

Table des matières

I. Introduction	3
1.1. Contexte épidémiologique sur le cancer à Paris.....	3
1.2. Présentation du dispositif Paris après le cancer.....	3
1.3. Objectifs de l'évaluation.....	4
1.4. Méthodologie.....	4
II. Analyse quantitative descriptive	4
2.1. Population générale (n = 611).....	4
2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	5
2.1.2. Cancer et précarité (CSS).....	5
2.2. Patients - fin de parcours (n=221).....	6
2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	6
2.2.2. Cancer et précarité (CSS).....	7
2.2.3. Analyse des prescriptions.....	7
2.3. Patients - non intégrés (n=66).....	9
2.3.1. Caractéristiques socio démographiques.....	10
2.3.2. Cancer et précarité (CSS).....	10
2.3.3. Analyse des prescriptions.....	11
2.3.4. Comparaison fin de parcours vs non intégrés.....	12
2.4. Patients – arrêt de parcours (n=100).....	13
2.4.1. Caractéristiques socio démographiques.....	13
2.4.2. Cancer et précarité (CSS).....	14
2.4.3. Analyse des prescriptions.....	15
2.4.4. Comparaison fin de parcours vs arrêt de parcours.....	17
III. Analyse des questionnaires de satisfaction (T0 et T1)	19
3.1. Objectifs et méthodologie.....	19
3.2. Résultats au T0 (entrée dans le dispositif).....	20
3.2.1. Résultats du questionnaire– ensemble des patients (n=138 patients).....	23
3.2.2. Fin de parcours (n=92 patients).....	21
3.2.3. Arrêt de parcours (n=17 patients).....	21
3.2.4. Comparaison entre groupes au T0.....	22
3.3. Résultats au T1 (à la fin du parcours).....	23
3.3.1. Résultats du questionnaire– ensemble des patients (n=136 patients).....	23
3.3.2. Fin de parcours (n=91 patients).....	24
3.3.3. Arrêt de parcours (n=17 patients).....	25
3.3.4. Comparaison entre groupes au T1.....	26
3.4. Analyse d'impact : évolution T0 → T1.....	27
IV. Analyse qualitative des réponses ouvertes	30
4.1. Analyse globale (T0).....	29
4.2. Analyse globale (T1).....	30
4.3. Analyse qualitative – arrêt de parcours (T1).....	33
4.4. Analyse qualitative – professionnels de santé.....	35
V. Hypothèses explicatives – Analyse des fins et arrêts de parcours	36

VI. Limites, obstacles et recommandations.....	38
6.1. Limites méthodologiques de l'étude.....	38
6.2. Obstacles identifiés au sein du dispositif.....	38
6.3. Recommandations pour améliorer le dispositif.....	40
VII. Annexe.....	41
VIII. Bibliographie.....	63

I. Introduction

1.1. Contexte épidémiologique sur le cancer à Paris

Le cancer est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en France. En 2023, on estime à 433 136 le nombre de nouveaux cas (245 610 chez les hommes et 187 526 chez les femmes), selon l'Institut national du cancer (INCa). Près de 3,8 millions de personnes vivent actuellement avec la maladie. Depuis 30 ans, le nombre de nouveaux cas augmente chaque année, en raison notamment du vieillissement de la population et de l'amélioration des dépistages.

Les chiffres suivants concernent l'ensemble du territoire français :

- Chez les femmes : cancer du sein (61 214 cas), cancer colorectal (21 370), cancer du poumon (19 339)
- Chez les hommes : cancer de la prostate (59 885), cancer du poumon (33 438), cancer colorectal (26 212)

En termes de mortalité, le cancer du poumon est le plus létal, avec environ 20 500 décès chez les hommes et 9 900 chez les femmes, suivi des cancers colorectaux et du sein. La survie nette à 5 ans varie fortement selon le type de cancer : 93 % pour la prostate, 88 % pour le sein, 20 % pour le poumon.

À Paris et en Île-de-France, les taux d'incidence sont globalement plus élevés que la moyenne nationale, en particulier pour les cancers du sein, du poumon et colorectal. Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs : densité urbaine, expositions environnementales, inégalités sociales et différences de recours aux soins.

1.2. Présentation du dispositif *Paris après le cancer*

Lancé en 2022, le dispositif Paris après le cancer est un programme de soins de support destiné aux personnes ayant terminé leurs traitements actifs (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, immunothérapie, thérapies ciblées, hormonothérapie). Il a pour objectif de faciliter le retour à une vie personnelle, sociale et professionnelle équilibrée après la maladie.

Ce dispositif est financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS Île-de-France), et repose sur une coordination pluriprofessionnelle. Il est mis en œuvre par plusieurs partenaires institutionnels et associatifs, dont :

La Fondation Cognacq-Jay, Le DAC HumanEst et La Ligue contre le cancer – Comité de Paris.

Le parcours comprend trois soins de support possibles : l'activité physique adaptée (APA), la diététique et le soutien psychologique (PSY). L'accompagnement est soumis à prescription médicale.

1.3. Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation vise principalement à mesurer l'impact du dispositif et de comprendre les freins à l'adhésion, notamment pourquoi certains patients éligibles n'intègrent pas le dispositif, malgré une communication structurée.

1.4. Méthodologie

Trois sous-populations de patients ont été analysées :

- Les patients ayant terminé le parcours, désignés dans la suite du rapport comme le groupe « fin de parcours » (groupe témoin ou groupe contrôle).
- Les patients ayant interrompu leur parcours, désignés comme le groupe « arrêt de parcours » (groupe de traitement ou groupe expérimental).
- Les patients n'ayant pas intégré le dispositif, désignés comme le groupe « pas intégrés » (groupe de traitement ou groupe expérimental).

Le travail repose sur :

- Une analyse quantitative descriptive (âge, sexe, CSS, pathologies, traitements, soins prescrits/réalisés),
- Des comparaisons entre groupes avec tests de différences significatives,
- Une analyse du questionnaire de satisfaction (avant et après le parcours, ainsi qu'une analyse des verbatims),
- Le test d'hypothèses à la fois quantitatives et qualitatives.

Les données analysées dans le cadre de ce rapport sont celles enregistrées dans le fichier de suivi des patients du dispositif Paris Après Cancer, disponibles jusqu'au 11 avril 2025. Toute information ajoutée après cette date n'a pas été prise en compte dans l'analyse.

II. Analyse quantitative descriptive

2.1. Population générale (n = 611)

Nombre total de demandes reçues : 786 patients

- 175 patients ont été orientés vers d'autres départements (référés hors Paris)
- 611 patients à Paris (toutes situations confondues : intégrés, non intégrés, suivis, arrêtés et fin de parcours).

L'analyse quantitative générale présentée dans ce rapport porte exclusivement sur les 611 patients suivis à Paris incluant les cas avec données manquantes (NA). Ce choix a été retenu pour conserver la cohérence globale des proportions, des tests statistiques et des comparaisons intergroupes menées sur la même population de référence.

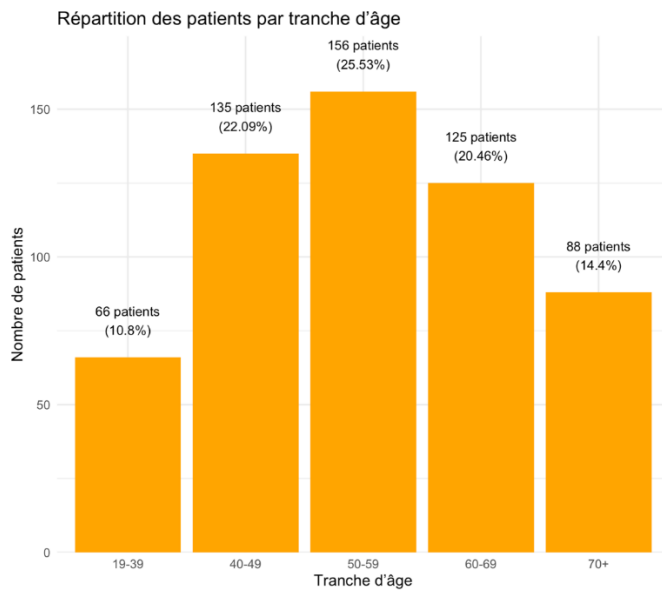
2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Age

Parmi les 611 patients parisiens inclus dans l'analyse, 41 ne disposent pas d'information sur l'âge, soit 6,71 % de données manquantes.

- Moyenne : 54.71 ans (min : 18 ans, max : 93 ans)

Constat : La moyenne d'âge des patients (55 ans) correspond à une population encore active.



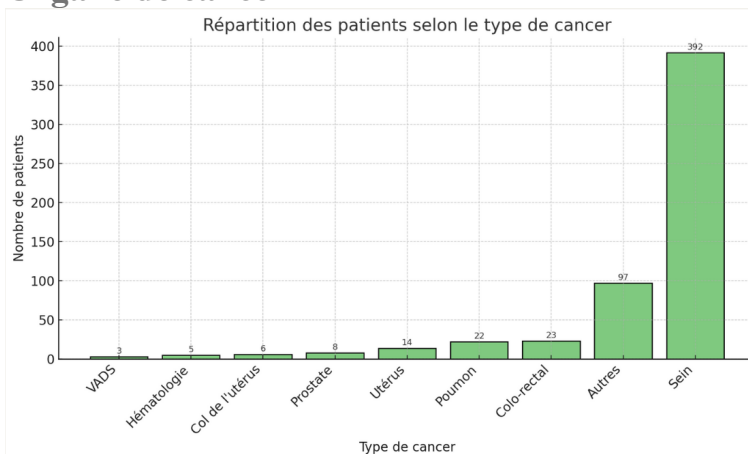
La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans : 156 patients (25.53%)

Sexe

- Femmes : 555 patients (90.8%)
- Hommes : 48 patients (7.85%)
- NA : 8 patients (1.30%)

2.1.2. Cancer et précarité (CSS)

Organe de cancer



Le cancer du sein est de loin le plus représenté (64, 16 %), ce qui oriente fortement le profil des patients vers une population féminine. Les autres types de cancer sont très minoritaires.

La modalité "Autre" regroupe 20 types de cancers distincts, moins représentés dans l'échantillon. Les plus fréquentes sont : le cancer de l'ovaire (9 patients), de la thyroïde (7 patients), de l'endomètre (6 patients), du foie (3 patients), du pancréas (2 patients), de l'estomac (2 patients), du rein (2 patients), de l'os (2 patients), des testicules (2 patients) et de l'œsophage (2 patients). D'autres localisations plus rares sont également incluses, mentionnées une seule fois chacune : clavicule, abdomen, anal, vessie, pelvis, amygdales, peau, genou, cuisse et mollet. Ce regroupement reflète la diversité des situations cliniques rencontrées.

CSS

- Patients sans CSS : 463 patients (75.78 %)
- Patients avec CSS : 35 patients (5.72 %)
- NA : 113 (18.49%)

Seule une minorité de patients (environ 6 %) bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), une aide publique permettant la prise en charge des dépenses de santé des personnes à faibles revenus. Ce chiffre suggère que le dispositif touche majoritairement une population relativement moins exposée à la précarité.

Constat : Donc on observe par que la majorité des patients sont des femmes âgées de 50 à 59 ans, atteintes d'un cancer du sein et non couvertes par la CSS.

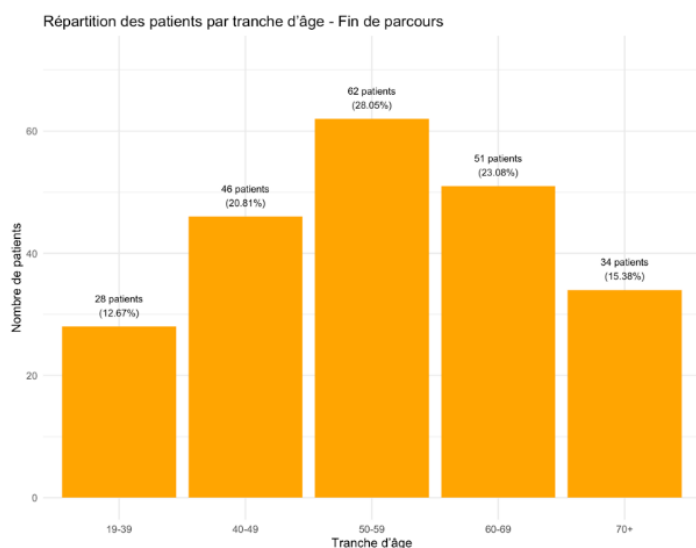
Une analyse plus fine des prescriptions, des écarts entre prescriptions et soins réellement suivis, ainsi que du profil des prescripteurs sera réalisée dans les parties suivantes, dédiées à chaque sous-population de patients.

2.2. Patients - fin de parcours (n=221)

2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Age

- Moyen : 55 ans (min : 19 ans, max : 93 ans)



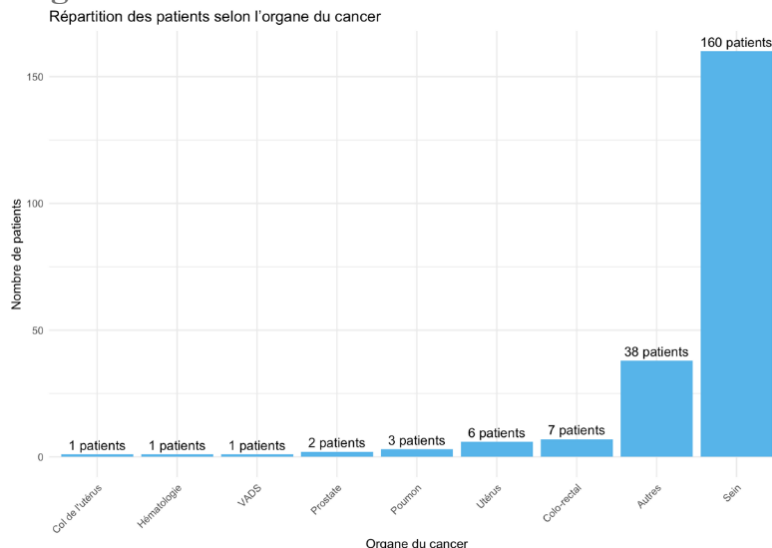
La tranche d'âge la plus représentée est 50 – 59 ans : 62 patients (28.05%)

Sexe

- Femme : 208 patients (94,12%)
- Homme : 13 patients (5.88%)

2.2.2. Cancer et précarité (CSS)

Organe de cancer



La majorité des bénéficiaires sont des femmes, ce qui s'explique notamment par la forte représentation du cancer du sein dans le dispositif.

CSS

- Patients sans CSS : 204 patients (92.30 %)
- Patients avec CSS : 13 patients (5.88%)
- NA : 4 patients (1.80%)

Constat : La majorité sont des femmes entre 50-59 ans touchées par le cancer de sein. Seule une minorité de patients (environ 6%) bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), ce qui peut signaler une sous-représentation des patients précaires ou des barrières à l'accès pour ces publics.

2.2.3. Analyse des prescriptions

L'analyse porte à la fois sur le profil des prescripteurs, les écarts entre soins prescrits et réalisés, ainsi que sur les combinaisons les plus courantes. L'objectif est d'identifier dans quelle mesure les types de médecins orientent les patients, et d'observer les ajustements opérés en cours de parcours.

a. Profil du prescripteur

- Cancérologues : 178 patients (80,54 %),
- Médecins traitants : 43 patients (19,45%).

Ce sont majoritairement les oncologues qui orientent les patients vers le dispositif.

b. Ecart de combinaison selon le type de médecin

- Cancérologues : 65,17 % identique / 34,83 % différente.
- Médecins traitants : 62,79 % identique / 37,21 % différente.

Constat : Les écarts sont globalement proches entre les deux types de prescripteurs, ce qui indique que la variabilité ne dépend pas directement du type de médecin.

c. Combinaisons prescrites

Certaines combinaisons de soins sont prescrites beaucoup plus fréquemment que d'autres (*voir Annexe 3 – Figure 1*).

Les plus fréquentes :

- BAPA+BDIET+4DIET : 46 prescriptions (20,81 %)
- BAPA seul : 43 (19,45 %)
- BDIET+6DIET : 35 (15,83 %)

Constat : La diététique est très présente dans les prescriptions, souvent avec plusieurs séances. En revanche, les soins psychologiques (BPSY) sont moins fréquemment prescrits, ce qui peut traduire un moindre relais de ce partenaire ou une priorité accordée à d'autres soins.

d. Combinaisons finales

Les combinaisons finales correspondent aux soins que les patients ont choisis de suivre, après échange avec l'équipe du dispositif (*voir Annexe 3 – Figure 2*).

