

***L'information favorise la diminution de
l'anxiété, de la durée de séjour et renforce les
stratégies de coping tout en augmentant la
satisfaction des patients en oncologie. Quelles
interventions infirmières soutiennent ce
processus?***

Travail de Bachelor

Par

Julie Rime

Promotion 2009-2012

Sous la direction de : Jessica Graber

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude est de nommer les interventions infirmières soutenant que l'information favorise la diminution de l'anxiété, de la durée de séjour et renforce les stratégies de coping tout en augmentant la satisfaction des patients en oncologie. Le contexte de ce travail inclut la population adulte atteinte d'un cancer du colon ou du sein hospitalisée en milieu de soins aigus.

Méthodologie : Les premières recherches se sont principalement centrées sur le rôle de l'information apportée durant la période préopératoire. Cependant, suite à une saturation d'articles scientifiques et de par une trop grande actualité du sujet et un trop grand nombre d'analyses en cours, un élargissement du champ de recherche s'est avéré nécessaire afin de redéfinir l'ancienne problématique. Les résultats obtenus ont été ensuite mis en relation avec les trois cadres théoriques présents dans la revue de littérature étoffée.

Résultats : Les résultats ont clairement mis en évidence les bienfaits qu'apporte l'information donnée en préopératoire chez le patient et sa famille. Un patient informé est un patient qui exprime une grande satisfaction, une diminution de l'anxiété, et a, par conséquent, une influence sur la durée de séjour et permet d'élaborer des stratégies de coping. Les résultats mettent également en évidence que la manière de transmettre l'information est perçue différemment en fonction de qui la transmet : l'impact n'est pas le même si l'information est donnée par le médecin ou par l'infirmière. Un autre point, souvent ressorti, est la mise en place de structures pour les patients désirant bénéficier d'un suivi téléphonique post-hospitalisation. De plus, suite aux informations apportées en préopératoire, d'autres aspects, économiques en particulier, sont également mentionnés.

Conclusion : Cette revue de littérature étoffée démontre que l'apport d'informations s'avère être à l'origine du processus de satisfaction, de la diminution de l'anxiété, de la durée de séjour et de la création de stratégies de coping. Le personnel infirmier a un rôle prépondérant à ce niveau. C'est-à-dire, qu'il se doit d'être au courant des nouvelles pratiques concernant la spécificité de son travail ; il a le devoir de fournir des renseignements au patient en y intégrant

sa famille. Le fait que le soignant ait en mémoire des notions théoriques favorise également l'aboutissement de ce processus.

Mots clés : Therapeutic education/ éducation thérapeutique ; Oncology/ oncologie ; Informations needs/ besoins d'informations; Adaptation/ adaptation ; Education preoperative/ éducation préopératoire ; Health education/ éducation de la santé ; Breast neoplasm/ cancer du sein; Colorectal neoplasms/ cancer du colon.

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Jessica Graber pour m'avoir guidée et apportée son aide précieuse tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie Melisenda Dufournet et Francis Volery pour leur disponibilité à la relecture du document et je remercie, également, Yasemin Limoncu pour ses conseils informatiques.

Je souhaite également remercier toute ma famille ainsi que mes amis les plus proches pour m'avoir soutenue et conseillée dans la réalisation de cette revue de littérature étoffée.

Table des matières

1. Introduction.....	7
1.1.1 Développement	10
1.1.2 Argumentation de la problématique	13
1.1.3 Objectifs/Buts poursuivis	13
1.2.1 L'adaptation.....	14
1.2.2 Le Coping.....	15
1.2.3 L'éducation thérapeutique du patient	16
1.2.4 L'autonomie.....	17
1.2.5 L'image corporelle	18
1.3 Cadre d'analyse des résultats.....	19
1.3.1 L'éducation thérapeutique	19
1.3.2 Le Modèle de McGill fait par le Dr. Moyra Allen	21
1.3.3 L'approche transactionnelle du stress et du coping selon Lazarus & Folkman.	23
2. Méthodologie	24
2.1 Recherche des concepts et des mots-clés	25
2.1.1 Les critères d'inclusion	26
2.1.2 Les critères d'exclusion	27
2.2 Résultats des stratégies de recherche.....	27
2.2.1 Stratégies de recherche	27
3. Résultats	31
3.1 Méthodologie des recherches.....	31
3.2 La satisfaction des patients.....	33
3.3 La diminution de l'anxiété	36
3.4 La diminution du temps de séjour.....	38

3.5 Favoriser les stratégies de coping	39
4. Discussion	40
4.3 La diminution du temps de séjour	47
4.4 Propositions d'action pour la pratique infirmière	48
4.5 Limites de l'étude	52
5. Conclusion	53
5.1 Les mots de l'auteure	54
Bibliographie	55
Annexe 1 : Déclaration d'authenticité	61
Annexe 2 : Grilles d'analyses de recherches.....	62

1. Introduction

Ce travail traite de l'importance que représente l'information donnée en situation préopératoire chez les patients devant subir une colostomie suite à un cancer du colon. Il ne faut jamais oublier qu'une intervention de ce genre bouleverse le quotidien de beaucoup de personnes : les patients, certes, mais aussi leur entourage. L'image corporelle, l'estime de soi de la personne sont perturbés, voire complètement détruits. En effet, nous savons que le fait d'avoir une poche collectrice de selles abouchée à la paroi abdominale peut être très mal vécu. Cela va avoir des répercussions sur la vie quotidienne du patient. Cette gêne va influencer la mobilité de la personne, son indépendance, son sommeil, sa vie sociale, sa santé psychique et bien d'autres éléments encore. Cela peut amener, dans des cas extrêmes à une dégradation importante de leur qualité de vie et avoir une influence négative sur le bien-être.

Pour éviter d'en arriver là, il est important, dès l'annonce du diagnostique, de s'attarder sur les questions et les problèmes posés et de prendre en compte les demandes du patient. Il est essentiel de comprendre leur ressenti face à l'annonce de ce diagnostique, de comment ils se perçoivent dans le futur, quelles sont leurs représentations d'une colostomie. Cela évitera un renfermement sur soi, de développer des comportements auto-destructeurs ou d'autres stratégies d'adaptation dites « à risques ». Les soignants, au courant de ce qu'ils perçoivent de la situation, pourront cibler au mieux des interventions individualisées leur permettant de faire voir aux patients le côté positif de ce qui leur arrive. Justement, cela réconforte davantage, Le fait d'apporter une éducation thérapeutique en préopératoire réconforte davantage et permet d'éviter ou de minimiser des situations dérangeantes.

1.1 Problématique

Selon la Ligue contre le Cancer (2011), chaque année, en Suisse, près de 4000 personnes développent un cancer du côlon, ce qui correspond à 11% de toutes les maladies cancéreuses. Le cancer du côlon est ainsi le troisième cancer le plus fréquent.

« Le cancer du côlon se développe dans les cellules de la muqueuse qui tapisse l'intérieur du côlon. Le rectum, segment terminal du côlon, est la partie la plus fréquemment touchée. On l'appelle aussi cancer de l'intestin, car les autres segments de l'intestin (intestin grêle, anus) sont rarement affectés par des tumeurs. ». (Ligue contre le Cancer, 2010).

Les symptômes les plus fréquents pouvant menés à diagnostiquer un cancer du colon se manifestent par une perte de poids inexplicée, des saignements du rectum ainsi que la présence de sang dans les selles et un faux besoin d'aller à selles. Des troubles inexplicés du transit intestinal se manifestent par des diarrhées ou de la constipation avec la présence de douleurs abdominales inconnues et persistantes. On constate aussi une perte d'appétit et une fatigue chronique. (Ligue contre le cancer, 2008).

L'opération chirurgicale donne une possibilité d'ôter la tumeur. En l'absence de métastases, l'intervention permet d'espérer une guérison de la maladie. L'objectif principal de cette chirurgie est, bien entendu, d'enlever la tumeur avec une partie des tissus sains qui l'entourent. En le faisant, le chirurgien augmente les chances de supprimer toutes les cellules cancéreuses. En fonction du segment de l'intestin qui a dû être sectionné, l'évacuation des matières fécales ne peut plus se faire par l'anús. Pour ce faire, le chirurgien va réaliser un anus artificiel que l'on appelle « stomie » qui peut être temporaire ou définitive. Il s'agit d'un orifice qui ressort à travers la paroi abdominale et qui permet l'élimination des selles. (Ligue contre le Cancer, 2008).

« Si tout le gros intestin et/ou le colon doivent être enlevés, c'est une partie de l'intestin grêle qui est abouchée à la paroi abdominale. Lorsque seule une partie du gros intestin est enlevé, le chirurgien confectionne une colostomie avec une partie du gros intestin restant. » (Ligue contre le Cancer, 2008, p.27).

A la suite de quoi, les selles sont récoltées dans une poche spéciale que le patient porte collée sur la paroi abdominale au niveau de sa stomie.

En lisant en quoi consiste le cancer du colon, le rôle qu'ont les informations données en préopératoire chez le patient devient évident. L'information primaire vient du médecin car c'est lui qui a la tâche délicate d'annoncer le diagnostic et le traitement adéquat au patient. Puis, dans un deuxième temps, c'est l'infirmière stomathérapeute qui va l'accompagner dans un cheminement d'acceptation. Cela se fera par des entretiens ; elle lui montrera le matériel ; elle pourra le mettre en relation avec des patients ayant subi la même intervention, etc. Toutes ces démarches en préopératoire seront autant bénéfiques au patient qu'utiles aux professionnels de la santé.

Chaudhri et al, (2005), ont réalisé une étude comparant l'apport d'informations en période préopératoire et postopératoire. Ils concluent que l'éducation de la prise en charge de la stomie en préopératoire est plus efficace qu'en postopératoire. Cela permet aux patients d'être plus vite autonomes dans la gestion des autos-soins envers leur stomie et peuvent par conséquent quitter l'hôpital plus rapidement. De même, que l'Association Suisse des Stomathérapeutes (2008) affirme qu' « Informer et faciliter l'expression du patient en préopératoire, permet de réduire le niveau d'anxiété provoqué par l'intervention chirurgicale et favorise une meilleure participation du patient; ce qui lui est directement favorable et l'aide à se rétablir plus vite ». Sans cette étape, le patient, ne s' imagine pas ou ne prend pas suffisamment conscience de ce que cela signifie de vivre avec une stomie qu'elle soit temporaire ou permanente.

A l'heure actuelle, la population vit dans une société qui demande de faire « plus avec moins » ce qui ne facilite pas la réalisation des tâches à effectuer. En soit, ce sont de petits détails, mais comme l'étude de Chaudhri et al. (2005), l'a montré, il serait judicieux de s'attarder sur ces brefs éléments qui ont pour but de nous alléger le travail et surtout qui procure une meilleure satisfaction au patient.

Depuis le 1er mai 2012, des difficultés ont été rencontrés concernant la recherche d'articles au sujet de ma 1ère problématique qui traitait « Quel rôle joue l'information donnée, par les infirmières, en préopératoire auprès d'un patient

allant subir une colostomie à la suite d'un cancer du colon ? », ceci étant du à une trop grande actualité du sujet et d'analyse en cours. De ce fait, en élargissant le champ de recherches, une réorientation de la problématique s'avère nécessaire. La « population » va changer mais la problématique reste la même car les articles concernant « les stomies » sont tout à fait transférables avec la problématique actuelle. Il s'agit toujours de voir par quels moyens le personnel infirmier peut améliorer le confort et la satisfaction du patient et simultanément diminuer l'anxiété d'une personne, limiter sa durée de séjour et par conséquent favoriser les stratégies de coping. L'aspect traumatique résultant du cancer du colon et du sein est important car les actions infirmières, dans ces moments-là, sont essentielles à une bonne continuité des soins et au bien-être des patients.

Voici la problématique définitive : « L'information favorise la diminution de l'anxiété, de la durée de séjour et renforce les stratégies de coping tout en augmentant la satisfaction des patients en oncologie. Quelles interventions infirmières soutiennent ce processus? ».

1.1.1 Développement

Il ne faut pas négliger que « cette intervention est lourde physiquement et psychologiquement pour le patient qui doit, quotidiennement, gérer les conséquences de l'intervention qu'il a subie, sans compter que la plupart du temps, il est aussi atteint d'un cancer et doit faire face à la maladie. » (Feulien et al. 2010).

Le patient allant subir une stomie va très certainement rencontrer des complications sur le plan physique et sexuel. Le fait de vivre et de voir au quotidien sa colostomie va engendrer à une perturbation de son image corporelle. Il y aura des répercussions au niveau de son entourage familial, social et professionnel. Tous ces différents problèmes vont au début, provoquer chez le patient des sentiments tels que de la « haine, du dégoût, de l'embarras, de la répulsion, ainsi qu'un effet dévastateur et un sentiment de non acceptation de la situation. ». Salter, (1992). Tous ces sentiments ne vont pas directement l'aider à accomplir son processus d'acceptation. D'où le rôle des soignants de préparer le patient au mieux, dès son entrée en institution jusqu'à sa sortie, afin qu'il puisse

mettre en œuvre des facteurs de résilience qui l'aideront à « surmonter ce cap difficile ».

Dans une étude randomisée, Chaudhri et al. (2005) se sont intéressés aux effets de l'information en préopératoire. Ils ont voulu comparer l'efficacité de cette information sur la base de deux groupes. Un « groupe intervention » qui avait reçu plusieurs informations avant même de subir l'opération et qui ont eu l'occasion de voir à quoi ressemblait une stomie ; ces patients ont également été informés sur la manière de vidanger et de changer la poche. Le « groupe contrôle » a, quant à lui, reçu une information « traditionnelle » comme on le fait couramment après chaque opération.

Toujours selon leur étude, il s'est avéré que l'enseignement transmis en postopératoire a non seulement permis au patient d'agir plus rapidement de manière autonome mais également de raccourcir leur séjour hospitalier. A l'heure actuelle, tout l'enseignement vis-à-vis d'une stomie se fait dans la période postopératoire. Le patient est déjà surpris, anxieux, et complètement désappointé et il est perdu face à ce qui lui arrive. Forcément, cela prendra plus temps avant que le mécanisme d'adaptation se mette en marche.

L'étude a également montré que l'apport d'informations en préopératoire va aider le patient sur le plan psychologique. Cela va diminuer son anxiété, prévenir un risque de dépression. Notons que la société actuelle demande toujours de faire plus avec moins. Un autre avantage de cette information préopératoire est de soulager également le personnel infirmier. Si le patient arrive à participer plus rapidement à sa prise en charge, cela ne peut être que bénéfique pour tous les protagonistes.

Un des rôles prioritaires des soignants avec l'aide des médecins est de préparer au mieux le patient qui va subir une pose de stomie. Cela engendre beaucoup de modifications et de réadaptions sur plusieurs plans de la vie du patient.

L'étude menée par Dabirian et al. (2011), a mis en évidence 9 problèmes en liens directs avec la pose d'une stomie. Les difficultés exprimées par la majorité

des participants sont : des problèmes physiques et psychologiques, des problèmes entourant la famille et le réseau social, des problèmes économiques, des problèmes de nutrition en lien avec la diminution de l'activité physique et également des problèmes d'ordre sexuel. L'étude mettait encore en évidence des problèmes liés aux voyages et à la religion.

Ce n'est pas seulement le patient qui est affecté par cette épreuve. Il est important de mettre l'accent sur l'information donnée en préopératoire. De toute évidence, le patient sera d'office perturbé par ce changement radical. Les professionnels de santé sont conscients des différents problèmes qui peuvent en découler et doivent préparer le patient à ce qui pourrait lui arriver. Par exemple, il est essentiel de l'informer des différents moyens mis à sa disposition pour le soutenir, le rassurer en lui affirmant que les méthodes ont évolué, que les gens arrivent à vivre avec une poche... puis en le mettant en contact avec des personnes ayant subi cette même intervention, et bien d'autres démarches de ce type.

Feulien, et al. (2010) mentionne que : « cette éducation thérapeutique ne peut se limiter à l'apprentissage des gestes techniques, dont la mise en place dépend fortement des ressentis et représentations des patients. Elle doit donc s'attacher d'abord à un travail psychosocial, pour préparer le terrain de l'apprentissage et de l'auto-soin. Le patient n'est pas un apprenant comme les autres ; il n'a pas demandé à être malade ni à apprendre. Un objectif de « motivation » doit être placé en tête des actions des différents membres de l'équipe médicale soignante. » (p.11).

Les affirmations citées précédemment sont transférables avec le changement de direction de ma problématique.

1.1.2 Argumentation de la problématique

« De nos jours, nous faisons face à une pénurie de personnel infirmier » si l'on en croit Josiane Aubert (2010). La société ne met pas en valeur la formation infirmière, ce qui peut décourager toute envie des jeunes et des moins jeunes à vouloir travailler dans les soins médicaux. De plus, « la situation ne peut que se détériorer, surtout si l'on considère l'évolution démographique et la tendance à abréger les séjours hospitaliers. » (Aubert, J. 2010).

Aujourd'hui, il faut prodiguer des soins de qualité mais en ayant moins de temps à consacrer au patient. Le risque pourrait être de négliger des priorités tant chez les professionnels que chez les bénéficiaires de soins. C'est ce que les soignants doivent éviter. Nous devons faire en sorte que chaque séjour hospitalier reste conforme aux normes. Pour pallier à ce problème, il est souhaité et même légitime que le patient puisse recevoir des informations avant son intervention lui permettant ainsi d'avoir une meilleure prise en charge.

Selon Langlois Geneviève (2008), il est important d'instaurer une éducation thérapeutique, dès que le patient est au courant de son diagnostic. De ce fait, toutes les personnes impliquées sont gagnantes. Le patient acquiert plus de facilité face à la gestion de sa stomie par conséquent, le choc sera moindre et celui-ci sera plus vite autonome dans ses soins. Qui plus est, l'infirmière travaillera dans de meilleure condition. Il est donc primordial de s'attarder sur les interventions infirmières qui peuvent être mises en place afin de préparer au mieux le patient avec sa stomie.

1.1.3 Objectifs/Buts poursuivis

Le but de cette revue de littérature, avec le changement de la problématique du départ, sera de déterminer quelles interventions infirmières peuvent favoriser la satisfaction du patient, avec une diminution de l'anxiété, du temps de séjour et l'élaboration des stratégies de coping. Afin de mieux saisir toutes ces implications, l'analyse des résultats par les trois cadres de références choisis qui sont « l'Education thérapeutique », « Le modèle transactionnel du stress et du coping par Lazarus et Folkman, 1984) » et celui « Du modèle de Mc Gill », s'avérera utile.

1.2 Concept en lien avec ma problématique

Voici les différents concepts choisis en lien avec la problématique.

1.2.1 L'adaptation

Selon Tremblay (2001), « L'adaptation psychosociale est l'équilibre ou la recherche d'équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe dans certaines situations données. Elle implique la présence simultanée de l'adaptation à la réalité interne et de l'adaptation à la réalité externe. ». Ce qui veut dire que l'individu doit trouver par ses propres moyens les solutions pour être capable de s'adapter à son propre changement et également de pouvoir accepter cette différence dans n'importe quelle situation.

Dans une situation de colostomie, le principe d'adaptation joue pleinement son rôle. Pour Simmons et al. (2007), l'adaptation à la stomie tient compte de « l'impact de la stomie, d'une part, sur le vécu psychologique, le fonctionnement social et sexuel du patient et, d'autre part, sur les perceptions qu'en a le patient. ».

Tout doit être changé si l'on tient compte de la stomie. Il faut adapter sa manière de vivre au quotidien. Il y a le milieu professionnel, l'entourage familial, les rapports avec le conjoint,... Tout doit se réapprendre ce qui est loin d'être une tâche facile. D'où l'importance d'avertir, d'informer et d'éduquer le patient dès le début de la pose du diagnostique. C'est à ce moment-là qu'il est préférable d'agir de cette manière car le patient va mettre en place des mécanismes d'adaptation qui vont pouvoir l'aider à mieux accepter cette situation. Il faut bien mettre en évidence que le patient est seul face à ce qui lui arrive. Le bénéficiaire de soins a sa famille, son réseau social mais ce qu'il vit, il est le seul à le comprendre, ce qui accentue encore plus le besoin de l'information en période préopératoire.

Selon la théorie d'Ilich (1976), l'adaptation est un processus individuel qui demande beaucoup de travail. Cela met en évidence des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux dans le but d'aider la personne à faire face à ce qu'elle perçoit comme menace. L'avis de cet auteur, confirme ce qui est cité dans le paragraphe précédent.

1.2.2 Le Coping

Selon Lazarus et Launier (1978), le coping « désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. » (pp.287-327). Cette définition laisse penser que le coping est un processus constamment en évolution et non de type linéaire. (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Le coping est constitué d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son l'environnement. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles. (Ibid, 2001, p.71).

Les stratégies de coping sont principalement axées sur le problème et sur l'émotion. Selon Lazarus et Folkman, (1984b), cité par Bruchon-Schweitzer, (2001), le coping possède deux fonctions : il offre la possibilité de modifier le problème qui est à la base du stress et il donne également l'occasion de réguler les réponses émotionnelles associées à l'agent stressant.

- o Le coping **centré sur le problème** a pour but de diminuer les exigences de la situation et/ou d'augmenter les ressources de l'individu pour mieux y faire face. Toujours, selon Lazarus et Folkman, (1984b), le coping centré sur le problème comporte deux autres éléments : la résolution de problème (recherche de renseignements, élaboration de stratégies) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour transformer le problème).

- o Le coping **centré sur l'émotion** a pour but de réguler les réponses émotionnelles induites par la l'événement stressant. Cette canalisation des émotions peut se manifester de manière émotionnelle, physiologique, cognitive et comportementale. Bruchon-Schweitzer (2001), mentionne que l'individu peut utiliser simultanément un coping centré sur le problème et l'émotion face à la situation perçue comme stressante. Lazarus et Folkman, (1984b), toujours cité par Bruchon-Schweitzer (2001), ont découvert 5 petits facteurs interactifs dans le coping centré sur l'émotion. Les voici : la minimisation de la menace, la réévaluation positive, l'auto-accusation, l'évitement-fuite et la recherche de soutien émotionnel.

Ceci démontre bien que le développement de stratégies de coping est propre à chacun. Bien que deux personnes vivent simultanément la même situation, l'élaboration de stratégie de coping sera complètement différente en fonction de la personnalité de l'individu.

1.2.3 L'éducation thérapeutique du patient

Selon Sandrin-Berthon, (2000), « l'éducation thérapeutique du patient est d'engager la personne qui consulte un professionnel de soin, quel que soit son état de santé, à maintenir ou améliorer, elle-même, sa qualité de vie. Respecter les choix de la personne, comprendre l'autre, l'éclairer pour qu'elle puisse faire des choix, sont des principes de la relation éducative ». (pp.7-39).

Une définition de l'OMS, citée par Didier Lecordier (2006), explique que l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Dans la pratique professionnelle, les infirmières sont obligées d'informer et d'éduquer les patients en particulier lorsque que ceux-ci sont atteints par une pathologie chronique et doivent avoir les connaissances et les compétences requises pour faire face à leur nouvelle situation. Dans les périodes préopératoires, le rôle de l'infirmière est plus que prédominant. Il faut qu'elle réexplique ce que le médecin a dit au patient avec un langage plus adaptée ; elle doit avoir une attitude empathique et chaleureuse permettant de rassurer le patient dans ses craintes. De plus, donner une éducation préopératoire favorisera une meilleure adaptation grâce à une compréhension plus juste de la situation par le patient.

1.2.4 L'autonomie

Pour la commission ministérielle de terminologie (1984), « l'autonomie se définit comme la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement ».

Ce concept joue un rôle important dans le rôle infirmier dès le début de toute hospitalisation et jusqu'à la fin de celle-ci. Comme le dit Warcherol (2009), « les infirmières facilitent la compréhension des soins et des traitements, réexpliquent l'évolution prévisible de la maladie, détectent, évaluent les difficultés inhérentes à cette situation et proposent des solutions, permettant ainsi au patient d'accroître son autonomie dans la prise en charge de sa pathologie. ». Plus vite l'infirmière intervient dans la prise en charge du stomisé, plus vite l'autonomie du patient est retrouvée. Le rôle qu'exerce le personnel soignant auprès des patients avant l'opération est crucial dans la reprise de l'autonomie. En effet, si la soignante informe, réexplique, donne des informations supplémentaires concernant le déroulement de l'intervention ainsi que sur les suites post-op, la récupération de l'autonomie par le patient sera plus rapide et en même temps favorisera le travail du personnel infirmier.

