions de psychothérapie chez des patients atteints d'un cancer et dont le niveau de gravité des symptômes dépressifs et anxieux était significatif sur la base des critères validés. Au final, quatre ECR chez des patients ayant un diagnostic de troubles dépressifs selon les critères du DSM-IV [27, 30, 31, 34] et cinq autres chez des patients à risque élevé de dépression majeure selon le score obtenu avec une échelle d'évaluation validée ont été inclus dans le présent rapport [28, 29, 32, 33, 35]. Dans les études retenues, on observe une certaine hétérogénéité dans les outils et les méthodes de mesure utilisés pour l'évaluation et le suivi des troubles anxieux et dépressifs rendant difficile la comparaison des résultats obtenus. De plus, la taille d'échantillon de ces différentes études est généralement petite et l'on peut constater que, pour plusieurs d'entre elles, le recrutement, l'inclusion et le suivi des patients semblent avoir été difficiles en raison du nombre élevé de patients ne respectant pas les critères d'inclusion, ayant refusé de participer au protocole, n'ayant pas reçu l'intervention par manque de motivation ou pour une autre raison. Quelques auteurs ont d'ailleurs eu recours à une compensation financière des patients pour pallier

à ces difficultés [30, 33]. Toutefois, malgré ces différentes limites, les résultats suggèrent que les interventions psychologiques individuelles, comparativement aux soins usuels ou à la période sur une liste d'attente, sont associées à une diminution des symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu'à un meilleur taux de réponse ou de rémission de la dépression chez les patients suivis en oncologie notamment pour un cancer du sein ou un cancer de la tête et cou, ces sièges tumoraux ayant été les plus étudiés.

6.2 Les données probantes ne permettent pas d'établir la supériorité d'une approche de psychothérapie par rapport à une autre pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie

À ce jour, les données probantes visant à privilégier une approche psychothérapeutique individuelle plutôt qu'une autre sont très limitées pour guider la pratique. Quelques éléments ou précisions ont été rapportés dans les guides de pratique, mais sans que des recommandations spécifiques aient été émises à ce sujet. Ainsi, plusieurs auteurs mentionnent que les caractéristiques du patient, sa préférence, ses besoins et les ressources locales disponibles peuvent guider le choix de l'intervention [19-21, 24]. En ce sens, la TCC pourrait être utile chez les patients désirant une approche basée sur les symptômes alors que les thérapies psychodynamiques brèves pourraient être avantageuses auprès des personnes ayant une bonne capacité d'introspection [21]. Selon certains auteurs des guides de pratique, l'approche par TCC individuelle serait la plus utilisée et la plus étudiée, mais d'autres approches pourraient également avoir des bénéfices psychologiques [19, 21, 23, 25]. D'ailleurs, sept des neuf interventions évaluées dans les ECR inclus dans la présente analyse peuvent s'apparenter au modèle théorique cognitivo-comportemental avec toutefois une grande hétérogénéité dans le type d'approche (TAC, TRP, TC, soutien psychosocial). Les études ayant comparé deux approches entre elles sont rares et n'ont pas révélé de différence significative entre les interventions [30, 31, 34]. De plus, peu d'éclairage supplémentaire par la recherche est attendu au cours des prochaines années, le nombre d'études en cours en oncologie étant limité et la réalisation d'un ECR complexe dans ce domaine. Toutefois, à l'instar des guides de pratique s'étant prononcés sur le sujet, l'extrapolation des données émises pour la population générale pourrait également permettre d'orienter la pratique. Par exemple, les conclusions des auteurs du CANMAT suggèrent que la stratégie optimale pour la prise en charge en psychothérapie du trouble dépressif majeur chez l'adulte puisse reposer sur la préférence du patient parmi les traitements psychologiques ayant fait leurs preuves (p.ex. : TCC, thérapie interpersonnelle, TAC, thérapie cognitive pleine conscience, TRP, TPDB) et la capacité des cliniciens ou du centre de soins à dispenser l'intervention [40]. De même, les auteurs du récent rapport d'évaluation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) portant sur l'accès équitable aux services de psychothérapie au Québec ont conclu de leur analyse que l'efficacité des diverses interventions psychologiques, dont la psychothérapie, serait comparable [41]. Les différences observées seraient faibles et elles seraient davantage liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche thérapeutique elle-même. Les caractéristiques personnelles du psychothérapeute et de l'utilisateur ainsi que les facteurs communs à l'ensemble des interventions psychologiques contribuent également à leur efficacité. Les auteurs précisent toutefois que la thérapie cognitivo-comportementale est la plus étudiée et que son efficacité est démontrée pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Les auteurs du rapport d'évaluation de la *Health Quality Ontario* portant sur la psychothérapie pour le trouble dépressif majeur et les troubles anxieux généralisés ont aussi conclu que, comparativement aux soins usuels, la TCC, la thérapie interpersonnelle et la thérapie de soutien pouvaient réduire significativement les symptômes de dépression en période post-traitement, alors que la TCC aurait également un effet significatif chez les patients atteints de troubles anxieux généralisés [42].

En pratique, il semble que différents éléments de chaque approche pourraient être utilisés [21] et que l'information transmise au patient et l'obtention de son engagement sur le choix de la démarche sont des éléments essentiels au succès de l'intervention [23]. Un suivi et une réévaluation des symptômes, de l'observance et de la satisfaction du patient effectués sur une base régulière, et en particulier après huit semaines de traitement, devraient permettre de réviser le choix de l'intervention en cas d'inefficacité sur les symptômes ou de mauvaise observance [19, 20, 22]. D'ailleurs, quatre des guides de pratique recommandent d'utiliser un modèle de soins par étapes plutôt qu'une approche spécifique de psychothérapie pour le traitement du trouble dépressif majeur et des troubles anxieux chez les patients ayant un cancer [19, 20, 22, 23]. À chacune des étapes, les patients sont réévalués et, lorsque les résultats demeurent au-dessus des seuils attendus, il est alors possible d'avoir recours aux interventions disponibles à l'étape suivante du modèle. Les interventions utilisées aux différentes étapes peuvent combiner des traitements psychologiques et pharmacologiques adaptés en fonction de l'importance des symptômes, du diagnostic (DSM-V), de l'impact fonctionnel dans les principaux domaines de la vie, de la présence ou l'absence de facteurs de risque, de la réponse à des traitements antérieurs, des préférences du patient ainsi que de la persistance des symptômes après le traitement initial [19]. Par ailleurs,

si peu d'études récentes ont porté sur l'évaluation d'une approche en psychothérapie en particulier, un nombre plus conséquent d'études se sont intéressées au modèle de soins collaboratifs au cours des dernières années [21]. Ce modèle, qui repose sur l'intégration des soins psychologiques en oncologie dans un contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle, est également utilisé dans l'approche de soins par étapes [21]. À ce chapitre, les résultats de la méta-analyse de Li *et al.* publiée en 2016 suggèrent que le recours à ce modèle de soins collaboratifs pourrait significativement diminuer les symptômes dépressifs des patients comparativement à la prise en charge habituelle, et ce, jusqu'à trois mois et plus après le début de l'intervention [21]. Toutefois, il apparaît difficile d'identifier le facteur le plus contributif sur l'effet global de ce modèle de soins qui fait appel à des interventions multiples incluant l'utilisation de différentes approches psychothérapeutiques individuelles.

6.3 Une offre de services diversifiée au CHU de Québec pour la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en oncologie qui soulève des enjeux organisationnels et d'équité