Les plus fréquentes :

- BAPA+BDIET+4DIET : 50 (22,62 %)
- BDIET+6DIET : 45 (20,36 %)
- BAPA+BPSY+4PSY : 23 (10,4 %)

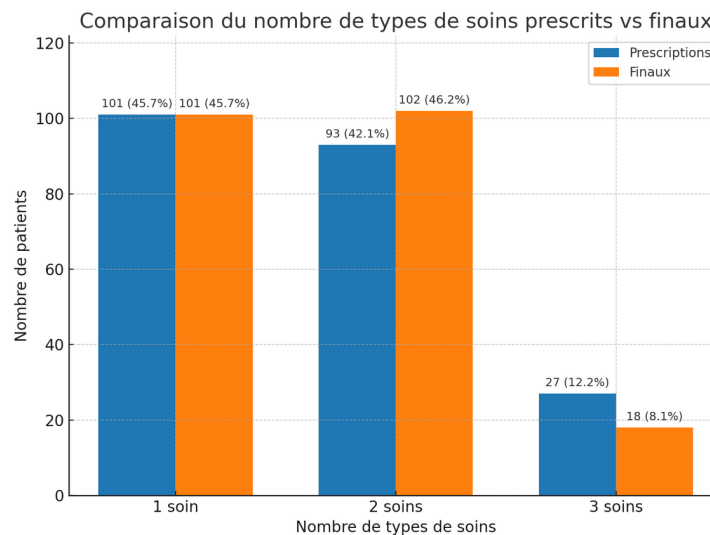
Constat : On note ici une mobilisation plus importante de la psychologie dans les soins réellement suivis, contrairement aux prescriptions initiales. La diététique et l'activité physique adaptée (APA) figurent ainsi parmi les composantes les plus fréquemment sollicitées.

e. Ecart de combinaisons prescrites et finales

Constat : Environ un tiers des patients terminent leur parcours avec une combinaison différente de celle initialement prescrite (*voir Annexe 4 – Figure 1*) Cela reflète des ajustements en cours de parcours, qui peuvent être liés à des absences, des contre-indications, ou encore à des choix personnels.

a. Nombre de soins prescrits vs finales

Nous avons comparé le nombre de soins prescrits initialement par les professionnels de santé avec le nombre de soins effectivement réalisés par les patients. Les combinaisons finales indiquent les soins réellement choisis par les patients, après échange avec la coordinatrice de parcours.



Les professionnels prescrivent en majorité un seul soin. Pourtant, une part importante des patients choisit finalement d'en suivre deux, après échange avec la coordination. À l'inverse, les parcours à trois soins sont peu prescrits et encore moins souvent choisis. Il semble donc essentiel de privilégier des parcours plus progressifs et adaptables, en fonction du rythme et des besoins de chacun.

2.3. Patients - non intégrés (n=66)

Remarque préalable

Avant de présenter l'analyse quantitative de la population non intégrée, il convient de préciser que deux sous-groupes ont été exclus :

- Quatre femmes ayant exprimé le souhait d'intégrer le dispositif, mais dont les traitements médicaux n'étaient pas encore terminés,
- Dix-huit patients souhaitant également rejoindre le parcours, mais n'ayant pas encore reçu de prescription de soins de support.

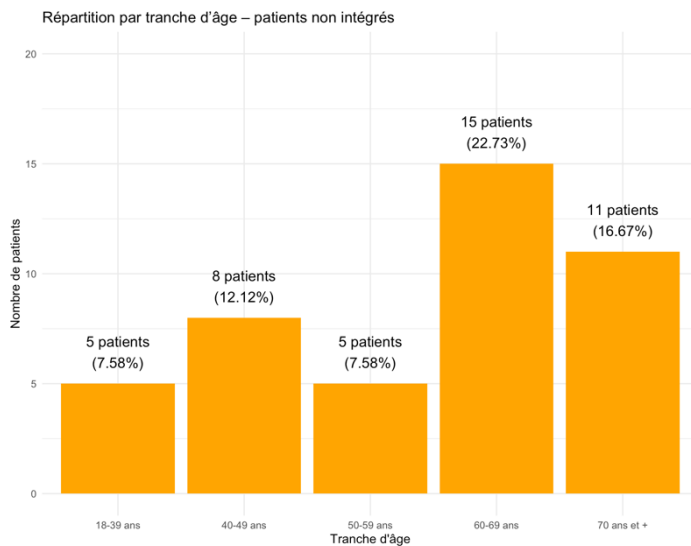
Ces profils n'ont pas été retenus car leur statut est intermédiaire. Ils ne répondent pas strictement aux critères définissant la population « non intégrée », à savoir : des patients ayant reçu une prescription, mais n'ayant engagé aucun soin.

Ainsi, l'analyse porte exclusivement sur les patients ayant reçu une prescription sans jamais débiter de prise en charge. Les patients sans prescription ou ayant amorcé un parcours sans le poursuivre ne sont pas inclus.

2.3.1 Caractéristiques socio démographiques

Age

- Moyenne : 58.98 (min : 25, max : 83)



La tranche d'âge la plus représentée est celle des 60-69 ans : 15 patients (22.73%)

NA : 22 patients n'avaient pas de tranche d'âge renseignée, soit 33,3 % de l'ensemble des 66 patients non intégrés.

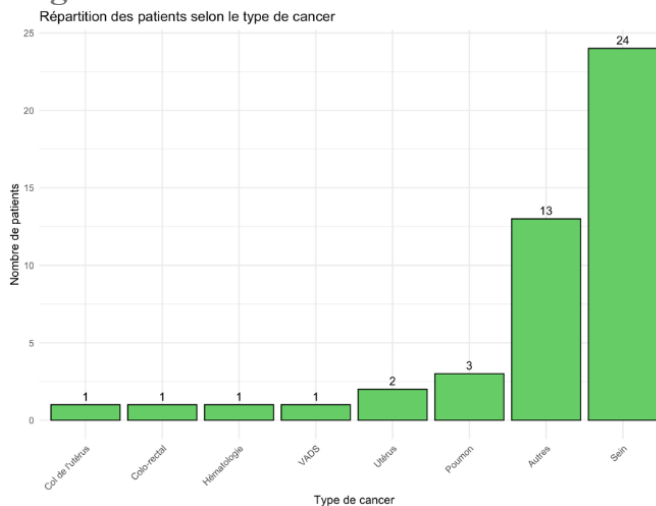
Sexe

- Femme : 52 patients (78.79%)
- Homme : 9 patients (13.63%)
- NA : 5 patients (7.57%)

Constat : Les femmes représentent une très large majorité (près de 79 %) parmi les patients n'ayant pas intégré le parcours. Les hommes sont minoritaires (13,63 %).

2.3.2. Cancer et précarité (CSS)

Organe de cancer



CSS

- Patients sans CSS : 24 patients (36,37 %)
- Patients avec CSS : 0 patient (0,00 %)
- NA : 42 patients (63,64%)

2.3.3. Analyse des prescriptions

a. Profil du prescripteur

- Cancérologues : 44 patients (environ 66.67 %)
- Médecins traitants : 8 patients (environ 12.13 %)
- NA : 14 patients (21.22%)

b. Combinaisons prescrites & Combinaisons finales

Les combinaisons renseignées reflètent une intention initiale d'intégration au dispositif, exprimée à travers une prescription ou une orientation. Chez les patients n'ayant pas intégré le parcours, la combinaison la plus fréquemment proposée est **BAPA + BDIET + 4DIET**, suivie de combinaisons associant **APA et PSY**.

Ces choix traduisent une préférence pour des soins axés sur la **forme physique**, tandis que les soins psychologiques occupent une place plus secondaire. (*Annexe 3, Figures 3 et 4*)

2.3.4. Comparaison fin de parcours vs non intégrés

- Les patients du groupe « fin de parcours » sont en moyenne moins âgés (55 ans contre 59 ans chez les non intégrés).
- Les **hommes** sont plus représentés parmi les patients non intégrés (14 %) que dans le groupe « fin de parcours » (6 %).
- 6 % des patients ayant terminé le parcours bénéficient de la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**, contre 0 % chez les non intégrés.
- Les **médecins traitants** prescrivent plus souvent aux patients du groupe « fin de parcours » (19,4 %) qu'à ceux n'ayant pas intégré le dispositif (12,1 %).

a. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Fin de parcours (n=221)	Non intégrés (n=66)	Observation
Âge moyen	55 ans	59 ans	Les patients non intégrés sont en moyenne plus âgés, ce qui pourrait refléter une moindre adhésion ou des freins logistiques.
Sexe (femmes)	94,12%	78,79%	Moins de femmes dans le groupe non intégré.
CSS (avec CSS)	5,88%	0% (mais 63,6% NA)	Faible représentation des bénéficiaires de la CSS ; prudence à cause des données manquantes.

b. Prescripteurs

Type de prescripteur	Fin de parcours	Non intégrés
Cancérologue	80,56 %	66,67 %
Médecin traitant	19,45 %	12,13 %
NA	0 %	21,20 %

Constat : Les non intégrés sont plus souvent orientés par des oncologues.

c. Écart entre combinaisons prescrites vs finales

L'analyse des écarts entre les combinaisons prescrites et celles effectivement choisies est présentée en *Annexe 4 – Figure 2*.

Constat : Même parmi les patients non intégrés, on observe une part importante d'écarts entre la prescription initiale et la combinaison finalement choisie.

Le croisement de ces écarts avec le profil du prescripteur met en évidence des différences notables :

- Oncologues : 50 % identique, 50 % différente.
- Médecins traitants : 11,1 % identique, 88,9 % différente.

Cela suggère que les prescriptions des médecins traitants sont majoritairement respectées, contrairement à celles des oncologues, qui sont plus fréquemment modifiées. Ces écarts peuvent s'expliquer par des ajustements réalisés après échange entre le patient et la coordination, ou par le fait que certains patients ne souhaitent pas suivre l'ensemble des soins prescrits, en raison de préférences personnelles, de contraintes de temps ou de fatigue.

Parmi les 14 combinaisons prescrites identifiées, les plus fréquentes sont :

- BAPA+BDIET+BPSY+1PSY+1DIET
- BAPA
- BDIET+BPSY+4PSY

d. Interprétation

- Les patients non intégrés sont en moyenne plus âgés, moins souvent orientés par des médecins traitants, et ne rejoignent pas le dispositif malgré des prescriptions similaires à celles des patients ayant terminé le parcours.
- La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) est rarement renseignée, sa sous-représentation parmi les bénéficiaires pourrait traduire une difficulté d'accès pour les publics précaires.

e. Tests de différence statistique

Rappel :

Règle générale :

p-value :

$p < 0.05$ → Résultat significatif (on rejette l'hypothèse nulle H_0)

$p \geq 0.05$ → Résultat non significatif (on ne rejette pas H_0)

Afin d'évaluer s'il existe des différences significatives entre les patients ayant terminé le parcours et ceux ne l'ayant pas intégré, plusieurs tests statistiques ont été réalisés sur les variables clés : âge, sexe, CSS, type de prescripteur, nombre de soins prescrits et nombre de soins réalisé.

Test réalisé	Hypothèse testée	Résultat	Interprétation
Wilcoxon (âge)	Les patients "pas intégrés" sont-ils plus âgés ?	$p = 0.1385$	✗ Pas de différence significative d'âge
Chi ² (sexe)	Les hommes sont-ils plus nombreux chez les non intégrés ?	$p = 0.0436$	✓ Oui, différence significative (plus d'hommes chez les non intégrés)
Chi ² (CSS)	Les non intégrés ont-ils moins souvent la CSS ?	$p = 0.4493$	✗ Pas de différence significative sur la CSS (attention : beaucoup de données manquantes)
Chi ² (profil prescripteur)	Le type de prescripteur diffère-t-il selon le groupe ?	$p = 0.3546$	✗ Pas de différence significative entre cancérologue et MT

Constat : Parmi les variables testées, seule la variable **sexe** présente une différence statistiquement significative entre les groupes "fin de parcours" et "pas intégrés" ($p = 0,043$). Cela suggère que les hommes intègrent moins fréquemment le dispositif que les femmes. Les autres variables (âge, CSS, type de prescripteur) **ne présentent pas de différences significatives**, bien que certaines tendances soient visibles (ex. : patients légèrement plus âgés dans le groupe non intégré).

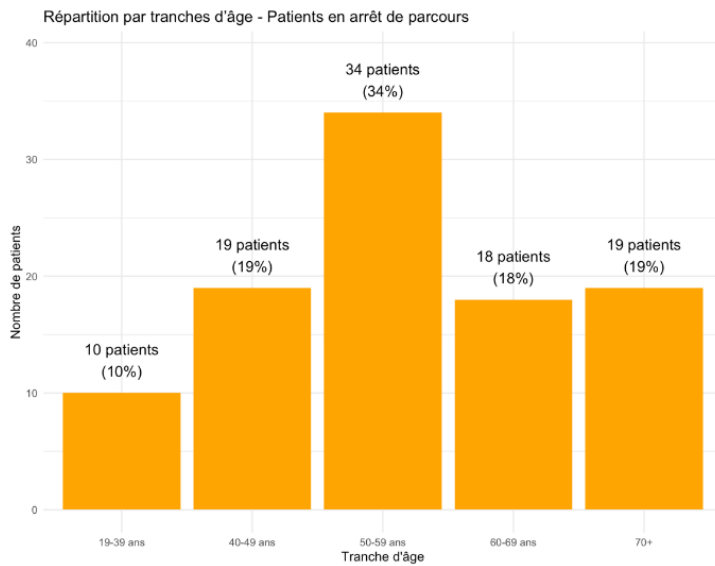
Il conviendrait d'explorer davantage les **freins qualitatifs** à l'intégration.

2.4. Patients – Arrêt de parcours (n=100)

2.4.1. Caractéristiques socio démographiques

Age

- Moyenne : 56.26 ans (min : 24 ; max : 87 ans)



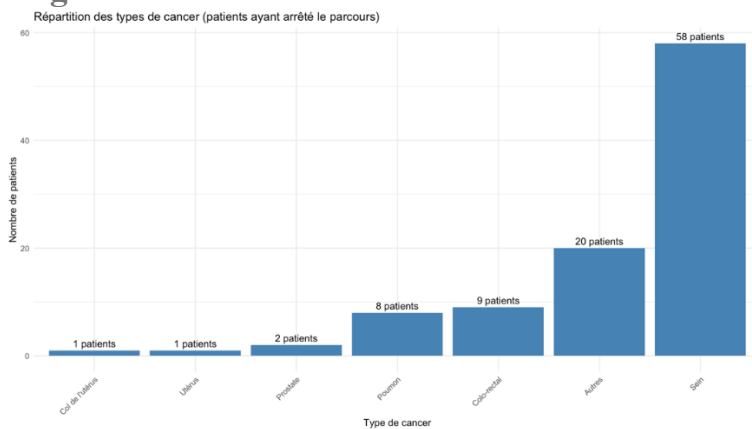
La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans : 34 patients (34%)

Sexe

- Femme : 89 patients (89%)
- Hommes : 11 patients (11 %)

2.4.2. Cancer et précarité (CSS)

Organe de cancer



CSS

- Patients sans CSS 81 patients (81 %)
- Patients avec CSS : 3 patients (3 %)
- NA : 16 patients (16%)

Constat : On observe une forte majorité de femmes et une très faible proportion de patients de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), ce qui est similaire aux autres populations étudiées.

2.4.3. Analyse des prescriptions

a. Profil du prescripteur

- Cancérologue : 84 prescriptions (84 %)
- Médecin traitant : 16 prescriptions (16 %)

Les patients ayant arrêté ont majoritairement été orientés par des oncologues.

b. Combinaisons prescrites

Combinaisons les plus fréquemment prescrites :

- BAPA + BDIET + 4DIET : 36,4 %
- BDIET + 6DIET : 18,2 %
- BAPA + BPSY + 4PSY : 12,5 %
- BAPA + BDIET + 1DIET + BPSY + 1PSY : 10,2 %
- BPSY + 6PSY : 9,1 %

(Annexe 3 – Figure 5)

c. Combinaisons finales

Les plus fréquentes :

- BAPA + BDIET + 4DIET : 42,0 %
- BDIET + 6DIET : 25,0 %
- BAPA + BPSY + 4PSY : 12,5 %
- BPSY + 6PSY : 8,0 %

On note une bonne correspondance entre les prescriptions initiales et les réalisations finales, bien que certaines soient probablement interrompues en cours de parcours, expliquant les écarts.

(Annexe 3 – Figure 6)

d. Ecart entre combinaisons prescrites vs finales

- Identique : 68,2 % (60 patients)
- Différente : 31,8 % (28 patients)
- NA : 12 patients

(Annexe 4 – Figure 3).