1.2.5 L'image corporelle

Selon Paul Schilder, cité par ISC (Infirmière Spécialiste Clinique), (2006), l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. » En résumé, c'est la manière qu'a notre esprit de nous faire voir les choses. C'est un phénomène inconscient qui intervient plus que ce que l'on ne croit. Dans la pratique infirmière, notamment lorsqu'une personne va subir une intervention telle que la pose d'une stomie, son image corporelle va inévitablement changer.

Bob Price (1998) cité par ISC, a divisé ce concept en 3 composantes : il s'agit du corps réel, du corps idéal et l'apparence.

- ∂ **Le corps réel** : C'est le corps tel que nous l'avons reçu dès la naissance, que nous percevons quotidiennement et qui s'adapte au fur et à mesure que nous avançons dans les années. Le corps réel subit aussi bien les côtés négatifs que les côtés positifs que la vie apporte. Souvent, dès qu'un événement perturbant approche, la personne concernée porte un regard réaliste sur les limites qu'a son propre corps. C'est, généralement lors d'un événement traumatisant pouvant mettre en péril le corps réel que l'on prend conscience de la modification possible de son image corporelle.
- ∂ **Le corps idéal** : C'est le corps que chaque personne rêve ou voudrait avoir inconsciemment. Notre image du corps parfait est largement influencée par la société dans laquelle nous vivons, par le message que fait passer la publicité ou encore par les différentes normes que la mode impose, surtout sur le plan physique et sur celui de la santé. Attention : cette image du corps idéal peut vite faire déchanter celui ou celle qui s'y adonne par le « retour » du corps réel et cela peut amener l'individu à faire une crise psychologique et/ou physique.
- ∂ **L'apparence** : Le corps réel n'est que très rarement en lien avec la représentation du corps idéal. Justement, pour essayer de concilier les 2, la personne va tout miser sur l'apparence pour plaire aux personnes de son entourage. L'apparence est la carte de visite principale qui permet aux individus de se créer des relations. Cela se manifeste par le style de

chacun dans la manière de se vêtir, de se coiffer, de marcher, de communiquer, de s'alimenter, dans le fait d'avoir et d'utiliser un moyen auxiliaire. De plus, toute modification corporelle (chirurgie, amputation, paralysie,...) change irrémédiablement l'apparence de l'individu.

Ce concept s'avère être important car, dans le cas traité ici, le fait de devoir porter une stomie n'est pas une situation banale. Toute la vie de la personne en est modifiée, que se soit au niveau personnel, familial, professionnel ou relationnel. Tout va irrémédiablement tourner autour de cette modification corporelle. L'important pour éviter une trop grande peur, une réclusion du patient est d'en parler avant l'opération. Il faut prendre le temps d'en parler, laisser le patient s'exprimer, le mettre en contact avec des personnes vivant les mêmes expériences. Ces différentes actions lui permettront une meilleure compréhension de ce qui se passe et surtout réduira la possibilité de développer un problème mental ou physique post-opération.

1.3 Cadre d'analyse des résultats

1.3.1 L'éducation thérapeutique

Il est intéressant, pour la pratique professionnelle, d'étudier l'aspect de l'éducation thérapeutique en préopératoire notamment chez un patient allant subir une stomie. Du fait que cela engendre un bouleversement dans la vie du patient, celui-ci devra adapter son rythme de vie à sa stomie. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (2007), « l'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. » et initialement, elle débute dès que le diagnostic a été posé. Cela permettra au patient d'atténuer sa crainte en lui donnant une meilleure préparation à vivre avec une maladie chronique. Cette éducation vise en particulier 2 aspects en si l'on se réfère à la HAS.

1. Les autosoins : le patient va essayer d'acquérir les compétences nécessaires permettant de le maintenir en vie et surtout de pouvoir vivre avec sa maladie chronique. Puis, il devra maintenir et réajuster ces connaissances tout au long de sa vie en suivant le rythme et l'évolution de sa maladie.

Justement, la haute autorité de santé (2007) met en avant comme compétences d'autosoins : soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, adapter des doses de médicaments, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique,...), prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

2. En s'appuyant sur le vécu et l'expérience personnelle du patient, celui-ci devra mettre en route ou chercher au fond de lui les compétences nécessaires en lien avec l'adaptation.

Toujours selon la haute autorité de santé (2007), mais cette fois-ci concernant les compétences d'adaptation, il s'agit de :

- o Se connaître soi-même, avoir confiance en soi, savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, développer un raisonnement créatif et une réflexion critique, développer des compétences en matière de communication et de relation interpersonnelles, prendre des décisions pour résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, s'observer, s'évaluer et se renforcer.

Langlois Geneviève (2008) part du constat que la prise en charge d'un patient allant subir une stomie est indispensable dès que celui-ci est au courant de son diagnostic. Le but premier est de créer une relation de confiance entre les deux protagonistes c'est-à-dire le soigné et le soignant. Les attitudes relationnelles de l'infirmière telle que l'empathie, l'écoute active vont permettre au patient de se confier, de faire son deuil dans des conditions favorables, de l'aider à aller vers l'avenir et de lui enlever les idées négatives qu'il pourrait avoir. Puis se met en route tout le processus de l'éducation thérapeutique. En tenant compte des 2 aspects cités par la HAS, qui sont la compétence des autosoins ainsi que la compétence d'adaptation nous allons pouvoir suivre le patient dans son évolution. Cela commencera par un objectif de soins qui va évoluer en même temps que l'acquisition

des connaissances du patient. Il faut prendre conscience que c'est en suivant le rythme du patient que nous allons aboutir à des résultats positifs.

1.3.2 Le Modèle de McGill fait par le Dr. Moyra Allen

Selon l'étude de Birot et al. (2005), « le modèle de McGill est une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille. Le modèle de M. Allen ne sépare pas le client de sa famille et propose que ceux-ci soient inclus dans l'identification, l'analyse et l'interprétation des données concernant la personne soignée et recueillies par l'infirmière. » (p.29). A savoir que, « le partenariat est essentiel à la compréhension des besoins des individus et de leur famille. Dès lors, les connaissances sont identifiées et transmises à la famille et l'individu. Ils acquièrent ainsi une meilleure maîtrise de leur situation. [...] il convient toujours de reconnaître le client comme un membre de la famille, même si l'infirmière n'a pas de possibilité de faire intervenir la famille. » (Birot et al. 2005, p.30).

Toujours selon les dires de Birot et al. (2005), « cette vision de la relation thérapeutique avec le patient implique une pratique infirmière indépendante autant qu'interdépendante avec d'autres professionnels de la santé. Le rôle indépendant se caractérise par des actions d'éducation et de soutien auprès de la famille en utilisant son propre jugement sans avoir recours aux conseils, recommandations ou prescription d'un autre acteur de santé. » (p.30).

Birot et al. (2005), explique que « le modèle de McGill met en avant la valeur de promotion de la santé autour des quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne, l'environnement, les soins infirmiers et la santé [...]. » (p.31).

En ce qui concerne les éléments de recherche faits pour cette étude, le modèle de McGill est tout à fait pertinent quand il préconise que le patient qui souffre d'un cancer a besoin d'une prise en charge non seulement individuelle mais également celle de son entourage familial direct. C'est à ce moment-là qu'intervient l'infirmière par un savoir-faire et un savoir être adéquats aussi bien auprès de la personne malade qu'avec de son entourage familial : « [...], le modèle McGill insiste sur le fait que la dynamique familiale exerce une influence positive sur l'individu comme la

santé influence cette dynamique et les rapports familiaux. Cette prise de conscience dans la pratique infirmière permet de guider les interventions auprès des familles qui visent à améliorer et favoriser leur fonctionnement. » (Biot et al. 2005, p.31).

Dans ce modèle, « la personne et son entourage sont compris comme des individus, des familles et des communautés qui aspirent à un meilleur niveau de santé. Parce que les solutions aux problèmes de santé résident dans l'unité familiale, l'infirmière va s'intéresser à l'individu dans son contexte familial ou à la famille par rapport à l'individu. » (Biot et al. 2005, p.31).

Un autre concept important est celui de l'environnement. Pour viser une amélioration de son état, le patient a besoin d'un environnement stable et serein « [...], ce n'est pas seulement l'environnement social de la personne qui est pris en compte mais aussi celui de son entourage. » (Biot et al. 2005, p.32).

Les soins infirmiers s'avèrent être un concept primordial pour une personne atteinte d'une colostomie ou d'un cancer « le concept central des soins infirmiers réside dans le soutien des familles pour leur permettre de développer leur potentiel de santé ; (Gottlieb et al. 1987), cité par (Biot et al. 2005), ces soins infirmiers se focalisent sur leurs forces, leurs atouts et leurs potentiels. » (p.32).

Ce cadre de référence mentionne l'importance d'une prise en charge globale de la personne atteinte, par exemple, d'un cancer du côlon nécessitant la mise en place d'une stomie. Les effets d'une prise en charge inadéquate peuvent s'avérer désastreux tant pour le patient que pour son entourage. Les connaissances de l'infirmière sont cruciales pour apporter un soutien adéquat, et développer les ressources du patient ainsi que celui de son environnement.

1.3.3 L'approche transactionnelle du stress et du coping selon Lazarus & Folkman.

Un autre cadre intéressant à prendre en considération est celui de l'approche transactionnelle du stress et du coping fait par Lazarus & Folkman.

Selon les dires de Bruchon-Schweitzer (2001), le coping peut se manifester sous des formes très différentes. « Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation des ressources, recherche d'informations,...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide,...) ». (p.68).

Lorsque le patient apprend qu'il devra avoir une colostomie, c'est un choc, il s'agit d'un grand bouleversement dans sa vie. D'ailleurs Simmons et al. (2007) cité par Feulien et al. (2010) affirme cet état d'immense bouleversement dans la vie du patient, en disant que l'adaptation à une stomie touche « l'impact de la stomie, d'une part, sur le vécu psychologique, le fonctionnement social et sexuel du patient et, d'autre part, sur les perceptions qu'en a le patient. ». (p.4). Puis pour faire face à cette « intrusion » le patient va mettre en place des stratégies de coping diverses qui vont l'aider à changer la situation et/ou à modifier sa propre personne dans le but de rendre la situation plus tolérable.

Ceci est confirmé par Brian L. Mishara (s.d), qui dit que « Lorsque nous sommes confrontés à des situations difficiles ou stressantes, nous réagissons de différentes façons – par exemple en essayant de rendre la situation plus tolérable ou alors en tentant de diminuer le stress et les émotions négatives engendrés par la situation. Ces réactions peuvent être considérées comme de « l'adaptation ». » (p.1) Puis, une fois la stratégie d'adaptation mise en place, une réévaluation de l'environnement stressant s'imposera suite aux changements.

Pour Lazarus, cité par Bruchon-Schweitzer (2001), « le stress n'est pas simplement une priorité des événements « objectifs », mais l'expérience de chaque individu vis-à-vis de ces événements (perception de la situation, signification des événements, savoirs et croyances concernant les stratégies de faire face et leur efficacité,...) » (p.68).

En tant que soignant, pouvoir identifier le plus rapidement des stratégies de coping « à risques » permettrait une prise en charge personnalisée des patients atteints d'un cancer. Le but des interventions, selon Cousson-Gélie (2001), serait de « modifier les réactions d'impuissance-désespoir des patients en les remplaçant par des cognitions et des comportements plus fonctionnels (coping centré sur le problème, soutien social). » (p.104)

Il est important de ne pas laisser le patient se morfondre dans ses craintes mais au contraire de lui offrir du temps pour qu'il puisse nous communiquer ce qu'il ressent. Les stratégies que l'individu met en avant dépendent entièrement de sa personnalité, d'où l'importance de ne pas généraliser les cas.

2. Méthodologie

Pour la réalisation du devis du Bachelor Thésis, mon choix s'est porté sur une revue étoffée de littérature. C'est une méthode permettant l'accès rapide à d'abondantes recherches effectuées sur le sujet. De plus, l'utilisation de différentes banques de données électroniques sont efficaces et plus ou moins simples. En effet, ces banques de données offrent un grand éventail de résultats concernant la pratique infirmière, pouvant être obtenus sans pour autant se rendre sur le terrain. De ce fait, en choisissant les informations les plus récentes, la revue de littérature permet de synthétiser les résultats et les connaissances actuelles sur le thème et met en évidence les lacunes qui subsistent dans les différentes études réalisées jusqu'à ce jour (Loiselle 2007). De plus, avec un regard analytique et même critique de ces différentes recherches, on favorise, à l'interne, un questionnement fondamental ou de détails qui nous font entrevoir de nouvelles problématiques posées par le sujet. Comme il est cité dans le paragraphe « problématique », j'ai adapté ma méthodologie en lien avec l'évolution de ma question de recherche d'où une légère modification des « Mesh Terms » et des critères d'inclusions et d'exclusions.

Puis, l'utilisation des grilles a favorisé la mise en commun des données et a aussi permis de définir la pertinence de l'article. Ces grilles permettent également de juger si l'article choisi répond aux différents critères méthodologiques. L'emploi de ces grilles permet aussi de révéler qu'une étude, malgré le titre « accrocheur », ne correspond pas aux critères de recherches.

2.1 Recherche des concepts et des mots-clés

Les Mesh-terms suivants ont été utilisés lors de diverses recherches sur différentes banques de données :

Colostomy/ Colostomie	Quality of live/ Qualité de la vie
Colorectal neoplasms/ Cancer du colon	Comprendre le vécu des patients stomisés
Neoplasms/ Cancer	Image corporelle
Education preoperative/ Education préopératoire	Oncology/ Oncologie
Health education/ Éducation de la santé	Nursing/ Soins
Quality of live/ Qualité de la vie	Therapeutic education/ Education thérapeutique
Comprendre le vécu des patients stomisés	Breast neoplasm/ Cancer du sein
Managed care	Counseling/ Conseils
Chronic diseases/ Maladies chroniques Adaptation	Nurse-Patient relations/ Relation infirmier (re)s-patient
Informations needs/ Besoin d'informations	Identification social/ Identification social

Neoplasms/ Cancer	Mastectomy/ Mastectomie
Satisfaction patient/ Satisfaction du patient	Psycho therapy, Group/ Psychothérapie de groupe
Health education/ éducation de la santé	Patient education as topic/ Education du patient comme sujet
Needs assessment/ L'évaluation des besoins	Program development/ Programme de développement
Education, nursing/ Education des soins	Nurses/ Infirmières
Anxiety/ Anxiété	Patient centered-care/ Soins centré sur le patient

2.1.1 Les critères d'inclusion

- ∂ Les personnes ayant subi une colostomie ou un cancer à caractère traumatique
- ∂ Textes en anglais et en français
- ∂ Etudes analysant l'impact du besoin d'information des patients en préopératoire et sur le suivi général du patient
- ∂ Etudes traitant du ressenti des patients au sujet d'un manque d'informations, de la gestion de la maladie/traitement ou du suivi lors d'une colostomie ou d'un autre cancer.
- ∂ Etudes faites depuis 2000
- ∂ Articles traitant des prises en charge à caractère éducatif d'un patient

2.1.2 Les critères d'exclusion

- ∂ Recherches faites il y a plus de 10 ans
- ∂ Personnes ayant moins de 18 ans

2.2 Résultats des stratégies de recherche

Pour l'élaboration de cette revue de littérature étoffée, l'utilisation de divers moteurs de recherche s'est avérée nécessaire. Les voici :

PUBMED, Cinhal, Google, Google Scholar, Yahoo, ARSI.

Le choix s'est porté sur des articles en lien avec la problématique ceci en tenant compte des différents critères d'inclusion et d'exclusion. La sélection d'articles s'est réalisée sur la base de leurs résumés.

Par la suite, en analysant et traduisant ces articles, la problématique s'est affinée, ce qui a permis de trouver d'autres mots-clés encore plus pertinents. Celle-ci a été remodelée du fait que la thématique d'origine était un peu trop récente et le champ de vision trop restreint. Par chance, les articles trouvés précédemment sont tout à fait compatibles avec la modification de la problématique choisie.

2.2.1 Stratégies de recherche

Stratégie 1

[("Ostomy" [MeSH]) AND ("Nursing" [MeSH])]

2290 Résultats dont 1 sélectionné:

- ∂ Gemmill, R., Kravits, K., Ortiz, Mildred., Anderson, C. & Grant, M, (2011).
What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer stomie care ? The Journal of Continuing Education in Nursing, vol.42. no 2, p.81-88.

Stratégie 2

[("Ostomy" [MeSH]) AND ("Health education" [MeSH])]

540 Résultats dont 1 sélectionné :

- ∂ Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I. & Horgan, A-F. (2005). Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education : A Randomized, Controlled Trial. Disease of the colon & rectum, vol.48. no 3, p.504-509.

Stratégie 3

[("Preoperative care" [MeSH]) AND ("Ostomy" [MeSH])]

513 Résultats dont 2 sélectionnés:

- ∂ Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D. & Trickett, J-P. (2011). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. Int J Colorectal Dis (2012), n° 27, p 43-47.
- ∂ Millan, M., Tegido, M., Biondo, S. & Garcia-Granero, E. (2009). Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Disease, 12, 88-92.

Stratégie 4

[("Colorectal neoplasms" [MeSH]) AND ("Patient satisfaction" [MeSH]) AND ("Patient education as Topic" [MeSH])]

36 Résultats dont 1 sélectionné :

- ∂ Beaver, K., Wilson, C., Procter, D., Sheridan, J., Towers, G., Heath, J., Susnerwala, S. & Luker, K. (2010). Colorectal cancer follow-up: Patient

satisfaction and amenability to telephone after care. European Journal of Oncology Nursing, 15, 23-30.

Stratégie 5

[("Medical oncology" [MeSH]) AND ("Nursing" [MeSH]) AND ("Patient education as Topic" [MeSH])]

18 Résultats dont 1 sélectionné :

- ∂ Koinberg, I., Langius-Eklöf, A., Holmberg, L. & Fridlund, B. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. European Journal of Oncology Nursing, 10, 273-282.

Stratégie 6

[("Breast neoplasms" [MeSH]) AND ("Patient education as Topic" [MeSH]) AND ("Nursing" [MeSH])]

259 Résultats dont 1 sélectionné :

- ∂ Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S. & Spagnoli, C. (2008). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery. Clinical Journal of Oncology Nursing, vol.12. no 2, 253-258.

Stratégie 7

[("Neoplasms" [MeSH]) AND ("Nurse-patient relations" [MeSH]) AND ("Nursing" [MeSH])]

1311 Résultats dont 1 sélectionné:

- ∂ Marbach, T.J. & Griffie, J. (2011). Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education, and Support Services. *Oncology Nursing Forum*, vol.38. n°3, 335-342.

Stratégie 8

Banque de données GOOGLE, mots clés introduits : « Comprendre le vécu des patients stomisés »

1 article sélectionné :

- ∂ Feulien, C., Crispin, B. & Deccache, A. (2010). Comment comprendre le vécu des patients stomisés : Quels besoins d'aide et d'éducation ? Saint-Luc : Unité de Chirurgie Colorectale et Transplantation – UCL.

Stratégie 9

Banque de données ARSI-ARSO, mot clé introduit : « Le modèle de McGill »

1 article trouvé et sélectionné :

- ∂ Birot, P., Dervaux, M-P. & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 28-38.

Stratégie 10

J'ai également reçu de l'aide de la part de ma directrice de Bachelor Thésis, Mme Graber Jessica, pour la recherche de quelques articles. Avec elle, nous avons également consulté la bibliographie du travail de Master de Mr Andréa Serena afin de trouver d'autres articles pertinents, notamment pour le changement de ma problématique. Ces différents articles ont été finalement analysés et discutés dans le but de répondre à ma question de recherche.

3. Résultats

3.1 Méthodologie des recherches

Diverses recherches ont été entreprises pour être utilisées dans l'élaboration de ce travail. Bien évidemment, lors de la lecture des résumés d'articles, certains d'entre eux ne répondaient pas aux critères de sélection. Au total, 10 études ont été retenues dont 9 recherches et une revue de littérature. Toutes ces recherches sont de langue anglaise et par conséquent ont dû être traduites par des logiciels tels que « Systran » et/ou « Google traduction ». A la suite de leur traduction, elles ont été analysées à l'aide de grilles en lien avec leur devis. C'est-à-dire, soit « qualitatives » ou « quantitatives ». Avant qu'une modification de la problématique n'ait eu lieu, les études se dirigeaient majoritairement vers une approche « quantitative » alors que maintenant elles sont plutôt « qualitatives ». Ceci était dû au fait qu'il s'avérait intéressant de découvrir les expériences et les difficultés rencontrées par les patients et de décrire quelles interventions infirmières pouvaient aider les patients à se sentir davantage satisfaits. Ces diverses études proviennent de différents pays tels que : les Etats-Unis, l'Angleterre, l'Espagne, la Suède et les Pays-Bas. De plus, toutes les études datent entre 2003 et 2011. Ce critère avait pour objectif d'obtenir une vision relativement actuelle de ce qui se passe actuellement, et nous a donc permis de constater une réelle évolution.

La récolte des données effectuées par les différents auteurs d'articles s'est faite par l'intermédiaire d'entretiens, d'interviews et de questionnaires concernant les patients dans différents milieux. La majorité des études a obtenu une approbation éthique et pour certaines, les participants ont bénéficié de documents explicatifs au sujet de la recherche et ont reçu un formulaire de « consentement éclairé ».

En ce qui concerne le contenu, les recherches abordent diverses facettes de l'information apportée en préopératoire et allant jusqu'aux ressentis et besoins des patients dans le domaine de l'oncologie. Les bienfaits de l'apport d'informations en préopératoire était principalement en lien avec la thématique de départ touchant les stomies mais qui peut être transférable avec celle du moment. Trois recherches se sont intéressées aux bénéfices qui résultant de l'information apportée en préopératoire chez le patient (Younis et al. 2011 ; Millan et al. 2009 ; Chaudhri et al.

2005). La recherche de Gemmill et al. (2011), a exploré les connaissances et attitudes en lien avec l'éducation thérapeutique qu'ont les infirmières en chirurgie oncologie.

Koinberg et al. (2006), avaient comme objectif de comparer et d'évaluer un programme éducatif multidisciplinaire et un programme de suivi traditionnel après que la patiente ait subi une chirurgie du sein. Les aspects qu'ils désiraient étudier étaient le bien-être, la gestion des autosoins ainsi que la capacité d'adaptation 1 an après le diagnostique. L'étude de Mallinger et al. (2005), a choisi d'examiner les soins centrés sur la personne ainsi que la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information chez les femmes ayant eu un cancer du sein. La revue de littérature de Husson et al. (2010) avait pour but de faire ressortir les effets de l'information sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression du patient se trouvant dans d'autres articles. C'est pour ces raisons que cette revue de littérature a été retenue. Un autre article traite de l'importance d'identifier les besoins éducatifs ainsi que ses préoccupations suite à une chirurgie du sein. (Stephens et al. 2007). La recherche de Marbach et al. (2011), parle d'examiner les préférences sur la manière d'élaborer un plan de soins, sur la manière de transmettre des informations éducatives et également sur la mise en route du plan de soins de survie. Le dernier article avait pour but d'analyser le degré de satisfaction des patients atteints d'un cancer du côlon au sujet des prestations de soins post-traitement et d'explorer des stratégies alternatives pour le suivi des soins. (Beaver et al. 2010).

Après avoir effectué l'analyse de ces dix recherches, le constat est le suivant : quatre thématiques principales ressortent fortement. Celles-ci touchent autant la première partie de ce travail sur la thématique des « stomies » que la deuxième partie touchant à la globalité de la personne en oncologie. Chacune de ces quatre thématiques sera analysée individuellement dans ce chapitre :

1. La satisfaction des patients
2. La diminution de l'anxiété
3. La diminution du temps de séjour
4. Favoriser les stratégies de coping

3.2 La satisfaction des patients

Selon l'étude menée par Chaudhri, S. et al. (2005), les patients du groupe « intervention » et ceux du groupe « témoin » ont démontré un taux élevé de satisfaction lors du remplissage du questionnaire évaluant leurs états d'esprit.