Au cours des dernières années, la pratique en oncologie psychosociale et spirituelle a connu une évolution marquée au Québec, et en particulier au CHU de Québec, notamment par le développement et l'implantation d'un programme structuré de détection de la détresse aux différents moments charnières de la trajectoire de soins du patient [16, 43]. Actuellement, la détection systématique de la détresse est bien intégrée à la pratique pour les patients en chimiothérapie et radiothérapie dans les différents hôpitaux du CHU de Québec et devrait l'être prochainement dans les unités d'héματο-oncologie et les autres secteurs de soins qui prennent en charge des patients atteints d'un cancer. Ainsi, un accroissement du nombre de patients qui auront besoin d'une prise en charge en oncologie psychosociale et spirituelle dans chacun des hôpitaux du CHU de Québec est attendu. C'est dans ce contexte et en prévision du regroupement à venir des services en oncologie psychosociale et spirituelle de l'HEJ et de L'HDQ dans le nouveau CIC du CHU de Québec que des travaux visant à réviser et harmoniser l'offre de services ont été entrepris, incluant les modalités de prise en charge des patients présentant un diagnostic de trouble dépressif majeur ou de trouble anxieux. En effet, plusieurs approches psychothérapeutiques individuelles sont actuellement offertes au CHU de Québec pour le traitement psychologique des patients ayant un trouble anxieux ou dépressif en oncologie mais avec une accessibilité qui diffère selon l'hôpital de prise en charge. Or, si les données probantes ne permettent pas d'établir la supériorité d'une approche de psychothérapie par rapport à une autre, il semble que les différentes approches psychothérapeutiques pourraient être intégrées dans le plan d'intervention du patient selon ses besoins et préférences. Ce constat soulève un enjeu de gestion des ressources professionnelles spécialisées en psychothérapie afin de rendre disponibles les différentes stratégies psychothérapeutiques à tous les patients quel que soit l'hôpital de prise en charge. En particulier, une évaluation des besoins de formation complémentaire et de soutien professionnel serait probablement pertinente pour développer des compétences polyvalentes et transversales, les intervenants étant majoritairement formés pour une approche spécifique. Un autre défi en terme d'organisation des services et de gestion des ressources professionnelles semble également être soulevé par le fait que, présentement, l'accès aux services de psychothérapies individuelles est en partie réservé aux patients hospitalisés ou à ceux suivis en ambulatoire dépendamment du lieu de prise en charge. Or, il apparaît que d'autres critères d'admissibilité ou de priorisation pertinents basés entre autres sur certaines caractéristiques du patient pourraient être mieux ou plus formellement définis au CHU de Québec. En effet, le processus d'orientation et de priorisation actuel aux consultations de psychothérapie individuelle pour les patients d'oncologie référés pour des troubles anxieux ou dépressifs diffère selon l'hôpital de prise en charge et repose essentiellement sur une pré-évaluation effectuée par une infirmière ou un psychologue, la date de référence et la disponibilité des intervenants. Présentement, il n'y a pas de critères consensuels pour orienter et prioriser les patients inscrits sur la liste d'attente en fonction du niveau de gravité des troubles anxieux et dépressifs, de l'âge du patient, du siège et du stade tumoral ou du contexte social, comme cela a été dernièrement implanté au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Cependant, l'implantation de ces critères soulève un enjeu pour assurer une prise en charge adéquate des patients qui ne sont pas priorisés et qui pourraient, pour certains, relever des services offerts en première ligne. D'ailleurs, les patients non priorisés au CIUSSS de l'Estrie-CHUS sont dirigés vers des organismes du milieu communautaire afin d'obtenir de la psychothérapie à un coût moindre, mais le lien de collaboration avec les partenaires de première ligne du réseau de la santé n'est pas optimal et les délais de prise en charge seraient très longs. Au CHU de Québec, les références en première ligne se limitent présentement à la phase de survivance de la maladie, mais des travaux sont en cours pour développer une trajectoire intégrée de soins entre le CHU de Québec et le CIUSSS-CN, et ainsi mieux préciser les rôles et les responsabilités des centres de soins généraux et spécialisés. Dans ce contexte, un processus de priorisation préétabli et uniformisé contribuerait probablement à redéfinir le rôle du CHU de Québec comme centre tertiaire spécialisé et suprarégional en oncologie psychosociale et spirituelle. La démarche servirait également à positionner la première ligne dans le continuum

de soins avec un rôle de partenaire au CHU de Québec en ce qui a trait à l'accompagnement et au suivi psychologique des clientèles en oncologie. Une telle réorganisation de services exige bien entendu la création d'un corridor de services, d'ententes inter-établissements et un travail collaboratif entre les intervenants nécessaires à la gestion et à l'implantation du changement. Le développement d'un guichet d'accès centralisé aux ressources disponibles en psychothérapie est actuellement en cours de réflexion dans le cadre de la planification du CIC au CHU de Québec. Dans une optique d'uniformisation des services en oncologie psychosociale et spirituelle au CHU de Québec, la mise sur pied d'un tel guichet devrait contribuer à mieux orienter les patients vers des services adaptés et même de développer éventuellement un modèle de prise en charge intégrant la pratique en interdisciplinarité et en collaboration interprofessionnelle.

Quelle que soit la stratégie thérapeutique mise en place pour traiter un trouble dépressif majeur ou un trouble anxieux chez un patient suivi en oncologie, l'analyse des données issues de la littérature présentée dans les constats précédents suggère que l'évaluation régulière de l'efficacité du traitement, de l'observance et de la satisfaction du patient, en particulier après une période de huit semaines, est essentielle pour réévaluer le choix de l'intervention. Les résultats de ces évaluations peuvent également être pertinents pour évaluer et améliorer la pratique en psychothérapie individuelle pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs en oncologie. Par ailleurs, force est de constater qu'il est présentement difficile d'apprécier précisément la pratique actuelle au CHU du Québec étant donné le manque de statistiques disponibles. Il apparaît primordial pour l'évaluation du programme d'oncologie psychosociale et spirituelle de pouvoir suivre l'évolution d'indicateurs de processus, d'activités et d'efficacité afin de pouvoir évaluer l'impact de changements organisationnels mis en place et d'apporter d'éventuels ajustements au cours du temps en termes de ressources, de fonctionnement ou de formation.

L'importance de la prise en charge des troubles mentaux dans le parcours de soins en oncologie est maintenant bien établie et justifie que tous les patients puissent bénéficier d'un accès équitable aux services de psychothérapie que ce soit en soins spécialisés au CHU de Québec ou auprès des intervenants de la première ligne. Toutefois, cette préoccupation soulève différents enjeux organisationnels qui nécessitent une réflexion approfondie et l'amorce d'un processus d'adaptation au changement de la pratique.

7. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Considérant que :

- Les psychothérapies individuelles de courte durée semblent être efficaces pour le traitement de la dépression chez les patients atteints de cancer, qu'elles soient dispensées seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques;
- Peu d'études ont rapporté des résultats sur le traitement des troubles anxieux, toutefois la psychothérapie fait partie de la prise en charge usuelle proposée par plusieurs guides de pratique;
- À ce jour, les données probantes visant à privilégier une approche psychothérapeutique plutôt qu'une autre en oncologie sont très limitées pour guider la pratique;
- Différentes techniques d'intervention de chaque approche psychothérapeutique (p. ex. : TCC, TPDB, existentielle-humaniste) pourraient être utilisées selon les préférences et les besoins du patient et sa réponse au traitement;
- Les modèles de soins par étapes axés sur la gravité et l'évolution des symptômes, de même que les modèles de soins collaboratifs axés sur la pratique en interdisciplinarité sont souvent recommandés pour le traitement des troubles dépressifs et anxieux chez les patients ayant un cancer plutôt qu'une approche spécifique de psychothérapie;
- L'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle est bien implantée et diversifiée au CHU de Québec, mais les approches de psychothérapie individuelle disponibles et les modalités d'accès au service diffèrent d'un hôpital à l'autre;
- L'augmentation attendue du nombre de patients référés à l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle en lien avec la généralisation du programme de détection de la détresse en oncologie soulève des enjeux d'accessibilité et d'équité aux services de psychothérapie individuelle au CHU de Québec;
- Des critères ne sont pas formellement établis dans le processus d'orientation et de priorisation actuel aux consultations de psychothérapie individuelle qui repose essentiellement sur la date de référence, la disponibilité des intervenants ainsi que sur une pré-évaluation effectuée par une infirmière ou un psychologue;
- Une trajectoire unique des patients en oncologie psychosociale et spirituelle est en cours de développement en vue de l'ouverture prochaine du Centre intégré de cancérologie au CHU de Québec;
- Au CHU de Québec, les références vers la première ligne sont présentement limitées, mais des travaux sont en cours pour développer une trajectoire intégrée de soins en oncologie entre le CHU de Québec et le CIUSSS-CN;
- Le CHU de Québec dispense des soins et des services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés avec une mission de recherche, de développement et de transfert des connaissances.

Il est recommandé à la Direction des services multidisciplinaires du CHU de Québec, en collaboration avec l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle et la Direction clientèle – Néphrologie et oncologie, de réviser son offre de services de psychothérapie individuelle de courte durée tant ambulatoires qu'en cours d'hospitalisation afin de rendre accessibles les approches psychothérapeutiques, ou certaines de leurs composantes, à l'ensemble de la clientèle oncologique atteinte de troubles anxieux et dépressifs dans les différents hôpitaux du CHU de Québec.

Afin de soutenir la réflexion pour mettre en application la recommandation, l'UETMIS propose de considérer certains éléments-clés :

- ✓ Processus de pré-évaluation et de priorisation

- Professionnels impliqués
- Critères de priorisation consensuels
- Mécanisme de gestion centralisée des demandes (p. ex. : guichet d'accès);
- ✓ Prise de décision de la stratégie thérapeutique (jugement clinique, évaluation des besoins, préférences des patients);
- ✓ Activités de formation et de soutien en développement des compétences visant à favoriser la polyvalence des intervenants pour mieux adapter l'approche en psychothérapie individuelle selon les besoins et les préférences du patient dans les différents hôpitaux;
- ✓ Intégration de la psychothérapie individuelle dans un modèle de soins par étapes selon le diagnostic, la gravité des symptômes et la réponse aux traitements;
- ✓ Consolidation de la collaboration et du partenariat avec la première ligne incluant le CIUSSS-CN en offrant également des activités de formation et de soutien aux différents partenaires impliqués.

