



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans les cancers des Voies
Aéro-Digestives supérieures : vécu et satisfaction du patient.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2017 à 18h00

Au Pôle formation

Par Diane Chaillou

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Vincent

Monsieur le Docteur Geoffrey Mortuaire

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François Mouawad

**Travail du Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du Professeur
Dominique Chevalier**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

BDI	Beck Depression Inventory
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
DOM	Départements d'Outre-Mer
DRCI	Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
GHQ	General Health Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
LBP	cancer de la Lèvre, cavité Buccale et Pharynx
NS	Non Significatif
NSP	Ne Sait Pas
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TEP	Tomographie par Emission de Positons
Tis	Tumeur in situ
VADS	Voies Aéro-Digestives Supérieures
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

Table des matières

Résumé	1
Introduction	4
I. Epidémiologie des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) :.....	4
II. Bilan d'un cancer des VADS :	7
III. RCP :.....	8
Matériels et méthodes	11
I. Population	11
1) Critères d'inclusion	11
2) Critères d'exclusion	11
II. Schéma de l'étude	12
III. Questionnaires	14
1) RCP (Annexe 2) :.....	14
2) Echelle Hospital Anxiety Depression (HAD) (Annexe 3) :	15
IV. Coût	16
V. Etude statistique.....	17
Résultats	21
I. Epidémiologie.....	21
II. Résultats questionnaire HAD	24
1) Analyse statistique descriptive	24
2) Analyse statistique comparative aux différents temps	25
III. Résultats questionnaire RCP	28
1) Analyse statistique descriptive (Tableau 1)	28
2) Analyse statistique comparative aux différents temps	31
IV. Le coût	32
V. Modalités d'organisation des RCP en France	32
Discussion	35
Conclusion	42
Références bibliographiques	44
Annexes	47
Annexe 1 : Lettre d'information destinée aux patients et consentement.	47
Annexe 2 : Questionnaire évaluant le ressenti et la satisfaction des patients quant à la RCP.	52
Annexe 3 : Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale	57
Annexe 4 : Forfait kilométrique et coût de chaque transport.	61

Résumé

Contexte : Dans la littérature, il est montré que la RCP permet une amélioration de la survie globale et une réduction du délai de prise en charge des patients atteints de cancers des VADS. Aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des patients qui assistent à une telle réunion. Nous voulions donc répondre à deux questions. Cette réunion a-t-elle un impact anxio-dépressif sur les patients présents et quel est leur satisfaction au terme de celle-ci.

Patients et Méthode : Seuls étaient inclus dans ce travail, les patients présents en RCP ayant accepté de participer à l'étude et ayant complètement rempli l'ensemble des questionnaires. Le questionnaire HAD (évaluation de l'anxiété et de la dépression) et un questionnaire de satisfaction étaient remplis par le patient à différents temps : T0 avant la RCP, T1 au décours de la RCP et T2 à 1 mois de la RCP pour le questionnaire HAD et à T1 et T2 pour le questionnaire de satisfaction.

Résultats : Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients anxieux en fonction des temps T0 et T1 ($p=0,6085$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$). Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients dépressifs en fonction des temps T0 et T1 ($p=0,9397$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$). La satisfaction moyenne des patients, au sujet de la RCP, était élevée (Q15 : 8,7/10 à T1 et 7,7/10 à T2) mais était significativement modifiée avec un score qui diminuait entre T1 et T2 ($p=0,0009<0,05$). En effet, à T1, la satisfaction globale était de 8,7/10 en moyenne (écart-type de 1,8 et une médiane de 9,3) et de 7,7/10 à T2 (écart-type de 2,3 et médiane de 8,2). Le pourcentage d'informations retenues (Q13) par les patients était significativement diminué entre T1 (86% des informations retenues en

moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 94%) et T2 (78% des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 81%) ($p=0,03$).

Conclusion : La RCP ne semble pas créer ou majorer une anxiété ou un syndrome dépressif préexistant. L'organisation de la RCP est certes chronophage, mérite des améliorations sur son déroulement mais semble apporter une satisfaction importante au patient.

Introduction

I. Epidémiologie des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) :

En France métropolitaine, en 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers toutes localisations confondues est estimé à 355 000 dont 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme (1). Ces chiffres sont les derniers édités par L'INCa et restent des estimations en raison de l'absence de relevé exhaustif à l'échelle nationale. L'année 2012 restera donc l'année de référence pour la description épidémiologique. Les cancers des VADS sont constitués par les sous localisations suivantes : la cavité buccale, le pharynx, le larynx, la cavité nasale et les sinus. L'œsophage cervical peut y être associé. La description épidémiologique ne concernera que les cancers de la cavité buccale, du larynx et du pharynx à l'exclusion du nasopharynx.

Avec 11 316 nouveaux cas dont 71 % survenant chez l'homme, les cancers de la Lèvre muqueuse, de la cavité Buccale et du Pharynx (LBP) se situent au 8ème rang des cancers les plus fréquents tous sexes confondus, et représentent 3,2% de l'ensemble des cancers incidents. Au plan épidémiologique, avec 3322 nouveaux cas dont la majorité (85%) survenant chez l'homme (2821 cas et 501 cas chez la femme), le cancer du larynx se situe au 17^{ème} rang des cancers les plus fréquents tous sexes confondus et représente 0,9% de l'ensemble des cancers incidents.

L'association épidémiologique des cancers LBP se situe chez l'homme au 5ème rang des cancers incidents masculins, avec 8 033 nouveaux cas. Chez la femme, ce cancer se place au 10^{ème} rang avec 3 283 cas. L'âge médian au diagnostic est évalué à 61 ans chez l'homme et 63 ans pour le sexe féminin. Le

nombre de décès est de 3 192. L'incidence chez l'homme et la mortalité, dans les deux sexes, de ces cancers sont en forte diminution depuis 1980 avec une accélération après 2005 (2). Cette tendance est liée à la diminution de la consommation de tabac et d'alcool. Les taux d'incidence les plus élevés dans les deux sexes sont observés dans le Nord-Pas de Calais (34,1/100 000, soit + 87,4 % par rapport à la moyenne nationale chez l'homme et 6,2/100 000, soit + 12,7 % par rapport à la moyenne nationale chez la femme) (Figure 1). Ces cancers font partie des localisations cancéreuses de mauvais pronostic. La survie nette à 5 ans et celle à 10 ans des patients diagnostiqués entre 1989 et 2004 sont respectivement de 34 % et 21 %.

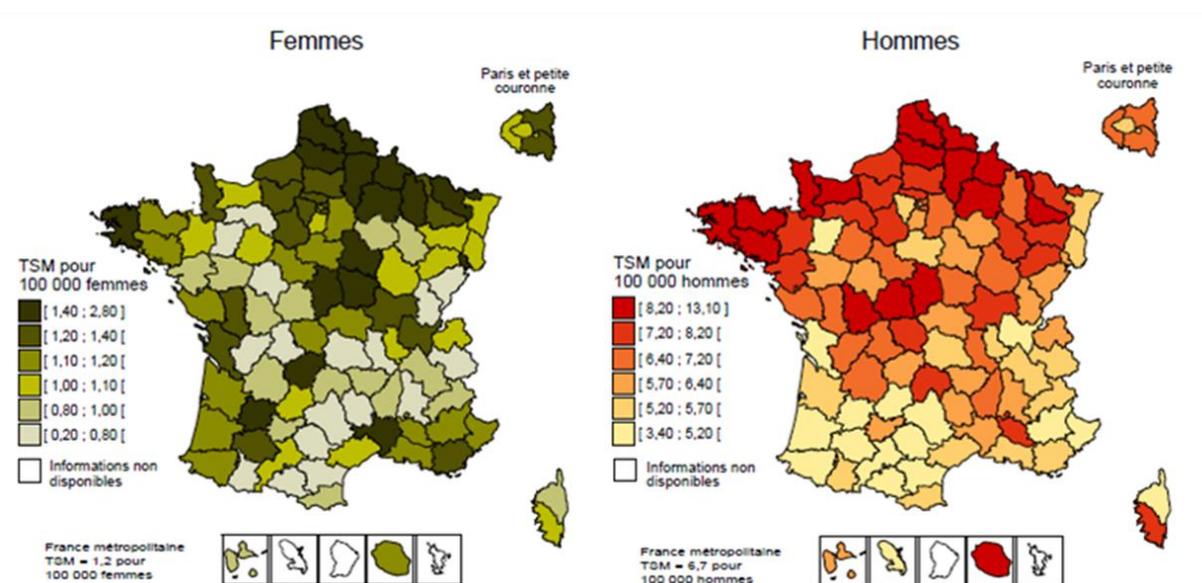


Figure 1 : Taux standardisés à la population mondiale de la mortalité par cancer de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx à l'échelle départementale en France métropolitaine et dans les DOM (2005-2009). Sources : InVS, CépiDc/Inserm, Insee. Analyses : InVS 2012. Infographie : INCa 2013.

L'âge médian au diagnostic des cancers du larynx est estimé à 63 ans chez l'homme et 64 ans chez la femme. Avec 906 décès dont 86 % chez l'homme, ce cancer se situe au 17ème rang des décès. L'incidence pour l'homme et la mortalité, dans les deux sexes, sont également en diminution. Les taux régionaux d'incidence et de mortalité les plus élevés sont observés dans la région Nord-Pas de Calais respectivement 8,7/100000 et 3,8/100000 (Figure 2). Ces cancers font partie des localisations cancéreuses de pronostic intermédiaire en cancérologie. La survie nette à 5 et 10 ans des patients diagnostiqués entre 1989 et 2004 d'un cancer du larynx est respectivement de 53 % et 41 %.

Ces cancers des VADS sont, particulièrement dans notre région, un véritable problème de santé publique nécessitant une prise en charge optimale et adaptée.