Il est également démontré que, les patients ayant eu au préalable une consultation en préopératoire concernant l'emplacement de la stomie, présentait une diminution des complications postopératoires. (Millan, M. et al. 2009).

L'étude menée par Koinberg et al. (2005), voulait comparer les effets d'un programme thérapeutique (basé sur une approche holistique¹ et salutogénique²) et du programme traditionnel (axé sur des soins cliniques). Au début de l'enquête, les femmes ayant bénéficié du premier programme ont révélé ressentir une sensation de bien-être diminué quant à celui des femmes recevant les informations traditionnelles. Par contre, après 1 année de suivi, celles-ci se sont avérées être en meilleure forme physique et sociale contrairement au groupe qui avait suivi le programme traditionnel. Au cours de la première année de suivi, les autres participantes ont démontré une baisse du bien-être fonctionnel et social.

L'étude de Stephens et al. (2007), met en évidence que la majorité des patients disent n'avoir pas besoin d'informations complémentaires du fait que ceux-ci ont déjà été informés par des spécialistes de la santé ou ont déjà eu recours à différents matériaux didactiques tels que des manuels d'information destinés à l'apprentissage du patient. Ceci s'accorde également avec une autre étude qui décrit différentes ressources d'apprentissage des patients : des livrets d'information, des vidéos d'instruction, des démonstrations de soins et un suivi au domicile du patient par des infirmières spécialisées (Gemmill et al. 2011).

L'étude de Molenaar et al. (2001) traitant du cancer du sein et cité par Husson et al., (2010) montre un effet positif de l'utilisation d'un CD-ROM sur la satisfaction des

1. ¹ L'approche "holistique" consiste à prendre en compte la personne dans sa globalité plutôt que de la considérer de manière morcelée dans une approche centrée sur un organe ou le(s) symptôme(s) d'une maladie.

2. ² Selon Bengel, et al. (1998), cité par Quinodoz, M-N. (2010), « La salutogenèse signifie considérer tous les êtres humains comme plus ou moins sains ou malades ».

patients concernant l'acquisition de nouvelles connaissances. Les patients ayant eu recours à cet outil didactique ont démontré une meilleure santé générale que le groupe témoin. D'autant plus, qu'à 9 mois de suivi, l'utilisation de ce CD-ROM a permis un meilleur fonctionnement physique du patient.

Une étude grecque d'Iconomou et al. (2006) citée par Husson et al. (2010) démontre que les patients qui ont utilisé le livret d'information ont révélé un taux de satisfaction significativement plus élevé que ceux ne l'ayant pas utilisé. Après l'utilisation de ce livret, les patients se sentaient mieux, percevaient et comprenaient les informations comme étant plus claires et plus détaillées.

La revue de littérature menée par Husson et al. (2010), rejoint les auteurs Stephens et al. (2007) et Gemmill et al. (2011) sur le fait que les études ont montré que les patients satisfaits sont ceux qui ont déclaré recevoir des niveaux clairs et élevés d'information et qui, par conséquent ont témoigné d'une meilleure qualité de vie.

Les patients accordent une importance particulière à la manière de transmettre les informations. Celles-ci leurs sont capitales lors de leur sortie de l'hôpital. La plupart des patients ont estimé avoir reçu un enseignement adéquat concernant les effets secondaires du traitement à court et à long terme. Par contre, ils auraient souhaité recevoir de plus amples informations concernant le suivi de l'hospitalisation ainsi que les différentes surveillances à faire. Une planification de la phase post-traitement oncologique leurs seraient importants pour qu'ils puissent être en mesure de surveiller leur santé et qui plus est, leur seraient utiles lors d'une nouvelle consultation chez un médecin. Ceci favoriserait une prise en charge adéquate et efficace du patient. (Marbach et al. 2011).

Une grande satisfaction des patients pendant leur hospitalisation est celle de la création de liens avec les membres de l'équipe. Les patients relèvent que, malgré ces différentes attaches avec l'équipe soignante, un apport supplémentaire de soutien émotionnel et spirituel aurait été bénéfique et bienvenu. Ce sont essentiellement les patients qui subissent de nombreux changements corporels estiment que le soutien affectif leur fait défaut. Ils pensaient avoir besoin d'un soutien émotionnel continu de la part de l'équipe. (Ibid., 2011)

Toujours selon Marbach et al. (2011), les services de soutien supplémentaires tels que des massages, de la méditation, du yoga, de l'aromathérapie ont été reconnus comme essentiels par les participants à l'étude. Ils ont également exprimé leur désir d'avoir des réunions de groupes afin d'obtenir un soutien collectif et sollicitent aussi un genre de mentorat pour chaque type de cancer afin que les patients puissent y avoir recours en cas de problèmes ou de questionnement.

Beaver et al. (2010), montre que dans l'ensemble, les patients montraient une satisfaction plutôt favorable concernant l'organisation des soins ainsi que sur la durée et la fréquence des rendez-vous. Une question a été posée en lien avec la « satisfaction du soutien apporté en rapport avec la maladie du patient. ». Les réponses variaient selon le professionnel de la santé consulté. 83% des patients ayant eu recours à une infirmière ont été satisfaits des informations reçues. Toutefois, une partie des patients se sont sentis insatisfaits avec l'appui fourni par le médecin. Les patients indiquaient que le médecin ne les comprenait pas suffisamment ; c'est pourquoi, les patients se tournaient davantage vers les infirmières car ils voyaient en elles « une amie » par leurs attitudes empathiques et réceptives à leur vécu.

L'étude de Beaver et al. (2010), parle du suivi par téléphone pour les personnes volontaires. 62% étaient de sexe masculin et 38% étaient de sexe féminin ceci se traduisant par une volonté supérieure de suivi par les hommes selon les auteurs. Un facteur favorisant le suivi téléphonique est sans doute les informations relatives aux différents effets du traitement. Par contre, les auteurs nous apprennent que la gestion des symptômes par téléphone n'était pas optimale. Un point positif, qui s'est avéré être un soutien physique par les patients est la disponibilité d'une infirmière spécialisée par téléphone pour obtenir des informations et/ou des conseils. Lorsque les participants de l'étude quittent l'hôpital, ils font part de leur insatisfaction par rapport aux services communautaires et se plaignent d'un manque de soutien concernant le suivi post-hospitalisation.

Les surveillances du traitement et des soins de suivi se sont avérées être bonnes. Par contre, des lacunes sont apparues dès qu'il s'agissait de prendre en considération la planification de la phase de post-traitement oncologique. (Mallinger

et al. 2004). Pour résumer brièvement, les participants se sont montrés plus satisfaits des renseignements concernant leur traitement que des suites des événements post-hospitalisation.

L'article mentionne quelques mots sur la qualité de la relation entre le médecin et le patient. Selon Mallinger et al. (2004), les perceptions qu'ont les patients lors des entretiens avec le médecin est significativement en corrélation avec la satisfaction liée aux informations du traitement ainsi qu'à celui donné pour la planification de la phase post-traitement oncologique. De plus, les patients ayant consulté plusieurs spécialistes de leurs maladie ont relevé avoir de la difficulté à avancer avec confiance si les consensus entre les médecins divergeaient constamment. (Marbach et al. 2011). Par contre, les patients étaient plus satisfaits de l'information s'ils percevaient que la relation entre eux et le médecin était bonne. Une approche davantage centrée sur le patient en tenant compte de son état mental a été associée à une plus grande satisfaction des informations reçues. (Mallinger et al. (2004).

Le fait que le patient soit satisfait ne se résume pas uniquement à ce qui se passe durant l'hospitalisation mais c'est un état d'esprit qui permet au patient d'aller vers des jours meilleurs.

3.3 La diminution de l'anxiété

L'étude menée par Chaudhri et al. (2005), démontre qu'il n'y a pas de différence significative entre l'anxiété et la dépression au sein du groupe préopératoire (ayant reçu des explications dans cette phase) et postopératoire (informations reçues post-traitement chirurgical). Toutefois, les scores globaux pour l'HADS enregistrés en préopératoire et postopératoire ont tendance à être plus faibles dans le groupe « intervention » que dans le groupe « contrôle ».

L'information communiquée durant la période préopératoire permet une réduction de l'anxiété. Par exemple, les patients ayant reçu l'emplacement du site de la stomie ainsi que l'éducation nécessaire en préopératoire ont manifesté nettement moins d'anxiété que chez les patients n'ayant pas bénéficié de ces soins. (Millan et al. 2010).

La majorité des patients a identifié la peur et/ou de l'anxiété comme étant leur préoccupation majeure dans la période postopératoire immédiate. Les répondants ont indiqué qu'il s'agissait essentiellement d'une peur de récurrence de la maladie ou l'apparition de métastases. Ils ont également signalé une inquiétude associée aux types de traitements. L'anxiété, telle qu'elle est exprimée par les participants est liée aux traitements postopératoires ou sur du long terme. Certains patients ont tout de même exprimé leur inquiétude face à un avenir incertain. (Stephens et al. 2007).

Une étude menée par Llewellyn et al. (2006) travaillant sur 82 personnes atteintes d'un cancer de la tête et du cou citée par Husson et al. (2010) révèle que la satisfaction à l'égard des informations avant le traitement peut être un facteur prédictif de la dépression environ 6 à 8 mois après la fin du traitement mais pas de l'anxiété. Une autre étude traitant du cancer du sein réalisée par Vogel et al. (2009) et citée par Husson et al. (2010) constate que plus leur niveau d'information de départ est élevé, moins ils avaient de probabilité qu'ils soient déprimés environ 3 à 6 mois post-traitement. Une autre étude faite par Jones et al. (1999) confirme ce fait et est citée par Husson et al. (2010) constate que les patients qui n'étaient pas satisfaits des informations reçues étaient davantage susceptibles d'être déprimés et inquiets.

Il n'y a pas uniquement de l'anxiété que l'on constate chez les patients pendant la maladie. La difficulté dans la définition et la compréhension des plans de soins individuels a été identifiée comme une source de confusion. De plus, la colère et d'autres émotions négatives (peur) empêchent une bonne communication avec l'équipe.

Les patients ont clairement cité l'utilité d'une brochure éducative comme étant essentielle à une bonne compréhension de la maladie. A certains moments, les patients mentionnent ne pas pouvoir poser des questions du fait qu'ils se sentaient dépassés par les événements. Un autre élément est que l'information doit être lue au rythme du patient ; sa famille doit également pouvoir comprendre ces informations qui lui permettront d'offrir le soutien dont le patient a besoin. Les participants ont mis en avant qu'ils avaient besoin d'informations tout au long des différentes phases de la maladie. Le patient a besoin de réfléchir sur les renseignements qu'il vient de

recevoir s'il veut les assimiler correctement. Si le patient peut comprendre l'information, il saura être entendu et arrive à faire face à d'autres questions, comme celles concernant son avenir. (Marbach et al. 2011).

De plus, connaître une infirmière spécialisée qui lui apporterait différents conseils par téléphone sur une base occasionnelle a été réconfortant et rassurant pour les patients. (Beaver et al. 2010).

En résumé, les études mettent en évidence que la baisse de l'anxiété est due à la prise en charge de plusieurs facteurs tels que le fait de recevoir des informations en préopératoire, de rassurer le patient quant au postopératoire immédiat, d'aller au rythme du patient et de s'accorder entre les différents professionnels de santé afin d'éviter tout désaccords qui risquerait de troubler davantage l'équilibre psychologique du patient.

3.4 La diminution du temps de séjour

Le fait de transmettre les informations en préopératoire a des répercussions importantes sur l'hospitalisation. Chaudhri et al. (2005), fait apparaître que l'information donnée durant la période préopératoire a une incidence sur la durée du séjour. Il en ressort que la durée moyenne du séjour postopératoire est de 8 jours pour le groupe « intervention » alors qu'il est de 10 jours pour le groupe « contrôle » qui a reçu les informations en postopératoire. D'autant plus, que les auteurs de cette étude mettent également en évidence, qu'il y a moins de visites postopératoires dans le groupe ayant reçu les enseignements dans le temps préopératoire.

L'équipe de Younis et al. (2011), avaient pour objectif d'analyser les répercussions de la mise en place d'un programme de récupération assistée (visé à promouvoir d'avantage l'autogestion de la stomie par l'enseignement donné en préopératoire). En lien avec la durée de séjour, ils constatent qu'avant l'introduction du programme les patients faisaient entre 7 à 25 jours d'hôpital avec une moyenne de 14 jours, alors que la durée de séjour des patients ayant bénéficié du programme est de 3 à 17 jours avec une moyenne de 8 jours. L'étude nous fait part que 21 patients du groupe « contrôle » ont dû repousser leur sortie d'hôpital en raison de difficultés liées à la gestion de leur stomie. Au sein du groupe « intervention », 1 seul patient a

également dû repousser sa sortie pour la même raison. Seulement 2,5% des patients du groupe « contrôle » ont été réadmis à l'hôpital et aucun du groupe « intervention ». Par contre, aucun des patients réadmis n'est retourné à l'hôpital pour des questions concernant la gestion de sa stomie.

Millan et al (2010), prouve encore une fois que les patients ayant eu au préalable une consultation préopératoire pour la mise en place de la stomie présentent moins de complications dans la suite du traitement. Par ailleurs, la littérature médicale nous informe que de très nombreux patients désirent recevoir de plus amples informations sur les matériaux employés en stomie et souhaitent des informations sur les différentes phases de la maladie. (Marbach et al. 2011). Les patients ayant reçu l'emplacement du site de la stomie ainsi que l'éducation nécessaire en préopératoire ont manifesté nettement moins d'anxiété que les patients n'ayant pas bénéficié de ces soins. (Millan et al. 2010).

En résumé, ce qui permet de diminuer un séjour à l'hôpital c'est l'information que l'on donne au patient durant la phase préopératoire qui facilite ainsi son apprentissage et son adaptation aux changements.

3.5 Favoriser les stratégies de coping

En réponse à la question « Quel est l'aspect selon vous, le plus important dans le diagnostique du traitement de votre cancer du sein aux niveaux, social, physique, émotionnel et spirituel? », élaborée par Stephens et al, une grande partie a identifié une combinaison de ces différents aspects comme étant important. Par contre, 22% des patients estimaient que les aspects émotionnels étaient les plus importants pour faire face à leur maladie. (2007).

L'étude réalisée par Marbach et al. (2011), fait mention que les patients ont constaté qu'un soutien plus émotionnel et spirituel aurait été bénéfique. Les participants qui ont subi de nombreux changements corporels ont jugé que leur soutien affectif faisait défaut. Ils auraient désiré un soutien continu de la part du personnel soignant, de leur famille et de leurs proches afin d'être comblés sur le plan affectif. Cette demande de soutien est aussi due au fait que leur diagnostique engendrait une « connotation de mort, conséquence directe et inéluctable de leur maladie.

Un autre travail de recherche met en évidence que les médecins ne comprennent pas toujours les raisons qui poussent les patients à consulter des infirmières. Les patients les perçoivent comme des amies du fait qu'elles comprennent ce qui leur arrive. Les patients confient également qu'ils ressentent un manque de soutien considérable une fois qu'ils ont quitté l'hôpital. (Beaver et al. 2010).

4. Discussion

La discussion comprendra une brève introduction sur les résultats qui seront ensuite analysés et mis en lien avec les cadres de références choisis :

- o l'éducation thérapeutique,
- o le modèle de McGill
- o le modèle transactionnel du stress et du coping par Lazarus & Folkman.

Suite à cela, une liste de certaines pistes d'actions pour la pratique infirmière sera proposée.

Le fait de catégoriser ces résultats, démontre toute la pertinence du choix des 3 cadres théoriques.

La satisfaction du patient, la diminution du temps de séjour, la diminution de l'anxiété et l'élaboration des stratégies de coping sont des concepts que l'on peut lier. La satisfaction du patient dépend de l'éducation thérapeutique qu'on lui donne lorsque celui-ci sait de quoi il est atteint.

Selon la Haute autorité de santé (HAS), (2007), « l'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de sa santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. » et elle débute dès que le diagnostic a été posé dans le but que le patient puisse déjà entamer un processus d'adaptation. Par la suite, le patient développera des stratégies de coping liées à sa situation au lieu de ressentir des réactions négatives comme la crainte, la solitude la peur. Le but de ces interventions, selon Cousson-Gélie (2001), seraient de « modifier les réactions d'impuissance-désespoir des patients en les remplaçant

par des cognitions et des comportements plus fonctionnels (coping centré sur le problème, soutien social). » (p.104).

Le modèle de McGill indique de ne pas s'arrêter à la personne mais « d'englober » son entourage car le patient est le prolongement de sa famille. Selon Birot et al. (2005), « [...] Ce modèle s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille. [...] » (p.29). Ceci favorisera une meilleure compréhension des informations, une diminution de l'anxiété, un temps de séjour raccourci et le patient pourra élaborer des stratégies de coping.

Les quatre thématiques ressorties sont interactives mais ne peuvent être sélectionnées séparément lors d'une prise en soins.

4.1 La satisfaction des patients

Le personnel infirmier s'efforce d'être au service et à l'écoute des patients durant leur séjour hospitalier. Les soignants disposent d'informations qui leur permettent de se mettre à jour et d'offrir ainsi des soins de qualité. (Gemmill et al. 2011). De plus, au sein des équipes, des spécialistes du domaine sont présents pour répondre à leurs questionnements. (Ibid. 2011). Cela démontre que les soignants ont à cœur d'avoir des patients satisfaits des soins qu'ils leur dispensent.

Pour améliorer cette satisfaction des patients, deux cadres théoriques sous-jacents sont ressortis à la lecture des articles. Il s'agit de l'éducation thérapeutique qui s'avère être un processus d'apprentissage centré sur le patient. Buttet, P. (2003), « Ce processus prend en compte l'adaptation du patient à sa maladie, ses besoins subjectifs et objectifs, sa vie quotidienne, son environnement, sa famille, son entourage proche, tout en étant intégré aux soins, adaptés en permanence à l'évolution de la maladie, à son état de santé. » (p.42). Puis intervient le modèle de McGill, qui, selon Birot et al. (2005), « s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille. » (p.25). Le rôle infirmier dans ce concept, se caractérise par des actions d'éducatrices tant chez le malade qu'auprès de sa famille. Ceci favorise non seulement sa satisfaction mais également son autonomie, sa compréhension de la situation et la mise en place de stratégie de coping.

La satisfaction du patient est très souvent associée aux informations qu'on lui transmet. Afin d'illustrer ces dires, certains patients ont mentionné qu'ils étaient satisfaits seulement si le niveau d'information était clair et précis. (Husson et al. 2010). L'étude en déduit que les patients sont friands d'informations et désirent être actifs dans leurs propres soins. D'où ce besoin d'être constamment informés soit par le médecin ou par le personnel de santé. Les bénéficiaires de soins sont très sensibles à la relation qui les lie au professionnel de santé. Une grande majorité des patients, ont signifié que les informations provenant du médecin ne répondaient pas à leurs attentes du fait que celui-ci n'était pas assez engagé dans la relation soignant-soigné. D'ailleurs, Buttet, (2003), fait part qu'une démarche éducative engage que le patient adopte, dans un rapport avec le soignant, une position de sujet. Par contre, les patients ont trouvé plus bénéfique de recevoir les informations d'une infirmière car ceux-ci s'apercevaient qu'elle comprenait leurs vécus. (Mallinger, J-B. et al, 2005). Selon les dires de Buttet (2003) et de Mallinger et al. (2005), il est évident qu'il est difficile du point de vue du médecin d'être centré sur le patient. Par contre, les infirmières de par leurs compétences et leurs habitudes relationnelles, peuvent réexpliquer, reformuler les dires du médecin. Ce sont deux professionnels complémentaires qui ont chacun un cahier des charges qui fixe leurs rôles et leurs fonctions envers les malades. Un médecin ne va pas exécuter ce qu'une infirmière fait et vice-versa. D'où la présence d'un partenariat inévitable et nécessaire entre ces deux professionnels.

D'autres points non négligeables sont également ressortis. Le patient ayant reçu un enseignement préopératoire pour la mise en place de sa stomie a démontré qu'il y avait diminution de complications postopératoires. (Millan, M. et al, 2009). Ceci, aura pour conséquence immédiate une satisfaction élevée du patient due à une réduction de problèmes et favorisera une meilleure autogestion de lui-même. De même, le patient qui reçoit ses informations d'une brochure sera plus satisfait au niveau des renseignements. De plus, le patient présentait une meilleure compréhension de ce que le personnel soignant lui transmettait. (Iconomou, G. et al. 2006, cité par Husson, O. et al. (2010).

Comme l'explique Marbach, et al. (2011) : si le patient est capable de comprendre l'information, il pourrait faire face à d'autres questions comme celles concernant son

avenir. Il faut garder à l'esprit qu'un patient subissant une chirurgie mutilante aura des difficultés à accepter sa nouvelle situation. Afin d'éviter davantage de problèmes, l'intérêt est d'informer le malade pour que la violence du choc soit atténuée.

Même si Buttet, P. (2003), prétend qu'il est souvent compliqué de faire sortir quelqu'un de sa passivité du fait que la souffrance peut induire des comportements régressifs. Il est intéressant de souligner que l'éducation thérapeutique et le fait de rendre acteur le patient et sa famille dans un processus de guérison permettent un bien-être amplifié et favorisent l'apprentissage des actes de thérapie. Par conséquent, il est ici primordial de promouvoir une bonne prise en charge des soins, par des professionnels de qualité, afin de maintenir une bonne satisfaction du patient et de sa famille.

Dans les études de Marbach, T.J. et al. (2011) et de Mallinger, J.B. et al. (2005), il ressort que les patients s'aperçoivent être insatisfaits quant à la préparation de leur sortie d'hôpital. Ils mentionnent qu'il est important de créer un plan de soin de survie (planification de la phase post-traitement oncologique³). Marbach, T.J et al. (2011), estiment que ce plan de soins de survie leur est important parce qu'il permet une surveillance des autres membres de la famille. Par exemple, il pourrait être transmis à un autre médecin afin de ne pas rompre le suivi qui a été fait jusqu'à présent. Les participants de l'étude ont également mentionné qu'ils désiraient que ce plan de soin de survie prenne en considération différents aspects psychologiques. Les patients disent être satisfaits du suivi et des traitements administrés durant leur hospitalisation. Par contre, dès que la sortie approche, certaines peurs/craintes apparaissent du fait qu'ils se sentent seuls à gérer leur maladie bien que la famille soit présente à leur côté.

Une étude démontre, que les patients ayant subi de conséquents changements corporels, se font du souci pour leurs proches car ceux-ci ne sont pas forcément prêts à leur offrir l'aide et le soutien nécessaire au malade. Ce type de patient a besoin de soutien, de réconfort en continu. (ibid, 2011). Par ailleurs, il est loin d'être évident pour les aidants du malade de trouver quoi dire ou quoi faire pour soulager le

³ Selon le McMilan Cancer, cité par Andrea Serena, professeur à la HedS-FR.

malade. L'impact qu'ont les dires des proches aidants et ceux du personnel soignant est complètement différent. Ceci est corroboré par les affirmations de Buttet, P. (2003).

Pour pallier à cette insatisfaction, l'article créé par Beaver, K. et al. (2010), traite du suivi post-hospitalisation par téléphone. Ce qui a motivé les patients à accepter ce suivi téléphonique était l'acquisition de nouvelles informations concernant les effets secondaires du traitement. Il résidait également dans le fait que les patients sont friands de conseils à propos de leur état de santé. De plus, entre les rendez-vous prévus chez le médecin, les patients pouvaient contacter par téléphone des spécialistes répondant à leur besoins. Cette manière de procéder s'est avérée bénéfique pour le bien-être de la personne. Par contre, la gestion des symptômes de la maladie s'est avérée plutôt complexe pour les patients. Malgré cette constatation, les patients sont satisfaits de pouvoir bénéficier d'une infirmière spécialisée par téléphone. Cette méthode est considérée comme un soutien physique.