Recommandation 2

Considérant que :

- Suivant le début d'une psychothérapie, une réévaluation des symptômes, de l'observance et de la satisfaction du patient effectués sur une base régulière est recommandé dans les guides de pratiques afin de réviser l'approche si besoin;
- Les données disponibles pour le suivi d'indicateurs visant à évaluer le programme d'oncologie psychosociale et spirituelle, incluant les services de psychothérapie individuelle sont limitées au CHU de Québec;
- L'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec est très impliquée depuis plusieurs années dans la recherche, le développement et l'implantation d'outils et de stratégies visant à améliorer la santé psychologique des patients en oncologie;
- Le CHU de Québec est un établissement universitaire avec une mission de recherche, d'évaluation, de développement et de transfert des connaissances;

Il est recommandé à la Direction des services multidisciplinaires et à l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec de définir et de suivre des indicateurs de mesure de leurs activités en psychothérapie individuelle de courte durée, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de l'accessibilité, de l'équité et de la qualité des soins et services.

L'UETMIS suggère également que les intervenants impliqués dans les différents hôpitaux du CHU de Québec puissent se concerter afin de :

- ✓ Définir et suivre des indicateurs d'évaluation de la performance en termes de ressources et de processus (p. ex.: nombre d'intervenants, délais d'attente, nombre et caractéristiques des patients diagnostiqués et suivis, type d'approche, nombre de séances et durée de la psychothérapie);
- ✓ Développer des outils de mesure ou d'évaluation de l'efficacité clinique des différentes approches thérapeutiques utilisées (p.ex. taux de réponse, de rémission, d'abandon, expérience patient);
- ✓ Identifier les besoins de soutien et de formation éventuels pour les intervenants.

8. CONCLUSION

Ce rapport d'évaluation visait à déterminer quelles seraient les approches psychothérapeutiques individuelles de courte durée à privilégier pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie au CHU de Québec. L'analyse des données issues de la littérature suggère que les psychothérapies individuelles seraient efficaces et sécuritaires pour le traitement du trouble dépressif majeur et des troubles anxieux. Les résultats des études originales ne permettent pas d'appuyer l'utilisation d'une approche plus qu'une autre, toutefois selon les conclusions des auteurs des guides de pratique, différentes techniques d'intervention de chaque approche psychothérapeutique pourraient être utilisées selon les préférences et les besoins du patient, sa réponse au traitement et les ressources locales disponibles. De plus, l'implantation de modèles de soins par étapes et de soins collaboratifs axés sur la gravité et l'évolution des symptômes sont souvent recommandés, et ce, sans référence spécifique à l'une ou l'autre des approches de psychothérapie individuelle. Les résultats de l'enquête de pratique ont permis de constater que l'offre de services en oncologie psychosociale et spirituelle est bien implantée et diversifiée au sein du CHU de Québec qui est chef de file en la matière. On constate toutefois que l'offre de services, incluant les approches de psychothérapie individuelle disponibles et les modalités d'accès aux services, n'est pas harmonisée d'un hôpital à l'autre, ce qui soulève des enjeux organisationnels pour l'établissement et même d'équité pour la clientèle.

Ainsi, l'UETMIS recommande au CHU de Québec de réviser son offre de services en psychothérapie individuelle de courte durée afin de rendre accessible les différentes approches psychothérapeutiques ou certaines de leurs composantes aux patients ayant des troubles anxieux et dépressifs pris en charge en oncologie dans l'ensemble de ses hôpitaux. Pour guider la réflexion, l'UETMIS suggère que le processus de pré-évaluation et de priorisation des patients soit mieux défini en ayant recours notamment à un système de centralisation des demandes pour la prise de rendez-vous et à l'utilisation de critères de priorisation faisant consensus. Il est également suggéré que des activités de formation et de soutien en développement des compétences soient offertes aux différents intervenants afin de favoriser une plus grande polyvalence et capacité d'adaptation des stratégies psychothérapeutiques selon les besoins et les préférences du patient. Avec la préoccupation d'offrir une prise en charge adaptée à tous les patients en psychothérapie et propre à la mission de chacun des établissements, la collaboration et le partenariat avec la première ligne paraissent indispensables à consolider afin de développer une trajectoire intégrée de soins en oncologie entre le CHU de Québec et le CIUSSS-CN.

Enfin, de par sa vocation de centre tertiaire et universitaire, il apparaît essentiel que les activités de l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHU de Québec puissent s'inscrire dans le cadre d'une démarche évaluative visant à améliorer l'accessibilité, l'équité et la qualité des soins et services en psychothérapie individuelle de courte durée auprès des personnes atteintes de cancer. Les résultats obtenus devraient être utiles à la planification des services en oncologie psychosociale et spirituelle qui seront offerts dans le nouveau Centre intégré de cancérologie qui devrait ouvrir prochainement au CHU de Québec, incluant le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques professionnelles pour la prise en charge en psychothérapie des patients atteints de troubles anxieux et dépressifs.

ANNEXES

ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés				
Sites en anglais : <i>Psycho-oncology, psychotherapy and cancer</i>				
Sites en français : <i>Psycho-oncologie, psychothérapie et cancer</i>				
Sites Internet généraux visités				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr	0
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	0
ANSM	<i>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</i>	France	http://ansm.sante.fr/	0
AHTA	<i>Adelaide Health Technology Assessment</i>	Australie	http://www.adelaide.edu.au/ahta/	0
CEBM	<i>Centre for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/	0
ETMIS-CHUM	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions-du-chum/uetmis/projets	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	0
HSAC	<i>Health Services Assessment Collaboration</i>	Nouvelle-Zélande	http://www.healthsac.net/aboutus/aboutus.htm	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	1
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	http://www.kce.fgov.be/	1
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	http://www.msac.gov.au/	0
NGC	<i>National Guidelines Clearinghouse</i>	États-Unis	http://www.guidelines.gov/	1
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/	1
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta	0
NZHTA	<i>New Zealand Health Technology Assessment</i>	Nouvelle-Zélande	http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence	0
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	1
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre</i>	Canada (Québec)	http://www.mcgill.ca/tau/	0
UETMIS – CIUSSS de l'Estrie - CHUS	UETMIS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Canada (Québec)	http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
VORTAL	HTAi vortal	États-Unis	http://vortal.htai.org/?q=search_websites	0
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
	Cancer Council Australia	Australie	http://www.cancer.org.au/	0
ACIO	Association canadienne des infirmières en oncologie	Canada	http://www.cano-acio.ca/	0
ACS	American Cancer Society	États-Unis	https://www.cancer.org/	0
APA	American Psychiatric Association	États-Unis	https://www.psychiatry.org/	0
APA	American Psychological Association	États-Unis	http://www.apa.org/	0
APC	Association des psychiatres du Canada	Canada	https://www.cpa-apc.org/fr/	0
APOS	American psychosocial oncology society	États-Unis	https://apos-society.org/	2
AQIO	Association québécoise des infirmières en oncologie	Canada (Québec)	http://www.aqio.org/	0
ASCO	American Society of Clinical Oncology	États-Unis	https://www.asco.org/	1
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments	Canada	http://www.canmat.org/	1
CAPO	Association canadienne d'oncologie psychosociale	Canada	https://oncology.capo.ca/public/	1
CPAC	Partenariat canadien contre le cancer	Canada	https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/	0
ESMO	European Society for Medical Oncology	Europe	http://www.esmo.org/	0
IPOS	International Psycho-Oncology Society	International	https://ipos-society.org/	0
NCCN	National Comprehensive Cancer Network	États-Unis	https://www.nccn.org/	1
NCI	National Cancer Institute	États-Unis	https://www.cancer.gov/	0
SCO	Société canadienne d'oncologie	Canada	http://cos.ca	0
SCP	Société canadienne de psychologie	Canada	http://www.cpa.ca/fr/	0
SCR	Société canadienne du cancer	Canada	http://www.cancer.ca	0
SIO	Society for Integrative Oncology	International	https://integrativeonc.org/	0
UICC	Union for International Cancer Control's	International	https://www.uicc.org/	0
WPA	World Psychiatric Association	International	http://www.wpanet.org/	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				10

Dernière recherche effectuée le : 21-08-2018

Autres sources documentaires

Noms	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés		
Sites en anglais : Psycho-oncology, psychotherapy and cancer		
Sites en français : Psycho-oncologie, psychothérapie et cancer		
Google Scholar	http://scholar.google.ca/	0
Open Access journals	http://www.scirp.org	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS		0