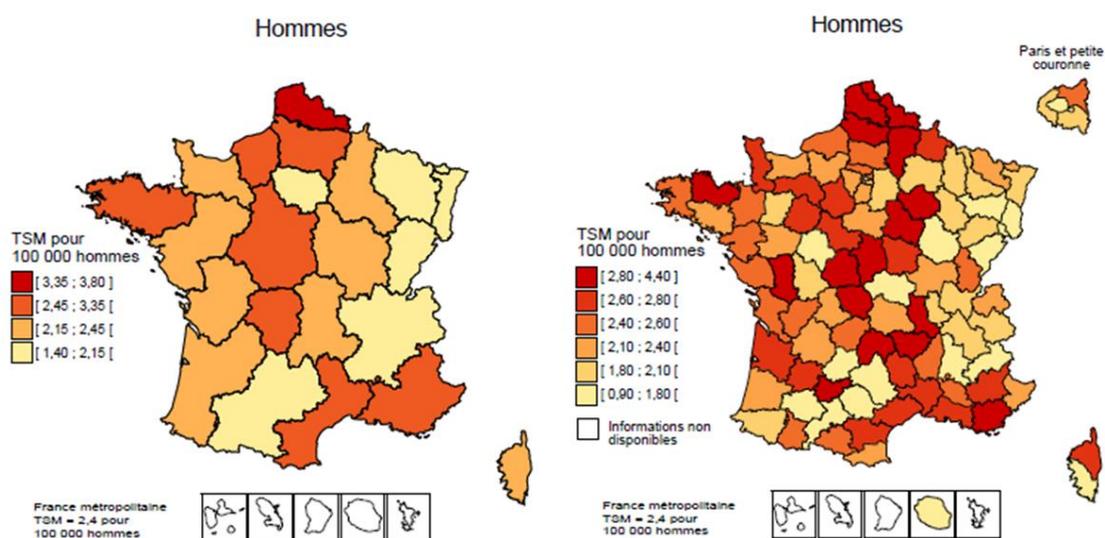


Figure 2 : Taux standardisés à la population mondiale de la mortalité par cancer du larynx à l'échelle régionale et départementale chez l'homme, en France métropolitaine et dans les DOM (2005-2009). Sources : InVS, CépiDc/Inserm, Insee. Analyses : InVS 2012. Infographie: INCa 2013.

II. Bilan d'un cancer des VADS :

La prise en charge en cancérologie des VADS doit être optimisée en fonction de la localisation topographique tumorale et des comorbidités du patient.

Devant une suspicion clinique de tumeur des VADS, le bilan doit être réalisé rapidement, en moyenne entre 2 et 4 semaines (3).

Il comprend un examen clinique des VADS et des aires ganglionnaires cervicales, au moins une imagerie tomodensitométrique et si besoin une imagerie par résonance magnétique (IRM) voire une Tomographie par Emission de Positons combinée à un scanner (TEP TDM) dans les lésions avancées au plan ganglionnaire (>N2b), ou basses situées (aires IV et V), du cavum ou une adénopathie sans primitif retrouvé. Une endoscopie des VADS avec biopsies permet d'évaluer l'envahissement locorégional de la tumeur. Ce bilan peut être complété selon les antécédents d'intoxication par une endoscopie digestive souple.

Le bilan général comprend le performans status et l'évaluation de l'état nutritionnel et psychologique du patient. La prise en charge dentaire peut être envisagée rapidement et une évaluation des comorbidités permettra d'adapter le bilan mais également la prise en charge thérapeutique.

Après le bilan carcinologique et l'obtention du diagnostic, une annonce de la maladie cancéreuse est effectuée par le praticien référent auprès du patient.

La prise en charge thérapeutique comprend trois modalités principales qui peuvent être combinées dans les tumeurs avancées : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le protocole thérapeutique proposé est discuté de manière collégiale en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

III. RCP :

Cette réunion est obligatoire depuis la circulaire du Ministère de la santé du 22/02/2005. Son avis reste toutefois consultatif.

Elle doit compter au moins 3 praticiens de spécialités différentes pour respecter le quorum. Les acteurs peuvent être : chirurgien ORL ou maxillo-facial, radiothérapeute, oncologue, radiologue, chirurgien-dentiste, chirurgien reconstructeur (4).

L'ensemble des éléments constitutifs du dossier médical est présenté lors de cette réunion : l'histoire de la maladie, l'examen clinique, la description de l'examen endoscopique, le résultat anatomopathologique et l'imagerie.

La proposition thérapeutique est établie en présence du patient ou sur dossier médical après discussion de celui-ci entre les différents intervenants. Le protocole proposé se fonde sur des référentiels de traitements régionaux, nationaux ou internationaux eux-mêmes basés sur les données scientifiques les plus récentes (5).

La proposition de protocole thérapeutique doit être adressée dans les plus brefs délais aux différents intervenants et correspondants médicaux actuels et futurs du patient afin de débiter le plus précocement possible le traitement. Le patient reste au cœur de la proposition thérapeutique, il doit adhérer idéalement au projet de soins qui lui est proposé (6). Bien qu'acteur de la décision thérapeutique, le patient assiste ou non à la RCP en fonction des pratiques des différents services.

Certains centres optent pour une consultation dédiée entre le patient et son chirurgien oto-rhino-laryngologiste (ORL) référent pour faire part de la prise en charge proposée en RCP. Dans notre service d'ORL, les patients sont majoritairement présents à cette réunion ce qui peut parfois être générateur de phénomènes anxieux pour ces derniers. En effet, le patient est présent avec une personne de confiance et parfois d'autres accompagnants ou peut se présenter seul

face à un certain nombre de praticiens qu'il ne connaît pas mais dont la présence lui a été précisée au préalable. Ces éléments peuvent parfois être traumatisants. Par ailleurs, du fait de la nécessaire présence des différents intervenants telle que décrite plus haut, la RCP exige une préparation chronophage et une organisation pluridisciplinaire logistiquement (7) lourde et coûteuse (8) assez peu reconnue par la cotation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

L'instauration de cette RCP a permis de réduire de façon significative le délai de prise en charge entre le diagnostic anatomopathologique et le début du traitement (9) mais également d'améliorer le taux de survie (8). La littérature met en évidence la nécessité pour 10% des patients d'une modification du protocole thérapeutique après un second avis en RCP et dans 49% des cas le diagnostic devait être complété ou précisé soit par relecture de l'imagerie soit par des analyses anatomopathologiques complémentaires(9) . Aucune étude ne s'est intéressée à la nécessité de maintenir ou non les patients présents en RCP.

A travers ce travail, je vais évaluer par le biais de questionnaires adaptés l'impact psychologique avant et à un mois de la RCP et la satisfaction des patients au décours et à un mois de cette RCP ainsi que le coût lié à la présence physique du patient. L'objectif primaire est l'évaluation du ressenti et de la satisfaction des patients. L'objectif secondaire est de déterminer le coût lié à leur présence à cette réunion.

Matériels et méthodes

L'étude menée est un travail mono centrique et prospectif réalisé dans le service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Huriez du CHRU de Lille entre le 1er Décembre 2016 et le 2 Mars 2017.

I. Population

1) Critères d'inclusion

Les patients inclus répondaient à certains critères. Il s'agissait de patients présentant un premier cancer des VADS confirmé en histologie, avec une première présentation en RCP, ayant signé le consentement de participation à l'étude après lecture de la lettre d'information et ayant répondu à la totalité des questionnaires.

2) Critères d'exclusion

Les patients de moins de 18 ans ou présentant un antécédent de cancer des VADS et/ou avec précédent passage en RCP pour un autre organe étaient exclus du travail. De même, les patients illettrés ou ne maîtrisant pas la langue française, n'ayant pas correctement ou complètement rempli les questionnaires, ou présentant des troubles cognitifs sévères, sous tutelle, ne permettant pas la compréhension et la bonne participation à l'étude étaient exclus.

II. Schéma de l'étude

Une présélection des patients incluables était réalisée avant la RCP, sur la liste de présence informatique, par le médecin menant le travail. Le patient était accueilli dans le service où une lettre d'information présentant l'étude et un consentement à signer lui était remis (Annexe1). Les patients acceptant l'étude rendaient le consentement signé aux infirmières de consultation puis répondaient à l'échelle Hospital Anxiety Depression (HAD) juste avant d'assister à la RCP. Les infirmières de consultation étaient présentes pour répondre aux éventuelles questions des patients. La totalité des patients inclus ont bénéficié d'une RCP.

Au décours de la RCP, le patient complétait à nouveau l'échelle HAD en salle d'attente ainsi que le questionnaire « ressenti de la RCP » avant de les rendre aux infirmières de consultation puis ceux-ci étaient remis au médecin réalisant l'étude. L'ensemble des réponses était ensuite anonymé. Le questionnaire HAD était donc remis au patient avant son passage en RCP au temps T0, puis juste après de la RCP au temps T1 et envoyé à son domicile à 1 mois (T2). Le questionnaire RCP était remis au patient juste au décours de la RCP (T1) et envoyé à son domicile à 1 mois (T2). Au temps T2 les questionnaires étaient envoyés au domicile des patients par la poste accompagnés d'une enveloppe pré-timbrée pour faciliter leur renvoi dans le service d'ORL, après avoir été complétés par les patients (Figure 3).

Les réponses aux 2 questionnaires étaient colligées dans un tableur Excel.

Accueil du patient en consultation

74 patients éligibles

16 Refus
1 Illettrisme
1 Barrière de langue
1 Troubles cognitifs
0 Tutelle
1 Non venu

54 patients

Remise de la lettre d'information et signature
du consentement

Questionnaire HAD rempli par le patient T0

Passage en RCP

54 patients

Questionnaires HAD et évaluation de la RCP à T1

Envoi des questionnaires HAD et évaluation de la
RCP à T2

Exclusion des patients n'ayant pas répondu
aux questionnaires au temps T2 : 20 patients

34 patients

T0 : Avant RCP

T1 : Après RCP

T2 : Un mois après la RCP

Figure 3 : Schéma de l'étude.

III. Questionnaires

1) RCP (Annexe 2) :

Nous avons élaboré un questionnaire centré sur la RCP à partir d'un exemple réalisé par nos infirmières en 2012. Celui utilisé dans ce travail a été enrichi. Il permet d'évaluer le ressenti et la satisfaction des patients après leur passage en RCP (Annexe 2). Ce questionnaire a été soumis à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille qui n'a pas émis d'objection à sa diffusion.

Le questionnaire comprend 24 questions en totalité dont 20 questions qui attendent une réponse binaire simple par oui ou par non. Une seule question concernant le mode de transport choisi par le patient pour se rendre en RCP est à propositions multiples mais à choix simple. Deux questions se présentent sous la forme d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA) avec un score compris entre 0 et 10 (0 correspondant à 0cm et 10 à 10cm). Le zéro correspond au jugement le plus négatif et 10 à la meilleure appréciation possible. Enfin, une seule question attend une réponse sous la forme d'un pourcentage de satisfaction allant de 0 à 100% (0 correspondant à 0cm et 100% à 10cm). La possibilité d'écrire un commentaire libre est offerte à la fin du questionnaire. Ce questionnaire peut être rempli en quelques minutes (5 minutes).