McGill conseille de prendre le patient dans sa globalité ; cette façon d'agir permet de rassurer le patient en rapport avec sa maladie mais également son entourage. Pourquoi ?

Le fait qu'il y ait une personne disponible disposée à répondre à leurs questions, procure un sentiment de sécurité. La continuité des soins est toujours présente. Ceci leur prouve, que même si l'hospitalisation est terminée, ils ne sont pas seuls face à leurs problèmes. Il semblerait que le but de l'infirmière disponible par téléphone, n'est pas d'agir à la place du patient mais au contraire de co-construire avec lui et de donner un sens à sa maladie et de lui faire entrevoir les possibilités qu'il a de greffer sa maladie avec sa vie.

Parmi les fonctions que possède l'infirmière, celles qui seraient particulièrement utiles lors d'un cancer sont des actions de communication, de renseignement et des actions éducatrices. Elles permettent de renforcer l'estime de soi du patient, en contribuant à changer les représentations vis-à-vis d'une maladie ou d'un traitement, en amplifiant les connaissances du patient sur les maladies, les différentes préventions existantes ainsi que leurs nouveaux traitements. Toutes ces différentes

actions s'effectuent non seulement dans les divers milieux de soins mais également dans les milieux sociaux. (Buttet, P. 2003).

4.2 Diminution de l'anxiété

Carpenito-Moyet, L.J. (2009), définit l'anxiété comme étant « un sentiment de malaise individuel ou collectif, d'origine généralement indéterminée ou inconnue, se manifestant par une activation du système nerveux autonome. » (p.37).

Parmi toutes les études recherchées pour l'élaboration de ce travail, sept d'entre elles traitent de l'anxiété. Ce qui est étonnant parmi les articles de Chaudhri, S. et al. (2005), Millan, M. et al. (2009), Husson, O. et al. (2010) et celle de Marbach, T.J. et al. (2011), est que l'anxiété dépend de la qualité d'informations que le patient reçoit. A ce moment-là, les soignants comprennent quels sont les répercussions et les effets que procure une bonne transmission d'informations. De cette constatation découle non seulement une augmentation de la satisfaction des patients mais également une diminution de l'anxiété pouvant nuire à la personne. Or, les soignants savent pertinemment que les patients, pour faire face à une situation déplaisante, mettent en place des stratégies de coping. Selon Lazarus & Launier (1978), le coping « désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. » (pp.287-327). Développer des stratégies de coping fait partie du fonctionnement normal du cerveau en rapport avec la situation stressante perçue par le malade. Par contre, ne pas réussir à en sortir de peur d'être confronté à la réalité devient en réel problème, voici ce que craignent les professionnels de la santé.

L'article de Chaudhri et al. (2005) démontre qu'entre le groupe « intervention » (informations en préopératoire) et le groupe « contrôle » (informations en postopératoire), on n'établissait pas de différences significatives concernant l'anxiété et la dépression. Par contre, les auteurs ont utilisé le questionnaire de la « HADS⁴ » et les résultats illustrent une diminution du taux d'anxiété et de dépression au sein du groupe « intervention ». Ceci est également corroboré par l'étude de Millan et al.

⁴ HADS est l'abréviation de « Hospital Anxiety and Depression Scale ». Il s'agit d'un questionnaire permettant d'évaluer le degré d'anxiété et de dépression du patient comme son nom l'indique.

(2009) tout comme celle de Vogel et al. (2009) cité par Husson, et al (2010), qui signalent que les patients qui ont reçu en préopératoire les informations concernant le site d'implantation de la stomie ainsi que l'éducation nécessaire ont vu leur taux d'anxiété diminuer par rapport au groupe de patients n'ayant pas bénéficié de ces soins. La recherche menée par Passalacqua, R. et al. (2009) citée par Husson, O. et al. (2010) a démontré que l'insatisfaction du patient était associée à la présence d'anxiété voire même de dépression. Les patients présentent moins d'anxiété lorsque l'apport d'information se donne dans un laps de temps préparé. Ces exemples laissent penser que le personnel soignant, met tout en œuvre pour offrir un maximum de satisfaction au patient car celui-ci est au centre de ses soins.

Les stratégies de coping apparaissent dès que le patient ressent qu'il ne parvient plus à contrôler la situation. Puis, après diverses interventions de la part des médecins et/ou des infirmières, ces stratégies évoluent peu à peu pour permettre au patient de redevenir maître de la situation. Il paraît essentiel de prendre en considération ce que Buttet, (2003) disait par le fait d'apporter des actions de type communicatifs telles que renforcer l'image du patient, contribuer à changer le regard que porte le patient sur sa maladie et/ou sur ses traitements. Les soignants doivent surtout identifier les stratégies de coping « à risques » ceci uniquement en offrant une prise en charge centrée sur le patient. Selon Cousson-Gélie (2001), le but des interventions, serait de « modifier les réactions d'impuissance-désespoir des patients en les remplaçant par des cognitions et des comportements plus fonctionnels (coping centré sur le problème, soutien social). » (p.104).

Dans l'article mené par Marbach, T.J. et al. (2011), les patients affirment avoir constamment besoin d'informations tout au long de leur maladie. Afin d'avoir une bonne compréhension, les patients utilisent la brochure de renseignements mise à leur disposition. Par cette brochure, les informations peuvent être lues et sont intégrées au rythme des patients et des familles. Or, après avoir lu tous ces renseignements, la famille se sent plus apte à offrir le soutien que requiert le malade. Ceci est plutôt rassurant, car à certains moments, les patients disaient ne pas poser des questions du fait qu'ils étaient dépassés par les événements. Si le patient peut comprendre l'information transmise, il arrivera à faire face à d'autres questions, comme celles concernant son avenir.

Quelques patients disaient manquer de soutien lors de leur sortie de l'hôpital, et l'article de Beaver, K. (2010) démontre que pour d'autres les tendances se sont inversées. Cela a été réconfortant et rassurant pour les patients de connaître une infirmière donnant des conseils et recommandations concernant leur santé par téléphone. Il est primordial, lors de la décharge d'un service de soins, de s'assurer que le patient ait un réseau social et également un suivi prévu afin de pouvoir le réconforter. Par exemple, le fait d'être seul pourrait amener le patient à ressentir des sentiments de désespoir voir d'impuissance en lien avec la situation qu'il juge menaçante. Alors si le patient a un entourage familial et social proche, celui-ci va être un soutien et une motivation supplémentaire à avancer pas à pas vers des horizons plus lumineux.

4.3 La diminution du temps de séjour

La diminution du temps de séjour est inévitablement en lien avec l'éducation que l'on donne au patient. Un patient informé est un patient qui va automatiquement réduire son temps de séjour de par une réduction de complications postopératoire et par une meilleure gestion de ses propres soins. De plus, le patient conscient de posséder une certaine maîtrise de la situation, sera plus en mesure de préparer sa sortie. Ces faits sont attestés par les articles de Chaudhri, et al. (2005), de Millan, et al. (2009) et de Marbach, et al. (2011).

Le patient qui a reçu des informations pendant la période préopératoire au sujet de son intervention, pourra envisager son avenir avec plus de sérénité. Cela atténuera ses craintes et l'aidera à organiser sa vie en fonction de son cancer (HAS, 2007).

Le fait que la population vit dans une société qui nous demande de faire plus avec moins est passablement stressant pour le personnel infirmier. Bien que la charge de travail augmente constamment, le personnel, même avec un effectif réduit, fait un maximum pour offrir des soins de qualité. Pourquoi est-ce en rapport ?

La majorité des articles traitent de l'éducation thérapeutique du patient. Le but premier est de pouvoir apporter un certain confort au patient et également au personnel infirmier. Le patient, au courant de ce qui l'attend, ayant assisté à des cours, s'étant documenté au travers de brochures proposées par des spécialistes, sera plus rapidement autonome dans ses soins. Cela sous-entend, que la personne

pourra effectuer le plus rapidement possible et sans aide extérieure, les principales activités de la vie quotidienne.

Suite à cette éducation, les bénéfices seraient étonnants. Comme le démontre et l'explique l'article de Chaudhri (2005), les patients du groupe « intervention » disposant de l'éducation préopératoire ont signalé moins de complications pendant la période postopératoire. Ceci entraîne, par conséquent, une réduction des coûts, ce qui est un aspect non négligeable dans la conjoncture actuelle. L'article de Younis (2011), met en relation l'apport d'informations et le temps d'hospitalisation et les résultats sont surprenants. Pour Le groupe qui n'a pas profité du programme de récupération assistée, son temps d'hospitalisation se calculait entre sept et vingt-cinq jours avec une moyenne de quatorze jours, alors que pour le groupe qui en a bénéficié, la durée du séjour a été estimée entre trois à dix-sept jours avec une moyenne de 8 jours.

D'après ce constat, l'évidence des bienfaits de l'éducation est plus que flagrante pour le patient et également pour le personnel infirmier. Si le temps de séjour est diminué, cela veut dire qu'il y a une plus grande autonomisation des patients en ce qui concerne les soins et par conséquent, le travail du personnel soignant s'en trouve allégé. L'objectif de rendre le patient davantage autonome dans la gestion de ses soins, par l'éducation précédant la phase opératoire, est atteint. Le personnel soignant y trouvera également son compte car il aura plus de temps pour répondre au questionnement des patients allant au-delà de leur hospitalisation mais en aura davantage aussi pour les personnes qui ont des difficultés à définir des facteurs de résiliences adaptés.

Plus vite les soignants interviennent dans la prise en charge du patient, plus rapidement celui-ci retrouve son autonomie et ses stratégies de coping se modifient, sa satisfaction augmentée et son anxiété diminuée.

4.4 Propositions d'action pour la pratique infirmière

La mise en place de stratégies de coping favorable fait partie des pistes d'action pertinentes. Elles sont adéquates, du fait qu'elles donnent la possibilité au patient de s'adapter peu à peu au changement qu'il vit. Comme il est dit dans le chapitre

« diminution de l'anxiété », selon Lazarus & Launier (1978), le coping « désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. » (pp.287-327). Développer des stratégies de coping fait partie du fonctionnement normal du cerveau. Les stratégies de coping sont axées sur le problème et l'émotion qui auront pour conséquence un effet immédiat ou sur le long terme, selon Lazarus et Folkman (1984), repris par Aoun, T. (2006). Sans oublier que ces stratégies sont aussi axées sur la recherche de soutien social comme par le fait de créer des liens, se faire aider, rencontrer des personnes vivant une situation similaire. (Lazarus & Folkman (1984), cité par De Reyff, M. (2009). Par contre, ne pas réussir à en sortir de peur d'être confronté à la réalité devient en réel problème, c'est ce que craignent les professionnels de la santé.

Les patients de l'étude de Stephens, et al. (2008), estiment que ce sont les aspects émotionnels de l'individu qui aident à faire face au cancer. D'où la tâche importante des soignants de s'assurer que les patients mettent en place de bonnes stratégies de coping. Pour favoriser des stratégies de coping, il est important de débriefer, de prendre du temps pour discuter avec le patient et son entourage afin que les personnes concernées puissent confier leur craintes et leur ressentis afin de prendre peu à peu le dessus de cette maladie. L'étude de Pruyn, et al. (1988) cité par Cousson-Gélie (2001), mentionne que parmi un groupe de femmes atteintes d'un cancer du sein, « celles qui avaient le sentiment de contrôler l'évolution de leur maladie recevaient plus de soutien social, avaient moins de douleurs physiques, d'anxiété et de sentiments négatifs ». (p.101). D'autant plus que l'étude réalisée par Taylor, et al. (1984) également sur des patientes atteintes d'un cancer du sein, cité par Cousson-Gélie (2001), démontre que « la croyance en sa capacité de contrôler l'évolution de sa maladie et la croyance que son entourage peut la contrôler sont significativement associées à un bon ajustement psychologique. » (p.101). Si ce n'est pas le cas, ces mécanismes de défenses peuvent entraver le bon fonctionnement de l'individu.

« Il semblerait que le soutien social agisse sur l'ajustement émotionnel de deux façons : directement, en augmentant les comportements sains tels que l'acceptation

du traitement et indirectement, en agissant sur le choix de stratégies de coping plus adaptées. » (Cousson-Gélie, 2001, p. 102).

Les soignants, se doivent de considérer la personne comme un « tout » et ne rien laisser au hasard. Il est important de s'attarder sur chaque petit détail qui s'avère être important aux yeux du patient. Là encore, l'éducation fonctionne comme ligne directrice. Il est difficile d'améliorer la vie du patient si celui-ci ne s'implique pas davantage dans son processus de changement. De plus, il est primordial que le malade se sente impliqué dans les moments d'échanges que nous avons au sujet de sa maladie. Si le patient est acteur de son changement et si la famille comprend les implications qu'engendre la maladie, tout ce qui s'ensuit sera moins difficile. La preuve est que si le patient possède une certaine maîtrise de la situation, il aura une évolution favorable de son cancer et l'adaptation psychologique se fera avec plus de facilité. Si en plus la famille perçoit que le patient est motivé à aller de l'avant cela les motivera davantage à l'accompagner sur ce long chemin qu'est le cancer. Par ailleurs, le soutien social perçu est étroitement associé à une évolution favorable du cancer. Il s'agit principalement du soutien émotionnel offert par la famille, par le conjoint ou par les collègues de travail qui semble être le plus prédictif. (Cousson-Gélie, 2001).

Concrètement, cela se manifesterait par l'établissement d'une co-construction avec le patient : puis par des discussions régulières autour du problème, éventuellement en mettant des personnes de références pour établir un suivi, reformuler les explications autant de fois qu'il est nécessaire, utiliser des matériaux didactiques adaptés aux désirs du patients (brochures, vidéos, démonstration de soins sur mannequin, etc.), rencontrer la famille du patient et l'intégrer dans sa prise en soin. La création d'objectifs est réalisée avec le patient et en lien avec son évolution ; on lui accorde des temps de parole, on lui donne la possibilité d'expliquer comment il perçoit sa situation ...« Le but de la démarche est de construire avec le patient de nouvelles réponses, originales, individuelles et acceptables par lui-même et par le soignant. » (Buttet, 2006, p. 46).

Un autre constat est que les individus atteints d'un cancer et allant subir une intervention chirurgicale dite « lourde » constituent une population fragilisée avec des risques potentiels de mettre en place des stratégies d'adaptation inefficaces. Par

conséquent, il est important de prendre du temps avec ces personnes pour leur expliquer très clairement ce à quoi ils doivent s'attendre, durant la période préopératoire. Il est tout aussi primordial, de faire des démonstrations techniques concernant les soins relatifs à la stomie, par exemple. Il est également démontré que cette manière d'agir s'avère être une véritable ressource pour le patient.

Les soignants doivent également être attentifs à bien prendre en considération la globalité du patient ainsi que sa famille. Il ne s'agit pas seulement d'apporter les enseignements nécessaires au patient mais de le rendre acteur au niveau de sa prise en soins. Un patient actif obtient plus de résultats qu'un patient passif, bien qu'il n'est pas toujours évident de sortir de cette passivité causée par la maladie, comme nous l'explique Buttet, P. (2003). La famille du patient impliquée dans les soins va encourager et stimuler le patient à aller de l'avant. La littérature dit expressément qu'un soutien social perçu par le patient est fortement associé à une évolution favorable de la guérison d'un cancer. (Cousson-Gélie, 2001).

Le point clé de cette revue est l'impact de la transmission d'informations d'où une mise à jour régulière des connaissances des soignants par rapport à la spécificité du cancer. Sans une bonne continuité ainsi qu'une aisance de cette transmission au patient, il est très difficile d'atteindre une satisfaction de sa part. Un patient satisfait dès le départ, aura nettement plus de facilités à maîtriser et comprendre sa situation. Ce qui l'aidera à développer de nouvelles ressources qui lui permettront de vivre avec sa maladie sans que celle-ci soit un fardeau.

Le cadre théorique de McGill, ne sépare jamais le patient de sa famille et propose que ceux-ci soient inclus. Dans ce modèle, nous pouvons mettre en évidence la notion de promotion de la santé, ce qui prouve que les soignants doivent agir avec le patient et non pour lui. Ceci démontre une fois de plus toute l'importance qu'a le patient à être acteur dans sa maladie afin de récolter les bénéfices de cette attitude. C'est-à-dire, une satisfaction amplifiée, une diminution de l'anxiété, une diminution du temps de séjour et de complications postopératoires ainsi que la mise en place de stratégies de coping favorable permettant par conséquent d'avancer quand on est atteint par cette maladie....

Concernant leur suivi, il est important que ceux-ci quittent le service avec des informations utiles concernant la suite de leur traitement à domicile. Par exemple, les diriger vers divers groupes de parole en lien avec leur cancer, leur proposer, si le pays ou la région le permet, un suivi téléphonique où les personnes se sentent libres de poser leurs questions. En lien avec la mission de l'institution, leur offrir des brochures d'informations concernant les effets secondaires de certains traitements et également les surveillances à exercer en lien avec la pathologie. Cette attitude, démontre de la part des soignants et de l'institution, que nous sommes bienveillants et soucieux du bien-être que l'on peut procurer à un patient par des actions ciblées. Encore une fois, la notion de globalité du patient prend ici toute sa signification.

4.5 Limites de l'étude

Deux études ne mentionnent pas les critères éthiques concernant le respect des droits des patients. Il s'agit des études de Stephen, P.A. et al. (2008) et celle de Koinberg, I. et al. (2006).

Toutes les études choisies à la réalisation de ce travail visaient une population atteinte d'une maladie chronique telle que le cancer du côlon et le cancer du sein. Ces deux cancers nécessitent une intervention chirurgicale lourde de conséquences. De ce fait, cette revue étoffée de littérature ne peut pas être généralisée à toute la population.

L'élaboration de cette revue fut pour moi une première ébauche dans le domaine de la recherche. Les critères méthodologiques ont été respectés au mieux. De plus, mes connaissances de la langue anglaise, malgré l'utilisation de traducteurs, ne m'ont certainement pas permis de saisir toute la finesse du vocabulaire utilisé dans les recherches.

5. Conclusion

L'infirmière travaillant auprès des malades atteints d'un cancer et subissant une intervention chirurgicale conséquente se doit d'être à jour sur le plan de l'information publiée sur le sujet. Bien entendu, chaque professionnel se doit de savoir quelles sont les limites et les devoirs de son cahier des charges. Il est plus qu'essentiel que le patient reçoive non seulement des informations pendant son hospitalisation mais également durant la période préopératoire. Les patients pouvant en bénéficier sont tout aussi gagnants que les professionnels de la santé et de l'institution. D'autant plus, que les études mentionnent que les patients sont à la recherche d'informations tout au long de leur maladie. Mais ce n'est pas toujours évident, du fait, notamment, que les fluctuations de la maladie peuvent rendre le malade « passif ». Dans l'idéal, le patient se doit de se renseigner, de participer et d'être « acteur » de son changement. Plusieurs études mettent en évidence que le patient éprouve alors une satisfaction évidente, une diminution de son anxiété, de sa durée de séjour et favorise la mise en place de stratégies de coping.

De plus, selon certains cadres théoriques et notamment celui de McGill, les soignants tendent davantage vers une attitude davantage promotrice que préventive. Ils se doivent de stimuler, d'écouter, de laisser du temps de parole, d'accepter le rythme du patient qui dépend de l'évolution de sa maladie. Le cahier des charges du personnel infirmier stipule que le patient se doit d'être au centre des soins. De plus, les soignants doivent mettre en œuvre des objectifs avec le patient et non agir « à sa place ». La subtilité du rôle infirmier prend ici un rôle primordial. Quand chacun l'a compris, la relation entre le soignant et le soigné ne peut être qu'encourageante pour la poursuite de la thérapie et l'espoir de sa rémission.

Dans un avenir proche, il serait intéressant que les études se penchent davantage sur le rôle de l'information donnée durant la phase préopératoire. Peu de recherches se sont focalisées sur la période précédant l'opération bien que celles qui figurent dans cette revue de littérature étoffée s'accordent toute sur le constat qu'il y a des répercussions plus que positives sur cette manière de procéder. Il serait percutant de réaliser des études en Suisse, du fait que le système de santé actuel se trouve en

pleine reconfiguration et que personne ne sait vraiment, si nous nous dirigeons vers des perspectives garantissant une qualité de soins optimales.

5.1 Les mots de l'auteur

A travers l'élaboration de ce travail, je me suis aperçue de l'importance de l'apport de l'information auprès du patient, principalement avant l'opération. On ne se rend pas forcément compte des bénéfices qui y sont impliqués mais informer un patient sur ce qui l'attend est un gain de temps pour lui et pour les soignants. Tout au long de ce travail, il ressort que le patient est satisfait, son anxiété et sa durée de séjour s'avèrent être diminués et favorisent la mise en place des stratégies de coping. Il est également essentiel qu'en tant que future soignante, je cherche constamment à m'informer des nouveautés concernant différentes maladies ou les processus de soins. Il en va de mon aisance à être efficace en offrant des soins de qualité au patient. Si je me sens à l'aise dans ma façon d'agir et d'intervenir, le patient sera détendu et plus apte à saisir l'information transmise. J'ai également pris conscience des rôles complémentaires du médecin et de l'infirmière. Le médecin, de part son cahier des charges, va prioritairement s'intéresser à l'aspect clinique du patient alors que l'infirmière va prendre davantage de temps et d'attention au niveau relationnel. Pour terminer, le fait de prendre du temps avec le patient pour l'informer et l'impliquer dans le processus de soins à venir, est un élément essentiel à un bon apprentissage et cela contribue à faire diminuer les complications inutiles. De par nos connaissances infirmières et grâce au rôle autonome que nous possédons, nous pouvons mettre en place différentes actions visant au bien-être du patient et de sa famille.

D'où l'intérêt qu'il y a à acquérir de nouveaux savoirs, de confirmer et de corriger nos acquis pour être le plus efficaces possible dans nos actes infirmiers, en restant conscients que nous ne sommes pas les maîtres absolus de la situation et que le destin obéit, parfois, à d'autres règles. Mais, nous aurons au moins « essayé », en toute humilité, d'avoir été présents à un moment crucial de la vie de quelqu'un.

Bibliographie

Ouvrages & Articles

- ∂ Aubert, J. (2010). Conférence de presse : Pénurie dans les professions de la santé. *Parti socialiste*, 1-2.
- ∂ Beaver, K., Wilson, C., Procter, D., Sheridant, J., Towers, G., Heath, J., Susnerwala, S. & Luker, K. (2010). Colorectal cancer follow-up: Patient satisfaction and amenability to telephone after care. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 23-30.
- ∂ Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- ∂ Birot, P., Dervaux, M-P. & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 28-38.
- ∂ Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- ∂ Buttet, P. (2003). Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 41-48.
- ∂ Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Manuel de Diagnostics infirmiers*. Traduction de la 12e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.
- ∂ Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I. & Horgan, A-F. (2005). Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education : A Randomized, Controlled Trial. *Disease of the colon & rectum*, vol.48. no 3, p.504-509.

- ∂ Cousson-Gélie, F. (2001). Stratégie de coping élaborées pour faire face à une maladie grave : l'exemple des cancers. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 99-106.
- ∂ Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M. & Zagheri Tafreshi, M. (2011). Quality of life in ostomy patients : a qualitative study. *Patient Preference and Adherence* 2011 : 5 1-5.
- ∂ De Reyff, M. (2009-2010). *Stress-Adaptation-Coping. Modèle pour expliquer le concept du stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- ∂ Feulien, C., Crispin, B. & Deccache, A. (2010). *Comment comprendre le vécu des patients stomisés : Quels besoins d'aide et d'éducation ?* Saint-Luc : Unité de Chirurgie Colorectale et Transplantation – UCL.
- ∂ Gemmill, R., Kravits, K., Ortiz, M., Anderson, C. & Grant, M. (2011). What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer stomie care? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42, vol.2, 81-88.
- ∂ Haute Autorité de Santé, (2007). Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. *Institut national de la prévention et d'Education pour la santé*, 2.
- ∂ Husson, O., Mols, F. & Van de Poll-Franse, L.V. (2010). The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22, 761-772.
- ∂ Koinberg, I., Langius-Eklöf, A., Holmberg, L. & Fridlund, B. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 273-282.