Dernière recherche effectuée le : 21-08-2018

ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES

Pubmed

Recherche	Stratégies
1	"Neoplasms"[Mesh] OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Neoplasms OR Tumor OR Tumors OR Tumour OR Tumours OR Cancer OR Cancers OR Malignancy OR Malignancies
2	"Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] OR (Anxiety AND Disorder) OR (Anxiety AND Disorders) OR Anxiety OR Anxieties OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depression"[Mesh] OR (Depressive AND Disorder) OR (Depressive AND Disorders) OR Depression OR Depressions or Depressive
3	"Psychotherapy"[Mesh] OR Psychotherapy OR Psychotherapies
4	"Treatment Outcome"[Mesh] OR "Efficiency"[Mesh] OR "Efficiency, Organizational"[Mesh] OR (treatment AND outcome) OR (treatments AND outcome) OR (treatment AND outcomes) OR (treatments AND outcomes) OR effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR productivity OR performance OR (((organizational OR organisational OR administrative OR program OR programs) AND (effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR performance)) OR rehabilitation) OR "adverse effects" [Subheading] OR "Safety"[Mesh] OR (adverse AND effect) OR (adverse AND effects) OR safety OR safeties OR (adverse AND reaction) OR (adverse AND reactions) OR (side AND effect) OR (side AND effects) OR (adverse AND event) OR (adverse AND events) OR innocuity OR hazard OR hazards OR risk OR risks OR (iatrogenic AND effect) OR (iatrogenic AND effects) OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh] OR "Patient Comfort"[Mesh] OR ((patient OR client OR patients OR clients) AND (satisfaction OR preference OR preferences OR comfort OR experience OR experiences))
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Recherche effectuée le 21 août 2018

Résultats = 1375

Embase

Recherche	Stratégies
1	'neoplasm'/exp OR neoplasia OR neoplasias OR neoplasm OR neoplasms OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR cancers OR malignancy OR malignancies
2	'anxiety disorder'/exp OR 'anxiety'/exp OR (anxiety AND Disorder) OR (anxiety AND disorders) OR anxiety OR anxieties OR 'depression'/exp OR (depressive AND disorder) OR (depressive AND disorders) OR depression OR depressions OR depressive
3	'psychotherapy'/exp OR psychotherapy OR psychotherapies
4	'efficacy'/exp OR 'productivity'/exp OR 'clinical effectiveness'/exp OR 'program efficacy'/exp OR 'program effectiveness'/exp OR (treatment AND outcome) OR (treatments AND outcome) OR (treatment AND outcomes) OR (treatments AND outcomes) OR effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR productivity OR performance OR (((organizational OR organisational OR administrative OR program OR programs) AND (effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR performance)) OR rehabilitation) OR 'adverse effects'/exp OR 'safety'/exp OR 'hazard'/exp OR 'risk'/exp OR (adverse OR effect) OR (adverse AND effects) OR safety OR safeties OR (adverse AND reaction) OR (adverse AND reactions) OR (side AND effect) OR (side AND effects) OR (adverse AND event) OR (adverse AND events) OR innocuity OR hazard OR hazards OR risk OR risks OR (iatrogenic AND effect) OR (iatrogenic AND effects) OR 'patient experience'/exp OR 'patient satisfaction'/exp OR 'patient preference'/exp OR ((patient OR client OR patients OR clients) AND (satisfaction OR preference OR preferences OR comfort OR experience OR experiences))
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Recherche effectuée le 21 août 2018

Résultats = 2638

Limites: [article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim

Cochrane

- 1 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees
- 2 MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees
- 3 MeSH descriptor: [Anxiety Disorders] explode all trees
- 4 MeSH descriptor: [Depression] explode all trees

- 5 MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees
- 6 MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
- 7 MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees
- 8 MeSH descriptor: [Efficiency] explode all trees
- 9 MeSH descriptor: [Long Term Adverse Effects] explode all trees
- 10 MeSH descriptor: [Safety] explode all trees
- 11 MeSH descriptor: [Patient Comfort] explode all trees
- 12 MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees
- 13 MeSH descriptor: [Patient Preference] explode all trees
- 14 #2 or #3
- 15 #4 or #5
- 16 #14 or #15
- 17 #7 or #8
- 18 #9 or #10
- 19 #11 or #12 or #13
- 20 Neoplasia or Neoplasias or Neoplasm or Neoplasms or Tumor or Tumors or Tumour or Tumours or Cancer or Cancers or Malignancy or Malignancies
- 21 (Anxiety and Disorder) or (Anxiety and Disorders) or Anxiety or Anxieties
- 22 (Depressive and Disorder) or (Depressive and Disorders) or Depression or Depressions or Depressive
- 23 Psychotherapy or Psychotherapies
- 24 (treatment and outcome) or (treatments and outcome) or (treatment and outcomes) or (treatments and outcomes) or Effectiveness or Effectivenesses or Efficacy or Efficiency or Efficiencies or Productivity or performance or ((Organizational or organisational or administrative or program or programs) and (Effectiveness or Effectivenesses or Efficacy or Efficiency or Efficiencies or performance)) or rehabilitation
- 25 (Adverse and Effect) or (Adverse and Effects) or safety or safeties or (adverse and reaction) or (adverse and reactions) or (side and effect) or (side and effects) or (adverse and event) or (adverse and events) or innocuity or hazard or hazards or risk or risks or (iatrogenic and effect) or (iatrogenic and effects)
- 26 (patient or client or patients or clients) and (satisfaction or preference or preferences or comfort or experience or experiences)
- 27 #1 or #20
- 28 #16 or #21 or #22
- 29 #6 or #23
- 30 #17 or #24
- 31 #18 or #25
- 32 #19 or #26
- 33 (#27 and #28) and #29 and (#30 or #31 or #32)

Recherche effectuée le 21 août 2018

Résultats = 148

PsychInfo

Recherche	Stratégies
1	Neoplasia OR neoplasias OR neoplasm OR neoplasms OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR cancers OR malignancy OR malignancies
2	Anxiety disorders OR anxiety OR (anxiety AND disorder) OR (anxiety AND disorders) OR anxiety OR anxieties OR major depression OR depression OR (depressive AND disorder) OR (depressive AND disorders) OR depression OR depressions OR depressive
3	Psychotherapy OR psychotherapy OR psychotherapies
4	Organizational effectiveness OR treatment effectiveness evaluation OR psychotherapeutic outcomes OR treatment outcomes OR (treatment AND outcome) OR (treatments AND outcome) OR (treatment AND outcomes) OR (treatments AND outcomes) OR effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR productivity OR performance OR (((organizational OR organisational OR administrative OR program OR programs) AND (effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR performance)) OR rehabilitation) OR patient safety OR side effects OR hazards OR (adverse AND effect) OR (adverse AND effects) OR safety OR safeties OR (adverse AND reaction) OR (adverse AND reactions) OR (side AND effect) OR (side AND effects) OR (adverse AND event) OR (adverse AND events) OR innocuity OR hazard OR hazards OR risk OR risks OR (iatrogenic AND effect) OR (iatrogenic AND effects) OR (client satisfaction OR (patient OR client OR patients OR clients) AND (satisfaction OR preference OR preferences OR comfort OR experience OR experiences))
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Recherche effectuée le 21 août 2018

Résultats = 693

Centre for Reviews and Dissemination

Recherche	Stratégies
1	Neoplasia OR neoplasias OR neoplasm OR neoplasms OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR cancers OR malignancy OR malignancies
2	(Anxiety AND disorder) OR (anxiety AND disorders) OR anxiety OR anxieties OR (depressive AND disorder) OR (depressive AND disorders) OR depression OR depressions OR depressive
3	Psychotherapy OR psychotherapies
4	(Treatment AND outcome) OR (treatments AND outcome) OR (treatment AND outcomes) OR (treatments AND outcomes) OR effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR productivity OR performance OR (((organizational OR organisational OR administrative OR program OR programs) AND (effectiveness OR effectivenesses OR efficacy OR efficiency OR efficiencies OR performance)) OR rehabilitation) OR (adverse AND effect) OR (adverse AND effects) OR safety OR safeties OR (adverse AND reaction) OR (adverse AND reactions) OR (side AND effect) OR (side AND effects) OR (adverse AND event) OR (adverse AND events) OR innocuity OR hazard OR hazards OR risk OR risks OR (iatrogenic AND effect) OR (iatrogenic AND effects) OR ((patient OR client OR patients OR clients) AND (satisfaction OR preference OR preferences OR comfort OR experience OR experiences))
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Recherche effectuée le 21 août 2018

Résultats = 45

ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS

Nom	Organisation	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Études de synthèse Mots-clés : -Prospero = <i>psychotherapy AND cancer AND depression</i> - Cochrane = <i>psychotherapy</i>			
PROSPERO	Centre for Reviews and Dissemination	http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/	0
Cochrane	The Cochrane Library	www.thecochranelibrary.com	0
ECR Mots-clés : - Clinicaltrials = <i>psychotherapy/cancer and depression/adult/older adult</i> - Controlled-trials = <i>psychotherapy (intervention) et cancer (condition category)</i>			
	U.S. National Institute for Health Research	http://www.Clinicaltrials.gov	1
	Current Controlled Trials Ltd.	http://www.controlled-trials.com	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS			1