Environ 1 patient sur 3 n'a pas suivi entièrement la combinaison initialement prescrite, ce qui est cohérent avec une dynamique d'abandon progressif du parcours.

e. Ecart selon le type de prescripteur

Profil du prescripteur

	Différente	Identique
Cancérologue	33,3 %	66,7 %
Médecin traitant	23,1 %	76,9 %

L'analyse suggère que l'arrêt du parcours ne résulte pas d'un rejet spontané des soins, mais plutôt d'un **décalage entre la perception initiale et la réalité du dispositif**. La combinaison initiale est en effet définie conjointement par le patient et le médecin, sur la base d'une prescription médicale. Toutefois, plusieurs verbatims suggèrent que ce choix repose parfois sur une **compréhension partielle** du contenu réel des soins proposés. Ce manque de clarté, ou de projection concrète sur le déroulement des séances, peut fragiliser l'adhésion initiale et conduire à un désengagement progressif ou immédiat. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer la phase d'orientation : **mieux informer sur les modalités concrètes des soins, accompagner davantage la co-construction du parcours, et vérifier la compréhension des propositions** faites.

Pour approfondir ces premiers enseignements, une enquête qualitative complémentaire, menée sous forme d'entretiens semi-directifs ou questionnaire ciblé pourrait permettre d'identifier plus finement les leviers d'amélioration de l'orientation et les points de rupture du parcours.

f. Répartition des combinaisons de soins réellement suivis :

La majorité des patients ne commencent qu'un ou deux soins.
Les combinaisons les plus fréquentes sont :

- BDIET : 13 patients (13,4 %)
- BDIET + 2DIET : 12 patients (12,4 %)
- BDIET + 4DIET : 8 patients (8,2 %)
- BDIET + 3DIET : 7 patients (7,2 %)
- BAPA : 6 patients (6,2 %)

Combinaison réelle	Nombre de patients	Pourcentage (%)
BDIET	13	13,4 %
BDIET + 2 DIET	12	12,4 %
BDIET + 4 DIET	8	8,2 %
BDIET + 3 DIET	7	7,2 %
BAPA	6	6,2 %
BDIET + 1 DIET	6	6,2 %
BAPA + BDIET + 1 DIET	5	5,2 %
BAPA + BDIET + 3 DIET	4	4,1 %
BPSY + 4 PSY	4	4,1 %
BAPA + BDIET	3	3,1 %

2.4.4. Comparaison fin de parcours vs arrêt de parcours

- Les patients du groupe « fin de parcours » sont **légèrement plus jeunes** en moyenne (55 ans contre 56 ans chez les non intégrés).
- Les **hommes** sont moins représentés dans le groupe « fin de parcours » (5,9 %) que dans le groupe « arrêt de parcours » (10,2 %).
- Les **prescriptions par les médecins traitants** sont plus fréquentes chez les patients ayant terminé (19,4 %) que chez ceux ayant arrêté (14,8 %).
- Les patients ayant terminé le parcours présentent une **répartition équilibrée** des soins suivis (45 % un soin, 45 % deux soins), tandis que ceux ayant arrêté ont majoritairement commencé **un seul soin** (69 %).
- Les **écarts entre prescriptions et soins réellement suivis** sont **plus fréquents** chez les patients ayant arrêté, notamment pour les **prescriptions des médecins traitants** (23 % d'écarts).

a. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Fin de parcours (n=221)	Arrêt de parcours (n=100)	Observation
Âge moyen	55 ans	56,26 ans	Très faible écart d'âge entre les deux groupes.
Sexe (femmes)	94,12 %	89 %	Légère baisse du % de femmes dans le groupe « arrêt ».
CSS (avec CSS)	5,88 %	3 %	Faible proportion de bénéficiaires de la CSS dans les deux groupes.

b. Prescripteurs

Type de prescripteur	Fin de parcours	Arrêt de parcours
Cancérologue	80,56 %	84 %
Médecin traitant	19,45 %	16 %

Observation : Les deux groupes sont majoritairement orientés par des oncologues. Les médecins traitants restent minoritaires.

c. Écart entre prescriptions et soins réalisés

Prescripteur	Taux d'écart (fin de parcours)	Taux d'écart (arrêt de parcours)
Cancérologue	34,83 %	33,3 %
Médecin traitant	37,21 %	23,1 %

Observation : Chez les patients ayant arrêté le parcours, les écarts entre soins prescrits et réalisés sont moins fréquents lorsque la prescription provient d'un médecin traitant.

d. Interprétation

- Les deux groupes présentent des caractéristiques très proches.
- Le groupe « arrêt » montre une légère baisse du taux de femmes et une moindre proportion de bénéficiaires de la CSS.
- Les prescriptions émanant de médecins traitants sont plus respectées chez les patients arrêtés que chez ceux ayant terminé leur parcours.
- Cela pourrait indiquer que l'adhésion initiale est meilleure quand le lien médecin-patient est plus fort (MT), mais que l'engagement long terme reste fragile.

e. Tests de différence statistique

Test réalisé	Hypothèse testée	Résultat	Interprétation
Wilcoxon (âge)	Les patients ayant arrêté sont-ils plus âgés ?	$p = 0.639$	✗ Pas de différence significative d'âge
Chi ² (sexe)	Y a-t-il plus d'hommes dans le groupe "arrêt" ?	$p = 0.166$	✗ Pas de différence significative
Chi ² (CSS)	Les bénéficiaires CSS sont-ils moins nombreux chez ceux qui arrêtent ?	$p = 0.714$	✗ Pas de différence significative
Chi ² (prescripteur)	Le type de prescripteur influence-t-il l'abandon ?	$p = 0.559$	✗ Pas de différence significative
Wilcoxon (nb soins prescrits)	Les patients ayant arrêté avaient-ils moins de soins prescrits ?	$p = 0.057$	⚠ Tendance à la significativité (<i>mais p > 0.05</i>)

Parmi les variables testées, **aucune différence significative** n'a été observée entre les patients ayant terminé le parcours et ceux l'ayant interrompu. Les tests statistiques ne montrent **pas d'effet notable de l'âge ($p = 0.639$), du sexe ($p = 0.166$), du statut CSS ($p = 0.714$), ni du type de prescripteur ($p = 0.559$)** sur la probabilité d'arrêt du parcours.

En revanche, le nombre de soins prescrits présente une tendance à la significativité ($p = 0.057$), proche du seuil de 5 %. Cela pourrait suggérer que les patients ayant reçu moins de soins au départ sont légèrement plus susceptibles de se désengager. Bien que ce résultat **ne soit pas statistiquement significatif au seuil classique de 5 %**, il **peut être interprété comme un signal faible**, justifiant des analyses complémentaires (par ex. tests multivariés ou études qualitatives), pour mieux comprendre les mécanismes d'abandon et affiner les stratégies de prescription initiale.

III. Analyse des questionnaires de satisfaction (T0 et T1)

3.1. Objectifs et méthodologie

L'objectif principal de cette enquête de satisfaction est d'évaluer la **perception des patients** à différentes étapes de leur parcours dans le dispositif de soins de support après cancer, afin d'**identifier les points forts** du dispositif ainsi que les **axes d'amélioration possibles**.

Deux temps de recueil ont été définis :

- **T0** : au moment de l'entrée dans le dispositif, afin de mesurer les attentes, la compréhension du parcours, la satisfaction initiale et l'état de santé perçu ;
- **T1** : à la fin du parcours, lorsque toutes les séances sont terminées afin de mesurer l'expérience vécue, l'efficacité perçue des soins, et l'impact global sur la santé des patients.

Les questionnaires ont été construits autour de plusieurs dimensions clés :

- L'information reçue et la compréhension du parcours,
- La satisfaction vis-à-vis des bilans (diététique, psychologie, APA),
- La perception de l'accompagnement,
- Les habitudes de santé,
- L'état de santé perçu,
- Et pour T1, l'impact concret des soins sur le bien-être global, ainsi que les délais d'attente avant le début des séances.

L'intégralité des questions est présentée en Annexe 6 (Figures 1 et 2).

Méthodologie :

- Les questionnaires ont été administrés sous format numérique, et ont été envoyés aux patients en T0 et T1.
- Les réponses fermées ont été notées **sur une échelle de 0 à 10**, permettant un traitement quantitatif.
- Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une **analyse qualitative thématique** pour enrichir la compréhension des attentes et des freins exprimés par les patients.
- Les résultats ont été analysés selon deux groupes : les **patients ayant terminé le parcours** et les **patients en arrêt de parcours**.
- Une comparaison des moyennes des réponses a été réalisée entre ces groupes, à T0 et à T1, afin de dégager les principales différences de perception et d'évolution dans le temps.

3.2. Résultats au T0 (entrée dans le dispositif)

3.2.1. Résultats du questionnaire – ensemble des patients (n=138 patients)

L'analyse des réponses au questionnaire T0 pour l'ensemble des patients révèle des niveaux de satisfaction globalement élevés, avec des scores moyens allant de **6,43** et **8,46 sur 10**, selon les dimensions évaluées.

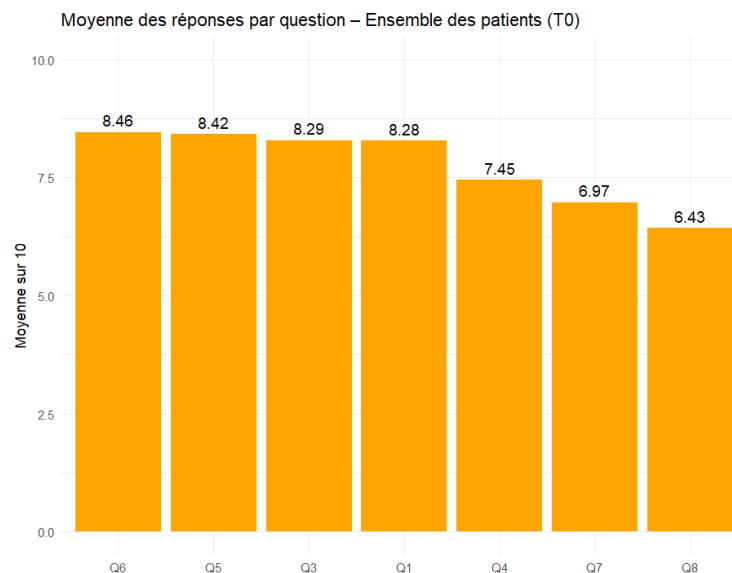
Les questions ayant obtenu les meilleurs scores sont :

- **Q6** – Satisfaction vis-à-vis de la prescription : 8,46
- **Q5** – Choix de l'orientation dans le parcours : 8,42
- **Q3** – Compréhension des soins de support : 8,29
- **Q1** – Informations reçues sur le parcours : 8,28

Les scores les plus faibles concernent :

- **Q4** – Soutien de l'entourage : 7,45
- **Q7** – Habitudes alimentaires : 6,97
- **Q8** – État de santé perçue globalement : 6,43

Ces résultats suggèrent que les patients sont globalement bien informés et comprennent le dispositif, mais que l'accompagnement perçue et le ressenti de choix personnel dans l'orientation peuvent être renforcés. Par ailleurs, l'état de santé perçue globalement apparaît comme un point plus critique.



3.2.2. Fin de parcours (n = 92)

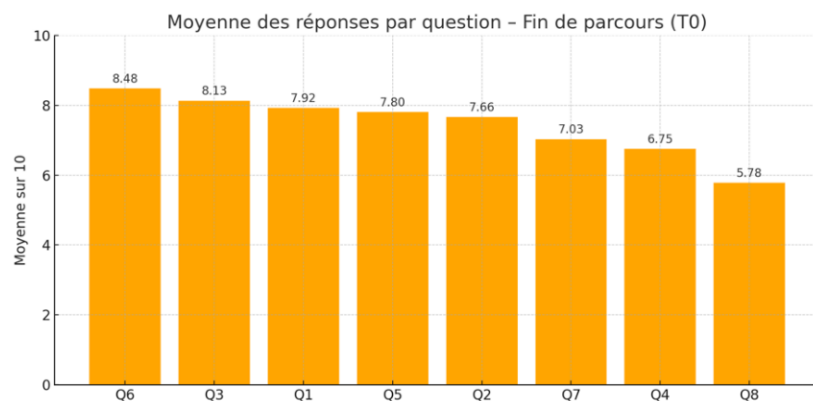
Les patients ayant terminé le parcours affichent des niveaux de satisfaction globalement élevés, avec des moyennes oscillantes entre **5,78 et 8,89 sur 10**.

Les scores les plus élevés concernent :

- **Q6** – Satisfaction vis-à-vis de la prescription : 8,48
- **Q3** – Compréhension des soins de support : 8,13
- **Q1** – Informations reçues sur le parcours : 7,92

D'autres questions révèlent un ressenti moins favorable :

- **Q8** – État de santé perçu globalement : 5,78
- **Q4** – Soutien de l'entourage : 6,75
- **Q7** – Habitudes alimentaires : 7,03



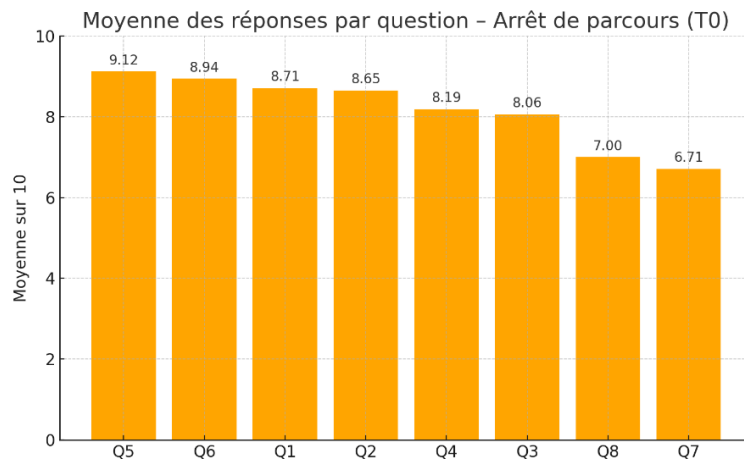
3.2.3. Arrêt de parcours (n=17)

Cette population présente des scores très contrastés. Les moyennes les plus hautes sont observées pour :

- **Q5** – Choix de l'orientation dans le parcours : 9,12
- **Q6** – Satisfaction vis-à-vis de la prescription : 8,94
- **Q1** – Informations reçues : 8,71

À l'inverse, certaines dimensions obtiennent des scores plus modérés :

- **Q7** – Habitudes alimentaires : 6,71
- **Q8** – État de santé perçu globalement : 7,00



3.2.4. Comparaison entre groupes au T0

L'analyse comparative des résultats au questionnaire T0 entre les patients ayant terminé le parcours et ceux ayant interrompu leur suivi met en évidence des perceptions globalement positives mais avec quelques divergences notables.

Résultats convergents

Certaines dimensions du dispositif sont bien évaluées par les deux groupes :

- **Le choix de l'orientation dans le parcours (Q5)** est perçu positivement, avec une moyenne de **7,80/10** chez les patients en fin de parcours et **9,12/10** chez ceux ayant arrêté.
- **La satisfaction vis-à-vis de la prescription (Q6)** est également élevée dans les deux groupes : **8,48/10** pour les patients en fin de parcours, et **8,94/10** pour ceux en arrêt.

Ces résultats traduisent une reconnaissance commune de la qualité de l'entrée dans le dispositif, que ce soit en termes d'adéquation des prescriptions ou de lisibilité du parcours proposé.

Différences observées entre les groupes

Des différences plus marquées apparaissent sur d'autres dimensions :

- **Soutien de l'entourage (Q4)** : la moyenne est de **6,75/10** dans le groupe fin de parcours, contre **8,19/10** dans le groupe arrêt.
- **État de santé global perçu (Q8)** : les patients ayant arrêté le parcours rapportent une meilleure perception de leur santé (**7,00/10**) que ceux ayant terminé le parcours (**5,78/10**).

Lecture analytique

Ces résultats suggèrent que les patients en arrêt de parcours ont exprimé une **perception initialement favorable**, notamment concernant le choix laissé dans leur orientation et le soutien perçu. Ils déclarent également un **meilleur état de santé global**, ce qui pourrait indiquer qu'ils ont interrompu le dispositif car ils ressentaient un **moindre besoin** de poursuivre les soins.

À l'inverse, les patients ayant terminé le parcours présentent une satisfaction plus modérée, mais semblent avoir mieux intégré les soins dans la durée. La divergence sur l'état de santé perçu pourrait refléter une adhésion plus forte au parcours de la part de patients avec des besoins plus importants ou des attentes plus élevées.

