

# La télémédecine dans le cadre de soins palliatif en cas de cancer du poumon avancé est-elle équivalente à la consultation en présentielle ?

## Référence

Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. JAMA 2024;332:1153-64 DOI: 10.1001/jama.2024.13964

## Analyse de

Ryan Tock, MSc  
Infirmières  
Absence de conflits  
d'intérêt avec le sujet.

## Question clinique

Les téléconsultations sont-elles équivalentes aux consultations en présentiel pour les patients en soins palliatifs atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules à un stade avancé ?

## Contexte

L'analyse de cette étude (1) entreprise par Minerva est très intéressante car elle intervient dans le contexte des recommandations de l'INAMI (2) qui stipule que la télémédecine est appelée à jouer un rôle croissant dans le système de santé belge. Malgré les avancées thérapeutiques des vingt dernières années, les patients atteints de cancer du poumon avancé souffrent de nombreux symptômes, de détresse psychologique et d'une qualité de vie réduite (3). Les aidants sont également fortement affectés (4). Les recommandations nationales préconisent l'intégration des soins palliatifs dès le diagnostic de cancer avancé, soutenues par des essais cliniques démontrant leur efficacité. Cependant, des obstacles tels que la disponibilité limitée de spécialistes et les perceptions erronées des soins palliatifs, comme déjà exploré par Minerva précédemment (5,6), limitent leur mise en œuvre. La téléconsultation s'est considérablement accélérée depuis la pandémie de covid-19 et offre une solution prometteuse pour améliorer l'accès aux soins (7), bien que son efficacité comparée aux soins en personne reste à évaluer.

## Résumé

### Population étudiée

- critères d'inclusion :
  - diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules avancé dans les 12 semaines précédentes
  - non traités à visée curative
  - score de performance ECOG 0 à 3 (0 = pleinement actif à 3 = capable de prendre soin de lui-même de manière limitée et confiné à un lit ou à une chaise plus de 50% des heures d'éveil)
  - capacité à répondre en anglais ou espagnol
- critères d'exclusion :
  - déjà sous soins palliatifs ou en hospice
  - troubles cognitifs ou psychiatriques empêchant le consentement
- au total, 1250 adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) avancé ; l'âge moyen était de 65,5 ans, 54% de femmes et 46% d'hommes ; 82,7% de Blancs, 9% d'Afro-Américains ; 45,7% a déclaré avoir dû se déplacer d'une heure ou plus pour se rendre à la clinique de cancérologie ; les aidants inclus étaient au nombre de 548 dont la majorité étaient le conjoint ou le partenaire (64,2%).

### Protocole d'étude

Essai clinique randomisé, multicentrique, comparatif (randomisation : 1:1) avec stratification par site d'étude) du 14 juin 2018 au 4 mai 2023, dans **22 centres de cancérologie aux États-Unis**

- intervention = groupe télémédecine : 1ère consultation en personne, puis consultations vidéo toutes les 4 semaines

- comparateur = groupe présentiel : consultations en clinique toutes les 4 semaines
- durée de suivi : 48 semaines.

### Mesure des résultats

- critère de jugement principal :
  - qualité de vie des patients atteints d'un cancer du poumon mesurée par le **Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung (FACT-L)**, un questionnaire validé dont le score varie de 0 à 136, avec des valeurs plus élevées indiquant une meilleure qualité de vie
  - seuil d'équivalence :  $\pm 4$  points sur le score FACT-L, défini a priori comme la marge dans laquelle les deux modalités de soins (téléconsultation vs présentiel) seraient considérées comme équivalentes
  - analyse statistique :
    - test d'équivalence basé sur la méthode **TOST (Two One-Sided Tests)**
    - modèle de régression linéaire ajusté pour les scores de base et les variables de confusion
    - vérification de la robustesse des résultats avec des analyses de sensibilité prenant en compte l'effet des centres et des données manquantes
- critère de jugement secondaire :
  - la satisfaction des patients et des soignants à l'égard des soins, mesurée par le questionnaire de satisfaction et de prestation de soins
  - la participation des aidants aux consultations de soins palliatifs, mesurée par la proportion d'aidants ayant assisté aux consultations enregistrées par les cliniciens via un formulaire de suivi
  - analyse statistique :
    - comparaison entre les groupes télémédecine et présentiel via un **modèle d'équations d'estimation généralisées**
    - ajustement des comparaisons multiples avec une correction de Bonferroni pour réduire le risque d'erreurs de type I
- les résultats ne concernent que les patients vivants au moment et sont présentés à 24 semaines ; une publication ultérieure les présentera à 36 et 48 semaines.