- ∂ Langlois, G. (2008). Stratégie soignante : Stomathérapie et éducation thérapeutique. *Dossier soins*, 43.

- ∂ Lazarus, R., et Launier. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*, in L.A. New york : Perspectives in international psychology (pp.287-327).

- ∂ Ligue suisse contre le cancer, (2008). *Le cancer du côlon et du rectum : Carcinome colorectal*. Berne : Ligue suisse contre le cancer.

- ∂ Loiselle, G.C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent (Québec) : ERPI

- ∂ Mallinger, J.B., Griggs, J.J. & Shields, C.G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counselling*, 57, 342-349.

- ∂ Marbach, T.J. & Griffie, J. (2011). Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education and Support Services. *Oncology Nursing Forum*, 38, vol.3, 335-342.

- ∂ Millan, M., Tegido, M., Biondo, S. & Garcia-Granero, E. (2009). Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Disease*, 12, 88-92.

- ∂ Mishara, B.L. (s.d). Le concept d'adaptation («coping»). Université du Québec à Montréal.

- ∂ Salter, M. (1992). What are the differences in body image between patients with a coventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continent pouch ? *Journal of Advenced Nursing* 17, 841-848.

- ∂ Sandrin-Berthon, B. (2000). Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? *In l'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF.

- ∂ Simmons, K.L., et al. (2007). Adjustment to colostomy : Stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of advanced nursing*, vol. 60, 6, 627-635.

- ∂ Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S. & Spagnoli, C. (2008). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, n°2, 253-258

- ∂ Tremblay, M. (2001). *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*. Montréal : Saint Martin.

- ∂ Warchol, N. (2009). *Les concepts en sciences infirmières : L'autonomie*. Lyon : Mallet Conseil.

- ∂ Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D. & Trickett, J.P. (2011). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *Int J Colorectal Dis* (2012), 27, 43-47.

Sites WEB

- ∂ Aoun, T. (2006). *Les événements stressants et les stratégies de coping des étudiants infirmiers de première année en stage*. [Page WEB]. Accès : <http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/C18.pdf> [Page consultée le 19 juin 2012].

- ∂ Association suisse des stomathérapeutes. (2008). *Suivi des patients. L'étape préopératoire*. [Page WEB]. Accès : <http://www.stoma->

ch.com/index.php?page=105&cmd=event&id=0 [Page consultée le 27 mars 2011].

- ∂ Duclermortier, A. (2011). *Approche holistique*. [Page WEB]. Accès : http://aduclermortier.free.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=14 [Page consultée le 15 juin 2012].
- ∂ Hôpital Universitaire de Genève, (2006). *L'image corporelle, un concept de soin*. [Page WEB]. Accès : http://soins.hug-ge.ch/library/specialistes_clin_pdf/concept_ic_22oct06.pdf [Page consultée le 7 avril 2011].
- ∂ Ligue suisse contre le cancer. (2011). *Cancer du côlon (carcinome rectal)*. [Page WEB]. Accès : http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_du_colon/ [Page consultée le 18 mars 2011].
- ∂ Ligue suisse contre le cancer. (2010). *Le cancer du côlon et du rectum : Carcinome colorectal*. [Page WEB]. Accès : http://assets.krebsliga.ch/downloads/fs_cancer_colon_rectum_fr.pdf [Page consultée le 18 mars 2011].
- ∂ Phaneuf, M. (s.d). *Apprendre à travailler dans un contexte difficile*. [Page WEB]. Accès : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Apprendre_a_travailler_dans_des_situations_relationnelles_difficiles.pdf [Page consultée le 5 avril 2011].

ANNEXES

Annexe 1

Déclaration d'authenticité

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées.

Rime Julie

Annexe 2

Grilles d'analyses de recherches

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique
Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

▪ **Grille 1**

Références de l'article : Gemmill, R., Kravits, K., Ortiz, Mildred., Anderson, C. & Grant, M, (2011). What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer stomie care ? <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i> , vol.42. no 2, p.81-88.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Le titre est clair et précis, il ne prête pas à confusion. Le problème est présent, la population cible également et l'intervention qu'on désire analysée.
Résumé	Le résumé comporte l'introduction, les méthodes, les résultats et la conclusion.
Introduction Enoncé du problème	L'article décrit une enquête pilote qui s'intéresse aux connaissances et attitudes des infirmières en chirurgie oncologie, au sujet de l'éducation et l'aide apportée aux patients. Cette étude fait partie d'un dès plus grands projets pour évaluer les lacunes présentes chez le personnel infirmier au niveau de l'enseignement et des services disponibles pour le patient atteint d'un cancer du colon.
Recension des écrits	L'article met en avant plusieurs études qui se sont intéressés au même sujet.
Cadre théorique ou	Le cadre conceptuel est celui de (King, 1999), qui a crée la théorie de l'atteinte des objectifs

conceptuel	
Hypothèses	Les hypothèses sont clairement formulées. Il est important que l'infirmière soit au courant de l'intervention et des soins qui suivront afin d'informer le patient. Cela dans le but d'offrir une meilleure hospitalisation et compréhension de la situation.
	Elles découlent toutes des différentes recherches faites par d'autres chercheurs.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive simple.
Population et contexte	Au total 78 infirmières ont participé à cette étude. Il est spécifié qu'un groupe d'infirmières a été recruté au sein de l'unité de chirurgie d'oncologie et un autre de l'unité de soins intensifs
	La taille de l'échantillon me paraît correcte. Il y avait des infirmières spécialisées en chirurgie du cancer ainsi qu'un groupe d'infirmières spécialisées dans les soins du cancer du colon.
Collecte des données et mesures	Les auteurs ont utilisés l'échelle de Lickert, et un questionnaire sur la Qualité de vie pour les patient ayant subi de la chirurgie abdominale) Une infirmière spécialisée a créé un questionnaire. Elle s'est basée sur des recherches de littérature sur la base de données : « Cumulative Index to Nursing », « Allied Health Literature » et « Medeline Database ».
	Le questionnaire a permis d'évaluer les connaissances et les attitudes des infirmières s'occupant des patients stomisés.
Déroulement de l'étude	Toutes les enquêtes ont été remplies de manière anonyme. Le personnel infirmier a été informé oralement et de manière écrite des avantages et des risques de la participation.

Résultats Traitement des données	<p>Grâce à leur questionnaire, il est montré que la connaissance moyenne du personnel infirmier au sujet des soins de stomie se situe autour d'une moyenne de 77%. Ils ont interrogé les soignants sur leurs attitudes face aux soins de la stomie. Il s'est avéré que 80% des répondants ont estimé qu'ils étaient tout a fait capable d'offrir des soins de qualité. 30% des participants à l'enquête ont jugé qu'ils soignent suffisant de cas pour maintenir à niveau leur compétences dans ce type de soins spécifiques. Concernant l'accès aux ressources pour diverses informations, 74% du personnel est très satisfait puisqu'il sait ou aller chercher l'information en cas de soucis. Il sait sur qui il peut compter en cas de nécessité. 30% des répondants étaient en accord qu'il est important d'avoir du personnel qualifié pour faire face à ce genre de problème. Par contre, 70% du personnel était préoccupé de la manière dont les patients étaient préparés à gérer leur retour à domicile. Les données qualitatives ont été obtenues à partir de questions ouvertes à la fin de l'enquête sur les connaissances et l'attitude. Les ressources nécessaires pour fournir une meilleure éducation aux patients au sujet des soins de stomie ont été décrites par les répondants.</p> <p>Les ressources des patients se trouvent dans les supports suivants : un livret d'information, des vidéos d'instructions, des démonstrations des soins, et un suivi à domicile par les infirmières. Par contre, les obstacles rencontrés par les soignants concernant l'éducation du patient sont : des problèmes de communication, la difficulté d'adaptation et d'acceptation de la stomie, lorsque le patient présente des limites cognitives et lorsque la période postopératoire est courte et que le temps d'enseignement est insuffisant. La plupart des patients atteints de cancer du colon avec une pose de stomie ont déclaré avoir reçu «juste assez» d'informations en postopératoire et seulement 12,5% ont identifié l'enseignement fourni par l'infirmière comme étant particulièrement utile. Cela est probablement lié au fait que 60% des patients ont déclaré avoir reçu la majorité de leurs informations en préopératoire à la clinique. L'enquête n'a pas abordé l'éducation donnée en</p>
---	---

	postopératoire sur l'unité de soins.
Présentation des résultats	Les questions suivantes ont été démontrées par des tableaux : « Responses to staff survey of stomie care Knowledge », « Results of staff survey of attitudes toward stomie care » & « Resources and barriers identified by staff nurses ».
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les résultats tiennent compte des différentes recherches menées par d'autres chercheurs. Je constate également le lien avec le cadre théorique qui explique l'importance de mettre des actions en œuvre pour mieux saisir l'enjeu et surtout garder un niveau de compétence et de connaissance suffisant, pour pouvoir faire face à ce genre de situation, l'objectif principal étant de viser le bien être du patient.
	Il est conseillé de ne pas généraliser l'ensemble de l'étude car elle a été faite avec une faible population.
	Comme il s'agit d'une étude préliminaire, il faudrait davantage d'étude avec une plus grande population de soignants. Une étude sur une plus large échelle, avec une augmentation de participants validera l'instrument employé dans l'étude préliminaire en fournissant une mesure de fiabilité plus robuste et confirmant les résultats de cette analyse.
Perspectives futures	Les chercheurs insistent sur la nécessité de faire une étude plus approfondie de la connaissance et du maintien des compétences chez le personnel infirmier car lorsque l'opportunité de pratiquer se présente, les compétences identifiées sont faibles.
Questions générales Présentation	L'article est très bien écrit dans son ensemble ! Ce me semble plus ennuyeux c'est qu'il s'agit d'une étude préliminaire et donc limitée. Il en faudrait une à plus large échelle pour obtenir de meilleurs résultats.
Evaluation	J'ai appris que l'enseignement du patient implique une évaluation rapide de son état physique, psychique et de

globale	<p>ses ressources afin de lui donner l'information nécessaire pour l'utilisation des différents matériaux nécessaires à sa stomie. Les besoins éducatifs de l'infirmière sont particulièrement élevés quand les patients ne se sentent pas bien. Dans ces situations, la formation continue consiste à fournir un enseignement au patient pendant le soin en tenant compte des aspects physiques et émotifs de celui-ci. Un autre point qui mérite d'être souligné est celui d'apprendre au patient comment soigner sa stomie. Le fait d'avoir une formation continue, diminuera le nombre d'erreurs et de malaise à l'infirmière. Celle-ci s'entraînera sur des mannequins, ou aura recours à différents moyens didactiques comme des vidéos, des conseils venant des infirmières spécialisées en stomathérapie dans le but d'assurer des soins de qualité aux patients.</p>
----------------	---

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

▪ Grille 2

Références de l'article analysé : Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I. & Horgan, A-F. (2005). Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education : A Randomized, Controlled Trial. <i>Disease of the colon & rectum</i> , vol.48. no 3, p.504-509.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Le titre met bien en évidence de quoi l'article va traiter. C'est-à-dire une éducation intensive donnée en préopératoire contre une éducation traditionnelle donnée en postopératoire
Résumé	<p>Le but est de comparer l'information donnée en préopératoire par l'infirmière communautaire avec l'information que l'on donne habituellement au patient à la période postopératoire.</p> <p>La méthode : 1 groupe « intervention » qui a reçu l'information en préopératoire et un 2ème groupe « contrôle » qui a reçu l'information donnée habituellement en postopératoire.</p> <p>Le résultat : il est démontré que le groupe « intervention » s'en est mieux sorti que le groupe « contrôle ». Par exemple, le temps d'hospitalisation pour le groupe « intervention » s'est réduit à 5,5 jours vs. 9 pour le groupe «contrôle ».Conclusion : le fait d'apporter un enseignement en préopératoire au patient engendre des périodes plus courtes d'hospitalisations, ils comprennent et arrivent à faire leurs propres soins autour de la stomie plus rapidement et il en réduit également une diminution des interventions des infirmières communautaires pour la suite.</p>

Introduction Enoncé du problème	Dans cette étude, les chercheurs ont décidés d'étudier les informations données en préopératoire par des infirmières communautaire face aux informations que reçoivent les patients en postopératoire ; et par conséquent, démontrer les impacts qui en découlent sur le séjour hospitalier
Recension des écrits	Les cancers colorectaux demandent une prise en charge importante. Les coûts de la santé sont en augmentation, il y a pénurie de lit d'hôpital ; par conséquent ces problèmes encouragent les soignants à trouver des moyens permettant d'offrir une meilleure prise en charge afin de réduire le temps d'hospitalisation.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique est celui de l'éducation thérapeutique donnée en préopératoire.
Hypothèses	Elles ne sont pas explicites au premier coup d'œil mais nous pouvons très clairement en déduire qu'il s'agit de démontrer les impacts de l'éducation thérapeutique en préopératoire face aux personnes qui eux reçoivent l'information en postopératoire.
	Les hypothèses découlent de l'état des connaissances réalisées jusqu'à présent.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative randomisée. Les patients ont été répartis de manière aléatoire soit dans le groupe « intervention » ou le groupe « contrôle ».
Population et contexte	Les recherches se font à « On Tyne Hospitals National Health Service) de Newcastle en Angleterre et plus précisément dans une unité spécialisé du cancer du colon.
	L'étude était composée de 42 participants partagés en deux groupes de 21 personnes. Il y avait 18 femmes et 24 hommes.
Collecte des	Ils ont indiqué les critères d'inclusions représentés par des patients allant subir une résection colorectale, ce qui

données et mesures	<p>impliquera un enseignement temporaire ou permanent concernant la stomie du patient. Les critères d'exclusions quant à eux sont d'ordre de complications chirurgicales entraînant un prolongement de l'hospitalisation.</p> <p>Les chercheurs se sont basés sur l'échelle « Hospital Anxiety Depression Scale » (HADS) afin de mesurer le niveau d'inquiétude et de dépression chez le patient sur le pré et postopératoire. Il y a également le Mann-Whitney U ranksum test qui permet d'évaluer le temps d'adaptation à la stomie.</p> <p>Oui. Il y a : 1) L'information donnée en pré et postopératoire, l'adaptation à la stomie, 2) La gestion par le patient des soins de la stomie, 3) La durée d'hospitalisation, 4) Le degré d'anxiété et de dépression de la personne en pré et post-op (bien-être), 5) Les coûts moyens du séjour,</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les chercheurs ont obtenu le consentement de chaque patient pour faire cette étude. Chaque patient a été informé personnellement par lettre pour participer à cette étude.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Il en ressort que la durée moyenne du séjour postopératoire est de 8 jours pour le groupe « intervention » et il est de 10 jours pour le groupe de « contrôle ». Il en ressort également, qu'après le séjour hospitalier, il y a moins de visite post-op dans le groupe « intervention ».</p> <p>L'incidence de l'anxiété et de la dépression dans les deux groupes en préopératoire et postopératoire démontre qu'il n'y avait pas de différences majeures évidentes entre les deux groupes. Toutefois, les scores globaux pour HADS enregistrés en préopératoire et postopératoire ont tendance à être plus faibles dans le groupe « intervention » que dans le groupe « contrôle ».</p> <p>Les résultats du questionnaire évaluant la satisfaction des patients a révélé un niveau élevé de satisfaction au sein des deux groupes. Par conséquent, il ne permet pas de faire ressortir les préoccupations du patient au sujet de l'intervention. Un autre aspect qui en ressort et celui du coût. Les frais du séjour en hôpital étaient moins élevés chez le groupe « intervention » que chez celui du groupe contrôle.</p>

Présentation des résultats	Tous les résultats sont présentés et analysés à l'aide de tableaux. C'est très clair et nous savons où chercher l'information.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Le cadre de référence principale est celui de l'éducation thérapeutique préopératoire. Le bénéfice de l'éducation autour de la stomie pour les patients a néanmoins été démontré précédemment. Les patients qui sont plus confiants dans la gestion de leurs soins de stomie et qui ont eu une rencontre avec des thérapeutes précédant l'intervention sont mieux préparés sur le plan psychologique.
	Les chercheurs avouent que leur échantillon est trop petit donc nous pouvons en déduire qu'il ne faut pas généraliser les résultats de cette étude pour tous les cas.
	Ils s'accordent sur le fait que leur échantillon est trop petit.
Perspectives futures	L'éducation de la gestion de la stomie est plus efficace s'il est entrepris en préopératoire. Il permet aux patients d'atteindre une meilleure indépendance de leurs soins envers la stomie et réduit le séjour postopératoire. Elle réduit également la charge de travail du personnel infirmier en communauté par une diminution des interventions liées (des infirmières communautaires) au cours des six premières semaines postopératoire.
Questions générales Présentation	L'article est très bien écrit dans son ensemble. Ce qui est ennuyeux c'est qu'il s'agit d'une étude préliminaire et donc qu'il faudrait une étude à plus large échelle pour de meilleurs résultats.
Evaluation globale	Bien entendu, il est primordial d'offrir un enseignement préopératoire chez ce type de patient. Pour lui, ce sera rapidement plus clair, plus précis, il saura déjà plus ou moins à quoi s'attendre et ses questions seront déjà plus vite ciblées. En plus, le séjour hospitalier est diminué et les informations qu'il recevra à l'hôpital seront mieux

	<p>interceptées. Tandis que le patient qui reçoit l'information en postopératoire immédiat aura beaucoup plus de difficulté à assimiler l'information. Il sera sous le choc, voir même en plein déni. Il va falloir prendre plus temps avec la personne pour tout lui expliquer. Son séjour à l'hôpital sera allongé et il y a de forte chance que le patient ait besoin d'une ré hospitalisation pour une complication quelconque. Cela demandera un investissement supplémentaire de la part de l'équipe soignante et du patient mais également un coût additionnel.</p>
--	--

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique
Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

▪ **Grille 3**

Références de l'article analysé :	
Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D. & Trickett, J-P. (2011). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. <i>Int J Colorectal Dis</i> (2012), n° 27, p 43-47.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	L'article met en avant que l'éducation apportée en préopératoire contribue à une réduction du temps d'hospitalisation grâce au programme de récupération assisté.
Résumé	<p>L'introduction : Les chercheurs se rendent compte que la formation préopératoire du patient a pour conséquence de diminuer le temps d'hospitalisation. Cela s'est déterminé par un programme de récupération assistée (ERP) en phase préopératoire aux fins des séances.</p> <p>Le but est visé et de promouvoir l'indépendance du patient dans ses soins concernant sa stomie dans la période postopératoire raccourcissant de ce fait, la durée de son séjour.</p> <p>La méthode : 2 groupes. Le 1er groupe n'a pas eu ERP (janvier 2006 à août 2008) et le 2ème a bénéficié du programme de récupération assisté (septembre 2008 à octobre 2010). Les comparaisons ont été faites chez les patients restant plus de 5 jours à l'hôpital suite à une mauvaise gestion de la stomie.</p> <p>Les résultats : 120 patients ont subi une formation de stomie dans chacun des 2 groupes (total : 240). Avant</p>

	<p>l'introduction de l'ERP, la durée du séjour était d'environ 7 à 25 jours avec une moyenne de 14 jours. Avec l'introduction du programme la durée moyenne de séjour était de 8 jours.</p> <p>Dans le groupe pré-ERP il y a 17.5% de patients qui ont reporté leur sortie d'hôpital en raison d'un retard dans la gestion de leur stomie. Quant au groupe post-ERP les résultats parlent d'eux-mêmes 0.8% de patients ayant rencontré un problème.</p> <p>Conclusion : Avec un programme de récupération assisté en préopératoire, le temps d'hospitalisation ainsi que les différents problèmes rencontrés dans la gestion de la stomie sont considérablement diminués.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Dans cette étude, les chercheurs se sont questionnés sur le fait de savoir si de l'introduction d'un programme de récupération assisté débutant dans la phase préopératoire diminuerait l'aspect psychologique qu'engendrerait l'intervention et optimiserait également l'indépendance de celui-ci dans la gestion de sa stomie et donc raccourcirait le temps de séjour à l'hôpital.</p>
Recension des écrits	<p>Selon certains auteurs, il est écrit qu'une des particularités de l'ERP est de savoir ce que cela implique chez le patient concernant ses représentations au niveau de la chirurgie, sur le plan psychologique ce qui facilitera la phase postopératoire. Ils s'appuient premièrement sur des recherches pour pouvoir commencer la leur. Puis, selon leurs connaissances, il est clairement supposé que le fait d'apporter un soutien par : 1) des séances de consultations avec des infirmières stomathérapeute 2) le fait de donner diverses brochures d'informations 3) leur donner des échantillons de kits de stomie 4) leur permettre de s'entraîner sur un mannequin au changement de poche ou de visionner la pratique sur un DVD aident énormément le patient dans la visualisation de ses gestes et auront pour conséquence un séjour diminué. Un autre point important est également d'avoir le site marqué sur l'abdomen ce qui aidera le patient à mieux accepter la situation. De plus, les résultats sont flagrants entre les 2 groupes...</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique est l'éducation transmise en préopératoire. Il est sous entendu par le programme de récupération assisté.
Hypothèses	Le fait de recevoir une éducation en préopératoire favorise une meilleure gestion de sa stomie et par conséquence diminue le temps d'hospitalisation. Elles sont clairement mises en avant grâce au groupe « contrôle » qui n'a pas bénéficié de l'ERP.
	Elles découlent des articles que les chercheurs ont lus ainsi que de l'expérience de leurs 2 groupes.
Méthodes Devis de recherche	Le devis n'est pas décrit. Par contre, selon l'aspect de l'article, il s'agirait d'une étude quantitative avec 2 groupes qui testent une théorie. Le 1er groupe → « contrôle » n'a pas reçu l'éducation ERP en préopératoire (janvier 2006 à Aout 2008). Le 2ème groupe → « intervention » a, quant à lui, bénéficié du programme de récupération assisté (Septembre 2008 à Aout 2010)
Population et contexte	Oui. Il y a eu 2 phases. La 1ère avec les patients de janvier 2006 à aout 2008 il y a eu 120 opérés dont 69 hommes et 51 femmes. La 2ème de Septembre 2008 à Aout 2010. Il y a eu 120 opérés dont 62 hommes et 58 femmes.
	La taille (est) de l'échantillon est correcte car elle a eu lieu dans l'unique hôpital général du district.
Collecte des données et mesures	Pour analyser leurs différentes données, ils se sont basés sur le test « Chi-square » dans le but d'évaluer les différences statistiques entre les résultats obtenus
	Ces variables sont : l'âge, le genre, la durée du séjour à l'hôpital, le grade d'anesthésie (ASA) la morbidité et le taux de mortalité. Il y encore le taux de complications et les différentes raisons qu'ont les patients de retarder leur sortie d'hôpital.