Toutefois, les tests statistiques n'ont pas permis de valider la significativité de l'ensemble des écarts observés, à l'exception de celui relatif à l'état de santé global, qui ressort comme statistiquement significatif. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

3.3. Résultats au T1 (à la fin du parcours)

3.3.1. Résultats du questionnaire – ensemble des patients (n=136 patients)

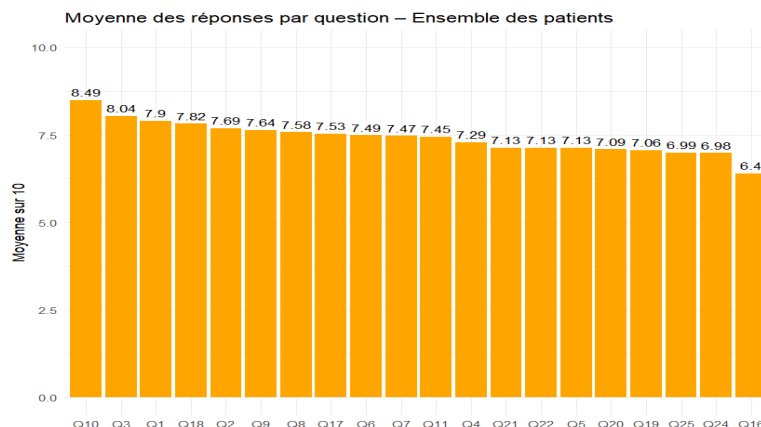
L'analyse des réponses au questionnaire T1 pour l'ensemble des patients (n = total des répondants toutes catégories confondues) montre un niveau de satisfaction globalement élevé, avec des scores moyens oscillant entre **6,40** et **8,49** sur 10 selon les dimensions évaluées.

Les items les mieux notés sont :

- **Q10** – Délais entre consultations diététiques : 8,49
- **Q3** – Compréhension du dispositif : 8,04
- **Q1** – Information reçue : 7,90

Les notes les plus faibles concernent :

- **Q24** – L'évaluation globale de l'état de santé (physique, émotionnel et social) : 6,98
- **Q25** – Le rôle perçu des soins dans l'amélioration de la santé globale : 6,99
- **Q16** – La satisfaction vis-à-vis du bilan réalisé concernant l'activité physique : 6,40



Focus sur les questions d'impact – questionnaire T1

Les questions Q21 à Q25 du questionnaire T1 visent à mesurer l'impact concret du dispositif sur l'état de santé des patients et leurs changements de comportement. Les scores moyens pour l'ensemble des répondants sont les suivants :

- **Q21** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététique : 7.13
- **Q22** – Grâce aux consultations de diététique, j'ai changé mes habitudes alimentaires : 7.13
- **Q23** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations psychologiques : 7.09
- **Q24** – Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon : 6.98
- **Q25** – Le(s) soin(s) reçu(s) ont joué un rôle dans l'amélioration de mon état de santé globale : 6.99

Ces résultats montrent un **impact perçu globalement positif**, avec des effets particulièrement visibles sur la santé mentale, la diététique et la perception globale de l'état de santé (Q21 à Q25). Les scores moyens étant **proches**, l'ensemble des soins est globalement bien perçu par les patients.

3.3.2. Fin de parcours (n=91 patients)

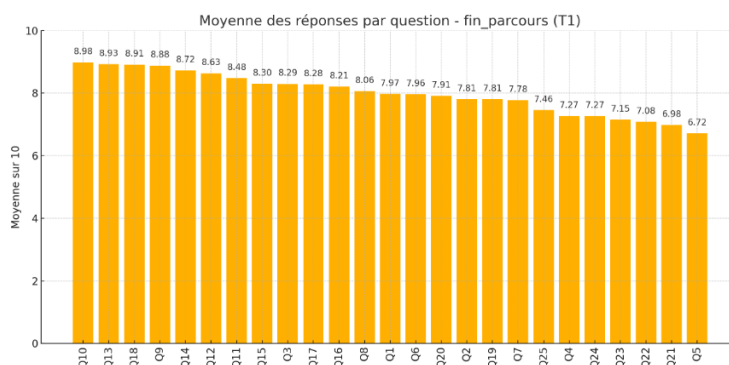
Les patients ayant terminé le parcours présentent des scores élevés et homogènes, avec des moyennes majoritairement comprises entre **7 et 9 sur 10**.

Les scores les plus élevés concernent :

- **Q10** – Délais entre consultations diététiques : 8,98
- **Q13** – Délais entre consultations de psychologie : 8,93
- **Q18** – Relations avec les professionnels de santé : 8,91
- **Q9** – Délai avant la première consultation diététique : 8,88
- **Q14** – Prise en charge psychologique : 8,72

Les scores les plus faibles sont :

- **Q5** – Soutien de l'entourage : 6,72
- **Q21** - Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététique : 6,98



Focus sur les questions d'impact – Fin de parcours (T1)

Les moyennes observées sont les suivantes :

- **Q21** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététique : 6,98
- **Q22** – Grâce aux consultations de diététique, j'ai changé mes habitudes alimentaires : 7,08
- **Q23** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations psychologiques : 7,15
- **Q24** – Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon : 7,27
- **Q25** – Le(s) soin(s) reçu(s) ont joué un rôle dans l'amélioration de mon état de santé globale : 7,46

Ces résultats traduisent un impact perçu positif du dispositif, avec une **évaluation favorable du rôle des soins de support dans l'amélioration globale de la santé (Q25)**. Les patients indiquent également avoir constaté des effets bénéfiques des suivis diététiques et psychologiques, bien que les scores restent modérés, ce qui **invite à poursuivre les efforts pour renforcer l'adhésion et l'efficacité perçue des soins prescrits**.

3.3.3. Arrêt de parcours (n=17 patients)

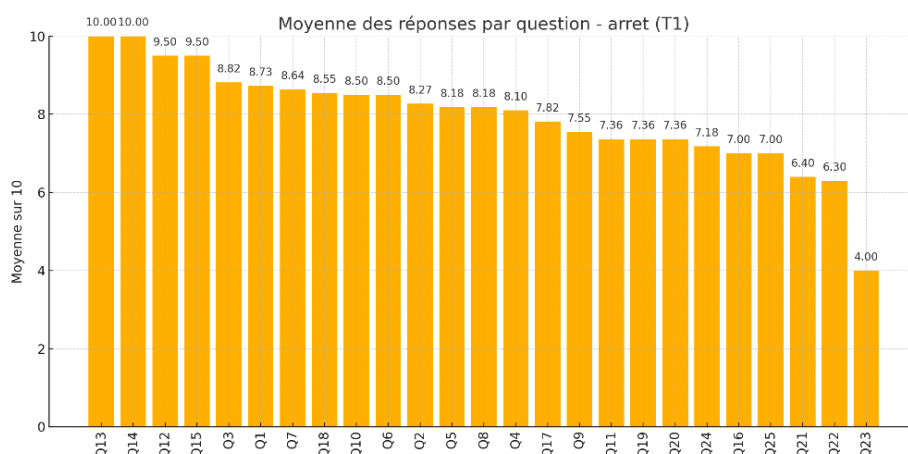
Les patients ayant interrompu le parcours affichent des scores **plus contrastés**, avec une **satisfaction élevée sur certains aspects**, mais des **faiblesses notables sur d'autres**.

Très hautes moyennes sur :

- **Q13, Q14, Q12** – Psychologie : autour de 10/10
- **Q3** – Compréhension du dispositif (9,5)
- **Q1** – Information reçue (8,73)

Mais faibles scores sur :

- **Q23** – Amélioration perçue grâce à la psychologie (4,00)
- **Q21** – Amélioration grâce à la diététique (6,40)
- **Q22** – Changement d'habitudes alimentaires (6,30)



Focus sur les questions d'impact – Arrêt de parcours (T1)

Chez les patients ayant interrompu leur parcours, les réponses aux questions d'impact (Q21 à Q25) traduisent une perception plus contrastée de l'effet des soins de support.

Les moyennes obtenues sont :

- **Q21** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététique : 6,00
- **Q22** – Grâce aux consultations de diététique, j'ai changé mes habitudes alimentaires : 6,40
- **Q23** – Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations psychologiques : 6,30
- **Q24** – Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon : 4,00
- **Q25** – Le(s) soin(s) reçu(s) ont joué un rôle dans l'amélioration de mon état de santé globale : 7,00

Ces résultats **révèlent un impact perçu plus limité du dispositif** pour cette population. En particulier, la note très basse à Q24 suggère une **évaluation globale dégradée de l'état de santé** malgré la participation partielle au programme. Ce constat **confirme l'importance d'un accompagnement renforcé et personnalisé** pour éviter les abandons et mieux répondre aux attentes spécifiques de ces patients.

3.3.4. Comparaison entre groupes au T1

L'analyse comparative des résultats au questionnaire T1 entre les patients ayant terminé le parcours et ceux ayant interrompu leur suivi met en avant des écarts notables dans la perception de l'impact des soins, malgré une satisfaction globalement élevée sur l'organisation du dispositif.

Résultats convergents

Plusieurs dimensions du suivi sont bien évaluées dans les deux groupes :

- Les **délais d'accès aux soins** sont jugés satisfaisants : les patients « fin de parcours » attribuent une moyenne de **8,98/10** à Q10 (délais diététiques), tandis que ceux en arrêt accordent **8,73/10** à Q1 (information reçue) et **8,55/10** à Q10 (délais psychologiques).
- **L'expérience avec les professionnels de santé** est également très positive : **8,91/10** pour Q18 (relations avec les soignants) chez les patients en fin de parcours, **8,50/10** dans le groupe arrêt.
- Les **soins psychologiques** sont perçus comme disponibles et accessibles par les deux groupes : **Q13 et Q14** atteignent **10/10** dans le groupe arrêt, et **8,93/10** et **8,88/10** dans le groupe fin de parcours.

Différences observées entre les groupes

Des différences importantes apparaissent sur **l'impact perçu des soins**, en particulier dans les volets diététique et psychologique :

- **Amélioration grâce à la psychologie (Q23)** : 7,08/10 chez les patients en fin de parcours, mais seulement **4,00/10** chez ceux ayant arrêté – malgré des scores parfaits sur l'organisation des séances.
- **Soutien de l'entourage (Q5)** : légèrement plus faible dans le groupe fin de parcours (**6,72/10**) que dans le groupe arrêt (**8,27/10**).
- **État de santé global (Q24)** : 7,15/10 (fin de parcours) contre **6,30/10** (arrêt), soit un écart modéré, mais significatif.

Lecture analytique

Ces résultats montrent que les patients ayant interrompu le parcours reconnaissent la qualité organisationnelle du dispositif, en particulier la psychologie (Q13, Q14) et l'information initiale (Q1 à Q3). Toutefois, ils ne perçoivent pas d'amélioration concrète de leur état de santé, notamment sur les plans psychologique et nutritionnel, ce qui pourrait refléter une déception ou une inadéquation avec leurs attentes.

À l'inverse, les patients ayant terminé le parcours évaluent très positivement l'accompagnement reçu et rapportent un impact plus tangible sur leur bien-être. Certaines dimensions, comme le soutien de l'entourage ou le sentiment de progression psychologique, restent néanmoins perfectibles.

Cette divergence met en évidence l'importance d'un accompagnement personnalisé, notamment pour les patients les plus à risque de désengagement. Clarifier les objectifs des soins dès le départ et ajuster le suivi selon les besoins exprimés pourrait limiter les abandons précoces et renforcer l'efficacité perçue du dispositif.

Les tests statistiques réalisés (tests de Student) n'ont pas permis de valider la significativité des écarts observés entre groupes, en raison notamment de la taille réduite des échantillons. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence : ils relèvent davantage de tendances observables que de preuves statistiques robustes, mais apportent néanmoins des **enseignements opérationnels utiles** pour ajuster le dispositif.

3.4. Analyse d'impact : évolution T0 → T1

Cette analyse compare les réponses des patients entre le début (T0) et la fin du parcours (T1), afin d'identifier les dimensions ayant connu **une progression** ou un **recul**. Les résultats sont présentés par type de population.

L'analyse met en évidence une évolution globalement positive de la satisfaction et de l'état de santé perçu, avec certaines différences selon les groupes de patients.

3.4.1. Progression des indicateurs de satisfaction selon les types de patients

Ensemble des patients (n = 138 à T0, n = 136 à T1)

Des progressions sont observées sur plusieurs indicateurs :

- Habitudes alimentaires (**Q7**) : 6,97 → 7,47 (+0,50 pt)
- État de santé perçu (**Q8**) : 6,43 → 7,58 (+1,15 pt)

Cette hausse suggère un impact concret du dispositif sur les comportements et le bien-être global des patients.

D'autres indicateurs restent à des niveaux élevés, malgré une légère baisse :

- Compréhension des soins de support (**Q3**) : 8,29 → 8,04 (-0,25 pt)
- Choix de l'orientation (**Q5**) : 8,42 → 7,13 (-1,29 pt)
- Satisfaction vis-à-vis de la prescription (**Q6**) : 8,46 → 7,49 (-0,97 pt)

Ces résultats traduisent une **stabilité des perceptions positives**, mais soulignent l'importance d'un suivi personnalisé pour maintenir le sentiment de liberté de choix et l'adhésion sur la durée.

Patients ayant terminé le parcours (n = 92 à T0, n = 91 à T1)

Des évolutions positives sont constatées sur :

- État de santé perçu (**Q8**) : 5,78 → 8,06 (+2,28 pt)
- Habitudes alimentaires (**Q7**) : 7,03 → 7,78 (+0,75 pt)
- Soutien de l'entourage (**Q4**) : 6,75 → 7,27 (+0,52 pt)
- Compréhension des soins de support (**Q3**) : 8,13 → 8,29 (+0,16 pt)
- Informations reçues sur le parcours (**Q1**) : 7,92 → 7,97 (+0,05 pt)

Ces résultats traduisent un renforcement du bien-être et de la compréhension du dispositif.

D'autres indicateurs restent à des niveaux élevés mais présentent une légère baisse ou une stabilité :

- Satisfaction vis-à-vis de la prescription (**Q6**) : 8,48 → 7,96 (-0,52 pt)
- Choix de l'orientation (**Q5**) : 7,80 → 6,72 (-1,08 pt)

La baisse sur le sentiment de liberté de choix peut refléter une perte de clarté ou d'autonomie perçue en cours de parcours, malgré une amélioration du soutien social.

Patients en arrêt de parcours (n = 17 à T0, n = 17 à T1)

Plusieurs dimensions présentent une progression :

- Habitudes alimentaires (**Q7**) : 6.71 → 8.64 (+1.93 pt)
- État de santé perçu (**Q8**) : 7.00 → 8.18 (+1.18 pt)
- Compréhension des soins de support (**Q3**) : 8,06 → 8,82 (+0,76 pt)
- Informations reçues sur le parcours (**Q1**) : 8,71 → 8,73 (+0,02 pt)

Ces évolutions traduisent une amélioration perçue, notamment sur l'état de santé et les habitudes alimentaires, malgré un arrêt du parcours.

En revanche, certaines dimensions affichent une baisse entre T0 et T1 :

- Choix de l'orientation (**Q5**) : 9,12 → 8,18 (-0,94 pt)
- Satisfaction vis-à-vis de la prescription (**Q6**) : 8,94 → 8,50 (-0,44 pt)
- Soutien de l'entourage (**Q4**) : 8,19 → 8,10 (-0,09 pt)

Conclusion

L'analyse d'impact met en évidence une évolution statistiquement significative de plusieurs indicateurs clés entre T0 et T1, qu'il s'agisse de progrès ou de reculs selon les dimensions observées :

- Pour l'ensemble des patients : amélioration de l'état de santé perçu (Q8 : +1,15) ; baisse de la satisfaction vis-à-vis de la prescription (Q6 : -0,97)
- Pour les patients ayant terminé le parcours : forte progression de l'état de santé (Q8 : +2,28) ; recul du sentiment de liberté de choix (Q5 : -1,08)
- Pour les patients en arrêt de parcours : amélioration des habitudes alimentaires (Q7 : +1,93) et de l'état de santé (Q8 : +1,18) ; baisse du sentiment de choix (Q5 : -0,94)

Ces résultats confirment l'impact du dispositif, tout en mettant en évidence des leviers d'optimisation à explorer, notamment autour de la valorisation du choix laissé aux patients et de l'accompagnement nutritionnel.

IV. Analyse qualitative des réponses ouvertes

Les questions ouvertes du questionnaire T0 (Q12 à Q14) ont permis de recueillir les attentes, besoins et freins exprimés spontanément par les patients. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée. Les éléments récurrents ont été regroupés en quatre grands axes :

4.1. Analyse globale (T0)



Issu des verbatims des questions ouvertes, ce nuage met en évidence des besoins liés au **bien-être mental**, à la **reprise d'activité physique**, à la **gestion du temps**, mais aussi à des **freins logistiques** comme la **distance** ou le **manque de clarté sur le fonctionnement**.

Figure 1 – Nuage de mots des attentes exprimées par les patients à l'entrée du dispositif (T0)

Les attentes les plus fréquemment exprimées portent sur : "améliorer", "mental", "activité", "physique", "temps", "soins", "condition", "mobilité".