2) Echelle Hospital Anxiety Depression (HAD) (Annexe 3):

En 1983, l'étude de Zigmond et al (10) a permis de valider le questionnaire HAD concernant l'évaluation de l'anxiété et de la dépression chez les patients hospitalisés dans des structures non psychiatriques. Il s'agit d'un questionnaire court et dont les résultats ne sont pas influencés par l'aspect organique de la pathologie. Il ne prend en compte que la dimension psychique et il peut être répété. Il est très largement utilisé pour évaluer l'anxiété et la dépression chez les patients atteints de cancer et validé en cancérologie tête et cou (11). Même s'il est bref, sa sensibilité et sa spécificité sont aussi robustes que celles du General Health Questionnaire (GHQ), du Beck Depression Inventory (BDI) ou du State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (11). Ce questionnaire se compose de 7 items évaluant la dépression avec des questions centrées principalement sur l'anhédonie secondaire à la dépression et de 7 items évaluant l'anxiété.

Nous avons donc utilisé ce questionnaire (Annexe 3) validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans l'évaluation de l'anxiété et la dépression de nos patients avant et après leur participation à la RCP. L'anxiété est évaluée par 7 questions cotées de 0 à 3 avec un score total allant de 0 à 21. La dépression est évaluée de la même façon. Un score global de 0 à 7 correspond à l'absence de symptôme anxieux ou dépressif, un score de 8 à 10 ne permet pas de conclure et un score supérieur ou égal à 11 permet d'affirmer la symptomatologie anxieuse ou dépressive.

IV. Coût

D'autre part, nous avons tenté d'évaluer le coût engendré par la venue du patient en RCP à travers les items suivants de notre questionnaire RCP : Par quel mode de transport vous êtes-vous rendu à cette RCP ? (item 16), Un bon de transport vous a-t-il été remis à la fin de la réunion ? (item 17), Un membre de votre entourage a-t-il dû poser un jour de congé pour vous accompagner ? (item 19). Un tableau avec le forfait kilométrique et le coût de chaque type de transport (véhicule personnel ou transport en commun, Véhicule Sanitaire Léger ou taxi conventionné, ambulance) est mis en annexe (Annexe 4). Nous avons évalué le nombre de kilomètres effectués par le patient pour se rendre à la RCP (distance aller-retour entre son domicile et le CHRU de Lille) via le site internet Mappy.com. Cette distance était multipliée par le tarif kilométrique dont le prix était fonction du mode de transport choisi (ambulance, VSL, taxi ou véhicule personnel). En termes de rémunération, le passage d'un patient en RCP est coté comme une consultation C2 soit une rémunération de 46 euros pour la présence d'un quorum d'un minimum de 3 praticiens.

Nous avons évalué les pratiques de service concernant la présence du patient en RCP en France. Cet état des lieux a été réalisé en contactant par téléphone chacun des CHRU de France, certains centres de lutte contre le cancer, ainsi que les hôpitaux régionaux de périphérie organisant une RCP au sein de leur établissement. Les résultats seront exposés sous forme d'une carte de France avec des légendes de couleurs correspondant à la présence ou à l'absence du patient en RCP.

V. Etude statistique

Nous avons contacté l'Unité de Méthodologie Bio statistique et Data Management au sein de la Maison de la Recherche Clinique du CHRU de Lille pour effectuer l'analyse statistique.

Un recueil de données sous forme de tableau Excel a été envoyé. A chaque patient correspondait un numéro pour permettre un anonymat total. Le sexe des patients était codé 0 si le patient était un homme et 1 si le patient était une femme. Les localisations tumorales étaient codées de la façon suivante : 1= cavité buccale ; 2= oropharynx ; 3= sinus piriforme ; 4=larynx ; 5= fosses nasales ; 6= adénopathie sans porte d'entrée ; 7= lèvre ; 8= glande salivaire.

Les réponses au questionnaire RCP étaient colligées de la façon suivante :

- pour les items 1 à 8, 10 à 12, 14 et 17 à 24 : 0 si la réponse était NON et 1 si la réponse était OUI.
- pour les items 9, 13 et 15, il s'agissait respectivement d'un score sur 10, d'un pourcentage et d'un score sur 10 (0 correspondant à 0cm et 10 ou 100% correspondant à 10cm).
- pour l'item 16 : ambulance= 1, VSL= 2, taxi=3, véhicule personnel=4, transport en commun=5
- Tous les items étaient comparés statistiquement entre T1 et T2 en dehors des items 16 et 17.

Les réponses au questionnaire HAD étaient colligées de la façon suivante :

- 0 en cas d'absence de symptôme anxieux ou dépressif (score global d'anxiété ou de dépression compris entre 0 et 7)

- 1 en cas de symptomatologie anxieuse ou dépressive affirmée (score global d'anxiété ou de dépression supérieur ou égal à 11)
- 2 en cas de symptomatologie anxieuse ou dépressive douteuse (score global d'anxiété ou de dépression entre 8 et 10).

Pour le questionnaire HAD, il s'agissait de comparer les scores d'anxiété et de dépression aux différents temps T0, T1 et T2. Il s'agissait également de déterminer si certains patients classés en « syndrome anxieux », en « absence de syndrome anxieux » ou en « syndrome dépressif » et « absence de syndrome dépressif » changeaient de catégorie au cours du temps. Pour cela nous avons décidé de ne plus classer les patients qu'en 2 catégories : syndrome présent ou syndrome absent. Les patients classés « douteux anxieux » ou « douteux dépressif » ont donc été réunis avec les patients ne présentant pas de syndrome anxieux ou pas de syndrome dépressif respectivement.

Pour le questionnaire RCP, il s'agissait d'évaluer s'il existait une modification des réponses des patients en fonction des temps T0, T1 et T2.

En ce qui concerne le coût du transport, nous avons calculé le coût moyen/patient/transport aller-retour.

Les résultats sont exprimés avec la moyenne, écart-type, médiane et range pour les variables numériques et avec les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives. La normalité des distributions a été évaluée à l'aide d'histogrammes et du test de Shapiro-Wilk. L'analyse de l'évolution des paramètres d'anxiété et de dépression au cours du temps a été réalisée par une étude de la variance pour mesures répétées utilisant le modèle linéaire mixte avec une correction de Bonferroni

pour les analyses en post-hoc. L'analyse comparative entre les questionnaires juste au décours de la RCP et à 1 mois après la RCP a été obtenue en utilisant le test de McNemar pour les variables binaires et par le test de Student apparié en cas de distribution normale ou le test de Wilcoxon apparié autrement.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.3).

Résultats

I. Epidémiologie

Entre le 1^{er} Décembre 2016 et le 2 Mars 2017, 255 dossiers de patient ont été discutés en RCP avec 144 patients présents dont 74 patients éligibles. Sur ces 74 patients, 54 ont accepté de participer à notre étude mais seulement 34 (63%) patients ont rempli correctement l'ensemble des questionnaires aux différents temps T0, T1 et T2.

Notre population était constituée de 25 hommes (73,5%) et 9 femmes (26,5%), soit un sex-ratio de 2.78/1, âgés en moyenne de 60,5ans avec une médiane de 60 ans [25 ans ; 73 ans] (Figure 4).

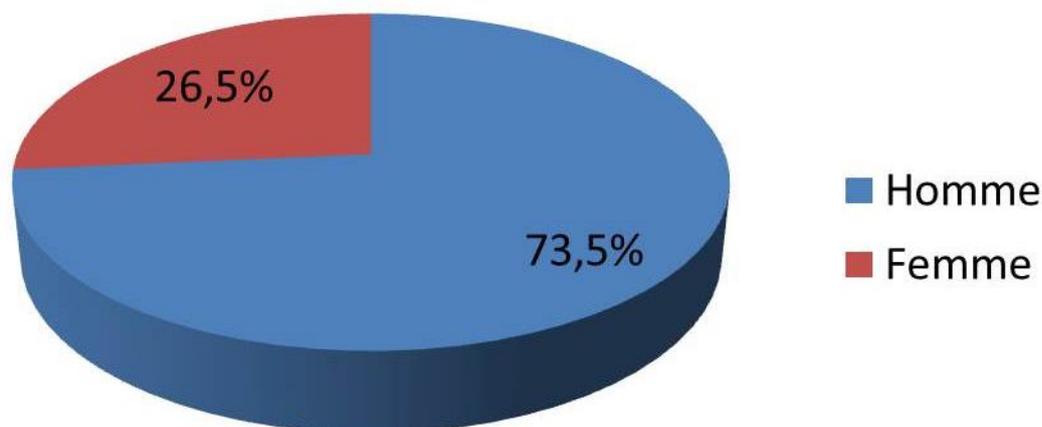


Figure 4 : Répartition des sexes dans notre population (pourcentage).

Les lésions de la cavité buccale et de l'oropharynx représentaient 26,5% de l'ensemble des tumeurs, suivies par les lésions du larynx avec 23,5% des cas puis

du sinus piriforme avec 8,8%. Les lésions des fosses nasales constituaient 2,9% des lésions tumorales et les adénopathies sans porte d'entrée 11,8% (Figure 5).

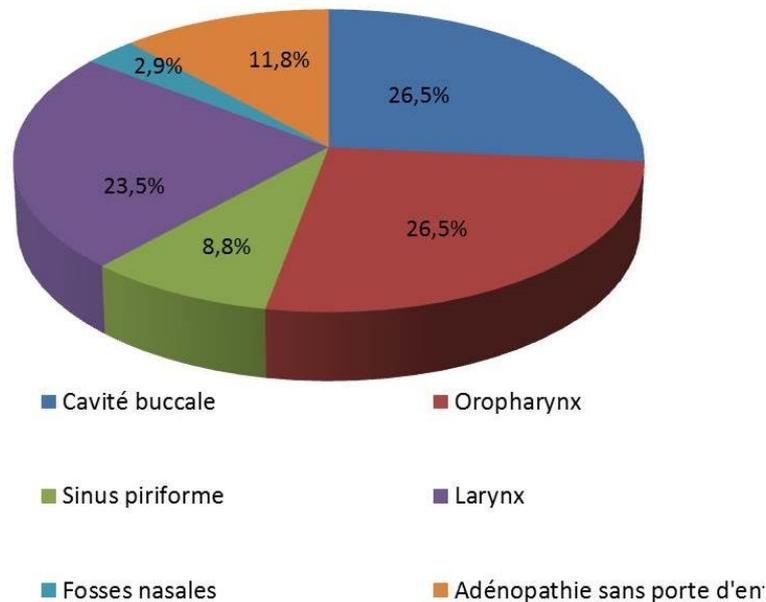


Figure 5 : Répartition des localisations tumorales (pourcentage).

Concernant le stade tumoral, 2,9% des lésions étaient classées Tis (in situ), 20,6% T1, 23,5% T2, 17,6% T3, 20,6% T4, 11,9% Tx et 2,9% NSP (Ne Sait Pas) (Figure 6). La majorité des patients présentaient un statut ganglionnaire N0 soit 50%, 20,6% des patients étaient classés N1, 2,9% N2a, 5,9% N2b, 14,7% N2c et 2,9% N3 (Figure 7). Seuls deux patients (5,9%) présentaient un statut métastatique M1.