Dernière recherche effectuée le : 21-08-2018

ANNEXE 4. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION

NE SATISFAIT PAS LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa Toshi A. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005537.pub2/abstract>
- Baliousis M, Rennoldson M, Snowden JA. Psychological interventions for distress in adults undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A systematic review with meta-analysis. *Psycho-Oncology* 2016; **25**(4): 400-11.
- Barsevick AM, Sweeney C, Haney E, Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology nursing forum* 2002; **29**(1): 73-84; quiz 5-7.
- Berger AM, Yennu S, Million R. Update on interventions focused on symptom clusters: what has been tried and what have we learned? *Current opinion in supportive and palliative care* 2013; **7**(1): 60-6.
- Callari A, Mauri M, Miniati M, et al. Treatment of depression in patients with breast cancer: A critical review. *Tumori* 2013; **99**(5): 623-33.
- Carvalho AF, Hyphantis T, Sales PMG, et al. Major depressive disorder in breast cancer: A critical systematic review of pharmacological and psychotherapeutic clinical trials. *Cancer Treatment Reviews* 2014; **40**(3): 349-55.
- Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L, Kar Mun T, Sulaiman AH, Zainal NZ. Psychotherapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2016; **51**(5): 414-30.
- Chow KM, Chan JCY, Choi KKC, Chan CWH. A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nursing* 2016; **39**(1): 20-31.
- Dale HL, Adair PM, Humphris GM. Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psycho-Oncology* 2010; **19**(3): 227-37.
- Dauchy S, Léger I, Des Guetz G, et al. What kind of psycho-oncological care for elderly cancer patients? Short guidelines from the French Society of Psycho-Oncology. *Psycho-Oncologie* 2012; **6**(1): 43-9.
- D'Egidio V, Sestili C, Mancino M, et al. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Quality of Life Research* 2017; **26**(10): 2573-92.
- Deng GE, Rausch SM, Jones LW, et al. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2013; **143**(5 SUPPL): e420S-e36S.
- Desautels C, Savard J, Ivers H, Savard MH, Caplette-Gingras A. Treatment of Depressive Symptoms in Patients with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Therapy and Bright Light Therapy. *Health Psychology* 2017.
- Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology nursing forum* 1995; **22**(9): 1369-81.
- de Vries M, Stiefel F. Psycho-oncological interventions and psychotherapy in the oncology setting. *Recent results in cancer research Fortschritte der Krebsforschung Progres dans les recherches sur le cancer* 2014; 197: 121-35.
- de Vries M, Stiefel F. Psychotherapy in the Oncology Setting. *Recent results in cancer research Fortschritte der Krebsforschung Progres dans les recherches sur le cancer* 2018; 210: 145-61.
- de Vries MJ, Schilder JN, Mulder CL, Vrancken AME, Remie ME, Garssen B. Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology* 1997; **6**(2): 129-37.
- Dieng M, Cust AE, Kasparian NA, Mann GJ, Morton RL. Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2016; **25**(12): 1380-92.
- Dieng M, Butow PN, Costa DSJ, et al. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 2016; **34**(36): 4405-14.
- do Carmo TM, Paiva BSR, de Oliveira CZ, Nascimento MSA, Paiva CE. The feasibility and benefit of a brief psychosocial intervention in addition to early palliative care in patients with advanced cancer to reduce depressive symptoms: A pilot randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer* 2017; **17**(1).
- Doorenbos A, Given B, Given C, Verbitsky N. Physical functioning: effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. *Nursing research* 2006; **55**(3): 161-71.
- Dornelas EA. Psychological treatment of patients with cancer. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2018.
- Duijts SFA, Faber MM, Oldenburg HSA, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—A meta-analysis. *Psycho-Oncology* 2011; **20**(2): 115-26.
- Edwards AGK, Hulbert-Williams N, Neal RD. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; (3).
- Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* 2013; **31**(6): 782-93.
- Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology* 2013; **22**(2): 459-64.

- Fischer D, Wedel B. Anxiety and depression disorders in cancer patients: Incidence, diagnosis and therapy. *Memo - Magazine of European Medical Oncology* 2012; **5**(1): 52-4.
- Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based cancer stress management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care* 2014; **23**(3): 413-21.
- Fleming L, MacMahon K. 'CBT-I in Cancer: We Know It Works, so Why Are We Waiting? *Current Sleep Medicine Reports* 2015; **1**(3): 177-83.
- Fleming L, Randell K, Harvey CJ, Espie CA. Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce clinical levels of fatigue, anxiety and depression in cancer patients? *Psycho-Oncology* 2014; **23**(6): 679-84.
- Flint J, Cuijpers P, Horder J, Koole SL, Munafò MR. Is there an excess of significant findings in published studies of psychotherapy for depression? *Psychological Medicine* 2015; **45**(2): 439-46.
- Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; **78**(1): 72-9.
- Franchi G, Bulli F, Muraca MG, Maruelli A, Grechi E, Miccinesi G. Impact of a psycho-oncological rehabilitation intervention on psychological distress: The experience of CeRiOn (Oncological Rehabilitation Centre) Florence 2007-2010. *Supportive Care in Cancer* 2013; **21**(9): 2381-6.
- Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell Chris R, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007064.pub2/abstract>
- García ALG, Hurtado AG, Aranda BE. The efficacy of cognitive behavioral therapy in women with breast cancer. *Psicooncologia* 2015; **12**(1): 129-40.
- Garland SN, Carlson LE, Cook S, Lansdell L, Specia M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007; **15**(8): 949-61.
- Gawrysiak MJ, Swan SA, Nicholas CRN, Rogers BP, Dougherty JH, Hopko DR. Pragmatic psychodynamic psychotherapy for a patient with depression and breast cancer: Functional MRI evaluation of treatment effects. *American journal of psychotherapy* 2013; **67**(3): 237-56.
- Goerling U, Jaeger C, Walz A, Stickel A, Mangler M, Van Der Meer E. The efficacy of short-term psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: A randomized study. *Oncology (Switzerland)* 2014; **87**(2): 114-24.
- Goerling U, Tagmat D, Muffler E, Schramm N, Wernecke KD, Schlag PM. Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients. *Journal of Cancer* 2010; **1**(1): 112-9.
- Gordon LG, Beesley VL, Scuffham PA. Evidence on the economic value of psychosocial interventions to alleviate anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Asia-Pacific journal of clinical oncology* 2011; **7**(2): 96-105.
- Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One* 2015; **10**(4): e0124344.
- Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2010; **24**(4): 294-313.
- Greer JA, Traeger L, Bemis H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; **17**(10): 1337-45.
- Greer S, Moorey S, Baruch JD, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ* 1992; **304**(6828): 675-80.
- Grossman CH, Brooker J, Michael N, Kissane D. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Med* 2018; **32**(1): 172-84.
- Guan NC, Mohamed S, Tiah LK, Mun TK, Sulaiman AH, Zainal NZ. Psychotherapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2016; **51**(5): 414-30.
- Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica* 2017; **56**(12): 1665-76.
- Hammer MJ, Ercolano EA, Wright F, Dickson VV, Chyun D, Melkus GD. Self-management for adult patients with cancer an integrative review: An integrative review. *Cancer Nursing* 2015; **38**(2): E10-E26.
- Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 2012; **104**(13): 990-1004.
- Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, Hebert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat* 2012; **131**(1): 99-109.
- Henderson VP, Massion AO, Clemow L, Hurley TG, Druker S, Hebert JR. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy. *Integr Cancer Ther* 2013; **12**(5): 404-13.
- Heron-Speirs HA, Harvey ST, Baken DM. Moderators of psycho-oncology therapy effectiveness: Meta-analysis of therapy characteristics. *Journal of Psychosocial Oncology* 2013; **31**(6): 617-41.
- Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 2009; **18**(8): 795-810.