### Résultats

- en tout, 123 participants à l'étude (9,8%) sont décédés avant la semaine 12, dont 55 assignés aux consultations vidéo et 68 aux consultations en personne ; 246 participants (19,7%) sont décédés avant la semaine 24, répartis également entre les consultations vidéo (123) et les consultations en personne (123)
- à la semaine 24, les patients ont eu en moyenne 4,7 rencontres en soins palliatifs par vidéo et 4,9 en personne ; dans le groupe vidéo, 68,6% des rencontres étaient virtuelles, 21,0% en personne selon le protocole initial et 10,4% à la demande ; dans le groupe en personne, 94,3% des rencontres étaient en personne et 5,7% par vidéo à cause de la pandémie covid-19 ; les cliniciens ont rempli 93,2% des formulaires obligatoires et 1172 formulaires supplémentaires pour les appels téléphoniques ; la durée médiane des visites était de 30 minutes pour les vidéos et de 35 minutes pour les rencontres en personne
- résultats des mesures primaires : qualité de vie (FACT-L) à 24 semaines :
  - amélioration FACT-L entre semaine 0 et semaine 24 :
    - télémédecine : +8,4 points
    - présentiel : +6,9 points
    - équivalence confirmée : (moyenne ajustée de 99,7 points contre 97,7 points ; différence de 2,0 points (avec IC à 95% de 0,1 à 3,9) ;  $p = 0,04$ )
- résultats des mesures secondaires :
  - participation des aidants aux consultations :
    - télémédecine : 36,6%
    - présentiel : 49,7%
    - différence significative ( $p < 0,001$ )
  - satisfaction des patients et des aidants : les groupes d'étude ne différaient pas en termes de satisfaction rapportée par les aidants à l'égard des soins, de qualité de vie, de symptômes

d'anxiété et de dépression, et de perception de l'objectif du traitement et de la curabilité du cancer du patient.

### **Conclusion des auteurs**

Les auteurs concluent que la prestation de soins palliatifs précoces virtuellement ou en personne a démontré des effets équivalents sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules avancé, soulignant le potentiel considérable d'amélioration de l'accès à ce modèle de soins fondé sur des données probantes grâce à la télésanté.

### **Financement de l'étude**

Les recherches présentées dans cette publication ont été financées par une subvention du Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) et ont été soutenues par le Palliative Care Research Cooperative Group, financé par une subvention de l'Institut National de la Recherche Infirmière des Instituts Nationaux de la Santé (NIH).

### **Conflit d'intérêts des auteurs**

La plupart des auteurs déclarent avoir reçu des honoraires ou subventions pour conseils, membre de comité de rédaction, consultant que ce soit auprès de firmes, institutions ou autres. Cependant ces financements concernent des activités extérieures à l'étude et ne semblent pas avoir d'impact direct sur ses conclusions.