D'autres mots-clés ressortent : "comprendre", "distance", "fonctionnement", "soutien", "retrouver", "réapproprier", "artiste", "détente".

a. Besoin de soutien psychologique et de réappropriation de soi

De nombreux patients évoquent un besoin de se reconstruire mentalement après le cancer. Ils parlent de bien-être, de confiance en soi, de gestion du stress, et de retrouver une maîtrise de leur corps.

"Améliorer mon bien-être mental, me réapproprier mon corps, arrêter de fumer, maîtriser mon poids, partager mon expérience."

b. Volonté de reprendre une activité physique adaptée

L'envie de bouger est très présente. Les patients citent la reprise du sport, de la marche ou d'activités de détente. Toutefois, plusieurs mentionnent le **manque de temps** comme un frein.

*"Prendre du temps pour moi et améliorer ma condition physique."
"Trouver le temps pour pratiquer une activité physique."*

- Des **thérapies complémentaires** comme **l'hypnose**, **l'art-thérapie**, ou **l'accompagnement post-professionnel** sont également évoquées.

a. Un accompagnement global jugé précieux et efficace

Les patients expriment majoritairement une **grande satisfaction** vis-à-vis du programme. L'accompagnement est perçu comme bienveillant, structuré, et utile dans leur reconstruction :

*"Un grand merci pour ce soutien précieux dans une période de fragilité."
"Je suis très satisfaite des soins de support, ils ont été essentiels dans ma remontée du fond de l'océan"*

b. Impact positif sur la santé mentale et la reprise de contrôle

Le **soutien psychologique** est souvent cité comme un levier fort pour mieux traverser l'après-cancer, que ce soit en individuel ou en groupe :

*"Le groupe de paroles m'a construite, et m'a permis de sortir de la solitude intérieure."
"Les séances de psychologie m'ont aidée à faire le point sur ma vie, j'ai envie de continuer."*

c. Effets concrets sur les habitudes alimentaires

La **diététique** est bien perçue dans l'ensemble. Beaucoup évoquent une **prise de conscience** et un changement de comportement durable :

"J'ai appris ce qu'il est bon de consommer ou pas, c'est très utile au quotidien."

d. Quelques limites ou frustrations

Malgré cette satisfaction globale, certains expriment des **freins** ou points à améliorer :

- Difficultés d'accès à certains soins (ex. délais d'inscription, peu de séances disponibles),
- Manque de suivi dans le temps (besoin de continuité au-delà de 3 mois),
- Retours limités sur les évaluations physiques.

"J'aurais aimé pouvoir continuer plus longtemps.", "L'accès à l'information est à revoir. J'ai été renseignée presque par hasard."

Les patients ayant terminé leur parcours reconnaissent la **valeur humaine et médicale** du dispositif. Ils insistent toutefois sur l'importance d'un **suivi plus long**, d'un **meilleur accès initial**, et d'une **personnalisation renforcée** des soins. L'analyse qualitative met en lumière un **impact positif global**, mais des marges d'amélioration concrètes pour renforcer l'expérience.

b. Effets bénéfiques malgré des interruptions partielles

Certains patients ont arrêté un ou plusieurs volets du parcours (comme la diététique ou la psychologie), mais disent avoir trouvé d'autres formes de soutien plus adaptées, ou en avoir retiré malgré tout certains bénéfices.

“Je n'ai pas bénéficié de l'option sport car je me suis engagée dans des activités proches de chez moi.”, “L'alimentation est une façon de reprendre le contrôle sur sa santé.”

c. Freins personnels et ressentis d'inadéquation

Des patients ont interrompu leur suivi en raison :

- De **difficultés d'organisation logistique** (ex. éloignement géographique, disponibilité),
- D'un **ressenti de rigidité ou d'approche trop directive** dans certains soins,
- Ou encore d'un **manque d'adéquation avec leur vécu ou leur personnalité**.

“Le suivi APA était trop intensif pour moi.”, “La manière de faire ne m'a pas convenu.”

d. Forte déception et critique du dispositif

Un verbatim très détaillé exprime un **rejet total du programme**, dénonçant :

- Des séances jugées inutiles ou inexistantes,
- Une diététicienne peu spécialisée,
- Une perte de temps générale.

“Ce programme ‘Parcours après cancer’ ne m'a servi à rien du tout.”, “J'aurais mieux fait de refuser.”, “Je n'ai pas avancé d'un pouce.”

e. Difficultés sociales et financières évoquées par les patients

Certains patients mentionnent des obstacles sociaux ou économiques qui ont freiné leur participation complète au parcours. Il s'agit notamment de contraintes professionnelles, de démarches administratives complexes ou de problèmes financiers.

“Problème de disponibilités, beaucoup de déplacements professionnels.”, “Aide pour démarches retraite.”, “Soutien financier à l'activité sportive et artistique.”

f. Incompréhensions sur le fonctionnement du dispositif

Une minorité de patients déclare ne pas avoir bien compris le contenu ou les modalités du programme au moment de l'entrée dans le parcours. Cette incompréhension peut avoir influencé leur engagement.

“Je ne savais pas ce que j’allais vraiment faire.”, “Je n’ai pas compris tout de suite ce que ça impliquait.”

g. Ressenti négatif lié aux séances de psychologie en groupe

Certaines personnes soulignent un malaise lié à la participation à des séances collectives, sans pour autant rejeter totalement le suivi psychologique. Le format en groupe semble inadapté pour certains profils.

“La psy, en groupe, n’a pas du tout accordé d’importance à mes sentiments.”, “Je suis venue pour aller mieux, pas pour écouter des choses trop négatives, ça m’a déprimée.”

h. Méconnaissance de certains droits sociaux

Parmi les répondants non bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), plusieurs déclarent ne pas en connaître l’existence ou ne pas savoir comment y accéder.

“Je ne connaissais pas l’existence de la CSS.”, “Je ne savais pas comment faire la demande.”

Ces verbatims confirment que si le dispositif peut avoir un **impact très positif**, il peut aussi **ne pas répondre aux besoins spécifiques** de certains patients. Les témoignages négatifs, bien que minoritaires, sont riches en informations : ils pointent des **problèmes d’adaptation, de personnalisation** et de **communication**. Cela souligne l’importance de proposer un accompagnement plus souple, modulable et individualisé, surtout pour éviter les abandons en cours de route.

4.4. Analyse qualitative – professionnels de santé

a. Besoin de meilleure coordination et personnalisation

Plusieurs professionnels soulignent que certains patients sont déjà pris en charge par ailleurs ou qu’ils bénéficient d’un accompagnement plus adapté à leur situation. Cela met en lumière l’importance d’une meilleure coordination entre les dispositifs existants, et d’une évaluation plus fine des besoins :

“Certains sont déjà pris en charge autrement ou ont un accompagnement plus personnalisé.”

b. Manque de formation ou d’informations

Certains commentaires évoquent un besoin de formation pour les professionnels eux-mêmes, ou un besoin de clarté sur le rôle du dispositif :

“Formation des professionnels”, Peut-être une évaluation des besoins / de la demande”.

c. Accessibilité et freins organisationnels

Certains verbatims évoquent des contraintes de **temps**, de **coût**, ou d'**accessibilité** comme freins au recours au dispositif :

"Accessibilité, coût", "Manque de temps".

Cela peut traduire un **manque de compréhension du fonctionnement du dispositif**, qui est pourtant **entièrement gratuit**. Ce constat souligne la nécessité de renforcer la communication sur les modalités pratiques et les conditions d'accès aux soins proposés.

d. Suggestions concrètes d'amélioration

Quelques suggestions concrètes sont proposées, comme une meilleure évaluation des besoins ou une offre plus flexible :

"Donne la possibilité au patient d'avoir de l'aide", "Peut-être une évaluation des besoins / de la demande".

V. Hypothèses explicatives – Analyse des fins et arrêts de parcours

Afin de mieux comprendre les comportements des patients tout au long du dispositif plusieurs hypothèses explicatives ont été formulées. Celles-ci concernent à la fois les patients ayant terminé leur parcours, ceux ayant interrompu leur suivi, et ceux n'ayant pas intégré le dispositif.

Ces hypothèses s'appuient sur un ensemble de sources complémentaires :

- Les analyses quantitatives réalisées à partir des **bases de suivi des patients** ;
- Les retours issus du **questionnaire de satisfaction** complémentaire adressé aux **professionnels de santé** le 13 juin 2025 (*cf. Annexe 9*), complété par 16 professionnels (9 oncologues médicaux, 2 chirurgiens, 1 médecin généraliste, 4 infirmières et 2 oncologues radiothérapeutes) ;
- Les réponses de 31 patients au **questionnaire complémentaire** adressé également le 13 juin 2025 (*cf. Annexe 8*), dont 20 en **arrêt de parcours** et 11 **n'ayant pas intégré** le dispositif (soit 3 hommes et 28 femmes) ;
- Les questionnaires **T0 et T1**, adressés aux patients au début et à la fin de leur parcours
- Des éléments issus de la **littérature scientifique** spécialisée ainsi que des **références institutionnelles** (notamment celles publiées par l'INCa).

Les hypothèses qui suivent visent à identifier et comprendre les déterminants de l'adhésion, du maintien ou de l'abandon du parcours de soins de support. Elles s'inscrivent dans une démarche d'analyse mobilisant à la fois des données chiffrées, des verbatims patients, des éléments de

contexte organisationnel, ainsi que des apports théoriques issus des publications en santé publique.

1. Genre et recours aux soins

- Les hommes recourent moins aux soins de support que les femmes.
- Les professionnels sont plus sensibilisés aux soins de support pour les cancers touchant les femmes.
- Les patients refusent parfois les soins pour des raisons sociales, professionnelles ou logistiques.
- Les hommes sont orientés plus tardivement vers les soins.

2. Précarité et accès

- Les hôpitaux partenaires sont majoritairement situés dans des zones non précaires.
- La précarité constitue un frein majeur à l'accès et au maintien dans le parcours.
- Certains professionnels prescrivent moins les soins aux patients précaires.

3. Prescriptions

- Les soins de support sont principalement prescrits à l'hôpital par des oncologues.

4. Temporalité et perception des soins

- Le suivi psychologique est principalement proposé pendant les traitements, alors que le suivi diététique l'est plutôt après.
- Le suivi psychologique est généralement poursuivi avec le même professionnel hospitalier.

5. Autres freins

- Un décalage existe entre la compréhension initiale du dispositif et sa réalité perçue par certains patients.
- L'absence de partenaire de soins dans la même commune freine l'adhésion au dispositif.

Le détail complet des hypothèses testées, des justifications mobilisées (analyses quantitatives, questionnaires, verbatims, littérature), ainsi que les sources, figurent en *Annexe 7*.

VI. Limites, obstacles et recommandations

6.1. Limites méthodologiques de l'étude

Plusieurs limites doivent être soulignées afin de nuancer les résultats présentés :

- **Représentativité limitée** : Certains groupes sont sous-représentés, notamment les hommes et les patients très précaires. Cela restreint la portée généralisable des conclusions, en particulier sur les questions de genre et d'accès aux soins.
- **Faible taux de réponse** : Le taux de réponse aux questionnaires, tant du côté des patients que des professionnels de santé, reste limité. Cela peut introduire un biais de sélection, les répondants étant potentiellement plus engagés ou plus sensibilisés que la moyenne des bénéficiaires.
- **Données déclaratives** : Les analyses reposent en grande partie sur des réponses auto-déclarées, susceptibles d'être influencées par des biais de mémoire, de désirabilité sociale ou de compréhension variable des questions.
- **Manque de données cliniques standardisées** : L'absence de certaines données médicales (stade du cancer, comorbidités, traitements suivis) limite les possibilités d'analyse fine de l'impact de la situation clinique sur l'accès aux soins de support.
- **Limites statistiques** : Certains tests statistiques n'ont pas permis de confirmer des différences significatives entre les groupes (ex. : CSS), ce qui appelle à une lecture prudente de ces résultats.

6.2. Obstacles identifiés au sein du dispositif

L'analyse croisée des questionnaires (patients et professionnels de santé), des données issues des bases de suivi des patients et des verbatims met en évidence plusieurs freins qui limitent l'accès, l'adhésion ou la continuité dans le parcours de soins de support. Ces obstacles relèvent à la fois de dimensions sociales, logistiques, organisationnelles, psychologiques et structurelles.

1. Obstacles sociaux et économiques

- Contraintes professionnelles ou familiales rendant difficile la disponibilité en journée pour suivre les soins ;
- Méconnaissance des dispositifs sociaux tels que la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), confirmée par 6 patients sur 17 déclarant ne pas connaître son existence ;
- Difficultés à effectuer les démarches administratives, pouvant freiner l'accès aux aides.

2. Obstacles logistiques et géographiques

- Éloignement géographique du lieu de soins, évoqué comme un frein par plusieurs patients ;
- Problèmes de mobilité (fatigue, handicap, déplacements professionnels fréquents) ;

3. Obstacles liés à l'organisation du dispositif

- Manque de relance après l'évaluation initiale ou absence de suivi perçu : plusieurs patients déclarent n'avoir jamais été recontactés ;
- Rigidité perçue du dispositif, difficulté à comprendre totalement les étapes du parcours ou son fonctionnement global ;
- Manque de souplesse dans l'adaptation du dispositif aux contraintes individuelles.

4. Obstacles psychologiques et émotionnels

- Dans la population **en arrêt de parcours**, les soins psychologiques sont moins souvent commencés ou interrompus rapidement, contrairement à l'**APA**, plus fréquemment réalisé. Ce constat ne peut être généralisé à l'ensemble des patients, notamment ceux ayant terminé le parcours, plus nombreux dans l'échantillon. Il suggère néanmoins, pour cette sous-population, des freins spécifiques liés à l'**accessibilité**, à l'**adhésion** ou à la **perception de l'accompagnement psychologique proposé** ;
- Témoignages signalant que les **séances de psychologie en groupe** peuvent être vécues comme trop chargées émotionnellement, avec des récits "trop négatifs", ayant un **effet contre-productif** sur l'état mental des patients ;
- Préférence exprimée pour un accompagnement individuel, jugé plus apaisant et mieux adapté ;
- Quelques patients, notamment plus âgés, ont exprimé une gêne ou un inconfort vis-à-vis du recours au psychologue, sans que cela puisse être généralisé à l'ensemble des répondants.

5. Obstacles structurels et systémiques

- Inégalités dans l'orientation vers les soins selon le type de cancer : les patientes atteintes de cancer du sein sont surreprésentées, ce qui peut traduire une **sur-sensibilisation des professionnels à certaines pathologies** (cf. stratégie nationale cancer du sein) ;
- Moins de prescription de soins de support pour certaines localisations de cancer ou profils de patients ;
- Faible implication déclarée des médecins généralistes dans l'orientation vers le dispositif, au profit des oncologues ;
- Faible prise en compte explicite de la précarité par les professionnels de santé (seuls 2 sur 16 déclarent adapter leurs prescriptions selon la situation sociale du patient).

6.3. Recommandations pour améliorer le dispositif

À partir des résultats, plusieurs pistes d'amélioration sont formulées afin d'optimiser le dispositif Paris Après Cancer et de garantir un meilleur accès, un suivi plus équitable et une plus grande adhésion des patients aux soins de support.

1. Renforcer l'accompagnement social et administratif

- Améliorer l'information des patients sur leurs droits sociaux, en particulier sur la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), dès la phase d'évaluation initiale ;
- Renforcer la présence des assistants sociaux afin d'assurer un accompagnement actif dans les démarches administratives ;
- Intégrer des modules dédiés à la reprise d'emploi ou aux démarches de retraite, identifiés comme des besoins prioritaires par plusieurs bénéficiaires.

2. Adapter les modalités d'organisation du parcours

- Proposer davantage de souplesse dans les horaires
- Clarifier les étapes du dispositif via une fiche de synthèse simplifiée remise au patient, ou un outil numérique de suivi.

3. Diversifier les modalités de suivi psychologique

- Donner le **choix entre séances individuelles et séances collectives**, afin de mieux répondre aux préférences des patients et d'éviter les effets contre-productifs de certains groupes de parole ;
- Recruter ou former davantage de psychologues spécialisés en oncologie et sensibles aux enjeux du post-cancer ;
- Sensibiliser les professionnels à la stigmatisation autour des soins psychologiques, encore présente chez certains patients, notamment les plus âgés.

4. Mieux cibler les actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé

- Évaluer les actions de type « aller-vers » pour s'assurer qu'elles concernent bien l'ensemble des spécialités, et pas uniquement les cancérologues gynécologues ;
- Former les professionnels de santé sur les biais involontaires liés au sexe, à la précarité ou au type de cancer, qui influencent parfois la prescription ;
- Impliquer davantage les médecins généralistes dans le repérage des besoins post-traitement et l'orientation vers les soins de support.