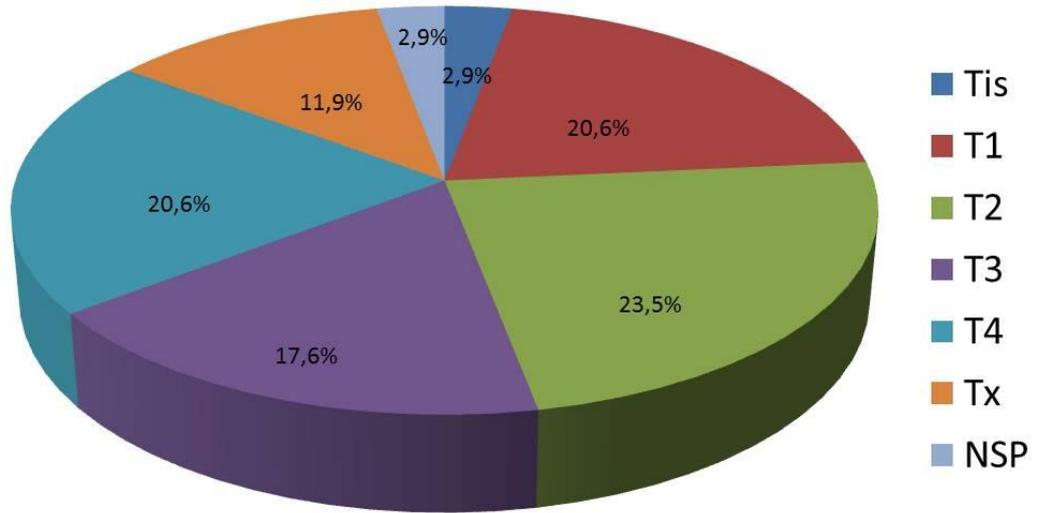


Figure 6 : Répartition des stades tumoraux selon la 7^{ème} édition de la Classification Internationale UICC TNM 2009 des tumeurs de la tête et du cou (pourcentage).

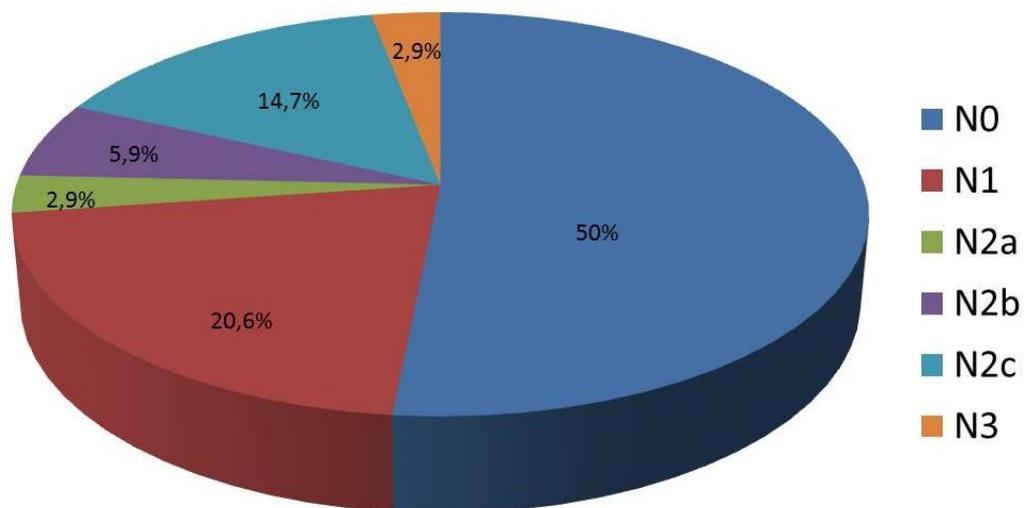


Figure 7 : Répartition des statuts ganglionnaires selon la 7^{ème} édition de la Classification Internationale UICC TNM 2009 des tumeurs de la tête et du cou (pourcentage).

II. Résultats questionnaire HAD

1) Analyse statistique descriptive

Au temps T0, sur 34 patients, 12 (35,3%) ne présentaient aucun syndrome anxieux, 10 (29,4%) étaient anxieux et 12 (35,3%) étaient classés en douteux. Chez 22 patients (64,8%) aucun syndrome dépressif n'était mis en évidence, 6 (17,6%) présentaient une dépression et 6 (17,6%) étaient classés en douteux.

Au temps T1, 13 des patients (38,2%) ne présentaient aucun syndrome anxieux, 14 en présentaient un (41,2%) et 7 patients (20,6%) étaient classés en douteux. Chez 24 patients (70,6%) aucun syndrome dépressif n'était retrouvé, 3 (8,8%) étaient dépressifs et 7(20,6%) étaient classés en douteux.

Au temps T2, 11 patients (32,4%) ne présentaient aucun syndrome anxieux, 12 (35,3%) étaient anxieux et 11 (32,3%) étaient classés douteux. Chez 20 patients (58,8%) aucun syndrome dépressif n'était retrouvé, 5 (14,7%) étaient classés dépressifs et 9 (26,5%) étaient douteux (Figure 8).

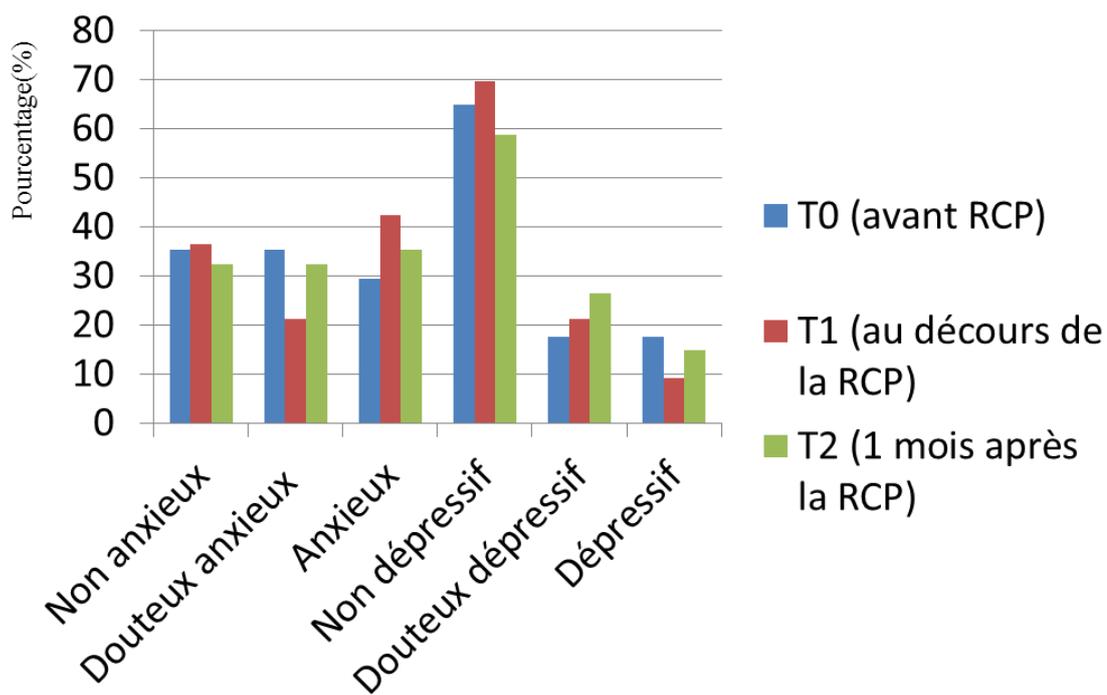


Figure 8 : Nombre en pourcentage de patients classés dans chaque catégorie respectivement non anxieux, douteux anxieux et anxieux ; non dépressif, douteux dépressif et dépressif, aux différents temps T0 (avant RCP), T1 (au décours de la RCP) et T2 (1 mois après la RCP) du score HAD.

2) Analyse statistique comparative aux différents temps

Le score total d'anxiété n'est pas significativement modifié au cours du temps. Il n'existe pas de différence significative entre le score total d'anxiété au temps T0 (médiane 10 [6-12]) et au temps T1 (médiane 10 [5-13]) avec un $p=1$. Il n'existe pas non plus de différence significative entre T0 et T2 ($p=1$) ni entre T1 et T2 ($p=1$) (Figure 9).

En ce qui concerne la présence ou non d'un syndrome anxieux (syndrome anxieux si score d'anxiété ≥ 11 , absence de syndrome anxieux si score d'anxiété ≤ 10), il n'existe pas non plus de différence significative entre les différents temps T0 et T1 ($p=0,6085$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$).