Déroulement de l'étude	Ils ont commencé par définir les critères des personnes (patient allant subir une iléostomie = abouchement de l'intestin grêle à la paroi abdominale). Ensuite, Ils ont expliqués comment ils ont procédé (2 groupes de travail), quelles étaient les variables analysées et avec quel instrument elles allaient être analysées. On ne sait juste pas de quelle manière les patients ont été sélectionnés et si les chercheurs ont pris les mesures appropriées afin de préserver les droits du patient.
Résultats Traitement des données	<p>Il y a eu 2 phases. La 1ère avec les patients de janvier 2006 à aout 2008, (120 opérés dont 69 hommes et 51 femmes). La 2ème de Septembre 2008 à Aout 2010, (120 opérés dont 62 hommes et 58 femmes).</p> <p>Statistiquement il n'y a eu aucune différence significative. entre l'âge et le sexe des 2 groupes. Ils étaient équitablement partagés quant au grade de l'anesthésie (ASA). Pour le groupe pré-ERP, 81,7% ont nécessité une intervention chirurgicale pour le cancer et 18,3% ont subi une intervention chirurgicale bénigne du cancer mais ces différences étaient non significatives.</p> <p>Par contre, on constate une différence significative avec le type de chirurgie. Par laparoscopie chez le groupe Pré-ERP on constate 32,5% contre 67,5% par laparoscopie ouverte assistée. Chez le groupe ERP, on constate 65% pour la laparoscopie contre 35% pour la laparoscopie ouverte assistée.</p> <p>Quant au taux de morbidité, il a été jugé insignifiant car pour le groupe pré-ERP il était de 35% et celui ERP était de 30%. Pas de différence également pour la mortalité, 1,7% pour les pré-ERP et 0,8% pour les ERP.</p> <p>Concernant la durée du séjour, il était de 14 jours pour les pré-ERP avec une marge de 7 à 25 jours d'hospitalisations. Pour les ERP, il est de 8 jours !!</p> <p>Pour les sorties repoussées dues à des complications, la différence est nettement visible. Pour les pré-ERP, 17,5% des patients devaient repousser leur date de sortie alors que chez les ERP, 0,8% des patients ont du rester plus longtemps à l'hôpital.</p>

	Le taux de réadmission pour le pré-et post-ERP était de 2,5% et 0% respectivement et aucunes réadmissions n'étaient en lien avec des questions liées à la stomie.
Présentation des résultats	Tous les résultats sont présentés et analysés sous forme de tableau. Toutes les données sont claires et très explicites.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Ils tiennent compte de ce que le gouvernement britannique demande, des différentes études sur lesquelles ils se sont basés. Même cette étude a (à) confirmé une autre étude comme quoi la durée du séjour hospitalier était souvent citée comme mesure du succès d'un programme de rétablissement amélioré.
	Il est dit que ces découvertes permettront de discuter de la réduction des sorties d'hôpital retardées en raison de la gestion des stomies qui vont probablement être la cause de l'introduction d'enseignement de la stomie en préopératoire.
	La limitation de cette étude est que les chercheurs ne peuvent pas expliquer certains facteurs confondants comme ils n'avaient pas assez de patients pour exécuter une analyse multi variée. D'autres éléments confondants sont la tranche d'âge et la thérapie néo adjuvante. Premièrement, il y avait un âge plus élevé chez les patients du groupe pré-ERP. De ce fait, ils savent qu'une personne âgée peut prendre plus de temps à assimiler les informations indépendamment de la gestion de sa colostomie comme des personnes d'une tranche d'âge plus jeune. Deuxièmement, les patients ayant subi une chimiothérapie néo adjuvante ou radiothérapie n'ont pas été enregistré(e)s dans cette étude.
Perspectives futures	Les chercheurs ont établis que dans cette étude, le nombre de patients éprouvant un retard de la décharge en raison de l'auto-soin, peut être réduit après l'introduction d'enseignement stoma préopératoire intensif.

Questions générales Présentation	L'article est relativement bien écrit et structuré.
Evaluation globale	<p>Le fait d'agir en préopératoire aide fortement le patient à raccourcir son séjour hospitalier et surtout l'aide à gagner confiance en soi ce qui a pour but d'améliorer ses compétences dans la gestion de sa stomie.</p> <p>« Le fait d'offrir cette éducation en préopératoire, réduira également la charge de travail des infirmières et en temps que soignant nous pourrons cibler davantage nos actions en fonction de l'évolution du patient. » ceci est sous entendu.</p>

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique
Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

▪ **Grille 4**

Références de l'article analysé :	
Millan, M., Tegido, M., Biondo, S. & Garcia-Granero, E. (2009). Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. <i>The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Colorectal Disease</i> , 12, 88-92.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	L'étude effectuée va prendre en considération l'éducation thérapeutique dans la période préopératoire ainsi que la prévisualisation du site de la stomie le tout fait par la stomathérapeute
Résumé	<p>L'introduction : les patients atteints d'un CA du colon et qui ont besoin de porter une stomie, vont devoir subir un marquage du futur emplacement de la stomie ainsi qu'un enseignement préopératoire apporté par une stomathérapeute.</p> <p>Le but : Cette étude examine les soins reçus par les patients stomisés dans ces unités espagnoles afin de pouvoir évaluer la qualité de ceux-ci et de faire les améliorations nécessaires.</p> <p>Méthode : Une étude prospective menée dans 12 unités espagnoles spécialisées dans la chirurgie du colon. Chaque patient a répondu à un questionnaire concernant leurs soins de stomie. Elle a également tenu compte des patients ayant eu recours à un stomathérapeute en postopératoire.</p> <p>Les résultats : Les patients ayant consulté un stomathérapeute en préopératoire ont présenté un taux</p>

	<p>significativement plus faible de complications et d'anxiété en postopératoire par rapport à ceux qui n'en n'ont pas reçu.</p> <p>Conclusion : l'étude a démontré l'importance de l'évaluation préopératoire par un stomathérapeute.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Le problème de recherche est justement d'examiner les soins reçus par les patients stomisés, d'évaluer les lacunes existantes et d'identifier les domaines où des améliorations seraient nécessaires.</p>
Recension des écrits	<p>Ils mettent bien en avant que lorsqu'on un CA du colon est déclaré et que l'on doit subir une stomie, ceci à un effet dévastateur sur le patient. Certains auteurs mettent en avant que la mise en place d'une consultation préopératoire donnée par une personne qualifiée diminue le taux de complications concernant la stomie et améliore la qualité de vie du patient. Par ailleurs, les organisations scientifiques telles que « American Society of colon and rectal », « The Wound Stomie Contience Nurse Society » et « Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland » recommandent fortement que les patients soient pris en consultation préopératoire afin d'avoir le marquage de l'emplacement de la stomie.</p> <p>Ils précisent également que de nombreux systèmes de santé doivent faire face à divers problèmes organisationnels comme le manque de personnel, et de ressources pour couvrir le besoin croissant des demandes en préopératoire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Leur orientation idéologique est de constater la satisfaction des patients au sujet de leurs soins d'en évaluer les possibles lacunes dans le but de les améliorer.</p>
Hypothèses	<p>Les hypothèses ne sont pas clairement reformulé mais on observe sur quelles bases les auteurs se penchent pour réaliser leur recherche</p>

	Il est évident qu'ils se basent sur des précédentes recherches.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative et descriptive.
Population et contexte	<p>Les critères d'inclusions sont : tout patient atteint d'un CA du colon ayant subi la pose d'une stomie au sein de l'établissement.</p> <p>Les critères d'exclusions : tout patient atteint d'une autre pathologie ou ayant effectué sa pose de stomie dans un autre établissement, les patients opérés du CA du colon mais sans la pose d'une stomie ont également été exclus.</p> <p>2 groupes sont détaillés : 1 : les patients ayant subi une chirurgie électorale ainsi qu'une visite préopératoire répondant aux besoins des patients ainsi que le marquage de l'emplacement de la future stomie.</p> <p>2 : les patients n'ayant pas bénéficié d'une visite préopératoire prévue ou urgente.</p> <p>La taille de l'échantillon est correcte. Cela s'est déroulé dans 8 unités, il y a eu 271 participants. Cela me paraît proportionnel quant au contexte de la recherche.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Une base de donnée prospective a été créée pour recenser tous les patients. Toutes les données ont été analysées à l'aide des statistiques « SPSS 13.0 ». Les variables qualitatives sont présentées sous forme de pourcentage. Des statistiques ont été réalisées en utilisant le test « Chi-Squared » ou « Fischer's exact test » pour les données catégorielles</p> <p>Il y a le type d'intervention, la stomie et le diagnostic. Pour finir, il y a encore 3 questions d'ordres qualitatifs qui sont : « Etes-vous inquiet au sujet de votre diagnostic ? », « Etes-vous inquiet au sujet de votre stomie ? » et « Etes-vous inquiet des conséquences pouvant survenir suite à votre chirurgie ? »</p>

Déroulement de l'étude	Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de Bellvitge de l'hôpital universitaire. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé.
Résultats Traitement des données	<p>Il y a eu 63% de colostomies et 37% d'iléostomie. Le diagnostic le plus fréquent était le CA du rectum 75%.</p> <p>76% des chirurgies étaient pratiquées de manière élective et 24% en urgence.</p> <p>45.6% des patients ont été vu en préopératoire (Groupe1) pour une chirurgie élective et 58,8% on eu le marquage de la stomie principalement pour les personnes atteintes du CA du rectum. Il est démontré que les patients ayant au préalable une consultation en préopératoire concernant l'emplacement de la stomie ont présenté moins de complications post-op !</p> <p>Après avoir répondu aux 3 questions demandées, 79% des patients sont acquéreurs de recevoir de plus amples informations concernant les matériels de stomie. Les patients ayant reçu l'emplacement du site de la stomie ainsi que l'éducation nécessaire en préopératoire a présenté nettement moins d'anxiété que chez les patients n'ayant pas bénéficié des soins préopératoires.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de Tableaux explicites.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les résultats tiennent compte des recherches antérieures sur le sujet. Ils disent qu'une prise en charge optimale en postopératoire commence lorsque le patient a une préparation préopératoire adéquate. Un patient ayant reçu un enseignement préopératoire sera un patient plus actif au niveau de ses soins postopératoires. Il a également été démontré que les patients et les membres de leur famille reçoivent des renseignements complets concernant la réadaptation de la vie autour de la stomie, présentent un taux inférieurs de préoccupations et d'anxiété par rapport à ceux qui n'en n'ont pas reçu.

	<p>Une étude récente menée par Wilson & Alexander fait ressortir que la qualité de vie du patient n'est pas seulement influencée par ses expériences mais également par ses attentes. D'où l'importance d'aider les patients à façonner des objectifs et des attentes réalistes qui peuvent être aussi important que l'optimisation d'une stratégie actuelle.</p> <p>L'éducation concernant la stomie s'est montrée plus efficace si effectuée avant l'opération en ce qui concerne l'anxiété, l'irritation de la peau, des problèmes des fuites. Le fait de la marquer en préopératoire, engendrerait moins de difficulté à s'adapter à la stomie.</p>
	Leur étude n'est pas très étendue, donc ils ne peuvent pas tirer de conclusions définitives.
	Du fait que l'échantillon est trop petit, les auteurs ne peuvent pas généraliser les résultats. Il serait nécessaire de faire d'autres études traitant du sujet.
Perspectives futures	<p>Encore aujourd'hui, le taux de patients recevant un enseignement et un marquage préopératoire est très faible. Ceci suggère que de nouvelles stratégies sont nécessaires afin d'améliorer le taux de visite préopératoire concernant l'éducation de la stomie ou l'implantation de celle-ci. Ceci permettra au patient de pouvoir prendre part activement à ses soins personnels.</p>
Questions générales Présentation	De manière globale l'article est structuré. Il pourrait être légèrement plus affiné dans certains points en particulier la partie des résultats. Une plus grande précision aurait été bienvenue concernant les 2 groupes, mêmes si on devine ce que les auteurs ont voulu transmettre.
Evaluation globale	<p>Ils insistent sur le fait d'avoir du personnel formé pour faire face à ce type de situation. Il est important pour nous, personnel infirmier, de se tenir à jours avec ces nouvelles méthodes en constante évolution. Si l'information est claire pour nous, elle le sera aussi pour le patient. Ne pas hésiter à faire appel aux infirmières spécialisées pour informer le patient ou pour simplement rafraichir notre mémoire.</p>

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique
Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

▪ **Grille 5**

Références de l'article analysé: Koinberg, I., Langius-Eklöf, A., Holmberg, L. & Fridlund, B. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: a prospective and comparative study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 10, 273-282.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	L'article va traiter de l'utilité d'un programme d'éducation pluridisciplinaire suite à une chirurgie du sein (CA).
Résumé	L'objectif de l'étude était de comparer et d'évaluer un programme éducatif multidisciplinaire avec un suivi traditionnel des visites chez un médecin après une chirurgie du cancer du sein en termes de bien-être, d'aspects des autosoins et de la capacité d'adaptation 1 an après le diagnostic.
Introduction Enoncé du problème	<p>Le CA du sein est le CA le plus courant en Suède et autre pays industrialisé. L'utilité des consultations traditionnelles chez le médecin après la chirurgie fait débat depuis plusieurs années chez les médecins. Les objectifs des suivis traditionnels sont: la détection précoce de la rechute; la surveillance des effets secondaires du traitement, la fourniture d'aide psychologique et la collecte de données pour la recherche et à des fins d'assurance qualité.</p> <p>D'autres méthodes alternatives ont été testées tels que des suivis téléphoniques, une infirmière de suivi ou à la demande de suivi fait par le patient. Les résultats n'ont pas démontré une différence significative.</p> <p>Une preuve supplémentaire est nécessaire pour conclure si d'autres suivis peuvent remplacer les routines. Les</p>

	patients atteints d'un cancer du sein ont exprimé la nécessité d'avoir des programmes de soutien, d'auto-éducation, d'avoir des informations concernant les soins et l'enseignement clinique sur les symptômes et comment y faire face. L'éducation du patient, un soutien psychologique et l'acquisition d'information sont des composantes les plus importantes des services de santé et des soins infirmiers. Les Interventions de groupe, structurés sous la forme d'un programme pluridisciplinaire d'éducation, pourraient être un moyen d'améliorer le bien-être, de soutenir les femmes et de promouvoir les ressources individuelles après une chirurgie du cancer du sein.
Recension des écrits	Les auteurs font part des différents écrits concernant le sujet.
Cadre théorique ou conceptuel	Vérifier l'utilité du programme thérapeutique, voir également la capacité d'adaptation post-chirurgie (1an), viser le bien-être et les autosoins.
Hypothèses	Les hypothèses sont passablement bien explicitées dans le résumé.
	Les auteurs exposent d'autres résultats afin d'élaborer leur article.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude prospective et comparative non randomisée
Population et contexte	Cette étude a été réalisée en Suède. 96 femmes diagnostiquées récemment ont été intégrées dans l'étude. Elles avaient soit un CA std I ou II. Elles devaient être psychologiquement équilibrées et parler la langue pour être admises. Deux hôpitaux ont participé à l'étude. Le 1er hôpital, était le groupe d'intervention soit le « MP »

	<p>programme de formation multidisciplinaire et le 2ème hôpital était celui de contrôle soit le « PP » le programme traditionnel des médecins. Cette étude s'est déroulée entre janvier 2001 et décembre 2003.</p> <p>Les auteurs mentionnent que l'échantillon était trop petit pour pouvoir parler de généralisation des résultats.</p>
Collecte des données et mesures	<p>3 instruments :</p> <p>« The Functional Assessment of Cancer Therapy- General scale (FACT-G) » traite du bien-être physique, du bien-être fonctionnel, du bien-être social / familial et du bien-être émotionnel</p> <p>« The Self-Care Aspects questionnaire (SCA) » spécialement conçu pour cette étude. Il comporte des éléments sur la capacité d'adaptation, la participation à la prise de décision et des connaissances sur la maladie.</p> <p>« Sense of Coherence scale (SOC) » Il mesure la capacité globale à faire face à la maladie. Le sens de la cohérence est composé de la compréhension des événements de la vie (Sense of Comprehensibility), de celui de pouvoir les gérer (Sense of Manageability) et du sentiment qu'ils ont un sens (Sense of Meaningfulness).</p> <p>http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249</p> <p>Favoriser le bien-être de la patiente, la capacité d'autosoins.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les auteurs expliquent ce que sont les 2 programmes MP (basé sur des besoins exprimés lors de recherches antérieures axé sur un point de vue holistique et salutogénétique. Le MP a été dirigée par une infirmière spécialisée en oncologie, en collaboration avec un physiothérapeute, un travailleur social, un médecin et un membre du groupe de défense des patients locaux pour cancer du sein. Dans ce programme, chaque participante à quand même subi un contrôle mammographique comme il est recommandé.) .</p> <p>Le PP (basé principalement sur des soins cliniques. Un spécialiste en oncologie ou en chirurgie a examiné les patients deux fois par an au cours des 2 premières années après la chirurgie, suivie par des examens pour un maximum de 5 ans et d'une mammographie annuelle. Lors des visites de suivi, l'examen a porté sur l'histoire en</p>

	tenant compte des symptômes qui pourraient signaler une rechute loco régionale ou métastases à distance ainsi que qu'un examen clinique des seins, de la paroi thoracique et des ganglions lymphatiques régionaux. La Mammographie a été effectuée à des intervalles annuels.)
Résultats Traitement des données	<p>Caractéristiques des patients :</p> <p>L'âge moyen de l'échantillon était de 60 (SD ¼ 8) ans dans le groupe MP et 62 (SD ¼ 12) ans dans le groupe PP. Au départ les groupes avaient des caractéristiques similaires, sauf pour le type d'opération, avec les femmes en PP ayant plus de mastectomies que celles de MP (tableau 1).</p> <p>Le bien-être</p> <p>Au départ il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les groupes, sauf pour le bien-être physique. Les femmes du groupe MP avaient un bien-être physique pire que ceux en PP. Les femmes MP ont augmenté leur bien-être physique et fonctionnel au cours de la 1ère année de suivi. Les femmes en PP ont démontré un bien-être fonctionnel et une diminution du bien-être social au cours de la 1ère année de suivi (tableau 2).</p> <p>Les aspects d'autosoins :</p> <p>Pas de différences statistiquement significatives entre les groupes en ce qui concerne la capacité d'adaptation, la participation à la prise de décision et de connaissances sur la maladie au départ ou à 1 an de suivi (tableau 2).</p> <p>Sens de la cohérence (SOC)</p> <p>Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les MP et PP au départ ou lors de la 1ère</p>

	<p>année de suivi. Il y avait une différence statistiquement significative dans le groupe PP entre le début et la 1ère année de suivi. Ainsi, les femmes dans le groupe PP ont obtenu des notes inférieures SOC 1 an après le diagnostique.</p>
Présentation des résultats	<p>Des tableaux sont présents pour la lecture des résultats.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'étude démontre que le (MP) est comparable à un programme traditionnel donné par un médecin pour des femmes du CA du sein à faible risque de récurrence en terme de bien-être, des aspects concernant l'autosoin et la capacité d'adaptation. Au départ, les femmes dans MP ont évalué leur bien-être physique inférieur aux femmes du groupe PP. Cependant, les femmes du MP ont amélioré leur bien-être physique au niveau de celle de PP. Une explication possible est que la conception de l'étude non randomisée a donné une différence dans les scores de base pour le bien-être physique, et que l'utilisation plus fréquente de la mastectomie partielle en MP peut préparer le terrain dans le but d'une amélioration rapide du bien-être physique.</p> <p>Au départ, les femmes dans le groupe MP ont évalué leur bien-être social inférieur à celui des femmes PP. Toutefois, à 1an de suivi, les femmes dans la MP ont amélioré leur bien-être social au niveau de celui de la PP. Le bien-être émotionnel est resté stable. Des études montrent que les femmes atteintes d'un CA du sein ne s'inquiètent pas plus que des femmes sans CA. Mais des différences existent notamment chez les femmes plus jeunes souffrant de détresse psychologique au cours de la 1ère année post-diagnostic.</p> <p>La capacité d'adaptation, la participation à la prise de décision et de connaissances sur la maladie étaient similaires dans les deux groupes indiquant que les femmes à la fois (MP) et le PP ont reçu des informations satisfaisantes et du soutien et que leur prise de décision n'a pas été affectée par l'intervention.</p>

	<p>Les femmes dans le PP ont diminué leurs sentiments de SOC. Cependant, le changement n'est probablement pas de pertinence clinique, mais plutôt due à une petite fluctuation temporelle, une notion qui est soutenue par les fortes corrélations entre la valeur initiale et les 1 an de suivi dans les scores du SOC dans les deux groupes. Dans ce cas, il est possible que le programme éducatif multidisciplinaire aie permis aux femmes de mobiliser des ressources existantes, tandis que les femmes dans le PP n'ont pas l'expérience de ce processus de rattrapage.</p> <p>L'autonomisation par l'apprentissage rend le monde plus compréhensible et donne la possibilité d'y faire face; ainsi l'intervention a permis aux femmes de comprendre ce qui se passait chez elles. (Delbar et Benor, 2001). Néanmoins, SOC est assez stable au fil du temps et influencé par un certain nombre de composants différents, pas facilement touchés par une intervention éducative. Les personnes ayant des scores SOC élevés sont susceptibles de percevoir les facteurs de stress comme prévisibles et compréhensibles, avoir confiance dans leur capacité à surmonter ces facteurs et peuvent influencer leur réponse émotionnelle aux situations de stress. Il a également été montré qu'une forte SOC, évocatrice d'une bonne compréhension et de capacité à gérer la situation de vie en général, est associée à un bien-être supérieur. (Boman et al, 1999;. Forsberg et Björvell, 1996).</p> <p>L'information et le soutien sont ressentis comme les besoins les moins satisfaits après la fin du traitement du cancer du sein primaire (Raupach et Hiller, 2002). Des études ont montré que les programmes éducatifs et de soutien conduisent à un niveau élevé de satisfaction et améliorent les capacités d'adaptation, de communication et de relations (Roberts et al., 2002). D'autres études ont montré que les programmes d'enseignement ont le potentiel d'améliorer la qualité de vie des femmes qui ont subi une chirurgie du cancer du sein (Meyer et Mark, 1995;. Dow et al, 1996).</p>
--	--

	<p>Cela met en évidence la nécessité d'éduquer les femmes sur les objectifs, les attentes et les limites du suivi (Grunfeld et al. 1999). Il ya beaucoup de différents types d'interventions éducatives dont peuvent bénéficier les patients, mais il n'y a aucune preuve pour suggérer que seule une méthode est plus efficace qu'une autre.</p> <p>Les principales limites de l'étude sont : l'absence de randomisation et la petite taille des échantillons touchant l'applicabilité et la généralisation des résultats. Un calcul de la puissance supplémentaire a été effectué et a démontré que le MP (n ¼ 50) et PP (n ¼ 46) était suffisant pour renforcer la discussion qu'il n'existe pas de différence entre les groupes dans le bien-être et la capacité d'adaptation, telle que mesurée dans cette étude. Les deux hôpitaux ont les ressources nécessaires pour offrir un traitement primaire pour les femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce, donc, il n'y a pas de sélection en raison de références.</p>
Perspectives futures	L'expérience de ce programme éducatif multidisciplinaire pourrait être utilisée à l'avenir lors de l'élaboration sur le Web des programmes éducatifs. Il est également nécessaire de poursuivre les recherches en ce qui concerne le calendrier de l'intervention, c'est à dire à quel moment introduire des approches éducatives après l'opération, et le coût-avantage de ces interventions éducatives.
Questions générales Présentation	L'article, bien que suffisamment détaillé reste très critique envers lui-même.
Evaluation globale	Il est important de poursuivre les recherches sur l'éducation thérapeutique et savoir quand l'introduire. Mais il n'est pas fait mention de la pratique infirmière.