## **Discussion**

### **Évaluation de la méthodologie**

Dans la méthodologie, la mesure des résultats repose sur un échantillon de grande taille, ce qui renforce la puissance statistique et la robustesse des conclusions. L'utilisation du Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung (FACT-L) pour évaluer la qualité de vie des patients est un point fort, car cet outil est largement reconnu et validé dans les études portant sur les soins palliatifs. Cela garantit une comparabilité avec d'autres travaux et facilite l'interprétation des résultats. L'analyse statistique a été rigoureusement menée pour minimiser les biais. Un modèle de régression linéaire ajusté a été utilisé pour le critère principal, et des analyses de sensibilité ont été réalisées afin d'évaluer l'impact des éventuelles variations dans la collecte des données. De plus, des corrections statistiques, telles que la correction de Bonferroni, ont été appliquées pour éviter les erreurs liées aux comparaisons multiples. Toutefois, certaines limites méthodologiques doivent être soulignées. Un élément potentiel de biais provient de l'utilisation occasionnelle de traducteurs pour aider certains patients à comprendre les questionnaires et les consignes. Cela peut avoir introduit des variations dans la compréhension des questions et, par conséquent, une légère distorsion dans les réponses recueillies. Les auteurs identifient également d'autres limites à leur méthodologie :

- Impact de la pandémie de covid-19 : certaines consultations ont dû être adaptées en raison des restrictions sanitaires, ce qui a pu modifier le protocole initial et créer une contamination de l'intervention (certains patients initialement affectés aux consultations en présentiel ont dû recevoir des soins par téléconsultation).
- Taux d'attrition plus élevé que dans les études antérieures sur les soins palliatifs, notamment en raison de l'hétérogénéité des patients et des pratiques de soins à travers les 22 centres participant à l'étude.
- Biais de sélection : il n'a pas été possible d'évaluer pleinement si les patients ayant refusé de participer présentaient des caractéristiques différentes des participants, car ils n'ont pas donné leur consentement pour collecter leurs données démographiques.
- Participation des aidants limitée : un pourcentage inférieur de patients a identifié un aidant disponible pour participer à l'étude (59%), comparé aux études précédentes qui atteignaient environ 78%. En outre, la participation des aidants était significativement plus faible dans le groupe téléconsultation, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les patients nécessitant une assistance pour se rendre aux consultations en présentiel étaient naturellement plus enclins à être accompagnés.
- Représentation limitée des populations diversifiées : les auteurs soulignent que davantage de recherches sont nécessaires pour inclure une diversité sociodémographique plus large et examiner les effets de la téléconsultation en fonction de variables clés comme l'âge, le niveau d'éducation, l'expérience technologique ou la présence d'un aidant.

- Exclusion implicite des patients à faible indice socio-économique : la nature même de l'étude, en intégrant une composante de téléconsultation, pourrait exclure de facto les patients issus des catégories socio-économiques les plus défavorisées qui ne disposent pas d'un accès fiable aux outils technologiques nécessaires (connexion internet stable, matériel adéquat, compétences numériques minimales). Cette limitation peut biaiser la représentativité des résultats en sous-estimant les barrières réelles d'accès aux soins pour ces populations. La même réflexion s'applique également aux compétences informatiques de base qui ne sont pas forcément acquises par l'ensemble de la population.

### Évaluation des résultats

L'un des enseignements majeurs de cette étude est que la satisfaction des patients est équivalente entre la téléconsultation et les soins en présentiel. Les scores moyens de satisfaction (SCDQ) étaient similaires dans les deux groupes (41,3 pour la téléconsultation contre 41,0 pour le présentiel,  $p > 0,99$ ), indiquant que les patients ne perçoivent pas de différence notable entre ces deux modalités de prise en charge. Cette équivalence renforce la légitimité de la téléconsultation comme une alternative viable aux consultations en clinique externe, y compris dans le contexte belge, où la digitalisation des soins de santé et l'intégration de la téléconsultation se développent progressivement (2).