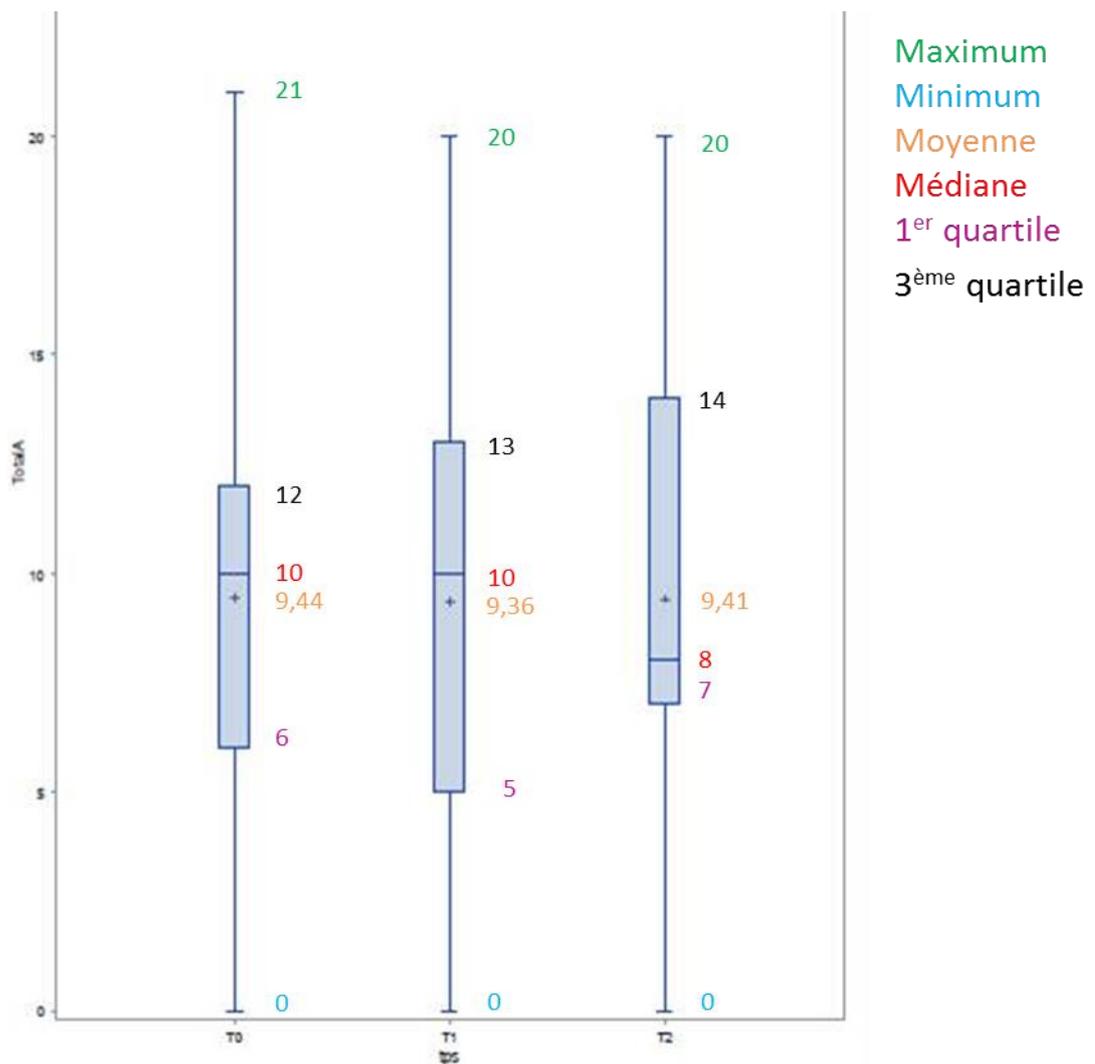


Figure 9 : Comparaison du score d'anxiété aux différents temps T0, T1 et T2.

Il existe une différence significative entre le score total de dépression au temps T1 (médiane 5 [3-8]) et au temps T2 (médiane 7 [4-9]) avec un $p=0,04$. Celui-ci est donc modifié 1 mois après la RCP avec un score qui augmente de façon significative. Par contre, il n'existe pas de différence significative du score total de dépression entre les temps T0 et T1 ($p=1$) ni entre les temps T0 et T2 ($p=0,22$) (Figure 10).

La présence ou non d'un syndrome dépressif (syndrome dépressif si score de dépression ≥ 11 , absence de syndrome dépressif si score de dépression ≤ 10), il n'existe pas de différence significative entre les différents temps T0 et T1 ($p=0,9397$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$).

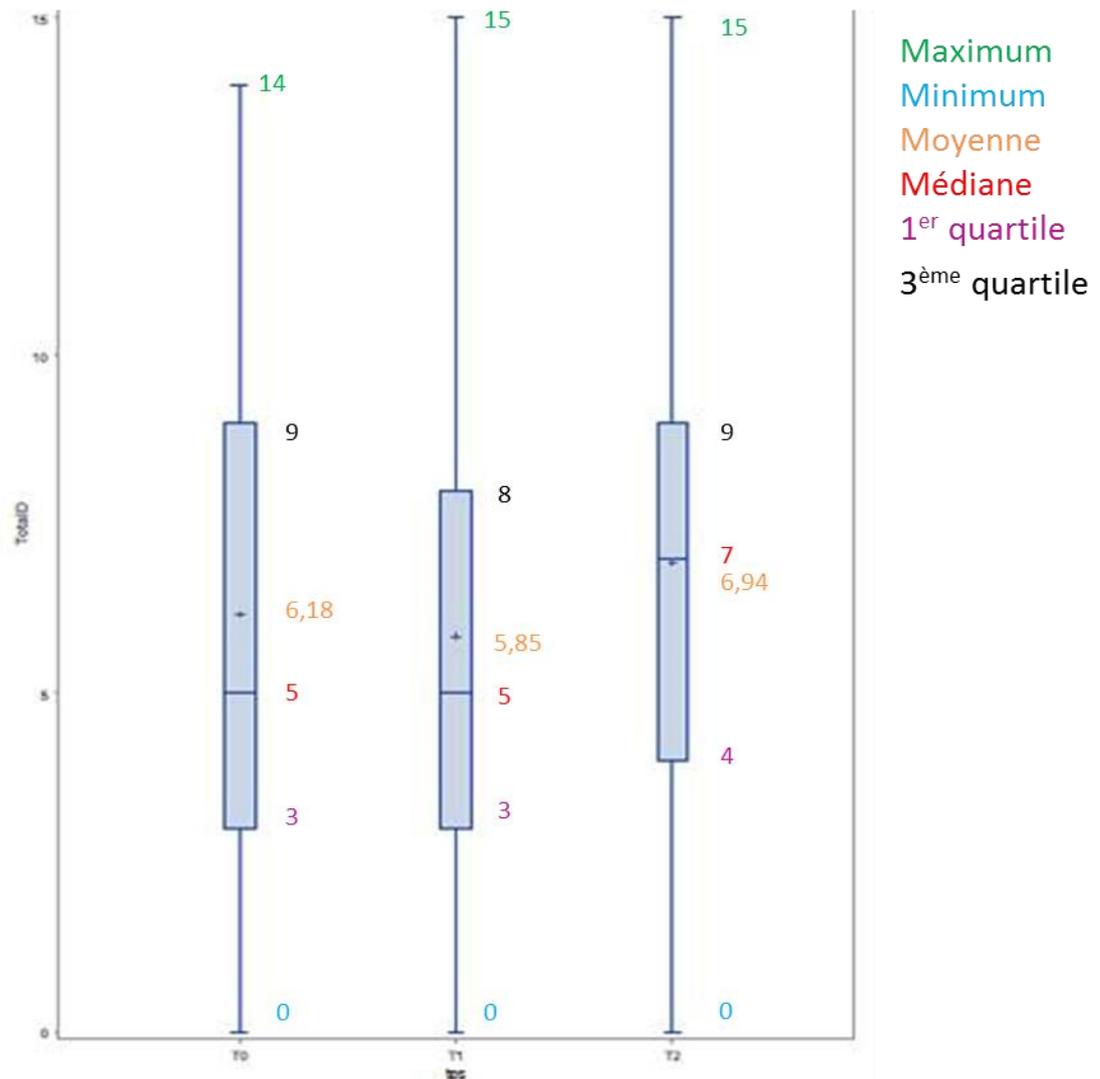


Figure 10 : Comparaison du score de dépression aux différents temps T0, T1 et T2.

III. Résultats questionnaire RCP

1) Analyse statistique descriptive (Tableau 1)

Tableau 1 : Questionnaire ressenti de la RCP par le patient à T1 (après RCP) et T2 (à un mois de la RCP) exprimé en pourcentage ou en moyenne ou médiane selon les questions, avec p (degré de significativité). NS : Non Significatif. FE : Faible Effectif. NC : Non Concerné.

Questions	Oui (%)		Non (%)		p
	T1	T2	T1	T2	
Q1/ L'attente avant de rentrer dans la salle de RCP vous a-t-elle paru longue ?	11,8	8,8	88,2	91,2	NS (p=0,32)
Q2/ Avez-vous été perturbé par la présence en salle d'attente de patients ayant déjà bénéficié d'un traitement ?	0	2,9	100	97,1	FE
Q3/ L'attente du jour de la RCP est-il stressant ?	52,9	47,1	47,1	52,9	NS (p=0,41)
Q4/ Aviez-vous été informé du déroulement de la RCP ?	73,5	70,66	26,5	29,4	NS (p=1)
Q5/ Aviez-vous été informé du diagnostic avant la RCP ?	54,5	60,6	45,5	39,4	NS (p=0,75)
Q6/ Aviez-vous été informé des différentes possibilités de traitement ?	85,3	73,5	14,7	26,5	NS (p=0,34)
Q7/ Avez-vous trouvé la salle de consultation appropriée (confort, bruit...) ? Si non, pourquoi ?	88,2	91,2	11,8	8,8	NS (p=0,65)
Q8/ Les principaux représentants de l'équipe médicale se sont-ils présentés ?	76,5	81,8	23,5	18,2	NS (p=1)
Q9/ Avez-vous été impressionné ou gêné par le nombre de personnes en RCP ?	Moyenne T1/T2 3,8 / 5,1		Médiane T1/T2 3,6 / 5,4		NS (p=0,06)
Q10/ L'examen clinique devant tous ces représentants du corps médical	3	6,1	97	93,9	NS (p=0,56)

<i>vous a-t-il gêné ?</i>					
<i>Q11/ Les informations qui vous ont été apportées ont-elles été toutes comprises ?</i>	100	90,9	0	9,1	FE
<i>Q12/ Le vocabulaire employé par les médecins était-il compréhensible ?</i>	100	91,2	0	8,8	FE
<i>Q13/ Quel pourcentage des informations avez-vous retenu ?</i>	% T1 / T2 86 / 78 p=0,03				
<i>Q14/ Avez-vous pu poser vos questions ?</i>	90,9	87,9	9,1	12,1	NS (p=0,56)
<i>Q15/ Quel est votre satisfaction globale concernant la RCP ?</i>	Moyenne T1/T2 Médiane T1/T2 8,7 / 7,7 9,3 / 8,3 p=0,0009				
<i>Q16/ Par quel mode de transport vous êtes-vous rendu à cette RCP ?</i>	Ambulance 14,7 % VSL 14,7 % Taxi 5,9 % Véhicule personnel 47,1 % Transport en commun 14,7 % Autre 2,9 %				
<i>Q17/ Un bon de transport vous a-t-il été remis à la fin de la réunion ?</i>	21,2		78,8		NC
<i>Q18/ Etait-ce difficile en terme d'organisation de vous rendre à cette réunion ?</i>	8,8	6,1	91,2	93,9	FE
<i>Q19/ Un membre de votre entourage a-t-il dû poser un jour de congé pour vous accompagner ?</i>	27,3		72,7		NC
<i>Q20/ Vous a-t-on interrogé sur votre poids ou vous a-t-on pesé ?</i>	41,2	51,5	58,8	48,5	NS (p=0,39)
<i>Q21/ Votre douleur a-t-elle été évaluée ?</i>	20,6	39,4	79,4	60,6	NS (p=0,11)
<i>Q22/ Vous a-t-on remis une ordonnance pour un traitement contre la douleur durant la réunion ?</i>	17,6	18,2	82,44	81,8	NS (p=1)
<i>Q23/ Vous a-t-on interrogé sur votre consommation de tabac ?</i>	50	69,7	50	30,3	NS (p=0,12)
<i>Q24/ Vous a-t-on interrogé sur votre consommation d'alcool ?</i>	44,1	60,6	55,9	39,4	NS (p=0,18)

La grande majorité des patients n'ont pas trouvé le temps d'attente trop long avant leur passage en RCP (Q1 : 88,2% à T1 et 91,2% à T2) et n'ont pas été gênés par la présence de patients déjà traités en salle d'attente (100% de réponses négatives à la question 2). Ils ont considéré l'attente du jour de la RCP majoritairement stressante à T1 mais moins à posteriori à T2 (Q3 : 52,9% à T1 et 47,1% à T2). Les patients ont considéré en grande partie la salle de RCP appropriée à 88,2% à T1 versus 91,2% à T2 (Q7). Pour 76,5% des malades à T1 et 81,8% à T2, les spécialistes présents se sont présentés aux soignés (Q8). La gêne moyenne ressentie par le patient devant la présence d'autant de praticiens était évaluée à 3,8/10 à T1 contre 5,1/10 à T2 (Q9). Par ailleurs, le patient ne semblait quasiment jamais gêné par un examen clinique devant tous ces praticiens (Q10 : 3% à T1 et 6,1% à T2). La totalité des patients a compris les informations sur sa pathologie et le vocabulaire employé à T1 mais un peu moins à T2 (Q11 et Q12) et un large pourcentage d'informations semble avoir été compris par les patients (Q13 : 86% des informations à T1 et 78% à T2). Une large part des patients a pu poser des questions lors de la RCP (Q14 : 90,9% à T1 et 87,9% à T2).