- Hess CB, Chen AM. Measuring psychosocial functioning in the radiation oncology clinic: A systematic review. *Psycho-Oncology* 2014; **23**(8): 841-54.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; **78**(2): 169-83.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017.
- Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Distress management: Clinical practice guidelines in oncology™. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2010; **8**(4): 448-85.
- Hopko DR, Bell JL, Armento M, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting. *Behavior Therapy* 2008; **39**(2): 126-36.
- Hopko DR, Colman LK. The impact of cognitive interventions in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2010; **24**(4): 314-28.
- Hopko DR, Robertson SMC, Carvalho JP. Sudden Gains in Depressed Cancer Patients Treated With Behavioral Activation Therapy. *Behavior Therapy* 2009; **40**(4): 346-56.
- Hoon LS, Sally CWC, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; **17**(6): 883-91.
- Hosseini SH, Rafiei A, Janbabai G, et al. Comparison of religious cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral therapy, and citalopram on depression and anxiety among women with breast cancer: A study protocol for a randomized controlled trial. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care* 2016; **8**: 55-62.
- Jain S, Boyd C, Fiorentino L, Khorsan R, Crawford C. Are there efficacious treatments for treating the fatigue–sleep disturbance–depression symptom cluster in breast cancer patients? A Rapid Evidence Assessment of the Literature (REAL©). *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2015; **7**: 267-91.
- Jassim Ghufran A, Whitford David L, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008729.pub2/abstract>
- Joske DJL, Rao A, Kristjanson L. Critical review of complementary therapies in haemato-oncology. *Internal Medicine Journal* 2006; **36**(9): 579-86.
- Kangas M. Psychotherapy interventions for managing anxiety and depressive symptoms in adult brain tumor patients: A scoping review. *Frontiers in Oncology* 2015; **5**(MAY).
- Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Medicine* 2017; **6**(5): 1108-22.
- Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; **12**(6): 532-46.
- Kumar S, Feldman G, Hayes A. Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 2008; **32**(6): 734-44.
- Kvillemo P, Bränström R. Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing* 2011; **34**(1): 24-31.
- Larbig W. [Psycho-oncologic interventions--critical review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 1998; **48**(9-10): 381-9.
- Larson MR, Duberstein PR, Talbot NL, Caldwell C, Moynihan JA. A presurgical psychosocial intervention for breast cancer patients. psychological distress and the immune response. *J Psychosom Res* 2000; **48**(2): 187-94.
- Lee CE, Kim S, Kim S, Joo HM, Lee S. Effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Physical and Psychological Status and Quality of Life in Patients With Metastatic Breast Cancer. *Holistic nursing practice* 2017; **31**(4): 260-9.
- Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology* 2009; **18**(6): 571-9.
- Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: Interventions to improve well-being. *Lung Cancer: Targets and Therapy* 2017; **8**: 79-90.
- León C, Mirapeix R, Blasco T, et al. Mindfulness reduction of emotional distress in oncology patients. Comparative study with a psycho-educational intervention standard. *Psicooncologia* 2013; **10**(2-3): 263-74.
- Leuteritz K, Brähler E, Weißflog G, et al. Efficacy and predictors of outcome of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressed breast cancer patients: A randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; **74**(6): 552-.
- Leuteritz K, Weißflog G, Barthel Y, et al. Therapeutic alliance and treatment outcome in psychodynamic psychotherapy of depressed breast cancer patients: the same old story or different from other populations? *Breast Cancer* 2017; **24**(6): 765-73.
- Lévesque M, Savard J, Simard S, Gauthier JG, Ivers H. Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: A single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004; **35**(4): 287-305.
- Li X, Li J, Shi Y, et al. Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. *Patient Preference and Adherence* 2017; **11**: 1723-7.
- Likely N, Switzer V. An evaluation of the effectiveness of 'time to adjust' a group-based cognitive-behavioural-therapy (Cbt) programme for patients recovering from cancer. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2016; **33**(4): 235-46.
- Linden W, Girgis A. Psychological treatment outcomes for cancer patients: What do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psycho-Oncology* 2012; **21**(4): 343-50.

- Lo C, Hales S, Chiu A, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. *BMJ supportive & palliative care* 2016.
- Lo C, Hales S, Jung J, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 2014; **28**(3): 234-42.
- Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: Research and theoretical initiatives. *Cancer Nursing* 1997; **20**(3): 155-67.
- Lockett T, Britton B, Clover K, Rankin NM. Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer: A systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 2011; **19**(7): 871-81.
- Ludwig G, Krenz S, Zdrojewski C, et al. Psychodynamic interventions in cancer care I: Psychometric results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 2014; **23**(1): 65-74.
- Lurati C, Riva M, Resega R, et al. A mono-institutional prospective study on the effectiveness of a specialist psychotherapeutic intervention (POI) started at the diagnosis of cancer. *Supportive Care in Cancer* 2012; **20**(3): 475-81.
- Manne SL, Andrykowski MA. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 2006; **32**(2): 98-103.
- Manne SL, Myers-Virtue S, Darabos K, et al. Emotional processing during psychotherapy among women newly diagnosed with a gynecological cancer. *Palliative & supportive care* 2017; **15**(4): 405-16.
- Manne SL, Rubin S, Edelson M, et al. Coping and Communication-Enhancing Intervention Versus Supportive Counseling for Women Diagnosed With Gynecological Cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; **75**(4): 615-28.
- Manne SL, Virtue SM, Ozga M, et al. A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic Oncology* 2017; **144**(2): 354-62.
- McCombie A, Geary R, Andrews J, Mikocka-Walus A, Mulder R. Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Psychological Distress in Patients with Physical Illnesses: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2015; **22**(1): 20-44.
- Mejía-Castrejón J, Landa-Ramírez E. Cognitive behavioural therapy for depression in multiple endocrine neoplasia type IIB: A 1-year follow-up. *BMJ Case Reports* 2014.
- Moore THM, King AJL, Evans M, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Supportive care for men with prostate cancer: Why are the trials not working? A systematic review and recommendations for future trials. *Cancer Medicine* 2015; **4**(8): 1240-51.
- Moorey S, Cort E, Kapari M, et al. A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychol Med* 2009; **39**(5): 713-23.
- Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1998; **7**(3): 218-28.
- Moorey S, Greer S, Watson M, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology* 1994; **3**(1): 39-46.
- Mundy EA, DuHamel KN, Montgomery GH. The Efficacy of Behavioral Interventions for Cancer Treatment-Related Side Effects. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2003; **8**(4): 253-75.
- Mustafa M, Carson-Stevens A, Gillespie D, Edwards Adrian GK. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004253.pub4/abstract>
- Naaman S, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three meta-analyses. *Psychiatry* 2009; **72**(1): 50-69.
- Nenova M, Morris L, Paul L, Li Y, Applebaum A, DuHamel K. Psychosocial interventions with cognitive-behavioral components for the treatment of cancer-related traumatic stress symptoms: A review of randomized controlled trials. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2013; **27**(3): 258-84.
- Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; **94**(8): 558-84.
- Nombela C, Fernández S, Castellanos N, et al. Mindfulness in brain tumor patients may improve anxiety, depression, and cognitive performance. *Mindfulness* 2017; **8**(6): 1725-6.
- Okamura H, Fukui S, Nagasaka Y, Koike M, Uchitomi Y. Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: An exploratory analysis. *Breast Cancer Research and Treatment* 2003; **80**(3): 331-8.
- Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews* 2017; **56**: 16-27.
- Olthuis Janine V, Watt Margo C, Bailey K, Hayden Jill A, Stewart Sherry H. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/abstract>
- Parahoo K, McDonough S, McCaughan E, et al. Psychosocial interventions for men with prostate cancer: A Cochrane systematic review. *BJU International* 2015; **116**(2): 174-83.
- Peng XD, Huang CQ, Chen LJ, Lu ZC. Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *The Journal of international medical research* 2009; **37**(4): 975-82.
- Piet J, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; **80**(6): 1007-20.

- Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; (32): 32-9.
- Pitceathly C, Maguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B, Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology* 2009; **20**(5): 928-34.
- Poort H, Peters M, Bleijenberg G, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012030.pub2/abstract>
- Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RKS. The treatment of depression in cancer patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer* 2007; **15**(2): 123-36.
- Rodin G, Katz M, Lloyd N, Green E, Mackay JA, Wong RK. Treatment of depression in cancer patients. *Current oncology (Toronto, Ont)* 2007; **14**(5): 180-8.
- Roffe L, Schmidt K, Ernst E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-Oncology* 2005; **14**(8): 607-17.
- Rouleau CR, Garland SN, Carlson LE. The impact of mindfulness-based interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. *Cancer Management and Research* 2015; **7**: 121-31.
- Rueda J-R, Solà I, Pascual A, Subirana Casacuberta M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004282.pub3/abstract>
- Schnur JB, David D, Kangas M, Green S, Bovbjerg DH, Montgomery GH. A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2009; **65**(4): 443-55.
- Semple C, Parahoo K, Norman A, McCaughan E, Humphris G, Mills M. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009441.pub2/abstract>
- Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer* 1999; **80**(11): 1770-80.
- Sherwood P, Given BA, Given CW, et al. A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. *Oncology nursing forum* 2005; **32**(6): 1190-8.
- Simoff MJ, Lally B, Slade MG, et al. Symptom management in patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2013; **143**(5 SUPPL): e455S-e97S.
- Spiegel D. Minding the body: psychotherapy and cancer survival. *British journal of health psychology* 2014; **19**(3): 465-85.
- Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, et al. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care a randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2009; **301**(14): 1460-7.
- Steel JL, Bress K, Popichak L, et al. A systematic review of randomized controlled trials testing the efficacy of psychosocial interventions for gastrointestinal cancers. *Journal of Gastrointestinal Cancer* 2014; **45**(2): 181-9.
- Stefanaki C, Bacopoulou F, Livadas S, et al. Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. *Stress (Amsterdam, Netherlands)* 2015; **18**(1): 57-66.
- Tacón AM, Caldera YM, Ronaghan C. Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems and Health* 2004; **22**(2): 193-203.
- Tamagawa R, Garland S, Vaska M, Carlson LE. Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *J Behav Med* 2012; **35**(6): 658-73.
- Tao WW, Jiang P, Liu Y, Aunguroch Y, Tao XM. Psycho-oncologic interventions to reduce distress in cancer patients: A meta-analysis of controlled clinical studies published in People's Republic of China. *Psycho-Oncology* 2015; **24**(3): 269-78.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 2006; **29**(1): 17-27.
- Thornton LM, Andersen BL. Review of A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety. *the Behavior Therapist* 2009; **32**(2): 44-6.
- Thornton LM, Cheavens JS, Heitzmann CA, Dorfman CS, Wu SM, Andersen BL. Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; **82**(6): 1087-100.
- Toivonen KI, Zernicke K, Carlson LE. Web-Based Mindfulness Interventions for People With Physical Health Conditions: Systematic Review. *Journal of medical Internet research* 2017; **19**(8): e303.
- Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: Comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer* 2003; **98**(4): 854-64.
- Trijsburg RW, Van Knippenberg FCE, Rijpma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic Medicine* 1992; **54**(4): 489-517.
- Uitterhoeve RJ, Vernooy M, Litjens M, et al. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - A systematic review of the literature. *British Journal of Cancer* 2004; **91**(6): 1050-62.
- Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015; **83**(1): 115-28.
- Walker J, Sawhney A, Holm Hansen C, et al. Treatment of depression in adults with cancer: A systematic review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 2014; **44**(5): 897-907.