5. Améliorer le suivi et la relance des patients

- Mettre en place un système de relance automatisée ou téléphonique en cas de non-réponse ou d'arrêt prématuré du parcours ;
- Assurer un meilleur suivi des prescriptions et des parcours de soins, afin de mieux repérer les points de rupture et d'orienter les efforts de coordination.

VII. Annexe

Annexe 1 : Répartition par sexe et âge

Répartition par sexe

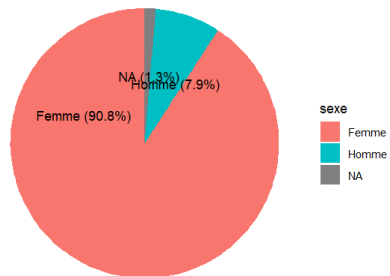


Figure 1 – Répartition par sexe – Ensemble des patients

Distribution de l'âge selon le sexe

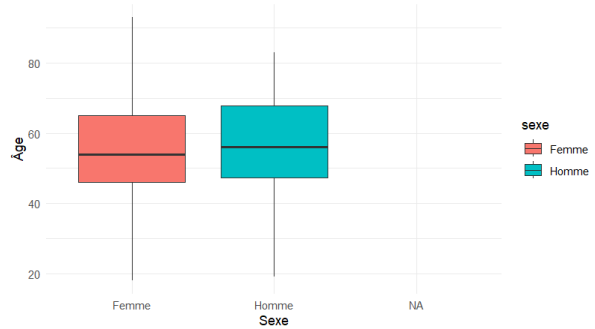


Figure 2 – Distribution de l'âge selon le sexe – Ensemble des patients

Répartition par sexe

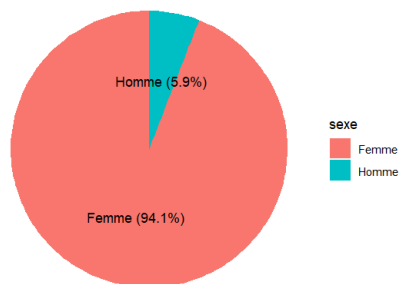


Figure 3 - Répartition par sexe – Patients ayant terminé le parcours

Distribution de l'âge par sexe

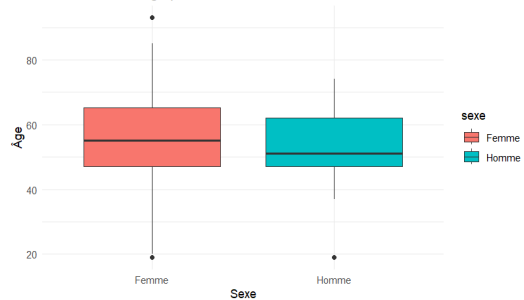


Figure 4 - Distribution de l'âge selon le sexe – Patients ayant terminé le parcours

Répartition par sexe – Bénéficiaires non intégrés

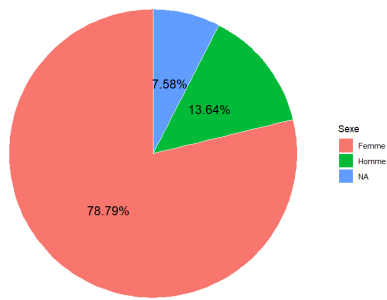


Figure 5 – répartition par sexe - Patients non intégrés

Répartition par sexe – Bénéficiaires - arrêt de parcours

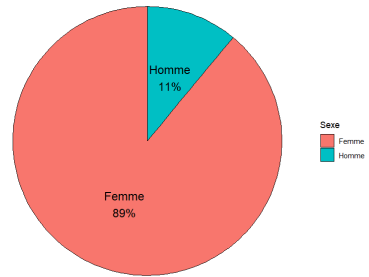


Figure 6 – répartition par sexe - Patients en arrêt de parcours

Annexe 2 : Bénéficiaires de la CSS

Bénéficiaires de la CSS

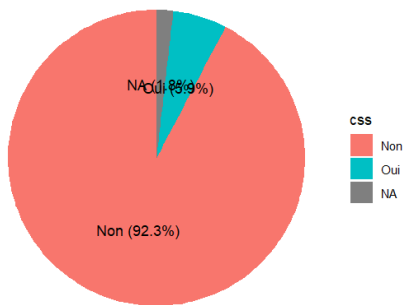


Figure 1 - Bénéficiaires de la CSS- Patients ayant terminé le parcours

Répartition selon la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

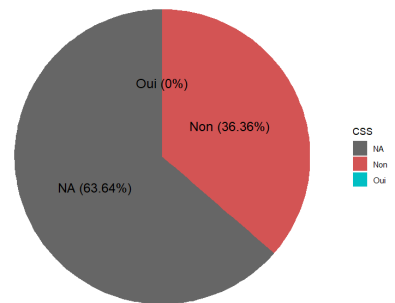


Figure 2 : Bénéficiaires de la CSS – patient non intégrés

Répartition selon la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

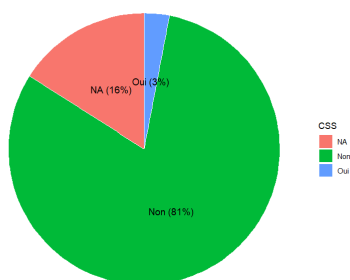


Figure 3 – Bénéficiaires de la CSS – patients arrêt de parcours

Annexe 3 : Analyse des combinaisons

Rang	Combinaison prescrite	Nombre	Pourcentage (%)
1	BAPA+BDIET+4DIET	46	20.8%
2	BAPA	43	19.5%
3	BDIET+6DIET	35	15.8%
4	BPSY+6PSY	23	10.4%
5	BAPA+BDIET+1DIET+BPSY+1PSY	22	10.0%
6	BAPA+BPSY+4PSY	19	8.6%
7	BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	19	8.6%
8	BDIET+BPSY+4PSY	5	2.3%
9	BAPA+BDIET+2DIET+BPSY	4	1.8%
10	BDIET+4DIET+BPSY	3	1.4%
11	BAPA+6DIET	1	0.5%
12	BAPA+BDIET+BPSY+2PSY	1	0.5%

Figure 1 – Combinaisons prescrites – Patients ayant terminé le parcours

Rang	Combinaison finale	Nombre	Pourcentage (%)
1	BAPA+BDIET+4DIET	50	22.6%
2	BDIET+6DIET	45	20.4%
3	BAPA	29	13.1%
4	BPSY+6PSY	27	12.2%
5	BAPA+BPSY+4PSY	23	10.4%
6	BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	12	5.4%
7	BAPA+BDIET+2DIET+BPSY	9	4.1%
8	BDIET+BPSY+4PSY	9	4.1%
9	BDIET+4DIET+BPSY	6	2.7%
10	BAPA+BDIET+BPSY+2PSY	5	2.3%
11	BAPA+BDIET+1DIET+BPSY+1PSY	3	1.4%
12	BAPA+6DIET	1	0.5%
13	BAPA+BDIET+3DIET+1PSY	1	0.5%
14	BDIET+1DIET+BPSY+3PSY	1	0.5%

Figure 2 : Combinaisons finales – Patients ayant terminé le parcours

Rang	Combinaison prescrite	Nombre	Pourcentage (%)
1	BAPA+BDIET+4DIET	16	24.6 %
2	BDIET+6DIET	11	16.9 %
3	BAPA+BPSY+4PSY	9	13.8 %
4	BAPA	8	12.3 %
5	BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	6	9.2 %
6	BPSY+6PSY	5	7.7 %
7	BAPA+BDIET+1DIET+BPSY+1PSY	4	6.2 %
8	BDIET+BPSY+4PSY	3	4.6 %
9	BAPA+BDIET+BPSY+2PSY	1	1.5 %
10	BAPA+BPSY+1PSY+BPSY+1PSY	1	1.5 %
11	NP	1	1.5 %

Figure 3 : Combinaisons prescrites – Patients non intégrés

Rang	Combinaison finale	Nombre de patients	Pourcentage (%)
1	BAPA+BDIET+4DIET	14	21,2 %
2	BDIET+6DIET	13	19,7 %
3	BAPA+BPSY+4PSY	8	12,1 %
4	En attente	8	12,1 %
5	Hors délai	8	12,1 %
6	BDIET+6DIET	5	7,6 %
7	BAPA	4	6,1 %
8	BPSY+6PSY	4	6,1 %
9	BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	1	1,5 %
10	NP	1	1,5 %

Figure 4 : Combinaisons finales – Patients non intégrés

Rang	combinaison_prescrite	Nombre	Pourcentage (%)
1	BAPA+BDIET+4DIET	36	36 %
2	BDIET+6DIET	20	20 %
3	BAPA+BPSY+4PSY	11	11 %
4	BAPA+BDIET+1DIET+BPSY+1PSY	10	10 %
5	BPSY+6PSY	9	9 %
6	BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	7	7 %
7	BAPA	5	5 %
8	BAPA+BDIET+2DIET+BPSY	1	1 %
9	BDIET+BPSY+4PSY	1	1 %

Figure 5 : Combinaisons prescrites – Patients en arrêt de parcours

combinaison_finale	Nombre	Percent
BAPA+BDIET+4DIET	41	41 %
BDIET+6DIET	26	26 %
BAPA+BPSY+4PSY	11	11 %
BPSY+6PSY	8	8 %
BDIET+2DIET+BPSY+2PSY	5	5 %
BAPA+BDIET+2DIET+BPSY	3	3 %
BAPA+BDIET+1DIET+BPSY+1PSY	2	2 %
BDIET+BPSY+4PSY	2	2 %
BDIET+4DIET+BPSY	1	1 %
BDIET+5DIET+1PSY	1	1 %

Figure 6 : Combinaisons finales – Patients en arrêt de parcours

Annexe 4 : Écart entre combinaisons prescrites vs finales

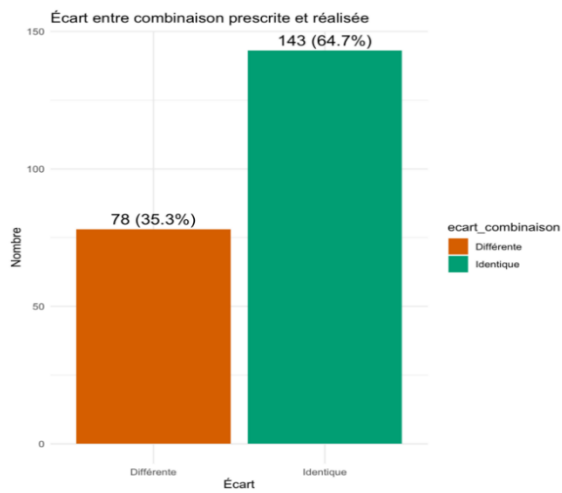


Figure 1 : Écarts de combinaisons – Patients ayant terminé le parcours

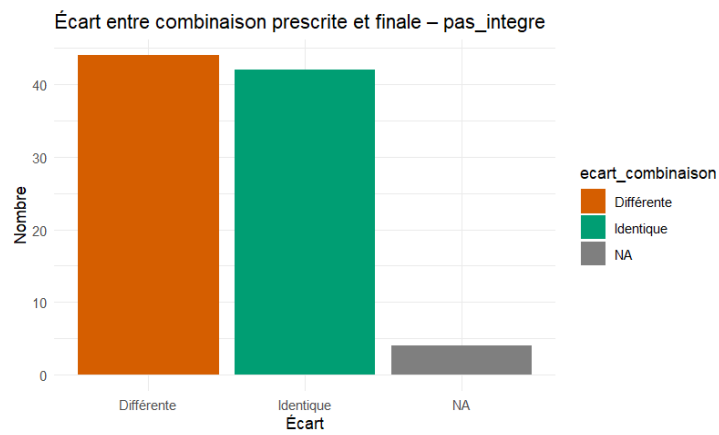


Figure 2 : Écarts de combinaisons – Patients non intégrés

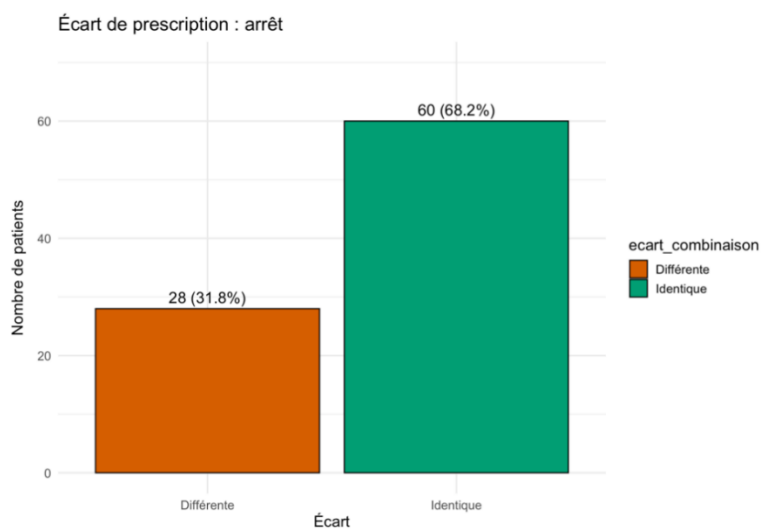


Figure 3: Écarts de combinaisons – Patients en arrêt de parcours.

Annexe 5: Besoins spécifiques selon le type de cancer

Cette annexe présente une grille d'analyse croisée entre les types de cancer, les besoins fréquents en soins de support, et les freins potentiels à l'intégration ou au maintien dans le parcours.

Type de cancer	Besoins spécifiques fréquents	Pourquoi certains patients n'intègrent pas / arrêtent le parcours ?
VADS (ORL)	Rééducation orthophonique, douleur importante, troubles de l'alimentation, APA adaptée, soutien psychologique fort.	Gêne esthétique, fatigue extrême, troubles fonctionnels lourds (parole, alimentation) → isolement social, moins de recours aux soins.
Hématologique	Isolement immunitaire, soutien nutritionnel, fatigue chronique, anxiété liée aux hospitalisations longues.	Parcours très médicalisé, soins de support peu proposés ou retardés. Fatigue importante.
Col de l'utérus / Utérus	Retentissement sexuel et hormonal, douleurs pelviennes, APA pour améliorer la qualité de vie, soutien psychologique.	Moins de visibilité des dispositifs. Souffrance psychique parfois non exprimée.
Prostate	APA pour contrer la perte musculaire, troubles urinaires, retentissement sexuel, image de soi, nutrition adaptée.	Frein culturel à demander de l'aide (notamment psy). Certains hommes minimisent leurs symptômes.
Poumon	Dyspnée, fatigue extrême, APA respiratoire, angoisse élevée, isolement.	Symptômes lourds = découragement. Déficit d'information sur les bénéfices du suivi (ex : kiné respiratoire, APA).
Colorectal	Stomie, troubles digestifs, suivi diététique essentiel, image corporelle atteinte, douleur chronique.	Honte liée à la stomie, isolement social, réticence à intégrer des parcours collectifs.
Sein	Soutien psychologique très sollicité, image de soi, APA post-opératoire, gestion hormonale, suivi diététique.	Cancer très médiatisé donc meilleure intégration dans les parcours. Mais des abandons peuvent survenir à cause de la charge mentale ou des effets secondaires.
Autres (pancréas, foie...)	Douleur intense, fatigue, soins palliatifs parfois rapidement nécessaires, soutien social.	Pronostic parfois défavorable → patients découragés ou peu informés des soins de support disponibles.

Cette grille a été intégrée au rapport afin d'**éclairer les comportements d'adhésion ou d'abandon** observés dans le dispositif, à travers une **lecture qualitative par type de cancer**. En effet, les variables sociodémographiques classiques (âge, sexe, CSS) n'expliquent pas à elles seules les écarts de participation.

Il est donc pertinent de **croiser les résultats quantitatifs avec une compréhension clinique des besoins et freins spécifiques** : certains types de cancer présentent des effets secondaires ou des vécus particuliers (fatigue, isolement, douleurs, image corporelle...) susceptibles d'influencer l'engagement dans les soins de support (diététique, activité physique adaptée, suivi psychologique).

Par exemple :

- Les cancers ORL ou pulmonaires sont associés à une fatigue extrême et des troubles fonctionnels, ce qui peut freiner l'intégration.
- Les cancers de la prostate ou de l'utérus impliquent des enjeux psychiques ou hormonaux parfois tus, expliquant des abandons non anticipés.
- À l'inverse, le cancer du sein bénéficie d'un parcours plus structuré, mais peut aussi générer des abandons liés à la charge mentale ou aux effets secondaires.

Ce tableau permet ainsi de compléter l'analyse statistique, en ouvrant des pistes d'explication non visibles directement dans les données, mais déterminantes pour personnaliser les parcours et améliorer l'adhésion des patients.