La satisfaction moyenne des patients, au sujet de la RCP, était élevée (Q15 : 8,7/10 à T1 et 7,7/10 à T2). Une grande majorité de patients étaient informés du déroulement de la RCP et des différents traitements possibles (Q4 et Q6 : respectivement 73,5% et 85,3% à T1).

Un peu plus de la moitié des patients semblaient informés du diagnostic avant leur passage en RCP (Q5 : 54,5% à T1 et 60,6% à T2). La moitié des patients semblent avoir été interrogés sur leur consommation de tabac et moins de la moitié pour l'alcool (Q23 : 50% à T1 et 69,7% à T2 et Q24 : 44,1% à T1 et 60,6% à T2). Une faible part de patients a eu une évaluation de sa douleur ou une prescription en ce sens (Q21 : 20,6% à T1 et 39,4% à T2 ; Q22 : 17,6% à T1 et 18,2% à T2).

L'évaluation pondérale apparaît prise en compte dans presque la moitié des cas (Q20 :41,2% à T1 et 51,5% à T2).

2) Analyse statistique comparative aux différents temps

L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de différence significative entre T1 et T2 pour les questions suivantes : Q1 ($p=0,32$), Q3 ($p=0,41$), Q4 ($p=1$), Q5 ($p=0,75$), Q6 ($p=0,34$), Q7 ($p=0,65$), Q8 ($p=1$), Q10 ($p=0,56$), Q14 ($p=0,56$), Q20 ($p=0,39$), Q21 ($p=0,11$), Q22 ($p=1$), Q23 ($p=0,12$) et Q24 ($p=0,18$). Aucun test de comparaison n'a pu être réalisé pour les questions 2, 11,12 et 18 en raison d'un effectif insuffisant.

Pour la question 9 relative à la gêne ressentie par les patients face au nombre de spécialistes, il n'existe pas de différence significative entre T1 et T2 ($p=0,06$). La gêne moyenne ressentie par le patient est évaluée à 3,81/10 (avec un écart-type de 3,8 et une médiane de 3,6) à T1 et 5,1/10 (écart-type de 3,7 et médiane de 5,4) à T2. Dans la question concernant le pourcentage d'informations retenues (Q13) par les patients, nous avons trouvé une diminution significative entre T1 (86% des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 94%) et T2 (78% des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 81%) ($p=0,03$). Enfin, la satisfaction globale est significativement modifiée avec un score qui diminue entre T1 et T2 ($p=0,0009<0,05$). En effet, à T1, la satisfaction globale est de 8,7/10 en moyenne (écart-type de 1,8 et une médiane de 9,3) et de 7,7/10 à T2 (écart-type de 2,3 et médiane de 8,2).

IV. Le coût

Un bon de transport a été remis à 21,2% des patients (Q17). Dans la majorité des cas, les patients se rendaient en véhicule personnel à la RCP (47,2%). Par ordre de fréquence venaient ensuite les ambulances, le VSL et un transport en commun (14,7% chacun) et en taxi (5,9%). Enfin, une très faible proportion de patients choisissait un autre mode de transport (2,94%) (Q16). Le coût moyen/patient/transport était de 67,4 euros. La distance moyenne parcourue pour un aller-retour était de 87,9 kilomètres. Plus de 90% des patients disent n'avoir rencontré aucune difficulté en termes d'organisation pour se rendre à la RCP (Q18). Dans 27,3% des cas, un membre de l'entourage du patient a dû déclarer une journée de congé pour accompagner le patient (Q19). Une consultation C2 a été cotée pour chaque patient.

V. Modalités d'organisation des RCP en France

Les attitudes des différents types de centres (CHRU, CHR et centres anti-cancéreux), par rapport à l'organisation de la RCP, varient en fonction des départements en France métropolitaine et d'outre-mer (DOM). En effet, le patient peut être présent en RCP, il s'agit d'une attitude minoritaire (8 centres). L'alternative majoritaire est la présentation du dossier en RCP. Dans ce cas, le patient est vu secondairement en consultation par son ORL référent pour lui annoncer la décision (73 centres). Enfin la RCP peut être organisée sous forme d'une visioconférence (2 centres) avec le patient présent dans une autre salle. Certaines données n'ont pu être récupérées (13 centres) et dans certains départements la situation est variable

selon les centres (5 centres). La présentation de ces modalités d'organisation est synthétisée sous forme d'une carte de géographie (Figure 11).

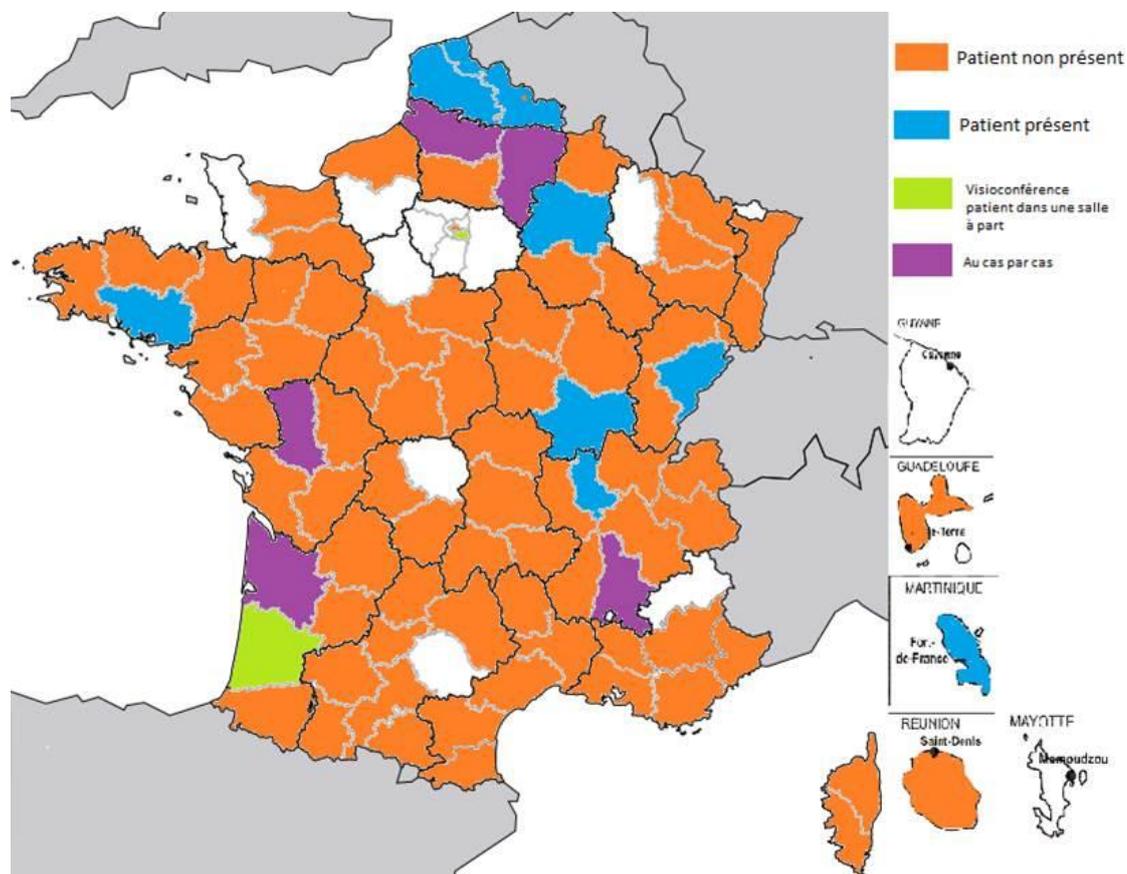


Figure 11 : CHRU/CHR et centres anti-cancéreux en France et dans les DOM : leurs pratiques vis-à-vis de la présence du patient en RCP.

Discussion

La population de l'étude reflète les évolutions épidémiologiques observées depuis une décennie, avec une population de plus en plus féminine (>25%) et plus de 50% de localisations buccales et oropharyngées. La répartition des stades tumoraux retrouve une proportion de lésions T1 + T2 (46,9%) et avancées T3 + T4 (38,2%) correspondant à celle de la littérature. Les lésions se présentant sous forme d'une adénopathie sans porte d'entrée retrouvée sont plus élevées que dans la littérature probablement du fait d'exams, type TEP TDM, non réalisés lors de la RCP et permettant de diagnostiquer des lésions non visibles cliniquement et macroscopiquement (11,9%). Le statut ganglionnaire des patients est en faveur soit de l'absence d'évolution régionale (50%) ou faiblement évolutive N1 (20,6%), correspondant aux données de la littérature.

Tous les dossiers des patients présentant un cancer des VADS sont discutés en RCP. Cette dernière a été rendue obligatoire depuis 2005 par le Ministère de la Santé qui bien qu'ayant établi certaines règles, dont la nécessité d'un quorum de praticiens nécessaires à son bon déroulement, n'a pas donné de précision sur la présence ou non du patient à cette réunion. Dans notre service, historiquement, les comités de décision cancérologique qui sont devenus les RCP sont réalisés en majorité en présence du patient. En effet, lorsqu'il s'agit d'une première tumeur, que l'état général est nécessaire à l'évaluation thérapeutique et que le patient souhaite assister à la réunion, cette modalité lui est proposée mais jamais imposée.