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

▪ Grille 6

Références de l'article analysé : Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S. & Spagnoli, C. (2008). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , vol.12. no 2, 253-258.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Il s'agit d'identifier les besoins éducatifs et préoccupations des patients nouvellement diagnostiqués avec le cancer du sein après la chirurgie.
Résumé	<p>Le but de cette étude était d'identifier les besoins éducatifs et les préoccupations des patients nouvellement diagnostiqués avec le cancer du sein après la chirurgie. Un entretien téléphonique avec les patients a été réalisé environ une semaine après la chirurgie du cancer du sein.</p> <p>Les résultats des études indiquent que la peur de la récurrence et de l'anxiété au sujet des traitements post-opératoires ont représenté plus de 65% des réponses à la question "Qu'est-ce que vous préoccupe le plus dans votre nouveau diagnostic?" Les limites Émotionnelles, sociales et physiques ont été identifiées comme les plus importantes dans le traitement avec un diagnostic de cancer du sein.</p> <p>En tant que spécialistes de la santé du sein, les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins pour les femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs familles en fournissant plus de services de soutien et d'informations post-traitement au cours de la formation initiale et de suivi téléphonique.</p>

Introduction Enoncé du problème	<p>Le cancer du sein est en constante évolution. Les femmes éprouvent des sentiments divers tel que la peur, le choc, la tristesse, l'incrédulité, ou d'autres troubles psychosociaux. Pour ces femmes, la détresse psychosociale interfère avec leur capacité à faire face au traitement du cancer et peuvent persister dans l'ensemble du continuum de la maladie, allant des sentiments de vulnérabilité, de tristesse et de peur à de plus graves problèmes, comme la dépression, l'anxiété, la panique, et le sentiment isolé en cas de crise spirituelle.</p> <p>La présente étude visait à évaluer les besoins et les préoccupations premières des patients nouvellement diagnostiqués avec le cancer du sein.</p>
Recension des écrits	<p>Plusieurs chercheurs se sont penchés sur « le sens des questions existentielles des femmes vivant avec un nouveau cancer du sein diagnostic », « Les expériences de la vie sociale, les différentes dimensions du soutien social, et les relation entre les deux. ». Des autres chercheurs ont eux aussi menés une étude « de 100 femmes asiatiques nouvellement diagnostiquées avec le cancer du sein et ont déterminé quels sont les besoins d'informations et les questions émotionnelles vécues depuis l'annonce du diagnostic à la chirurgie et concernant la suite de la thérapie. ». Preuve que ce phénomène a déjà été travaillé.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il s'agit d'une évaluation des besoins et préoccupations des patients récemment diagnostiqués avec un CA du sein. L'orientation de cette revue se montre par l'éducation, un soutien psychologique, de la prévention et de l'orientation pour les patients atteints d'un cancer du sein.</p>
Question de recherche	<p>L'objectif principal de la présente étude était d'identifier l'éducation et les besoins affectifs que les femmes rencontrent dans la période qui suit immédiatement le diagnostic et l'intervention chirurgicale.</p> <p>Ces études ont souligné les besoins éducatifs et de soutien pour les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein, bien que les résultats ont été principalement axé sur trois mois ou plus après la chirurgie.</p>

Méthodes Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive exploratoire. Ils ont utilisé la méthode de « l'interview par téléphone » afin de recueillir leurs données. L'étude s'est déroulée entre novembre 2004 et janvier 2006.
Population et contexte	Sur les 225 patients participant à l'enquête, 199 personnes ont participé à l'entretien et 26 n'étaient plus disposées à participer mettant en cause un manque de temps et/ou d'intérêt. Ceci représente le 20% de la population annuelle des 4 hôpitaux participants.
Collecte des données et mesures	Ils ont invité les patients à une entrevue téléphonique afin de cerner leurs besoins et préoccupations liés au CA du sein.
	Le cancer du sein induit une chirurgie mutilante pouvant provoquer de graves problèmes psychologiques. Ceci se voit au travers des objectifs de l'étude qui souhaite identifier ses différents problèmes. Le fait que cela se fasse de manière téléphonique fait suite au suivi postopératoire alors que le patient est retourné à domicile.
Déroulement de l'étude	Les patients ont donnés leur(s) consentement(s) afin de répondre à cette étude.
Rigueur	Ils ont bien expliqué leur manière de procéder. De plus, tout le déroulement de cette étude a été suivi par un coordinateur spécial. Les questions que les chercheurs posaient aux patients sont dans le cadre du cancer du sein. Mais ces questions sont tout à fait transférables pour l'ensemble des cancers.
Résultats Traitement des données	Une fois toutes les interviews terminées, le principal investigateur de l'enquête ainsi que ses collègues ont lu tous les résultats afin de pouvoir les catégoriser selon les thèmes ressortant des réponses des participants. Les catégories finales ont été centrées sur notamment les phrases dites par les patients, les incidents spécifiques et

	les types de comportement. Toutes les réponses ont été saisies dans un fichier Excel ®.
Présentation des résultats	<p>Des tableaux présentent les résultats.</p> <p>Les réponses à la première question, «Qu'est-ce que vous concerne le plus au sujet de votre nouveau diagnostic? » La majorité des patients (90%) ont identifié la peur et / ou de l'anxiété que leur préoccupation majeure dans la période postopératoire immédiate.</p> <p>Plus précisément, les répondants ont indiqué une peur de la récurrence (39%) de la maladie ou des métastases.</p> <p>L'Anxiété, telle qu'elle est exprimée par les participants est liée aux traitements postopératoires (31%) ou à long terme des patients (20%). Les patients ont signalé une inquiétude associée aux types de traitement. EX : Un patient dit: «Je crains de perdre ma force et de perdre mes cheveux. La chimiothérapie me fait plus peur que le cancer ».</p> <p>Les patients ont exprimé l'inquiétude au sujet d'un avenir incertain. « Nous avons obtenu le rapport de pathologie, mais la peur de l'inconnu est ma plus grande la peur. »</p> <p>Concernant la 2ème question → Cf.tab 3</p> <p>La plupart des patients ont répondu qu'ils n'avaient pas besoin d'informations complémentaires. La majorité de ces patients avaient déjà reçus des spécialistes de la santé du sein ou les navigateurs des matériaux spéciaux.</p> <p>Plusieurs patients ont dit être satisfaits au sujet du manuel « Breast Health Patient Education Manuel ». Celui-ci a été distribué dans le système hospitalier à tous les patients diagnostiqués avec un cancer du sein (voir la figure 1 pour la table des matières).</p>

	<p>3ème question :</p> <p>« Quel est l'aspect que vous considérez comme le plus important dans le diagnostic du traitement de votre cancer du sein, par exemple : social, physique, émotionnel, spirituel? » 40% des participants ont identifié une combinaison de ces aspects étant le plus important pour eux alors que 22% estimaient que l'aspect émotionnel de faire face à leur diagnostic était le plus important. L'aspect social du cancer du sein était important de 16% des patients, à 14% pour le physique et 8% concernant le spirituel.</p> <p>62% des patients ne nécessitent aucune action à entreprendre. Cependant, quand un participant a identifié un besoin ou exprimé une préoccupation, une information appropriée a été fournie. L'information a été donnée par téléphone au moment de l'entrevue; ou dans certains cas, envoyée par la poste comme par exemples: des informations sur le transport, l'exercice, le lymphœdème, des groupes de soutien, la mastectomie, les ressources, et les programmes américains Société du cancer.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les données de la présente étude sont similaires à la littérature existante, qui décrit l'importance d'une information adéquate et des ressources pour les femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein.</p> <p>Les préoccupations liées au diagnostic découvertes lors de cette étude soulignent que les femmes se sentent incertaines en ce qui concerne le diagnostic du cancer et l'importance de l'éducation précoce met l'accent sur une combinaison de soutien social, émotionnel, physique et spirituel, qui devrait être considérée par les fournisseurs de soins de santé.</p> <p>Concernant, la question de l'entrevue sur les préoccupations des patients liées au diagnostic, 38% des répondants ont déclaré craindre une récurrence, puis les patients ont exprimé l'anxiété au sujet du traitement opératoire et post-opératoire (31%) et ce que l'avenir leur réserve (20%). Il est tout aussi important d'offrir une approche holistique du patient gardant en mémoire que chaque soin est fait de manière de individualisé.</p>

Perspectives	La recherche interventionnelle est nécessaire afin d'examiner si les appels téléphoniques séquentiels et systématiques peuvent avoir un impact au niveau psychologique et émotionnel sur le diagnostic du cancer du sein. En utilisant un échantillon de taille semblable qui inclurait les minorités et les femmes en pré ménopause, la réalisation d'une étude pilote visant à évaluer la fiabilité inter-évaluateur peut fournir des informations sur l'effet de l'utilisation de l'intervention par téléphone dans les différents groupes.
Questions générales Présentation	L'article met clairement en avant l'importance d'évaluer les besoins de ces patients afin de diminuer toutes craintes et anxiétés.
Evaluation globale	Les résultats de l'étude suggèrent qu'une visite initiale suivie d'appels téléphoniques de suivi avec des questions spécifiques peuvent être un outil efficace pour évaluer le caractère multidimensionnel des besoins des patients atteints d'un cancer du sein. L'étude démontre que la qualité des soins pour les femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs familles peuvent être améliorées en fournissant plus de services de soutien et de post-traitement de l'information au cours de la première séance d'éducation et le suivi d'appel.

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

▪ Grille 7

Références de l'article analysé : Husson, O., Mols, F. & van de Poll-Franse, L.V. (2010). The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. <i>Annals of Oncology</i> , 22, 761-772.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Il s'agit de voir l'impact de l'information sur la qualité de vie l'anxiété et la dépression
Résumé	Toutes les parties du résumé sont explicites et présentes.
Introduction Enoncé du problème	Le rôle de l'information sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression chez le patient.
Recension des écrits	L'objectif est de fournir des informations pour préparer les patients pour leur traitement, pour augmenter l'adhérence à la thérapie, accroître leurs capacités à faire face à la maladie et favoriser la reprise [1]. Cependant, les résultats d'une revue systématique montrent que 6-93% des patients atteints de cancer signalent que l'apport d'informations est un besoin non satisfait tout au long de leur cancer [2]. Souvent, les patients signalent trouver des obstacles à recevoir les informations nécessaires [3]. Apporter de l'information est un véritable besoin pour les patients. Ceci est un facteur important pour leur confort. La carence d'informations adaptées pourrait également affecter la santé et la qualité de vie augmentant l'anxiété ainsi que les risques de dépression. Les

	<p>survivants du cancer doivent faire face à des problèmes d'adaptation et d'évaluation de leur qualité de vie qui pourrait contribuer à améliorer leur suivi [9]. Les survivants du cancer ont des niveaux élevés de détresse psychologique, une gamme de sentiments et d'émotions que les gens développent en réaction à un cancer, y compris la dépression et l'anxiété, avec un impact important sur la qualité de vie.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il s'agit de la qualité de vie (physique, affective, sociale et cognitive), anxiété, dépression.</p>
Question de recherche	<p>Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une meilleure information : 1- besoins remplis, 2- réduire les obstacles pour y accéder, 3- augmenter la qualité de l'information est lié à des niveaux de satisfaction plus élevés des survivants au cancer. L'information qui peut influencer sur la qualité de vie porte en particulier sur la santé mentale, l'anxiété et la dépression. Le but de notre étude était de fournir un aperçu complet de la littérature sur l'impact de l'information sur les niveaux de la qualité de vie, l'anxiété et la dépression des survivants du cancer.</p> <p>Les auteurs se basent sur d'anciennes théories pour débiter la construction de leurs articles</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>Ils se sont penchés sur les moteurs de recherches PUBMED et psychINFO. Il s'agit d'une revue de littérature systématique. Les listes de référence de toutes les publications identifiées ont été vérifiées pour récupérer d'autres publications pertinentes, qui n'ont pas été identifiées au moyen d'une recherche informatisée. Les revues choisies sont celles qui mettent en lien la qualité de vie avec l'anxiété, la dépression. Au total 25 articles ont été trouvés.</p>
Population et contexte	<p>Ce sont des patients ayant subi divers cancers. Les auteurs ont réalisé cette revue de littérature systématique sur la base d'anciennes recherches.</p> <p>Rien n'est dit concernant la saturation des données.</p>

Collecte des données et mesures	Il est question de différents questionnaires avec différentes mesures des résultats pour évaluer la QVLS, l'anxiété et la dépression. Toutes les études utilisent différents instruments pour mesurer un ou plusieurs aspects de l'apport d'informations.
	Ils se sont basés sur des précédentes recherches pour pouvoir établir le lien de l'information-QV.
Déroulement de l'étude	Nous pouvons supposer que les droits des patients ont été respectés lors des premiers articles réalisés. Comme il s'agit, d'une revue systématique de littérature, les auteurs n'ont pas recours à des patients. Ils se sont basés sur les résultats de recherches antérieures.
Rigueur	Les chercheurs ont suffisamment développée le déroulement de toute l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables. De plus, ils ne révèlent aucuns conflits d'intérêts.
Résultats Traitement des données	<p>Caractéristiques de l'étude :</p> <p>Au total, 25 études ont été incluses, toutes publiées entre Avril 1996 et Décembre 2009. Différents questionnaires avec différentes mesures des résultats pour évaluer la qualité de vie, l'anxiété et la dépression ont été utilisés. Des études prospectives d'intervention transversale, d'observation ont été incluses. Les principales conclusions se trouvent dans les résumées du tableau 2.</p> <p>La santé liée à la qualité de vie :</p> <p>Quinze études, 5 prospective et 10 en coupe transversale, ont examiné la relation entre les informations fournies et de la qualité de vie[12 à 14, 16-20, 26-29, 34-36]. Trois études prospectives ont trouvé une association positive entre la satisfaction de l'information et la qualité de vie [12, 27, 35]. Une étude suédoise de 36 patients atteints d'une tumeur carcinoïde a montré une relation positive entre la satisfaction des informations données par les médecins, la fonction émotionnelle et la qualité de vie globale. [12]. Dans une étude parmi 82 patients atteints de</p>

	<p>cancer tête et cou, la satisfaction de l'information avant le traitement était un facteur prédictif de meilleurs scores mentaux environ 6-8 mois après la fin du traitement mais pas au niveau physique.</p> <p>La troisième étude parmi 211 patients chinois atteints de carcinome du nasopharynx on a constaté que la satisfaction due aux renseignements médicaux fournis un mois après la fin de la radiothérapie a été liée à une meilleure qualité de vie 4 mois plus tard [35].</p> <p>Deux autres études prospectives ont eu lieu, axées sur la clarté et la qualité de l'information fournie ainsi que la nécessité de l'information. Des patients atteints du cancer du sein ont rapporté qu'ils avaient eu de mauvaises informations d'où un score bas 4 mois après le diagnostic. Globalement, les études prospectives ont montré que les patients satisfaits sont ceux qui ont déclaré recevoir des niveaux clairs et élevés de l'information. Ce sont eux qui ont rapporté une meilleure qualité de vie mentale et globale. Des associations positives entre l'apport d'informations et récupération physique n'ont pas été prouvées.</p> <p>Cinq des six études transversales ont trouvé une relation positive entre la satisfaction de l'information et la qualité de vie [13, 17-20, 28]. Deux études chez les survivants du cancer du sein ont trouvé une forte association positive entre la satisfaction des informations de traitement et de la survie, de la santé mentale et la vitalité [20, 28]. Une étude britannique parmi 102 cancers du sein et 112 de la prostate, (patients atteints de cancer) a conclu que compte tenu des caractéristiques démographiques et de la maladie, la satisfaction des informations a expliqué 21% de la variance dans la qualité de vie globale, 12% en bien-être physique, 13% en bien-être social, 8% en bien-être émotionnel, et 10 % en fonction du bien-être. Une étude française sur des patients atteints de cancer avec différents diagnostics a montré que des scores plus élevés pour la qualité de vie mondiaux sont liés à une plus grande satisfaction de tous les aspects de soins, y compris l'apport d'informations [17].</p> <p>Quatre autres études transversales axées sur la clarté et la qualité de l'information fournie, ont aussi prouvé la</p>
--	--

nécessité de l'information [14, 16, 29, 34]. Le résultat le plus faible au niveau physique et émotionnel a été significativement associée à une mauvaise qualité de l'information [16, 29]. Des patients atteints de cancer du sein ont déclaré avoir des difficultés à accéder à l'information nécessaire ou avaient davantage besoins d'informations. Ces patients ont connu des périodes très rudes du point de vue émotionnels, fonctionnels du bien-être social, physique, cognitif. [14, 34].

Anxiété et dépression :

Cinq études, trois prospective et deux en coupe transversale, centrée sur l'anxiété et la dépression par rapport à [12, 25, 27, 33, 36] l'apport d'informations. Une étude de 82 patients atteints de cancer tête et cou ont trouvé satisfaction à l'égard des informations avant le traitement, ils ont reconnu facteur prédictif de la dépression mais pas de l'anxiété, 6-8 mois après la fin du traitement [27]. Toutefois, une étude de 36 patients atteints de tumeurs carcinoïdes a constaté une relation négative entre l'apport d'informations de la part des médecins, l'anxiété et la dépression dans les premiers temps(T1-T3) [12]. D'autres patientes atteintes de cancer du sein qui ont évalué leur niveau d'information au départ plus élevé, étaient moins déprimés après 3 et 6 mois [36]. Les études avec une conception prospective ont montré que la satisfaction de l'information reçue et les besoins d'information ont été indépendamment associés à moins d'anxiété et de dépression.

Une étude parmi les CA du sein, la prostate, du col utérin et du cancer du larynx ont montré que les patients qui n'étaient pas satisfaits des informations reçues étaient beaucoup plus susceptibles d'être déprimés et étaient légèrement plus susceptibles d'être inquiet [25].

Interventions :

Une étude suédoise, de 210 patients atteints de cancers consécutifs ont été randomisés pour l'une des trois conditions d'information avant le début de la radiothérapie curative [23]. Comparés aux patients recevant des informations standard ou des brochures supplémentaires, les patients ayant reçu en plus des informations standard, répétées en groupe et individuelles, étaient significativement plus satisfaits. Cependant, on n'a pas constaté de différences en ce qui concerne l'anxiété, la dépression, la détresse subjective et la qualité de vie.

Une étude néerlandaise a étudié les effets de l'interactivité du CD-ROM du cancer du sein, par rapport à la norme d'informations par voie orale comme une aide à la décision pour les 180 patients atteints de cancer du sein avec un choix entre traitement conservateur du sein et la mastectomie [30]. Un effet positif global du visionnage du CD-ROM

a été constaté. Les patientes semblaient satisfaites des informations reçues, spécifiques à leur cancer. Des analyses ultérieures ont révélé que de 3 et 9 mois plus tard, les patientes utilisant le CDROM se portaient en meilleure santé générale que les patientes témoins. En outre, 9 mois plus tard, celles qui avaient accès au CDROM revenaient en une meilleure forme physique, avec moins de douleur et des symptômes sur les bras. Trois études ont testé l'efficacité d'une consultation sur bande sonore sur la qualité de vie des patients atteints de cancer ne montrant aucun effet principal de l'intervention sur la qualité de vie ou de l'humeur [21, 22, 31].

Il y a aussi une étude grecque sur 145 patients atteints de cancer qui ont été randomisés pour recevoir une brochure sur la chimiothérapie ou non. Ceux qui ont reçu le livret ont été plus satisfaits grâce à l'information que le groupe de contrôle. Ils se sentaient mieux, plus éclairés. Ils ont perçu les informations reçues comme étant plus claires et plus détaillées [24]. Cependant, aucun avantage significatif sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie s'est produite. Une autre étude a été menée, sur des patients randomisés à recevoir des informations orales

	<p>seulement, ou par voie orale et écrite décrivant la maladie et sa chirurgie associée a des résultats [15]. Il n'y avait pas de différence significative dans la qualité de vie au départ, pendant la période postopératoire et environ 3 mois après la chirurgie.</p> <p>Dans un essai randomisé par groupe, aucun effet statistiquement significatif d'un point de vue d'information et de soutien sur les niveaux d'anxiété ou d'insatisfaction n'a été observé [32]. Toutefois, 52% des centres dans le groupe expérimental n'ont pas mis en œuvre les PIS conformément au protocole. La même étude a mis en évidence qu'une plus grande probabilité de l'insatisfaction a été associée à la présence d'anxiété et / ou de dépression.</p>
Présentation des résultats	Tous les résultats sont présentés sous forme de tableaux avec des commentaires.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les cinq études observationnelles prospectives ont trouvé une relation positive entre l'apport des informations appropriées et la santé liée à la QV. En revanche on constate une relation négative entre l'apport d'informations appropriées, la dépression et l'anxiété. Cependant, ils ont également trouvé une association positive entre l'apport d'informations appropriées et la santé physique sur la qualité de vie. Une seule des huit études d'intervention a trouvé un effet positif de l'information sur la qualité de vie. Les études prospectives observationnelles ont trouvé une forte relation positive entre l'apport d'informations adéquates et la santé mentale mais pas la santé physique. Une meilleure compréhension de la situation d'un patient après l'apport d'informations ou de la réception de l'information visant à apprendre à composer avec le cancer ou de réduire la détresse pourrait être responsable de la santé mentale de meilleure qualité et des niveaux inférieurs de l'anxiété et la dépression [35].</p>

	L'apport d'informations appropriées conduit à une amélioration de la santé, de la compétence, un meilleur sentiment de contrôle sur le cancer et une meilleure gestion des symptômes [14, 20].
	Des recherches doivent encore être davantage détaillées. Les chercheurs espèrent aboutir à plus de recherches mettant l'accent sur les bonnes interventions d'apport d'information qui sont en mesure d'améliorer la qualité de vie et de diminuer le stress psychologique.
	L'article ne mentionne aucunes limites.
Perspectives	<p>Les chercheurs concluent que les médecins devraient fournir aux patients les informations afin d'optimiser leur satisfaction.</p> <p>Les patients ayant des besoins d'information remplis subissent moins d'obstacles à la compréhension de l'information. Suite à leurs découvertes, il est indiqué que davantage d'attention doit être accordée à l'apport d'informations plus centrée sur le patient. Il est également important de tenir compte des différences des patients concernant leurs besoins d'information</p>
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et est bien structuré. Bonne présentation.
Evaluation globale	L'étude fournit des résultats qui peuvent être applicable dans la pratique infirmière comme par exemple, avoir une approche centrée et individualisée du patient.

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

▪ **Grille 8**

Références de l'article analysé : Marbach, T.J. & Griffie, J. (2011). Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans (Planification de la phase post-traitement oncologique), Education, and Support Services. <i>Oncology Nursing Forum</i> , vol.38. n°3, 335-342.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Le titre nous fait comprendre que recherche porte sur les préférences des patients sur la manière d'offrir un plan de soins, sur la manière d'apporter des informations éducatives et sur un plan de soins de survie
Résumé	Chaque partie est décrite brièvement. La conclusion précise l'importance d'offrir une l'information éducative individualisée de chaque survivant, un plan de traitement initial, un, soutien affectif et une planification de la phase post-ttt oncologique. Les infirmières en oncologie doivent évaluer les besoins uniques des survivants du cancer et intervenir en conséquence.
Introduction Enoncé du problème	Le phénomène étudié est : les d'expériences personnelles des patients ayant reçu un traitement pour le cancer.
Recension des écrits	Le taux de survie à cinq ans (1999-2005) de 68% montre une tendance à la hausse significative par rapport à 50% en 1975-1977 (ACS, 2010). Plus de 25 besoins éprouvés par les survivants, tels que la fatigue, la peur de la récurrence, et les perturbations sommeil, ont été identifiées. Le diagnostic du cancer et les besoins de traitements

	ont un impact conséquent sur la qualité de vie du patient car son quotidien va se compliquer. La prestation des soins individualisés aux patients et aux soignants, la communication des attentes claires de plans de traitement, fournir un soutien et d'éducation, sont les objectifs des membres de l'équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire qui s'occupent de patients atteints d'un cancer. Le développement de l'information éducative devrait être sensible aux préférences et aux besoins perçus des survivants. Créer les outils et fournir l'information aux moments les plus appropriés ce sont des éléments qui ont été peu étudié d'un point de vue du patient.
Cadre théorique ou conceptuel	Il s'agit des expériences personnelles des patients ayant reçu un traitement pour le CA.
Question de recherche	Les questions de recherches ne sont pas clairement mentionnées mais les auteurs cherchent à comprendre l'expérience et les besoins des patients ayant survécu un cancer par rapport aux traitements et au plans de soins de survie.
	Cette étude part du constat, que peu de recherches sont parties des besoins et ressentis du patient concernant la délivrance des différents plans de soins et traitements. Les chercheurs se sont d'avantages centrés sur les besoins des patients cancéreux afin de leurs offrir un soutien des plus concret.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive exploratoire. Des groupes de discussion ont été menés pour étudier les expériences des survivants et la compréhension de leurs besoins au niveau des plans de traitement initial, l'information éducative, des plans de soins de survie et les services de soutien tout au long de leur parcours contre le cancer. L'étude a été réalisée dans un grand centre médical universitaire de la région du Midwest des États-Unis, où environ 4.000 patients ont été diagnostiqués et traités en 2009. Le centre offre des soins sur une grande variété de diagnostics de cancer chaque année, dont ceux du sein, du poumon, colorectal, de la prostate,

	le sarcome, et d'autres maladies néoplasiques.
Population et contexte	<p>Les participants ont été recrutés pour former 4 groupes spécifiques. Les compositions des groupes ont été fondées sur les diagnostics suivants : (a) de la prostate, génito-urinaire, et la peau; (b) du sein et gynécologique; (c) gastro-intestinal, sarcome, de la tête et du cou; du pancréas (d) du cerveau et du poumon. Les groupes ont été choisis en tenant compte des effets secondaires communs des traitements et du pronostic. 6 à 12 participants ont été nécessaires pour chaque groupe. Les noms des 200 patients traités de 2007 à 2008 ont été établis à partir d'une séquence de temps de diagnostic de la liste des patients qui avaient terminé la chirurgie, la radiothérapie, et / ou une chimiothérapie pour un des types de maladies prédéterminées. Environ 60 personnes ont accepté de participer à des groupes, mais seulement 40 ont pu y assister (voir tableau 1). Parmi les quatre groupes, il y avait 13 hommes et 27 femmes.</p> <p>Les données de saturation ont été atteintes lors de l'analyse des transcriptions des groupes de discussion. Ceci, a été déterminé par des répétitions de catégories et de thèmes récurrents jusqu'à ce qu'aucunes nouvelles informations ne soient ressorties.</p>
Collecte des données et mesures	Nous savons que les données ont été enregistrées et retranscrites de manière précise. L'observateur présent sur le terrain à lui aussi pris des notes. Les transcriptions étaient bien lues et examinées en détail par les chercheurs. Les analyses qualitatives des transcriptions des groupes de discussion ont été menées en utilisant une analyse thématique, dans laquelle les modèles ont été reconnus dans les données qui ont formé les catégories d'analyse. Les chercheurs en sciences infirmières ont cherché à identifier des motifs récurrents de commentaires des survivants, à éclairer le sens derrière les transcriptions et enfin, à comprendre des thèmes interconnectés dans les données.