Annexe 6 : Contenu des questionnaires de satisfaction

- **Q1** : J'ai reçu des informations concernant le parcours de soins après le cancer (diététique, psychologie, activité physique)
- **Q2** : Les informations reçues sur les soins de support sont suffisantes et claires
- **Q3** : J'ai compris ce que sont les soins de support
- **Q4** : Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour m'appuyer dans ce parcours
- **Q5** : J'ai eu le choix de l'orientation lors du parcours
- **Q6** : Je suis satisfait(e) de la prescription
- **Q7** : J'ai de bonnes habitudes alimentaires
- **Q8** : Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon
- **Q9** : Quelles sont vos attentes quant à ce dispositif ? (*Question ouverte*)
- **Q10** : Quels sont mes principaux freins ou inquiétudes concernant la participation aux soins proposés ? (*Question ouverte*)
- **Q11** : Quels sont les autres soins de support ou aides dont j'ai besoin ? (*Question ouverte*)

Figure 1 : Questionnaire de satisfaction - T0

- **Q1** : J'ai reçu des informations concernant le parcours de soins après le cancer (diététique, psychologie, activité physique)
- **Q2** : Les informations reçues sur les soins de support sont compréhensibles et claires
- **Q3** : J'ai compris ce que sont les soins de support
- **Q4** : Je me suis senti(e) accompagné(e) tout au long du parcours
- **Q5** : Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour m'appuyer dans ce parcours
- **Q6** : J'ai bénéficié des soins de support identifiés par mon médecin prescripteur
- **Q7** : J'ai eu le choix de l'orientation lors du parcours
- **Q8** : Je suis satisfait(e) du bilan réalisé concernant mes habitudes alimentaires
- **Q9** : Je suis satisfait(e) du délai d'attente entre le bilan et la première consultation de diététique
- **Q10** : Je suis satisfait(e) des délais d'attente entre les consultations de diététique
- **Q11** : Je suis satisfait(e) de la prise en charge diététique dont j'ai bénéficié
- **Q12** : Je suis satisfait(e) du bilan réalisé concernant ma santé mentale
- **Q13** : Je suis satisfait(e) du délai d'attente entre le bilan effectué et la première consultation de psychologie
- **Q14** : Je suis satisfait(e) des délais d'attente entre les consultations de psychologie
- **Q15** : Je suis satisfait(e) de la prise en charge psychologique dont j'ai bénéficié
- **Q16** : Je suis satisfait(e) du bilan réalisé concernant mon activité physique
- **Q17** : Je suis globalement satisfait(e) des soins de support dont j'ai bénéficié
- **Q18** : Je suis satisfait(e) des relations avec les professionnels de santé
- **Q19** : L'accès à ce dispositif était simple
- **Q20** : Lorsque j'ai eu besoin d'aide, j'ai facilement trouvé un interlocuteur
- **Q21** : Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations de diététique
- **Q22** : Grâce aux consultations de diététique, j'ai changé mes habitudes alimentaires
- **Q23** : Mon état de santé s'est amélioré grâce aux consultations psychologiques
- **Q24** : Globalement, j'évalue mon état de santé actuel (physique, émotionnel et social) comme étant bon
- **Q25** : Le(s) soin(s) reçu(s) ont joué un rôle dans l'amélioration de mon état de santé globale

Figure 2 : Questionnaire de satisfaction T1.

Annexe 7 : Détail des hypothèses, résultats et justifications

1. Genre et recours aux soins de support

Hypothèse 1.1 : Les hommes sont moins en demande de soins de support

- **Résultat** : Confirmée par la littérature.
- **Justification** : Le Baromètre Cancer 2021 de Santé publique France montre que les hommes ont un recours plus faible aux soins préventifs et aux dispositifs d'accompagnement que les femmes. Par ailleurs, la revue *Psycho-Oncologie* (2018) met en évidence que les hommes rencontrent davantage de freins à solliciter un soutien psychologique, du fait d'une stigmatisation sociale plus forte autour de la vulnérabilité émotionnelle.

Hypothèse 1.2 : Les professionnels sont plus sensibilisés aux soins de support pour les cancers touchant des femmes.

- **Résultat** : Confirmée par la littérature.
- **Justification** : Le cancer du sein fait l'objet d'une stratégie nationale incluant systématiquement les soins de support dans le parcours de soins (INCa, 2023).

Hypothèse 1.3 : Les patients refusent les soins pour raisons sociales

- **Résultat** : Confirmée par l'analyse qualitative.
- **Justification** : L'analyse des réponses libres collectées auprès de 31 patients en arrêt ou non intégrés au dispositif révèle que des freins logistiques, sociaux et économiques

Plusieurs verbatims illustrent clairement ces barrières :

- « *Problème de disponibilités, beaucoup de déplacements professionnels* »
- « *J'ai déménagé et c'est trop loin* »
- « *Aide pour démarches retraite* »
- « *Pas de disponibilité en journée à cause du travail* »
- « *Handicap, deux béquilles, difficile de me déplacer* »
- « *Soutien financier à l'activité sportive et artistique serait bienvenu* »

Certains patients mentionnent également des problèmes d'organisation du dispositif perçu comme trop rigide ou mal adapté à leur réalité quotidienne :

- « *On ne m'a pas recontacté* »
- « *Pas de retour, je n'ai pas été recontactée* »
- « *Fonctionnement compliqué* »

Ces éléments traduisent une difficulté à concilier vie personnelle, professionnelle et soins, ainsi qu'un manque de souplesse ou d'accompagnement dans la mise en œuvre du dispositif.

Le nuage de mots associé aux attentes et obstacles mentionne également les termes distance, disponibilité, fonctionnement, accompagnement administratif, transport, ou encore absence de relance, renforçant la présence de ces freins dans les discours.

Enfin, du côté des professionnels de santé, plusieurs ont souligné dans leur questionnaire que certains patients refusent ou interrompent les soins à cause de contraintes professionnelles, familiales, de fatigue ou de méconnaissance des bénéfices attendus, ce qui corrobore les freins d'ordre social.

Hypothèse 1.4 : Stigmatisation de la demande d'aide psychologique chez les femmes et davantage chez les hommes

- **Résultat :** Confirmée par l'analyse qualitative et la littérature.
- **Justification :**

Dans le questionnaire complémentaire, aucun des répondants masculins ($n = 3$) n'a exprimé de gêne à l'idée de bénéficier d'un suivi psychologique. Toutefois, la population masculine étant très peu représentée (3 hommes sur 31 répondants), il n'est pas possible de conclure à une absence de stigmatisation chez les hommes à partir de ces seules données.

En revanche, deux femmes âgées de 67 et 72 ans ont indiqué une gêne à l'idée d'un accompagnement psychologique, ce qui suggère que la stigmatisation ou les freins à la demande de soins psychiques peuvent également concerner les femmes, en particulier les plus âgées. Ce constat souligne que le phénomène est plus transversal qu'attendu.

Enfin, la littérature spécialisée soutient cette hypothèse. Des publications telles que Solidarum (2023) ou la Revue Psycho-Oncologie (2018) confirment que la stigmatisation sociale associée à la vulnérabilité émotionnelle freine le recours aux soins psychologiques chez les hommes, notamment en contexte oncologique.

Hypothèse 1.5 : Soins perçus comme inadaptés aux besoins masculins

- **Résultat :** Confirmée par la littérature.
- **Justification :**

La littérature met en évidence que certains hommes considèrent les soins de support comme insuffisamment adaptés à leurs besoins spécifiques, souvent perçus comme orientés vers des préoccupations traditionnellement féminines.

Chambers et al. (2023) soulignent des besoins non satisfaits chez les hommes atteints de cancer de la prostate avancé, tandis qu'Oliffe et al. (2023) identifient des freins liés au genre dans l'engagement des hommes avec les dispositifs de soins de support en oncologie. Cependant, dans les réponses au questionnaire (fermées ou ouvertes), aucun patient homme n'a exprimé une impression d'inadéquation des soins proposés.

Ainsi, bien que cette hypothèse soit appuyée par des travaux scientifiques récents, les données empiriques recueillies dans le cadre de cette évaluation ne permettent pas de la confirmer.

Hypothèse 1.6 : Les hommes sont orientés plus tardivement vers les soins

- **Résultat** : Confirmée par les tests statistiques
- **Justification** : Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney mené sur les délais entre fin de traitement et orientation montre que les hommes sont orientés significativement plus tard que les femmes, ce qui pourrait s'expliquer par un retour à l'emploi plus rapide ou une moindre sensibilisation initiale.
 - H_0 : Le délai entre fin de traitement et orientation est le même pour les hommes et les femmes
 - H_1 : Le délai est plus court chez les hommes (retour plus rapide à l'emploi)
 - Test utilisé : Wilcoxon-Mann-Whitney
 - Calcul du délai = date_orientation – date_fin_traitement

Résultats :

Sexe	Médiane (jours)	Moyenne (jours)	Effectif
Femme	118	140	306
Homme	189	181	28

• p-value = 0.0082 → significatif

2. Type de cancer et prescription des soins de support

Hypothèse 2.1 : Les oncologues gynécologues sont plus sensibilisés et prescrivent davantage de soins de support.

- **Résultat** : Hypothèse non testable directement dans la base de données actuelle.
- **Justification** : La surreprésentation du cancer du sein et des cancérologues comme prescripteurs soutient cette tendance.

Hypothèse 2.2 : Hypothèse partiellement confirmée par les données des professionnels de santé.

- **Résultat** : Partiellement confirmée par la littérature (non testable directement dans la base de données actuelle.)
- **Justification** :

Dans le questionnaire adressé aux professionnels, 4 répondants sur 16 indiquent que le type de cancer influence leur décision de proposer des soins de support.

Cela suggère que certains professionnels adaptent leur prescription en fonction de la localisation du cancer, ce qui peut entraîner des inégalités d'accès selon les pathologies.

Ce constat est cohérent avec la littérature, notamment les études d'Onco-Guyane, du Centre Léon Bérard et de la Fondation ARC, qui montrent que l'offre de soins de support varie selon

les effets secondaires spécifiques à chaque type de cancer (digestifs, hématologiques, pulmonaires, etc.).

Hypothèse 2.3 : Le taux de mortalité ou la fréquence des cancers influence la prescription des soins de support.

- **Résultat :** Confirmée par les données de l'INCa 2023.
- **Justification :** Les cancers les plus fréquents sont le sein, la prostate et le colorectal, tandis que les plus mortels sont le poumon, le pancréas et l'estomac.

3. Précarité et accès aux soins de support

Hypothèse 3.1 : Les hôpitaux ciblés sont situés dans des zones moins précaires.

- **Résultat :** Confirmée (tester directement à partir de la base de données actuelle.)
- **Justification :** L'analyse des codes postaux de 18 hôpitaux montre que seuls 3 sont localisés dans des quartiers identifiés comme précaires (93200, 75018, 75020), les autres se situant dans des zones à revenus médians plus élevés (données INSEE).

Hypothèse 3.2 : Les populations précaires refusent les soins de support pour des raisons sociales.

- **Résultat :** Confirmée par la littérature et l'analyse qualitative
- **Justification :**

Selon l'étude DESSEIN (Ngô et al., 2024), les patientes en situation de précarité ont plus souvent des ruptures de suivi, un moindre recours aux soins de support et subissent davantage de pertes de revenus. Ces constats rejoignent ceux de l'IREPS Grand Est (2021) et de la DREES, qui évoquent des freins récurrents pour les personnes précaires : manque d'information, difficultés économiques, faible littératie en santé ou encore stigmatisation.

Ces difficultés se retrouvent aussi dans les réponses libres des patients, où plusieurs personnes évoquent l'impact de leur situation sociale sur leur capacité à suivre le parcours. Par exemple :

« Pour moi, la priorité est de retrouver un emploi, car j'ai rencontré des difficultés à ce niveau »

Ces témoignages montrent que la précarité constitue un frein important à l'accès et à la continuité des soins de support.

Hypothèse 3.3 : Les prescripteurs proposent moins les soins de support aux patients précaires

- **Résultat :** Confirmée par la littérature et l'analyse quantitative.

- **Justification :**

Sur les 16 professionnels ayant répondu au questionnaire, seuls 2 déclarent que la situation sociale du patient influence leur décision de prescription des soins de support. Cela suggère une prise en compte explicite encore marginale de la précarité dans les pratiques déclarées. Cette faible déclaration peut s'expliquer par un biais d'auto-censure ou un traitement implicite non verbalisé par les professionnels.

Des études telles que l'étude DESSEIN (Ngô et al., 2024) soulignent cependant que les professionnels peuvent anticiper des freins liés à la précarité (difficultés de mobilité, contraintes économiques, faible littératie en santé) et ainsi moins proposer certains soins. Par ailleurs, certains professionnels interrogés évoquent dans les verbatims des limites de coordination entre soins médicaux et accompagnement social, confirmant l'importance de ces enjeux dans la continuité des soins de support.

Limite méthodologique : Ce résultat doit être interprété avec prudence compte tenu du faible nombre de répondants. Pour mieux cerner l'impact réel de la précarité sur les décisions de prescription, il serait pertinent d'avoir un plus large panel de professionnels.

Hypothèse 3.4 : Certains patients ne bénéficient pas de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) en raison d'un manque d'information sur son existence.

- **Résultat :** partiellement confirmée par l'analyse qualitative.
- **Justification :**

Parmi les patients ayant répondu à la question « Pourquoi n'étiez-vous pas bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire ? », six indiquent ne pas connaître l'existence de la CSS, et un déclare ne pas savoir comment en faire la demande. Ainsi, près d'un quart des répondants à cette question n'ont pas accédé à ce dispositif en raison d'un manque d'information ou de la complexité des démarches, et non d'une inéligibilité liée à leurs ressources.

Ce constat met en évidence une barrière informationnelle susceptible de freiner l'accès à la CSS, et par conséquent, aux soins de support. Ces observations sont cohérentes avec les résultats publiés par la DREES (2021), selon lesquels une part importante des personnes éligibles à la CSS ne la sollicitent pas, principalement par méconnaissance de leurs droits ou par difficulté à effectuer les démarches nécessaires.

4. Profil du prescripteur et prescriptions

Hypothèse 4.1 : Les patients consultent davantage leur oncologue que leur médecin traitant pour les soins de support

- **Résultat :** Confirmée par la littérature et l'analyse quantitative.
- **Justification :**

Parmi les 16 professionnels ayant répondu au questionnaire, **14 déclarent que les soins de support sont prescrits au moment des consultations hospitalières**, notamment par des oncologues médicaux ou radiothérapeutes.

Peu de prescriptions semblent être réalisées en médecine de ville, et 3 patients mentionnent les médecins généralistes comme prescripteurs principaux dans les parcours observés.

Ce constat est en cohérence avec les données de la littérature :

- Selon la DREES (Études & Résultats n°1034, 2017), **un tiers des généralistes n'ont pas de formation spécifique en cancérologie**, et **deux tiers déclarent des difficultés à suivre les effets secondaires des traitements**.
- Santé publique France (2021) souligne que **plus de 80 % des prescriptions de soins de support sont faites à l'hôpital**, dans des services spécialisés.

Ces éléments confirment une **centralisation hospitalière** des décisions concernant les soins de support, ce qui peut limiter leur accessibilité en aval du parcours, notamment pour les patients suivis en ville.

5. Combinaisons prescrites et perceptions des patients

Hypothèse 5.1 : Le suivi psychologique est plus proposé pendant les traitements, tandis que le suivi diététique est davantage prescrit après.

- **Résultat** : Confirmée par la littérature et l'analyse qualitative
- **Justification** :

Plusieurs patients ayant répondu au questionnaire expliquent avoir reçu un accompagnement psychologique pendant leurs traitements, souvent à l'hôpital. En revanche, cet accompagnement est rarement poursuivi après, sauf à l'initiative du patient. Cela suggère que le soutien psychologique est surtout proposé pendant la phase active de soins, mais qu'il est peu intégré dans le suivi post-cancer.

À l'inverse, les soins diététiques sont souvent mentionnés comme très utiles après la fin des traitements. Certains patients précisent avoir modifié leurs habitudes alimentaires à ce moment-là :

- *« J'ai appris ce qu'il est bon de consommer ou pas »*
- *« J'ai été accompagnée pour reprendre une alimentation adaptée »*

Les professionnels de santé confirment cette tendance. Ils indiquent prescrire plus facilement la diététique et l'activité physique après la fin des traitements lourds, tandis que le suivi psychologique est plus souvent proposé au cours de l'hospitalisation.

Ces retours rejoignent les constats de la littérature, qui souligne que les soins nutritionnels sont encore peu intégrés pendant les traitements, mais recommandés en post-cancer, alors que l'aide psychologique reste fortement centrée sur la période d'hospitalisation

Hypothèse 5.2 : Les patients accordent plus d'importance à la forme physique qu'à la santé mentale.