L'impact de la RCP sur le taux de survie est établi. En effet en 2011, Friedland et al. ont comparé le taux de survie à 5 ans chez des patients présentant un cancer des

VADS stade IV et dont la prise en charge thérapeutique a été actée en RCP au taux de survie à 5 ans chez des patients présentant le même stade tumoral mais sans décision thérapeutique collégiale. Son étude a montré que les premiers avaient un meilleur taux de survie à 5 ans et ce de manière significative (12). Une autre série chinoise, menée par Wang en 2012, a mis en évidence une réduction du risque relatif de décès chez des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale traitée après discussion en RCP versus ceux n'ayant pas bénéficié d'une décision collégiale (13). En 2007, Butow et al. se sont intéressés à la RCP dans le cadre du cancer du sein. Ils ont montré que 93% des représentants (uniquement des femmes atteintes elles-mêmes de cancer du sein) des patientes atteintes de cancer du sein étaient favorables à la présence des patientes en RCP (14). En revanche, moins d'un tiers des chirurgiens et des oncologues y étaient favorables. Néanmoins, aucune étude ne s'est intéressée à cette présence ou non du patient en RCP, à son ressenti, dans la pathologie cancéreuse des VADS.

Stalfors et al. ont étudié la satisfaction des patients lors de leur participation à la RCP VADS (15). Les patients étaient divisés en 2 groupes : des patients présents physiquement à la RCP avec leur ORL référent et des patients assistant à la RCP, via un système de télémedecine, mais avec leur médecin traitant à leur côté. Les réponses aux questionnaires de satisfaction différaient peu en dehors des réponses aux deux questions suivantes : « J'avais l'impression que tout le monde parlait de moi mais sans s'adresser directement à moi » et « Je me sentais rassuré d'avoir mon médecin à mes côtés (médecin traitant pour le groupe télémedecine ou médecin ORL de l'hôpital local pour les patients présents). ». A la première question, les patients présents en RCP y ont plus majoritairement répondu « oui » que dans le groupe télémedecine avec une différence significative. A la deuxième question, le

groupe télé-médecine y a répondu plus souvent « oui » et ce de façon significative par rapport au groupe de patients présents. Ces éléments apparaissent intéressants puisqu'ils montrent que lorsque les patients sont présents ils souhaitent être au centre de la décision et pouvoir exprimer leur point de vue et leurs doutes à travers des interrogations posées au corps médical. Lorsque ce contact direct ne peut être établi et que la réunion se déroule sous forme d'une visioconférence, les patients souhaitent être soutenus par une personne de confiance, dans cette étude leur médecin traitant. C'est ce que confirme notre travail. En effet, nous observons une note de satisfaction globale élevée avec près de 8/10 patients satisfaits au moment de la réunion mais également à posteriori. Dans l'étude de Choy et al. (16), 91% des patients déclaraient avoir mieux compris leur maladie, 71% les traitements proposés et 84% se disaient mieux informés. Ces données sont comparables à celles de notre série avec plus de 90% des patients ayant compris les informations données en RCP et 86% des informations retenues à T1 et 78% à T2, même si à posteriori le taux de compréhension diminue en rapport probablement avec l'éloignement de la réunion. De plus, il n'apparaît pas que les patients aient été gênés par l'examen clinique ou bridés dans leurs interrogations.

L'attente avant le passage en RCP ne semble pas particulièrement désagréable aux patients de même que la présence de malades traités ou l'inconfort de la salle d'examen. Ces éléments auraient pu paraître désagréables pour des observateurs extérieurs (personnel médical et paramédical). Néanmoins, le nombre de praticiens présent dans la salle de RCP semble à posteriori apporter un dérangement non négligeable aux patients. La possibilité d'une présence du patient dans une salle d'examen dédiée avec le quorum d'examineurs et une visioconférence permettant la retransmission de l'examen dans une autre salle avec la présence d'autres

praticiens seniors ou en formation permettrait de diminuer cette gêne exprimée par les patients.

Certains éléments importants avant le passage en RCP (déroulement, possibilités thérapeutiques) semblaient bien assimilés par les patients (17). Néanmoins, seulement un peu plus de la moitié des patients connaissaient leur diagnostic avant le passage en réunion. A cela, plusieurs explications sont possibles. Certains patients venant en RCP peuvent être dans le déni ou ne pas avoir compris le diagnostic. D'autres, sont informés du caractère suspect de leur tumeur sans que l'affirmation cancéreuse ne puisse leur être donnée avant leur RCP puisque le résultat de la biopsie n'est parfois connu que le jour de la réunion. Ce choix est volontaire, pour éviter de perdre du temps et retarder la décision du protocole thérapeutique en RCP. Sachant qu'en cancérologie des VADS les patients tardent à consulter (18), l'optimisation du bilan et de la décision thérapeutique sont des priorités (19).

D'autres données sont moins systématiquement relevées durant la RCP : comme l'évaluation de la douleur et son traitement, la perte de poids et les intoxications. Ces données essentielles doivent faire partie du dossier, idéalement avant la RCP sinon doivent être demandées pendant la réunion.

Nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation de l'état d'anxiété des patients immédiatement ou un mois après la RCP ce qui rejoint l'étude de Choy et al.(16). En effet, dans cette étude il n'y avait pas de différence significative en termes d'anxiété chez les patients atteints de cancer du sein et participant à la RCP et ceux n'y étant pas. Le questionnaire d'anxiété utilisé dans la série de Choy et al. était le STAI. Dans notre étude, le questionnaire utilisé est le HAD reconnu et validé en cancérologie tête et cou pour évaluer le degré d'anxiété et de dépression (20) .

Toutefois, la participation à la RCP pourrait davantage être considérée comme un stress aigu subi par le patient pour lequel le questionnaire HAD n'est peut-être pas le plus adapté. Il n'existe pas à ce jour de questionnaire adapté à cette situation et validé en cancérologie des VADS.

Par ailleurs, notre étude a mis en évidence une augmentation significative du score total de dépression entre T1 (juste après la RCP) et T2 (un mois après la RCP). Durant cet intervalle, certains patients peuvent avoir débuté leur protocole thérapeutique ou certains soins de support, certains ont pris conscience de leur maladie cancéreuse pouvant constituer un biais dans l'interprétation de cette augmentation. En revanche, il n'existe pas de différence significative du nombre de patients présentant ou non un syndrome anxieux ou un syndrome dépressif au cours du temps. Il n'apparaît donc pas que l'état d'anxiété ou même le syndrome dépressif soient modifiés par la participation à la RCP.

Concernant le coût relatif pour la société de la présence du patient en RCP et de son organisation, peu d'études ont évalué cette question. Dans la revue de la littérature (toutes RCP confondues) de Ke et al.(21), les auteurs n'avaient pas de preuves suffisantes pour déterminer si le travail de la RCP provoquait un surcoût ou non pour la société. Dans notre travail, ces questions sont en partie explorées par le questionnaire de ressenti (Q16 à Q19). Il apparaît que peu de patients ont éprouvé des difficultés à se déplacer ou à s'organiser pour cette réunion. Près de 50% des patients ont utilisé leur véhicule personnel (pas de bon de transport). Un patient sur cinq a eu besoin de la prescription d'un bon de transport, correspondant à la moyenne observée en cancérologie des VADS même si aucune étude ne s'y est intéressée. Enfin, près d'un tiers des patients ont eu besoin d'être accompagnés par une personne ayant posé un jour de congé à cette fin. Mais ces éléments doivent

être tempérés par le fait que le patient non vu en RCP, devrait être vu, après la réunion, en consultation par son ORL référent pour lui annoncer les résultats de la RCP, et que dans ce cas le patient est fréquemment accompagné.

Le coût de la RCP en termes d'organisation est difficilement chiffrable. Le temps de préparation avant la réunion et le temps de validation sont évalués à une ½ journée respectivement. Le quorum de la RCP contraint les praticiens à une ½ journée de présence, sachant qu'une consultation en réunion, patient présent, est chiffrée à 46 euros pour le service organisateur, très en dessous du coût par praticien présent. Ces éléments nécessiteraient probablement une étude de coût/qualité ultérieure. Les modalités de la RCP sont différentes selon les départements en France métropolitaine et ultramarine avec une prédominance pour l'absence du patient, essentiellement pour des problèmes d'organisation. Il est probable que la logistique suscitée par cette réunion soit insuffisamment valorisée par la cotation. Néanmoins, la présence du patient lui apporte un bénéfice ressenti comme tel.

Un travail ultérieur, sur une plus large cohorte avec les mêmes questionnaires étoffés par de nouvelles questions, pourrait interroger le patient sur sa préférence entre être présent ou non à cette réunion après y avoir assisté une fois.

Conclusion

Le caractère obligatoire de la RCP est récent, son intérêt pour le malade et son bénéfice sur la survie des patients est démontré. Néanmoins, peu d'études se sont intéressées au ressenti du soigné en cancérologie des VADS. La satisfaction apportée par la RCP n'a été que peu explorée.

Par ce travail, il est démontré que la RCP n'est pas significativement inductrice d'anxiété et de syndrome dépressif. La satisfaction des patients est très positive. La présence d'une pluralité de domaines de compétences ne semble pas mal vécue et permet même au malade de questionner le corps médical et d'obtenir des informations claires tout en restant au centre de la décision médicale.

L'organisation de la RCP est certes chronophage, mérite des améliorations sur son déroulement et l'exhaustivité des données médicales recueillies, mais semble apporter une satisfaction importante au patient. Ces données confirment l'organisation actuelle, avec la possibilité d'introduire une visioconférence et un déroulement sur deux salles comme dans certains centres en France.