- Walker J, Sawhney A, Hansen CH, et al. Treatment of depression in people with lung cancer: A systematic review. *Lung Cancer* 2013; 79(1): 46-53.
- Wang CW, Chow AYM, Chan CLW. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine* 2017; 31(10): 883-94.
- Watson M, White C, Lynch A, Mohammed K. Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: An equivalence randomised trial. *Psycho-Oncology* 2017; 26(3): 301-8.
- Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer* 2006; 94(3): 372-90.
- Wojtyna E, Zycińska J, Stawłarska P. The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy* 2007; 12(2): 109-17.
- Wootten AC, Abbott JAM, Chisholm K, et al. Development, feasibility and usability of an online psychological intervention for men with prostate cancer: My Road Ahead. *Internet Interventions* 2014; 1(4): 188-95.
- Wootten AC, Abbott JAM, Meyer D, et al. Preliminary Results of a Randomised Controlled Trial of an Online Psychological Intervention to Reduce Distress in Men Treated for Localised Prostate Cancer. *European Urology* 2015; 68(3): 471-9.
- Würtzen H, Dalton SO, Christensen J, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncologica* 2015; 54(5): 712-9.
- Wurtzen H, Dalton SO, Elsass P, et al. Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 2013; 49(6): 1365-73.
- Xiao F, Song X, Chen Q, et al. Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients After Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Breast Cancer* 2017; 17(3): 171-9.
- Yang YL, Sui GY, Liu GC, Huang DS, Wang SM, Wang L. The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Cancer* 2014; 14(1).
- Yeh ML, Chung YC, Hsu MY, Hsu CC. Quantifying psychological distress among cancer patients in interventions and scales: a systematic review. *Curr Pain Headache Rep* 2014; 18(3): 399.
- Yu ES, Shim EJ, Kim HK, Hahm BJ, Park JH, Kim JH. Development of guidelines for distress management in Korean cancer patients. *Psycho-Oncology* 2012; 21(5): 541-9.
- Zainal NZ, Booth S, Huppert FA. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology* 2013; 22(7): 1457-65.
- Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine* 2016; 26: 1-10.
- Zhang MF, Wen YS, Liu WY, Peng LF, Wu XD, Liu QW. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients with Cancer. *Medicine (United States)* 2015; 94(45): e897.
- Zhang R, Yin J, Zhou Y. Effects of mindfulness-based psychological care on mood and sleep of leukemia patients in chemotherapy. *International Journal of Nursing Sciences* 2017; 4(4): 357-61.
- Zhao Y, Zhang J, Wang S. Comprehensive psychotherapy for anxiety and distress of patients with cancer. [Comprehensive psychotherapy for anxiety and distress of patients with cancer.]. *Chinese Mental Health Journal* 2000; 14(6): 422-3, 5.
- Zimmermann T, Heinrichs N, Baucom DH. "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: a meta-analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 2007; 34(3): 225-39.
- Zweers D, de Graaf E, Teunissen SCCM. Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *International journal of nursing studies* 2016; 56: 102-13.
- Zwerenz R, Beutel ME, Imruck BH, et al. Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2012; 12: 578.

Évaluation des approches psychothérapeutiques de courte durée à privilégier en oncologie

QUESTIONNAIRE

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec - Université Laval réalise actuellement une évaluation des approches psychothérapeutiques de courte durée à privilégier en oncologie.

Nous sollicitons votre contribution afin de documenter et de mieux comprendre les pratiques de votre centre pour la prise en charge des patients suivis en oncologie et atteints de troubles anxieux et dépressifs.

Consentement

En acceptant un rendez-vous téléphonique, je comprends et j'accepte que l'information divulguée puisse être consignée, en totalité ou en partie, dans un rapport qui sera publié par l'UETMIS du CHU de Québec.

Consentez-vous à ce que l'entrevue téléphonique soit enregistrée pour faciliter notre analyse par la suite ?

- ☐ Oui
☐ Non

Consentez-vous à ce que le nom de votre centre soit cité dans le rapport publié ?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Je souhaite obtenir une copie du rapport que l'UETMIS produira.

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

VOTRE NOM : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

VOTRE FONCTION : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

LES COORDONNÉES POUR VOUS REJOINDRE (NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU COURRIEL) : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

SVP, veuillez nous acheminer cette première page complétée avant l'entrevue téléphonique :

- Par courriel : marie-claude.letellier.1@ulaval.ca
- Par télécopieur : (418) 525-4028
- Ou à l'adresse suivante :
Marie-Claude Letellier
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec - Université Laval
10, rue de l'Espinay, bureau D7-728 G1L 3L5

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire porte sur la prise en charge des patients suivis en psycho-oncologie.

Nous prendrons rendez-vous pour une entrevue téléphonique, mais nous vous transmettons ce questionnaire à l'avance afin que vous puissiez vous préparer en vue de cette rencontre. Vous pourrez donc, au besoin, consulter des collègues qui sont plus familiers avec certains éléments de la prise en charge. Ces collègues pourront aussi participer à l'entretien téléphonique si vous le désirez.

Cliquez ici pour taper du texte.

SECTION 1 : Informations générales sur le parcours de soins en psycho-oncologie

1. Parmi les services suivants, lesquels sont disponibles pour les patients adultes suivis en psycho-oncologie? Lorsque disponibles, combien de personnes ont bénéficié de ces services au cours de la dernière année ?

Service	Disponible	Nombre de personnes ayant bénéficié du service
Dépistage de la détresse	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Soutien psychosocial	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Soins spirituels	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Pharmacothérapie	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Psychothérapie de groupe	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Psychothérapie individuelle	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Autre. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.
Au moins un service	<input type="checkbox"/>	Cliquez ici pour taper du texte.

2. Quelles sont les ressources humaines disponibles au sein de vos services de psycho-oncologie ? Veuillez noter pour chacun des professionnels de vos services le nombre et les rôles occupés pendant la trajectoire de soins.

Professionnel	Nombre	Rôles occupés dans la trajectoire de soins
Infirmier/Infirmière	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Travailleur social/Travailleuse sociale	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Psychologue	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Psychiatre	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Personnel administratif	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Autre. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.

3. Avez-vous un service de consultation d'urgence pour les patients adultes suivis en psycho-oncologie, par exemple une ligne d'appel ou une entente avec l'urgence psychiatrique du centre hospitalier ?

☐ Non

☐ Oui. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

SECTION 2 : Informations spécifiques sur les services offerts aux patients atteints d'un trouble anxieux ou dépressif

4. **Quel pourcentage des patients suivis en psycho-oncologie dans votre milieu de soins sont atteints d'un trouble anxieux ou dépressif (diagnostic posé à l'aide d'un outil validé)**
Cliquez ici pour taper du texte.
5. **Parmi les traitements suivants, lesquels sont offerts pour la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs chez les patients adultes suivis en oncologie dans votre milieu?**
- ☐ Pharmacothérapie
 - ☐ Psychothérapie de groupe. Préciser les approches utilisées : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Psychothérapie individuelle. Préciser les approches utilisées : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Autre type de traitement. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
6. **Quels sont les critères d'éligibilité pour avoir accès à une psychothérapie individuelle ?**
- ☐ Type de cancer. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Stade de cancer. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Premier cancer ou récurrence. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Niveau de soins. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Gravité du trouble anxieux ou dépressif. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
 - ☐ Autres critères. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
7. **Quels sont les critères pour orienter un patient vers une approche particulière en psychothérapie individuelle ?**
Cliquez ici pour taper du texte.
8. **Quel est le nombre moyen de séances par type de psychothérapie individuelle offerte ?**
Cliquez ici pour taper du texte.
9. **Quel est le nombre moyen de semaines par type de psychothérapie individuelle offerte ?**
Cliquez ici pour taper du texte.
10. **Quel est l'état de la liste d'attente, en termes de patients et de délais d'attente, pour avoir accès à une psychothérapie individuelle ?**
Cliquez ici pour taper du texte.
11. **Est-ce que certains patients dans votre milieu de soins sont référés en première ligne pour y recevoir les services de psychothérapie ?**
- ☐ Non
 - ☐ Oui. Préciser à quel moment dans le processus : Cliquez ici pour taper du texte.
12. **Y a-t-il d'autres professionnels que les psychologues dans votre milieu de soins qui offrent des services de psychothérapie individuelle ?**
- ☐ Non
 - ☐ Oui. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
- Si vous avez répondu oui à cette question :**
Quelle formation reçoivent ces professionnels avant de pouvoir offrir une psychothérapie ? Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
13. **Y a-t-il d'autres modalités que la rencontre en personne dans votre milieu de soins pour offrir des services de psychothérapie individuelle ?**
- ☐ Non
 - ☐ Oui. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.
14. **Parmi les indicateurs suivants pour le suivi des patients bénéficiant d'une psychothérapie individuelle, lesquels sont applicables à votre contexte de soins en précisant l'outil de mesure et si l'information est disponible selon le type de psychothérapie individuelle.**