- **Résultat :** Confirmée par la littérature.
- **Justification :** Le cancer du sein est souvent traité par hormonothérapie, entraînant une prise de poids. La demande de récupération physique est élevée post-traitement, comme le souligne la Ligue contre le cancer (2022).

Non confirmée qualitativement : au contraire, le mot confiance est le plus fréquent dans les attentes, et le besoin de bien-être mental est très souvent cité. Ex. :

- « Améliorer mon bien-être mental »,
- « Gérer le stress, retrouver la confiance en moi »
→ Les deux dimensions semblent centrales.

Hypothèse 5.3 : Les patients poursuivent leur suivi psychologique avec leur psychologue hospitalier.

- **Résultat :** Confirmée par la littérature.
- **Justification :** L'Institut Curie mentionne un accompagnement psychologique pendant et après les traitements, souvent assuré par le même professionnel.

Hypothèse 5.4 : La stigmatisation freine le recours au suivi psychologique.

- **Résultat :** Partiellement confirmée par la littérature et l'analyse qualitative.
- **Justification :**

Aucune mention explicite de stigmatisation n'a été relevée dans les réponses au questionnaire. Toutefois, certains patients expriment une gêne ou un inconfort lié spécifiquement au format des séances psychologiques en groupe, plutôt qu'au recours au suivi psychologique en général.

Par exemple :

- « Trop de négativité dans les séances de groupe, ça m'a plutôt déprimée. »
- « Je ne me sentais pas à l'aise dans un groupe. »

D'autres déclarent simplement ne pas en ressentir le besoin, comme :

- « Ce n'est pas ce que je recherche, je n'ai pas besoin de parler de ça. »

Ces retours traduisent soit un rejet du cadre collectif, soit un désintérêt personnel, sans que cela ne traduise nécessairement une stigmatisation sociale. Il est donc probable que certains freins à la participation soient davantage liés aux modalités de mise en œuvre ou à l'absence de besoin perçu, plutôt qu'à un refus motivé par la stigmatisation.

Cependant, cette hypothèse est renforcée par les apports de la littérature spécialisée :

L'INCa (2022) et la Ligue contre le cancer (2021) rapportent que de nombreux patients évitent les soins psychologiques par crainte d'être stigmatisés.

La revue *Psycho-Oncologie* (2018) souligne que le recours à un psychologue est parfois perçu comme un aveu de faiblesse ou un stigmate de vulnérabilité.

Ces éléments convergent pour indiquer que, même si la stigmatisation n'est pas toujours verbalisée, elle peut rester un facteur latent de non-recours aux soins psychologiques.

Hypothèse 5.5 : Le médecin ne prescrit pas de suivi psychologique car il considère qu'il a déjà été proposé à l'hôpital.

- **Résultat :** Partiellement confirmée par l'analyse qualitative.
- **Justification :**

Plusieurs professionnels de santé indiquent que le soutien psychologique est généralement proposé dès l'annonce du diagnostic ou pendant les traitements hospitaliers, ce qui peut laisser penser qu'un accompagnement a déjà été mis en place. Cette perception pourrait conduire certains prescripteurs à ne pas renouveler ou à ne pas proposer un suivi en post-traitement, estimant que ce besoin a déjà été couvert.

Cependant, aucune réponse ne mentionne explicitement ce raisonnement comme motif de non-prescription. Cette hypothèse reste donc plausible, mais **non directement attestée** par les réponses. Elle est à approfondir par des entretiens qualitatifs ou un échantillon plus large de professionnels de santé.

6. Hypothèses transversales / contextuelles

Hypothèse 6.1 : Décalage entre perception initiale et réalité du dispositif.

- **Résultat :** Confirmée qualitativement
- **Justification :**

Sur les 31 patients ayant répondu au questionnaire complémentaire, seuls **19** déclarent avoir totalement compris ce que proposait le parcours. À l'inverse, 11 patients indiquent n'avoir compris le dispositif que partiellement, et 1 patient déclare ne pas l'avoir compris du tout.

Ces chiffres révèlent un certain flou autour des objectifs et du contenu du dispositif, confirmant l'existence d'un décalage entre les attentes initiales et la réalité du parcours pour certains des répondants.

Ce constat est en accord avec les observations issues de la littérature, qui soulignent l'importance d'une communication claire dès l'entrée dans un dispositif de soins complexes (INCa, 2023).

Hypothèse 6.2 : L'âge plus élevé comme frein à l'intégration ou au maintien dans le parcours

- **Résultat** : Confirmée par la littérature
- **Justification** :

Des travaux en oncogériatrie montrent que les personnes âgées sont moins susceptibles d'adhérer à des soins non curatifs du fait de limitations fonctionnelles et de contraintes physiques ou sociales accrues.

Balducci (2013) souligne l'importance d'une évaluation gériatrique pour identifier les problèmes chez les patients âgés atteints de cancer et améliorer leurs résultats.

7. Accessibilité géographique

Hypothèse 7 : Distance géographique avec les partenaires comme frein à l'intégration ou au maintien dans le parcours

- **Résultats observés** : Partiellement confirmée par l'analyse quantitative.

Population	APA (même code postal)	DIET (même code postal)	PSY (même code postal)	APA (proche)	DIET (proche)	PSY (proche)
Fin de parcours	28,4 %	21,7 %	16 %	74,6 %	85,1 %	83,7 %
Arrêt	23,7 %	19,2 %	13,8 %	71,1 %	87,2 %	86,2 %
Pas intégré	25 %	11,1 %	0 %	50 %	77,8 %	100 %

L'analyse des codes postaux croisés entre les patients et les structures partenaires révèle que la proximité géographique réelle — notamment la présence du partenaire dans la même commune, joue un rôle déterminant dans l'adhésion au parcours de soins de support.

Exemples significatifs :

- Pour l'APA, 28,4 % des patients ayant terminé le parcours avaient un partenaire dans leur commune, contre seulement 23,7 % pour les abandons.
- Concernant le suivi psychologique, aucun patient non intégré (0 %) n'avait de psychologue dans sa commune, alors qu'ils étaient 16 % dans le groupe "fin de parcours".

Cela montre que la proximité départementale (ex. "psy proche" à 100 % pour les non intégrés) n'est pas suffisante si elle implique des déplacements intercommunaux, en particulier chez des patients fragilisés ou peu mobiles.

Annexe 8 – Questionnaire adressé aux patients ayant arrêté et n’ayant pas intégré le dispositif Paris Après Cancer.

Ce questionnaire, diffusé via la plateforme Framafoms, a été adressé aux patients ayant arrêté le dispositif ainsi qu’à ceux n’ayant pas intégré. Il visait à recueillir leur retour d’expérience, à mieux comprendre les raisons de non-adhésion ou d’abandon, et à identifier les leviers d’amélioration du dispositif.

Sexe :

- Femme Homme

Âge :

[champ libre]

Quelle est votre situation vis-à-vis du dispositif Paris après cancer ?

- J’ai arrêté le parcours après avoir commencé un ou plusieurs soins
 Je n’ai pas intégré le parcours après l’orientation

1.1. Quel professionnel vous a proposé ce parcours ?

- Oncologue
 Médecin traitant
 Infirmier·ère
 Autre : _____

1.2. À ce moment-là, étiez-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ?

- Oui Non Je ne sais pas En cours de demande

Si non, pourquoi ?

- Mes revenus dépassaient le seuil
 Je ne connaissais pas l’existence de la CSS
 Je ne savais pas comment faire la demande
 J’ai fait une demande mais ne l’ai pas obtenue à temps

1.3. Avez-vous bien compris ce que proposait le parcours ?

- Oui totalement Oui partiellement Non du tout
 Autre : _____

1.4. Avez-vous eu suffisamment d’informations pour faire un choix serein ?

- Oui Non

Si non, qu’est-ce qui vous a manqué ? [champ libre]

2.1. Pourquoi n’avez-vous pas intégré ou poursuivi le parcours ?

(plusieurs réponses possibles)

- Contraintes personnelles ou professionnelles
 Fatigue ou état de santé
 Difficulté à me projeter dans le dispositif

- Manque de compréhension ou d'informations
- Sentiment d'inutilité des soins proposés
- Soins perçus comme inadaptés (ex. : trop féminins)
- Gêne à l'idée de certains soins (ex. : suivi psy)
- Autre : _____

3.1. Y a-t-il un ou plusieurs soins que vous auriez voulu suivre mais que vous n'avez pas commencés ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ? [champ libre]

3.2. Avez-vous déjà bénéficié de soins de support en dehors du dispositif ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

- Suivi sportif Suivi diététique Suivi psychologique Autre : _____

3.3. Certains soins vous ont-ils semblé inutiles ou inadaptés ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ? [champ libre]

3.4. Avez-vous ressenti une gêne ou une honte à l'idée de suivre un soin psychologique ?

- Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser ? [champ libre]

3.5. Les soins proposés étaient-ils adaptés à votre situation (âge, genre, état de santé) ?

- Oui Non Partiellement

Précisez : [champ libre]

3.6. Qu'est-ce qui aurait pu vous motiver davantage à suivre ou poursuivre ce parcours ?

- Plus d'explications au départ
- Des lieux de soins plus proches
- Une prise en charge plus souple ou personnalisée
- Moins de soins proposés à la fois
- Autre : _____

4.1. Que suggéreriez-vous pour que d'autres bénéficiaires se sentent plus à l'aise ?

[champ libre]

4.2. Auriez-vous préféré un format de soins différent ?

- Oui Non

Si oui, lequel ?

- Plus individuel Moins médicalisé
- Plus court Plus concret ou pratique
- Autre : _____

5.1. Après votre traitement, qu'auriez-vous considéré comme prioritaire ?

- Activité physique adaptée
- Suivi diététique
- Soutien psychologique
- Je ne sais pas

5.2. Avez-vous été plus motivé·e par :

- Le suivi nutritionnel
 - Le suivi sportif
 - Le suivi psychologique
 - Aucun en particulier
- Pourquoi ? [champ libre]

5.3. Avez-vous pensé que certains soins n'étaient pas faits pour vous ?

- Oui Non
- Si oui, lesquels ? [champ libre]

6.1. Le lieu proposé pour les soins était-il :

- Près de chez vous
- Accessible mais à plus de 30 minutes
- Trop éloigné
- Sans réponse

6.2. Avez-vous eu des difficultés à vous déplacer ?

- Oui Non Partiellement
- Si oui, lesquelles ? [champ libre]

Annexe 9 – Questionnaire adressé aux professionnels de santé impliqués dans le dispositif Paris Après Cancer

Ce questionnaire a été diffusé en ligne dans le cadre de l'évaluation du dispositif Paris Après Cancer. Il visait à recueillir l'avis des professionnels prescripteurs sur les pratiques, les freins rencontrés et les pistes d'amélioration. Les réponses sont anonymes et ont contribué à une analyse globale du dispositif.

Profession principale :

- Oncologue médical
- Chirurgien
- Médecin généraliste
- Infirmier·ère
- Autre : _____

Avez-vous déjà prescrit des soins de support dans le cadre du dispositif Paris Après Cancer ?

- Oui Non Je ne connais pas ce dispositif

1.1. Quels sont les principaux critères qui vous amènent à prescrire des soins de support ? (plusieurs réponses possibles)

- Type de cancer
- Traitement reçu
- État général / fatigue du patient
- Demande explicite du patient
- Situation sociale ou familiale
- Systématiquement après certains traitements
- Autre : _____

1.2. Adaptez-vous votre discours en fonction du profil du patient ?

- Oui, en fonction du sexe
- Oui, en fonction de l'âge
- Oui, en fonction de la situation sociale
- Non, je présente toujours les soins de la même manière
- Autre : _____

1.3. Proposez-vous les soins de support à tous vos patients ?

- Oui, systématiquement
 - Non, seulement à certains patients
- Si non, précisez pourquoi : [champ libre]

2.1. Observez-vous une moindre adhésion des patients précaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2.2. Avez-vous déjà hésité à prescrire certains soins à un patient ?

- Oui, souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- Si jamais, pourquoi ? [champ libre]

2.3. Dirigez-vous aussi souvent des patients précaires vers le dispositif que les autres ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2.4. Pensez-vous que le dispositif est suffisamment connu des publics précaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3.1. Pensez-vous que les hommes sont moins enclins à accepter les soins de support ?

- Oui, globalement
- Non
- Je ne sais pas
- Uniquement pour certains soins (précisez) : [champ libre]

3.2. Les soins proposés par Paris Après Cancer vous semblent-ils adaptés aux hommes ?

- Oui
- Non
- À améliorer (précisez) : [champ libre]

3.3. Avez-vous déjà observé une gêne ou une réticence spécifique chez les hommes vis-à-vis de certains soins ?

Oui Non

4.1. Vous est-il déjà arrivé de ne pas prescrire un suivi psychologique en pensant qu'il était déjà en place à l'hôpital ?

Oui Non

4.2. Selon vous, les besoins en suivi psychologique sont-ils systématiquement évalués en post-traitement ?

Oui Non Je ne sais pas

4.3. Pensez-vous que les patients préfèrent continuer un suivi psy à l'hôpital ?

Oui Non Je ne sais pas

5.1. À votre avis, les patients comprennent-ils bien ce que propose le dispositif au moment de la prescription ?

- Oui, dans la majorité des cas
- Non, ils posent souvent des questions ou semblent confus
- Je ne sais pas

5.2. Trouvez-vous les informations sur le dispositif claires ?

Oui Non Moyennement

5.3. Quelles améliorations suggéreriez-vous pour renforcer la compréhension et l'adhésion au dispositif ?

[champ libre]

5.4. Quelles sont, selon vous, les principales causes d'abandon du parcours ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Fatigue
- Manque de temps
- Absence de bénéfices perçus
- Distance géographique
- Freins psychologiques (stigmatisation, gêne)
- Autre : _____

VIII. Bibliographie

Institut national du cancer. (2023). *Les cancers en France - édition 2023*. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2023>

Santé publique France. (2023). *Baromètre cancer : indicateurs clés sur l'incidence et la mortalité*. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/barometre-cancer-2021>

Institut national du cancer. (2023). *Épidémiologie des cancers les plus fréquents* :

- Cancer du sein : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
- Cancer du poumon : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
- Cancer colorectal : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>

Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. (2023). *Les chiffres clés du cancer*. <https://www.fondation-arc.org/chiffres-cancer>

Balducci, L. (2013). *Geriatric assessment in oncology: improving patient outcomes*. *Cancer Journal*, 19(5), 417–423. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178811/>

Chambers, S. K., Hyde, M. K., Laurie, K., Dunn, J., & Gardiner, R. A. (2023). *Psychosocial care needs among men with advanced prostate cancer: A qualitative study*. *Supportive Care in Cancer*, 31(2), 1035–1042. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07444-3>

DREES. (2017). *Soins de support : qui prescrit quoi ? Études & Résultats n°1034*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

DREES. (2020). *Le renoncement aux soins : profils et déterminants. Études & Résultats n°1174*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

Fondation ARC. (s.d.). *Les soins de support selon les cancers*. <https://www.fondation-arc.org>

Institut Curie. (2023). *Accompagnement psychologique des patients*. <https://www.curie.fr>

Institut national du cancer (INCa). (2022). *Psychologie et cancer : freins et stigmatisation*. <https://www.e-cancer.fr>

Institut national du cancer (INCa). (2023). *Les cancers en France – Édition 2023*. <https://www.e-cancer.fr>

IREPS Grand Est. (2021). *Accès à la santé des publics en situation de précarité : leviers et freins*. <https://www.ireps-grandest.fr>

Ligue contre le cancer. (2022). *APA, nutrition et soins de support : enquête post-cancer*. <https://www.ligue-cancer.net>

Ngô, C., et al. (2024). *Étude DESSEIN : précarité et suivi post-cancer du sein en Île-de-France*. Ligue contre le cancer – INCa.

Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Bottorff, J. L., Seaton, C., & Rice, S. M. (2023). *Gender-based barriers in supportive cancer care for men: A scoping review*. *Psycho-Oncology*, 32(1), 123–134. <https://doi.org/10.1002/pon.6023>

ONCORIF. (2022). *Parcours global après le cancer*. <https://www.oncorif.fr>

Onco-Guyane. (s.d.). *Projet ONCO-SUPPORT : Adaptation des soins de support*. <https://www.onco-guyane.fr>

Revue Psycho-Oncologie. (2018). *Freins à l'accès aux soins psychiques chez les hommes*.

Psycho-Oncologie, 12(3), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.ponc.2018.05.004>

Santé publique France. (2021). *Baromètre Cancer 2021*. <https://www.santepubliquefrance.fr>

SFNCM. (2021). *Suivi nutritionnel des patients atteints de cancer*. Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme. <https://www.sfncm.org>

Solidarum. (2023). *Soins de support : un impensé masculin ?* <https://www.solidarum.org>