Cependant, l'étude met également en évidence une différence significative dans la participation des aidants, qui était plus faible dans le groupe téléconsultation (36,6% versus 49,7% en présentiel ;  $p < 0,001$ ). Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, la nature même des consultations en présentiel implique un biais, car les patients nécessitant une assistance pour se rendre en clinique sont plus enclins à être accompagnés par un aidant, ce qui augmente mécaniquement leur participation. D'autre part, dans le cadre des téléconsultations, où le déplacement n'est pas nécessaire, les aidants peuvent être moins sollicités ou moins disponibles au moment des consultations, ce qui peut expliquer leur moindre implication. Une hypothèse à explorer est que le niveau socio-économique des aidants pourrait influencer leur participation aux soins à distance. En effet, un statut socio-économique plus élevé pourrait être associé à une plus grande flexibilité professionnelle, une meilleure compréhension des enjeux médicaux et une maîtrise accrue des outils numériques, facilitant ainsi leur engagement. À l'inverse, un niveau socio-économique plus bas pourrait constituer un frein en raison de contraintes professionnelles ou technologiques limitant leur disponibilité, notamment pour les téléconsultations. Cette hypothèse mériterait d'être examinée dans de futures recherches. Enfin, la capacité des patients à se rendre en clinique externe peut également avoir influencé les résultats. L'évaluation de leur état fonctionnel via l'échelle ECOG Performance Status Scale montre que 17,5% des patients en présentiel et 18,3% en téléconsultation étaient en catégorie 2, c'est-à-dire incapables de travailler, mais encore autonomes pour leurs soins personnels et hors du lit plus de 50% du temps. De plus, 3% des patients dans les deux groupes étaient en catégorie 3, nécessitant une assistance importante et étant confinés au lit ou sur une chaise plus de 50% du temps. Ces données soulignent que, pour une fraction des patients, la participation d'un aidant en présentiel était probablement dictée par une nécessité logistique plus que par un choix, ces patients ayant besoin d'une assistance pour se déplacer jusqu'à la clinique. Cette dynamique est en grande partie absente dans le cadre de la téléconsultation, où l'absence de contrainte de déplacement peut expliquer, en partie, la participation moindre des aidants.

### Que disent les guides de pratique clinique ?

En résumé, le KCE reconnaît le potentiel de la téléconsultation pour améliorer l'accès aux soins et l'efficacité du système de santé belge, tout en soulignant la nécessité de surmonter les obstacles à son adoption pour en maximiser les avantages (8).

## Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée contrôlée (RCT) multicentrique conclut que la téléconsultation et le présentiel sont équivalents en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients en soins palliatifs. L'étude présente une bonne qualité méthodologique pour l'évaluation de son critère principal, avec une conception rigoureuse et des analyses statistiques adaptées garantissant la robustesse des résultats. Cependant, plusieurs limites méthodologiques restreignent l'interprétation du critère secondaire relatif à la participation des aidants. En particulier, l'absence de données sur le profil socio-économique et numérique des aidants, ainsi que la différence structurelle entre le présentiel (où certains patients nécessitaient un accompagnement pour se déplacer) et la téléconsultation, pourraient avoir introduit des biais non pris en compte dans l'analyse.

## Références

1. Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. *JAMA* 2024;332:1153-64. DOI: 10.1001/jama.2024.13964
2. INAMI. La télémédecine et les applications mobile Health. Available from : [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/la-telemedecine-et-les-applications-mobile-health?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/la-telemedecine-et-les-applications-mobile-health?utm_source=chatgpt.com) (Site consulté le 20/03/2025).
3. Gonzalez-Ling A, Galindo Vázquez O, Espinoza Bello M, et al. Quality of life, anxiety, depression, and distress in patients with advanced and metastatic lung cancer. *Palliat Support Care* 2023;21:608-15. DOI: 10.1017/S147895152200116X
4. Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, et al. Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Ann Behav Med* 2017;51:519-31. DOI: 10.1007/s12160-017-9875-3
5. Tock R. Planification anticipée des soins et vie à domicile : exploration des expériences des patients cancéreux en fin de vie. *Minerva* 2025 ;24(1):10-4.
6. Driller B, Maienborn C, Aasen EM, et al. Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Prim Care* 2024;25:245. DOI: 10.1186/s12875-024-02499-x
7. Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. *J Natl Compr Cancr Netw* 2020:1–7. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.7639>
8. Detollenaere J, Christiaens W, Dossche D, et al. Barriers and facilitators for eHealth adoption by general practitioners in Belgium. Analysis based on the integrated allowance for GP practices 2021:5-117. URL : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_337\\_eHealth\\_adoption\\_in\\_Belgium\\_Report\\_V2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_337_eHealth_adoption_in_Belgium_Report_V2.pdf)