Références bibliographiques

1. Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2014;62(2):95-108.
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2008;56(3):159-75.
3. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de la Chirurgie de la Face et du Cou. Recommandation pour la pratique clinique : Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS. 2015.
4. Circulaire DHOS/SDO/2005/10102/2008/99 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. 22 Février 2005 c.
5. Shah BA, Qureshi MM, Jalisi S, Grillone G, Salama A, Cooley T, et al. Analysis of decision making at a multidisciplinary head and neck tumor board incorporating evidence-based National Cancer Comprehensive Network (NCCN) guidelines. *Pract Radiat Oncol*. août 2016;6(4):248-54.
6. Kelly SL, Jackson JE, Hickey BE, Szallasi FG, Bond CA. Multidisciplinary clinic care improves adherence to best practice in head and neck cancer. *Am J Otolaryngol*. févr 2013;34(1):57-60.
7. Mullan BJ, Brown JS, Lowe D, Rogers SN, Shaw RJ. Analysis of time taken to discuss new patients with head and neck cancer in multidisciplinary team meetings. *Br J Oral Maxillofac Surg*. févr 2014;52(2):128-33.
8. Licitra L, Keilholz U, Tahara M, Lin J-C, Chomette P, Ceruse P, et al. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. *Oral Oncol*. août 2016;59:73-9.
9. Bergamini C, Locati L, Bossi P, Granata R, Alfieri S, Resteghini C, et al. Does a multidisciplinary team approach in a tertiary referral centre impact on the initial management of head and neck cancer? *Oral Oncol*. mars 2016;54:54-7.
10. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J Clin Res Ed*. 1 févr 1986;292(6516):344.
11. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
12. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of

- multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer*. 12 avr 2011;104(8):1246-8.
13. Wang Y-H, Kung P-T, Tsai W-C, Tai C-J, Liu S-A, Tsai M-H. Effects of multidisciplinary care on the survival of patients with oral cavity cancer in Taiwan. *Oral Oncol*. sept 2012;48(9):803-10.
 14. Butow P, Harrison JD, Choy ET, Young JM, Spillane A, Evans A. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer*. 1 nov 2007;110(9):1937-44.
 15. Stalfors J, Holm-Sjögren L, Schwieler A, Törnqvist H, Westin T. Satisfaction with telemedicine presentation at a multidisciplinary tumour meeting among patients with head and neck cancer. *J Telemed Telecare*. 2003;9(3):150-5.
 16. Choy ET, Chiu A, Butow P, Young J, Spillane A. A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Breast Edinb Scotl*. avr 2007;16(2):178-89.
 17. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. How satisfied are head and neck cancer (HNC) patients with the information they receive pre-treatment? Results from the satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Oral Oncol*. août 2006;42(7):726-34.
 18. Stefanuto P, Doucet J-C, Robertson C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. avr 2014;117(4):424-9.
 19. Wheless SA, McKinney KA, Zanation AM. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. nov 2010;143(5):650-4.
 20. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. janv 1997;42(1):17-41.
 21. Ke KM, Blazeby JM, Strong S, Carroll FE, Ness AR, Hollingworth W. Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc CE*. 4 avr 2013;11(1):7.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information destinée aux patients et consentement.

<p style="text-align: center;">LETTRE D'INFORMATION</p> <p style="text-align: center;">DESTINEE AUX PATIENTS</p> <p style="text-align: center;">POUR PARTICIPATION A UNE ETUDE CLINIQUE</p>
--

Titre de la recherche : Le patient doit-il être présent physiquement en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ?

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude clinique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pouvez demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE : LA PRESENCE DU PATIENT EN REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DOIT-ELLE ETRE MAINTENUE ? COMMENT CETTE REUNION EST-ELLE RESSENTIE PAR LE PATIENT ? QUELLES AMELIORATIONS PEUVENT-ETRE APPORTEES ?

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Cette étude consiste à remplir un questionnaire avant et après la RCP. Ces questionnaires sont courts et anonymes. Ils sont à remplir avant la RCP, au décours de la RCP et 1 mois après la RCP. Les résultats permettront de définir l'anxiété du patient engendrée par la RCP ainsi que le ressenti général du patient vis-à-vis de cette réunion.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et , en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur MOUAWAD .conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr , tél :

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche : Le patient doit-il être présent physiquement en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ?

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude : **Le patient doit-il être présent physiquement en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ?**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr.....(nom et prénom du médecin).

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr MOUAWAD.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma

participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 2 : Questionnaire évaluant le ressenti et la satisfaction des patients quant à la RCP.

3 premières lettres de votre Nom : _ _ _

3 premières lettres de votre Prénom : _ _ _

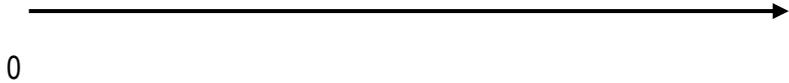


Questionnaire d'évaluation du ressenti des patients au décours de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des cancers des Voies Aériennes Digestives et Supérieures.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre satisfaction ainsi que votre ressenti concernant la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dont vous venez de bénéficier.

Veuillez barrer les questions qui ne vous concernent pas. Vos réponses seront anonymes.

	Oui	Non
Q1/ L'attente avant de rentrer dans la salle de RCP vous a-t-elle paru longue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2/ Avez-vous été perturbé par la présence en salle d'attente de patients ayant déjà bénéficié d'un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3/ L'attente du jour de la RCP est-il stressant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Q4/ Aviez-vous été informé du déroulement de la RCP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Q5/ Aviez- vous été informé du diagnostic avant la RCP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Q6/ Aviez-vous été informé des différentes possibilités de traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Q7/ Avez-vous trouvé la salle de consultation appropriée (confort, bruit...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi?		
	Oui	Non
Q8/ Les principaux représentants de l'équipe médicale se sont-ils présentés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Q9/ Avez-vous été impressionné ou gêné par le nombre de personnes en RCP ?		
		
Mode d'emploi : Pour répondre, il vous suffit de faire une croix sur la flèche au niveau duquel se situe votre gêne.		
	Oui	Non
Q10/ L'examen clinique devant tous ces représentants du corps médical vous a-t-il gêné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Q11/ Les informations qui vous ont été apportées ont-elles été toutes comprises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q12/ Le vocabulaire employé par les médecins était-il compréhensible ?

Oui Non

Q13/ Quel pourcentage des informations avez-vous retenu ?



100%

Mode d'emploi : Pour répondre, il vous suffit de faire une croix sur la flèche au niveau duquel se situe le pourcentage d'informations retenues.

Q14/ Avez-vous pu poser vos questions ?

Oui Non

Q15/ Quel est votre satisfaction globale concernant la RCP ?



0 10

Mode d'emploi : Pour répondre, il vous suffit de faire une croix sur la flèche au niveau duquel se situe votre niveau de satisfaction.

Q16/ Par quel mode de transport vous êtes-vous rendu à cette RCP ?

Ambulance VSL taxi Véhicule personnel Transport en commun

	Oui	Non
Q17/ Un bon de transport vous a-t-il été remis à la fin de la réunion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18/ Etait-ce difficile en terme d'organisation de vous rendre à cette réunion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q19/ Un membre de votre entourage a-t-il dû poser un jour de congé pour vous accompagner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q20/ Vous a-t-on interrogé sur votre poids ou vous a-t-on pesé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q21/ Votre douleur a-t-elle été évaluée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22/ Vous a-t-on remis une ordonnance pour un traitement contre la douleur durant la réunion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23/ Vous a-t-on interrogé sur votre consommation de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24/ Vous a-t-on interrogé sur votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires libres

Merci pour vos réponses et le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions de bien vouloir remettre ce questionnaire rempli à une infirmière avant votre sortie.

Annexe 3 : Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014

© Haute Autorité de Santé – 2014

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses

qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque

chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1

- Vraiment moins qu'avant 2

- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3

- Assez souvent 2

- Occasionnellement 1

- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3

- Rarement 2

- Assez souvent 1

- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien

faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0

- Oui, en général 1

- Rarement 2

- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3

- Très souvent 2

- Parfois 1

- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai**l'estomac noué**

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour

chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370.

Traduction française : J.F. Lépine.

Annexe 4 : Forfait kilométrique et coût de chaque transport.

Tarifs des transports sanitaires par VSL (tarifs en euros applicables au 1 ^{er} janvier 2015)	
Forfait départemental zone B	13,45
Prise en charge	15,58
Tarif kilométrique	0,89
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	6,26
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	6,05
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	5,53
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	5,00
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	4,48
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	3,96
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	3,44
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	2,92
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	2,40
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	1,88
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	1,36
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	0,83

Tarifs des transports sanitaires par ambulance (tarifs en euros applicables au 1 ^{er} février 2013)	
Forfait départemental	51,30
Forfait agglomération	57,37
Prise en charge	64,30
Tarif kilométrique	2,19
Valorisation trajet court ≤ 5 km parcourus	7,00
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	5,50
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4,00
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,50

Moyen de transport individuel

Les frais de transport en véhicule personnel sont remboursés à 65 % sur la base du tarif kilométrique en vigueur : tarif fixé à 0,30€ /km (arrêté du 30 mars 2015).

Transport en commun

Les frais de transport en commun sont remboursés à 65 %, soit sur la base du prix d'un ticket de métro ou des dépenses engagées pour un transport en métro, RER, tramway, autobus, autocar, soit sur la base d'un billet de 2e classe pour un transport en train.

AUTEUR : Nom : CHAILLOU

Prénom : Diane

Date de Soutenance : 14 juin 2017

Titre de la Thèse : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures : le vécu du patient.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervicofaciale

DES + spécialité : Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervicofaciale

Mots-clés : Réunion de concertation Pluridisciplinaire, cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures, patients présents, vécu du patient, anxiété, dépression, coût.

Résumé :

Contexte : Dans la littérature, il est montré que la RCP permet une amélioration de la survie globale et une réduction du délai de prise en charge des patients atteints de cancers des VADS. Aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des patients qui assistent à une telle réunion. Nous voulions donc répondre à deux questions. Cette réunion a-t-elle un impact anxio-dépressif sur les patients présents et quelle est leur satisfaction au terme de celle-ci.

Patients et Méthodes : Seuls étaient inclus dans ce travail, les patients présents en RCP ayant accepté de participer à l'étude et ayant complètement rempli l'ensemble des questionnaires. Le questionnaire HAD (évaluation de l'anxiété et de la dépression) et un questionnaire de satisfaction étaient remplis par le patient à différents temps : T0 avant la RCP, T1 au décours de la RCP et T2 à 1 mois de la RCP pour le questionnaire HAD et à T1 et T2 pour le questionnaire de satisfaction.

Résultats : Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients anxieux en fonction des temps T0 et T1 ($p=0,6085$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$). Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients dépressifs en fonction des temps T0 et T1 ($p=0,9397$), T0 et T2 ($p=1$) et T1 et T2 ($p=1$). La satisfaction moyenne des patients, au sujet de la RCP, était élevée (Q15 : 8,7/10 à T1 et 7,7/10 à T2) mais était significativement modifiée avec un score qui diminuait entre T1 et T2 ($p=0,0009<0,05$). En effet, à T1, la satisfaction globale était de 8,7/10 en moyenne (écart-type de 1,8 et une médiane de 9,3) et de 7,7/10 à T2 (écart-type de 2,3 et médiane de 8,2). Le pourcentage d'informations retenues (Q13) par les patients était significativement diminué entre T1 (86% des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 94%) et T2 (78% des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 81%) ($p=0,03$).

Conclusion : La RCP ne semble ni créer ni majorer d'anxiété ou de syndrome dépressif préexistant. L'organisation de la RCP est certes chronophage, mérite des améliorations sur son déroulement mais semble apporter une satisfaction importante au patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe Vincent

Monsieur le Docteur Geoffrey Mortuaire

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur François Mouawad