Indicateurs	Outils	Information disponible selon le type de psychothérapie	
<input type="checkbox"/> Symptômes de dépression ou anxiété	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Qualité de vie	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Statut fonctionnel	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Perception du patient	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

15. Est-ce que les données des patients concernant le suivi en psychothérapie individuelle sont compilées dans un registre ou une base de données ?

- ☐ Oui
☐ Non

16. Si vous utilisez des indicateurs pour l'évaluation de votre programme de psycho-oncologie, cochez ceux utilisés et précisez si l'information est disponible selon le type de psychothérapie individuelle.

Indicateurs	Information disponible selon le type de psychothérapie	
<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions complémentaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Nombre d'effets indésirables	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Nombre d'hospitalisations	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Autre. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

17. Est-ce que les données sur l'évaluation du programme sont compilées dans un registre ou une base de données ?

- ☐ Oui
☐ Non

SECTION 3 : Expérience de votre centre en psycho-oncologie

18. Selon votre pratique, quelle est l'efficacité de la psychothérapie individuelle pour le traitement des troubles anxieux ou dépressifs chez les patients adultes suivis en psycho-oncologie ?

Cliquez ici pour taper du texte.

19. Selon votre pratique, y a-t-il un type de psychothérapie individuelle qui est plus efficace qu'un autre ?

Cliquez ici pour taper du texte.

20. Selon votre pratique, quels sont les avantages et les inconvénients de la psychothérapie individuelle chez les patients adultes suivis en psycho-oncologie et atteints de troubles anxieux ou dépressifs ?

Avantages : Cliquez ici pour taper du texte.

Inconvénients : Cliquez ici pour taper du texte.

21. Avez-vous constaté des effets indésirables chez les patients suivis en psychothérapie individuelle ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Si vous avez répondu oui à cette question, passez aux questions suivantes.

Si vous avez répondu non à cette question, passez à la section « fin du questionnaire ».

- 22. Au cours de la dernière année, combien de patients ont eu des effets indésirables ? Si possible, précisez selon le type de psychothérapie individuelle utilisée.**

Cliquez ici pour taper du texte.

- 23. Quels sont les effets indésirables observés ? Si possible, précisez selon le type de psychothérapie individuelle utilisée.**

Cliquez ici pour taper du texte.

- 24. Comment gérez-vous les effets indésirables ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

FIN DU QUESTIONNAIRE

Auriez-vous d'autres commentaires ou informations que vous jugez pertinents ou que vous aimeriez partager relativement au parcours de soins en psycho-oncologie, particulièrement en lien avec le traitement par psychothérapie individuelle.

RÉFÉRENCES

- [1] Direction de la lutte contre le cancer. Rapport du comité d'oncologie psychosociale, Gouvernement du Québec, mars 2011, 43 pages.
- [2] L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Publication interordres, mai 2018, 34 pages.
- [3] Kung J, Chiappelli F, Cajulis OO, Avezova R, Kossan G, Chew L, et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence-Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. *Open Dent J.* 2010; 4: 84-91.
- [4] 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; 182(18): E839-42.
- [5] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Guide méthodologique: démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS, UETMIS du CHU de Québec-Université Laval, novembre 2015, 26 pages.
- [6] Registre québécois du cancer. Incidence du cancer au Québec pour l'année 2011: données préliminaires et considérations méthodologiques. Direction générale de cancérologie, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2011, 20 pages.
- [7] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology.* 2011; 12(2): 160-74.
- [8] Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. *Journal of oncology practice.* 2016; 12(8): 747-56.
- [9] Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer.* 2009; 115(22): 5349-61.
- [10] National Comprehensive Cancer Network. Distress management, Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* 2010; 8(448-485).
- [11] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 2013.
- [12] Peter P Roy-Byrne, Jonathan M Silver, David Solomon. Diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer. *UpToDate.* 2018.
- [13] Young K, Singh G. Biological Mechanisms of Cancer-Induced Depression. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 299.
- [14] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs.* 2004(32): 57-71.
- [15] Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The lancet Psychiatry.* 2014; 1(5): 343-50.
- [16] La détresse des personnes atteintes de cancer: un incontournable dans les soins: recommandations de Comité ad hoc sur la détection de la détresse du Comité national des cogestionnaires de la Direction générale de cancérologie, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017, 71 pages.
- [17] Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RKS. The treatment of depression in cancer patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer.* 2007; 15(2): 123-36.
- [18] Le projet de loi 21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif. Gouvernement du Québec. 94p. 2013.
- [19] Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology.* 2014; 32(15): 1605-19.
- [20] HOWELL D, CURRIE S, MAYO S, JONES G, BOYLE M, HACK T, et al. Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, mai 2009.

- [21] Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Green E, Katz MR. The management of depression in patients with cancer. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2015 May 11. Program in Evidence-based Care Guideline No.: 19-4.
- [22] National Comprehensive Cancer Network. Distress management - Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2018.
- [23] National Institute for Health & Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. National Clinical Practice Guideline 91. 2009: 421p.
- [24] Ramasubbu R, Taylor VH, Samaan Z, Sockalingham S, Li M, Patten S, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 2012; 24(1): 91-109.
- [25] Rayner L, Higginson IJ, Price A, M. H. *The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines*. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation (www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/) European Palliative Care Research Collaborative (www.eperc.org/); 2010.
- [26] Li M, Kennedy EB. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. 2017; 26(5): 573-87.
- [27] Beutel ME, Weissflog G, Leuteritz K, Wiltink J, Haselbacher A, Ruckes C, et al. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2014; 25(2): 378-84.
- [28] Desautels C, Savard J, Ivers H, Savard M-H, Caplette-Gingras A. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy. *Health Psychology*. 2018; 37(1): 1-13.
- [29] Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N, Schlag PM. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department - a randomised controlled study. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2011; 47(13): 2009-14.
- [30] Hopko DR, Armento MEA, Robertson SMC, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011; 79(6): 834-49.
- [31] Kangas M, Milross C, Taylor A, Bryant RA. A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psycho-oncology*. 2013; 22(7): 1665-73.
- [32] Krebber AMH, Jansen F, Witte BI, Cuijpers P, de Bree R, Becker-Commissaris A, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: A randomized, controlled trial. *Annals of Oncology*. 2016; 27(9): 1754-60.
- [33] Nezu AM, Nezu CM, McClure KS, Felgoise SH, Houts PS. Project Genesis: Assessing the Efficacy of Problem-Solving Therapy for Distressed Adult Cancer Patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003; 71(6): 1036-48.
- [34] Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Perez E, et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2011; 20(9): 943-52.
- [35] Savard J, Simard S, Giguere I, Ivers H, Morin CM, Maunsell E, et al. Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative & supportive care*. 2006; 4(3): 219-37.
- [36] Hopko DR, Cannity K, McIndoo CC, File AA, Ryba MM, Clark CG, et al. Behavior therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015; 83(1): 225-31.
- [37] Hopko DR, Clark CG, Cannity K, Bell JL. Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2016; 35(1): 10-8.

- [38] Evans RL, Connis RT. Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public health reports (Washington, DC : 1974)*. 1995; 110(3): 306-11.
- [39] Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yeng M, et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2013; 34(2): 60-7.
- [40] Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2016; 61(9): 524-39.
- [41] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc: INESSS; 2017. 97p.
- [42] Health Quality Ontario. Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2017 Nov;17(15):1-167.
- [43] Blais MC, St-Hilaire A, Fillion L, De Serres M, Tremblay A. What to do with screening for distress scores? Integrating descriptive data into clinical practice. *Palliative & supportive care*. 2014; 12(1): 25-38.

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ (**UETMIS**)

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE L'ÉTHIQUE
ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES (**DQEEAI**)

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-738
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028

UETMIS@CHUDEQUEBEC.CA