	<p>Il s'agit d'une analyse qualitative qui pousse à percevoir ce que le patient vit au cours de son CA. Dans le but d'analyser ses données, il faut des personnes qualifiées pour déceler ce qui se cache derrière le vécu du patient. Dans ce genre d'étude, nous ne pouvons pas avoir une grille préconçue en lien avec les réponses du patient. Celles-ci sont propres et individuelles à chaque expérience de vie du patient.</p>
Déroulement de l'étude	Chaque participant a signé un protocole d'acceptation à la participation de l'étude.
Rigueur	<p>Les chercheurs ont clairement expliqué comment ils ont procédé pour faire ressortir les 4 objectifs de leur étude. La manière dont ils l'ont décrite permettrait de transférer les conclusions dans une autre recherche.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Concernant l'information éducative :</p> <p>Les patients ont clairement l'utilité de la brochure d'éducation. Elle leur est essentielle pour avoir une meilleure compréhension de leur maladie ainsi que du ttt à suivre. A un certain moment, les patients ont même signalé être dans l'incapacité de poser des questions parce qu'ils étaient dépassés par les événements. Justement, le dépliant a permis de fournir l'information en tant voulu aux patients. Qui plus est, il leur a permis de planifier et s'organiser dans la suite des événements. Un autre point positif est que l'information pouvait être lue au rythme du patient mais également par sa famille qui à son tour pouvait l'aider à lui offrir le soutien dont il avait besoin. Les participants ont clairement mis en avant qu'ils avaient besoins d'informations tout au long des phases de la maladie. Un point essentiel qui est ressorti, est que le patient a besoin de méditer l'information qu'il vient de recevoir afin de pouvoir bien la comprendre et justement la brochure le leur permet. Deux thématiques ressortent. Il s'agit de la « confusion » et de la « colère ». La confusion est en lien avec l'information concernant les ttt, les rôles du personnel médical, la façon de communiquer avec eux, les ES des ttt et « vers qui me tourner pour poser des questions concernant ma maladie, lorsque que je n'ai pas de réponses ? ». La colère des</p>

patients s'explique par cette phrase : « J'aimerais juste avoir un bon glossaire ! ». La brochure permet au patient de vivre le processus d'intégration progressivement, à son rythme. Si le patient peut comprendre l'information, il pourra s'exprimer avec précision et être mieux compris. Il lui sera plus aisé de faire face à d'autres questions, comme celles concernant son avenir...

Concernant le plan de traitement :

Les thèmes de la colère et de la confusion étaient ceux qui ressortaient le plus. La peur se rajoutait à ces 2 émotions en lien avec le développement et la communication du projet de soin. La difficulté dans la définition et la compréhension des plans individuels de soins ont été identifiés comme une source de confusion et de colère. D'autres émotions négatives mettaient des barrières à la communication d'équipe. Les participants ont décrit des stratégies pour faire face à ces domaines mais ils étaient les premiers convaincus de l'élaboration d'un document officiel leurs décrivant leurs soins. La confusion est le thème qui définit le début du ttt. Les patients ont vu beaucoup de médecins depuis le début de leurs consultations. Les participants ont relevé avoir de la difficulté à aller de l'avant avec confiance si le consensus entre les médecins n'était pas bon. Par contre, le vocabulaire utilisé par les soignants a joué un rôle positif dans la compréhension du patient. Les patients qui se sont inscrits dans un essai clinique ont rapporté avoir une solide confiance dans la connaissance de leur plan de traitement. Le coordonnateur de l'étude a fourni des détails complexes et nommé des outils pour aider le patient et sa famille à comprendre les étapes et les délais nécessaires à son traitement. Les participants ont souhaité un guide avec des échéanciers afin d'éviter la confusion. Il en ressort également que les patients préfèrent recevoir le plan de ttt initial par le médecin car la relation de confiance entre eux et le personnel infirmier n'est pas encore développée.

Concernant la planification de la phase post-ttt en oncologie :

On a demandé aux patients s'il leur était nécessaire d'avoir un plan de soins de survie. Tous les participants auraient aimés recevoir un plan clair et concis des soins à faire suite à l'hospitalisation. Certains patients ont estimés avoir reçu un enseignement adéquat verbalement concernant les effets secondaires à long terme des traitements mais auraient préféré avoir plus d'informations concernant le suivi et les différentes surveillances à faire. Les participants ont estimé qu'il était important d'avoir un plan de soins de survie parce qu'ils auraient aimé être en mesure de surveiller la santé des membres de leur famille. De nombreux participants ont également estimé que le plan de soins de survie serait utile, car il pourrait être remis à un nouveau médecin en cas de besoin à l'avenir, lui permettant d'offrir une prise en charge adéquate.

Les participants ont partagé leur désir d'un plan de soins de survie qui prend en compte les émotions et la détresse psychologique qu'ils ont vécu post-traitement.

Un des domaines sur le plan de soins de survie que les survivants auraient aimé décrire est celui de la surveillance des effets tardifs du traitement. Il serait utile de les rappeler pour surveiller les effets secondaires inhabituels ou anormaux.

Les patients ont également mis en évidence que la façon d'expliquer le plan de soins est important. Les participants ont estimé qu'avoir la documentation sur papier serait mieux. Cette documentation devrait être donnée de la main à la main sans être obligé de retourner au centre du CA. Certains ont pensé qu'il aurait été bien de leur fournir lors de la dernière séance de RX par exemple, les participants ont insisté sur la nécessité de recevoir les informations par écrit accompagnées d'une explication verbale et individuelle. Les participants ont signalé la confiance dans le personnel infirmier pour fournir et livrer le plan de survie de soins.

Support des patients :

La dernière catégorie est la nécessité d'un soutien continu du patient pendant et après le traitement. De nombreux participants ont déclaré qu'ils avaient établi des relations merveilleuses avec les membres de l'équipe de soins mais que des services de soutien plus émotionnels, spirituels et autres auraient été bénéfiques. Les patients sont contents que le ttt soit terminé. Par contre, ils sont préoccupés au sujet de leur famille, leurs amis et souhaiterait plus d'aide de leurs part.

Les participants qui ont vécu de nombreux changements dans l'image du corps ont estimé que leur soutien affectif a fait défaut. Ils avaient besoin d'un soutien continu de l'équipe de soins de santé, de leur famille et amis afin de combler leurs besoins affectifs.

Les participants, en particulier dans le groupe de discussion du cancer du sein, ont exprimé un besoin de soutien spirituel principalement dans le ttt actif et le suivi des soins. Bien que les aumôniers dans le centre de cancérologie rendent visite régulièrement à des patients subissant une chimiothérapie et la radiothérapie, les participants ont estimé qu'un soutien supplémentaire du clergé serait utile. Ils ont exprimé un besoin pour plus de soutien parce que leur diagnostic engendre la notion de mourir des suites de leur maladie. Ils ont exprimé le désir de l'ajout d'un groupe spirituel pour discuter des questions qui sont rencontrées par les survivants du cancer, tels que la foi, la prière et la spiritualité.

Les Services de soutien supplémentaires, telles que la thérapie de massage, la méditation, le yoga, aromathérapie, acupuncture, et des classes d'exercices ont été identifiés comme souhaitables par les participants. Bien qu'ils n'aient pas profité de tous les services de soutien disponibles, ils ont trouvé qu'il est important de les connaître. Les participants ont exprimé le désir des groupes de soutien supplémentaires et de mentorat pour chaque type de cancer afin qu'ils puissent contacter quelqu'un ayant connu un traitement

	similaire.
Présentation des résultats	Les tableaux montrent certains résultats représentatifs des réponses aux questionnaires.
Discussion	Les résultats ont à chaque fois tenu compte du manque d'informations ressenti par le patient au sein de l'étude.
Intégration de la théorie et des concepts	Les auteurs mentionnent que l'échantillon était trop petit pour pouvoir généraliser les résultats
	Oui car l'échantillon était de petite taille. De plus le groupe a été confronté à des patients recevant une transplantation de moelle osseuse qui ont besoin d'être abordés différemment. L'étude devrait être menée à plus large échelle.
Perspectives	<p>L'information obtenue à partir de l'étude actuelle est une valeur inestimable pour le développement des futurs programmes.</p> <p>L'utilisation de la recherche est un point de départ essentiel pour le centre de cancérologie, destiné à aller de l'avant dans le développement continu du programme de survie au cancer. Il est important de prendre le temps d'écouter les patients pour obtenir des informations dans l'élaboration de programmes individuels.</p> <p>Les patients s'attendent à des plans écrits personnalisés et des plans de traitement de survie.</p> <p>Les plans de traitement, ainsi que des outils pédagogiques, aident dans la lutte contre la colère et la confusion, aussi bien les patients que les membres de leur famille.</p> <p>Les infirmières jouent un rôle primordial dans le développement, la livraison et la clarification des plans de soins, ainsi que d'autres membres d'équipes multidisciplinaires. Les patients s'attendent à implication du personnel infirmier.</p>

Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et peut se prêter à une analyse minutieuse.
Evaluation globale	<p>Les infirmières en oncologie jouent un rôle essentiel dans le développement de la mise en œuvre et l'efficacité du programme de survie, ainsi que dans l'éducation du patient liée au plan de traitement. L'infirmière en oncologie coordonne l'ensemble des disciplines de soins dans le but de veiller à ce que les patients bénéficient du soutien dont ils ont besoin afin de répondre aux différentes questions ou préoccupations concernant sa maladie.</p> <p>Comme en témoignent les résultats des quatre groupes de discussion, l'infirmière en oncologie joue un rôle essentiel dans la coordination des soins de survie. Leurs rôles sont les suivants : 1) Fournir de l'information aux patients, 2) Développer et réaliser des plans de traitement et de soins de survie, 3) Proposer d'autres services de soutien. Reconnaissant que ces normes sont essentielles pour les résultats des patients. Les patients mesurent leur prise en charge par une première étape cruciale. De hauts niveaux d'éducation et de soins de survie ne peuvent pas être ignorés dans un milieu de soins contre le cancer.</p>

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

▪ Grille 9

Références de l'article analysé : Beaver, K., Wilson, C., Procter, D., Sheridan, J., Towers, G., Heath, J., Susnerwala, S. & Luker, K. (2010). Colorectal cancer follow-up: Patient satisfaction and amenability to telephone after care. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 15, 23-30.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Le titre permet de saisir le problème de recherche. Cela concerne le suivi de la personne suite au cancer du colon. L'article va analyser le degré de satisfaction et la susceptibilité du patient contacté par téléphone. Les auteurs vont voir également voir si ces patients étaient prêts à suivre un suivi téléphonique.
Résumé	Il s'agit d'explorer la satisfaction des patients sur les différents aspects des prestations de soins post traitement du cancer du colon et d'explorer des pistes de stratégies alternatives pour le suivi des soins.
Introduction Enoncé du problème	Il s'agit de partir du point de vue du patient afin de pouvoir mettre en place des nouvelles stratégies plus centrées sur la satisfaction des patients concernant différents aspects des prestations de soins.
Recension des écrits	Près de 35000 personnes sont atteintes du cancer colorectal en Angleterre, c'est à dire plus de 85% des personnes de plus de 60 ans. Ce cancer est toujours traité soit par chirurgie, RX et/ou chimio. Bon nombre de personnes disent ne pas recevoir assez d'informations sur le problème des soins. Il est donc important d'explorer plus avant la pertinence du type d'informations fourni, pour les patients atteints du cancer colorectal

	et d'identifier les préférences des patients et les prestations de soins lors du suivi post-ttt.
Cadre théorique ou conceptuel	Il s'agit de constater si ces patients ont rapporté un niveau sup. et inf. de satisfaction avec les soins qu'ils ont reçu.
Question de recherche	<p>Cette étude vise à explorer la satisfaction des patients sur les différents aspects de la prestation de services de suivi après le traitement pour du cancer colorectal. Les chercheurs se sont intéressés à savoir si les patients ont rapporté des niveaux supérieurs ou inférieurs de satisfaction avec la prestation des soins et des services selon qu'ils ont vu un médecin ou une infirmière spécialiste lors des visites à l'hôpital. Ils se sont aussi pencher à explorer si les patients atteints du cancer colorectal étaient prêts à accepter un suivi téléphonique dans leurs soins futurs.</p> <p>Leur étude s'est élaborée en partant de recherches antérieures.</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude exploratoire.</p> <p>Les méthodes de collectes de données correspondent au type de devis. Ils ont recueilli leurs données grâce un questionnaire auto-complété par les patients. Il s'agit d'un questionnaire déjà utilisé lors d'une précédente étude sur le CA du poumon. Les points comprennent les données démographiques et les ttt en liens avec l'échelle de Likert comprenant 5 items.</p> <p>L'organisation des soins (5 questions plus 6 items de l'échelle)</p> <p>Information et conseils (10 items de l'échelle)</p> <p>Expérience personnelle des soins (11 items de l'échelle)</p> <p>Satisfaction à l'égard de l'information (5 items de l'échelle)</p> <p>Satisfaction des Care (9 items de l'échelle)</p>

	<p>Avis sur l'efficacité des infirmières spécialistes colorectal (7 questions).</p> <p>Des questions concernant l'acceptabilité de l'entretien téléphonique a également été posé. Cette question a été suivie de 3 autres questions ouvertes portants sur les aspects positifs et non, du suivi. Le temps n'est pas défini dans l'article.</p>
Population et contexte	<p>La population interrogée avait plus de 18 ans et tous avaient subi une résection. Ils retournaient dans les hôpitaux où ils avaient eu leurs ttt et avaient en tout cas 10 minutes de temps de parole soit avec une infirmière ou un médecin. Certaines fois ils avaient droit à environ 20-30 minutes. Ils y avaient dans l'étude 4 infirmières spécialisées dans les soins colorectaux. Environ 297 personnes ont participé à l'enquête. Elles ont reçu le questionnaire par la poste.</p> <p>Les chercheurs ne mentionnent pas de saturation des données</p>
Collecte des données et mesures	<p>Il s'agit d'un questionnaire qui a été envoyé par poste et les répondants les ont retournés après y avoir répondu. Ils ont utilisé l'échelle de Likert pour les besoins de leur enquête.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Tous les participants ont été assurés que leur identité ne serait pas révélée et que le personnel clinique à leur service, n'aurait pas accès aux réponses individuelles. Des numéros d'identification, plutôt que les noms, ont été inclus sur les questionnaires qui une fois remplis, ont été renvoyés vers une adresse à l'université plutôt qu'à l'emplacement de la clinique.</p>
Rigueur	<p>Ils ont utilisé le logiciel SPSS version 15 pour l'analyse des données. D'autres données ont été analysé avec l'aide du test de Mann-Whitney U et le test « Chi-Squared ».</p>
Résultats Traitement	<p>Sur les 297 personnes qui ont répondu à l'enquête, il y a plus de 187 répondants. La marge d'erreur est de 7% donc très faible. La moyenne d'âge est de 73 ans. Elle est légèrement supérieure à la moyenne nationale</p>

des données	<p>estimée pour ceux du premier diagnostic de cancer colorectal (National Health Service, 2010). Une proportion légèrement plus élevée de l'échantillon étaient de sexe masculin (56%), ce qui est légèrement plus représentatif étant donné que le cancer colorectal touche autant les hommes que les femmes. La majorité des patients (78%) ont eu recours à la chirurgie seule, qui est aussi le traitement le plus courant reçus par les patients colorectal à l'échelle nationale (National Health Service, 2010). La plupart n'ont pas subi de stomie (64%) et le nombre de patients recevant une radiothérapie et / ou la chimiothérapie a été relativement faible.</p> <p>La majorité des patients ont également signalé d'autres problèmes de santé en plus du cancer du colon. Il s'agissait de problèmes cardiovasculaires, respiratoires, gastro-intestinaux et des problèmes musculaires. Dans cet échantillon, 2 patients ont signalé souffrir d'insomnie et/ou de dépression mais les patients n'ont pas pu les définir comme des problèmes médicaux.</p> <p>Concernant l'organisation des soins :</p> <p>Tous les rendez-vous de suivi se sont fait au 6 mois (48%) ou 12 mois (42%). La satisfaction est relativement élevée en lien avec la fréquence des RDV. 92% ont estimé être à peine suffisants et 8% estimait que ces RDV étaient vraiment insuffisants La durée des RDV était relativement bon car 88% des participants estimait que le temps impartit était correcte. D'autres se plaignaient que les séances étaient trop courtes ou trop longues. Les patients ont dû préciser quels professionnels de la santé ils ont vu lors de leur séance. 50% ont vu un médecin, 29% ont indiqué avoir vu soit un médecin ou une infirmière praticienne et 17% ont indiqué voir une infirmière praticienne. Bien que la plupart des patients (52%) n'ont signalé aucune préférence quant au suivi, une autre partie non négligeable (39%) ont préféré voir le médecin alors que seulement 6% ont préféré voir l'infirmière praticienne. Les patients qui auraient préféré voir un médecin sont ceux qui n'en ont jamais vu auparavant.</p>
--------------------	--

(tableau 2).

Concernant les informations et conseils :

Les patients savaient vers qui se tourner lorsqu'ils avaient besoins d'informations. Bien que les patients aient indiqués qu'ils seraient à l'aise de communiquer avec un professionnel de la santé entre les rendez-vous.

D'autres patients ont déclaré qu'il serait à l'aise en contact d'une infirmière ou d'un médecin.

Les items liés à l'information et aux conseils ont été significativement associés avec le type de professionnel vu

Citation : «L'infirmière / médecin m'a dit que tout ce que je voulais savoir sur ma maladie»,

«le médecin / infirmière m'a donné des informations quand j'en avais besoin» et «le médecin / infirmière m'a donné des conseils pratiques sur la gestion de ma maladie et les symptômes» Pour ces items, des différences significatives ont été en grande partie attribuables à des proportions relativement élevé (12-15%). Les informations et conseils donnés par le médecin comparés à ceux de l'inf-praticienne, n'ont donné lieu à aucun mécontentement ni insatisfaction.

Concernant l'expérience personnelle dans les soins :

Les patients indiquaient que le médecin ne comprenait pas pourquoi, ils allaient encore consulter une infirmière.

Les patients voyaient les infirmières comme amies dans le sens qu'elles comprenaient leur situation.

La satisfaction à l'égard des informations :

Concernant ce point, les réponses étaient plus variées. (tableau 4). Les patients ont indiqué des niveaux élevés de satisfaction (très satisfaits / satisfaits) des informations relatives à la maladie (77%) et le traitement (77%).

Cependant, une baisse des niveaux de satisfaction a été signalée pour des informations relatives (à) au risque

génétique (53%), l'activité sexuelle (54%) et (des) les autosoins (56%). Seulement 8% ont déclaré qu'ils étaient «très satisfaits» de l'information liée à l'image du corps et de l'activité sexuelle, tandis que 16% ont déclaré qu'ils n'étaient pas du tout satisfaits de l'information liée au risque génétique, indiquant un certain besoin d'amélioration en termes de satisfaction.

La satisfaction avec les soins :

Concernant cet item, la satisfaction était +/- égale. (tableau 4). Toutefois, un niveau plus modéré de l'accord était évident pour l'item «la mesure dans laquelle votre famille a été considérée (62%) ». Les réponses à la question «le soutien apporté à propos de votre maladie» variaient considérablement selon le professionnel de la santé vu. 83% des patients voyant une infirmière se sont dit satisfaits, 71% de ceux qui ont vu un médecin ont été satisfaits. Ceux qui se disaient « assez satisfait » étaient des cas similaires. Il faut noter cependant que 11% des patients ont été insatisfaits de l'appui apporté par le médecin alors que tous semblaient satisfaits de l'aide apporté par l'infirmière praticienne.

Avis sur l'efficacité des infirmières spécialistes colorectal :

68% des patients avaient vu une infirmière spécialiste avant leur admission pour la chirurgie et 77% juste avant l'OP à l'hôpital. 50% des patients ont vu une infirmière spécialisée à leur sortie de l'hôpital. 51% des patients étaient très satisfaits de l'information et du soutien reçu par ces infirmières. Les réponses ouvertes montrent que les infirmières spécialisées ont été très appréciées en termes de disponibilité.

La connaissance d'une infirmière spécialisée disponible pour des conseils par téléphone, sur une base occasionnelle plutôt qu'un système formel de suivi, a été réconfortant et rassurant pour les patients.

L'acceptation du suivi téléphonique :

On a demandé aux patients s'ils étaient disposés à recevoir des soins de suivi par téléphone. 66% ont répondu que oui et 32% non. Grace au test « Chi-Squared », qui servait d'analyse pour toutes les données démographiques, le sexe des patients a relevé des données significatives. Parmi ceux qui sont prêts à recevoir un suivi téléphonique, 62% étaient de sexe masculin et 38% étaient de sexe féminin. Les chercheurs se sont penchés sur quels facteurs (peuvent) influenceraient la probabilité que les patients acceptent les RDV téléphonique. (tableau 5). Les cotes les plus élevées ont été détectées selon le sexe. Apparemment les hommes indiquent une volonté supérieure de suivi, comparé aux femmes.

L'organisation des soins a été également associée à un ratio plus élevé de cotes pour un suivi téléphonique. Par contre, la gestion des symptômes par téléphone s'est avérée plus faible. Cinq articles concernant la satisfaction des informations et des conseils ont été significativement associés à la volonté de recevoir un suivi téléphonique, à savoir «On m'a donné toutes les informations dont j'avais besoin au sujet de mon régime alimentaire», «je n'ai pas eu assez d'informations sur ma mobilité», «Le médecin / infirmière m'a donné des conseils pratiques sur la gestion de ma maladie et les symptômes », et« je me suis senti à l'aise en contact d'une infirmière spécialisée colorectal entre les rendez-vous».

La satisfaction à l'égard des informations relatives aux effets du traitement était également liée à l'acceptabilité d'un suivi téléphonique.

Les réponses aux questions ouvertes :

2 points de vue positifs et négatifs sur la prestation des services de suivi ont été exprimés. La plupart des points positifs ont été exprimés quant à la satisfaction générale en utilisant des expressions telles que «excellent» et

	<p>«très heureux». De la gratitude a souvent été exprimée aux chirurgiens, pour la réussite du traitement et après avoir survécu. L'attitude bienveillante des médecins et des infirmières a également été soulignée. La disponibilité d'une infirmière spécialisée par téléphone pour obtenir des conseils a été évaluée comme soutien physique.</p> <p>La majorité des commentaires négatifs sont liés aux besoins d'information non satisfaits, à des examens et des résultats peu fréquents et au retard des tests physiques. Certains patients ont exprimé leur insatisfaction avec les services communautaires et le manque de soutien, une fois qu'ils avaient quitté l'hôpital.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont tous démontrés dans des tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cette étude a révélé chez les patients, des taux élevés de satisfaction à des services de suivi en termes de : 1) organisation des soins 2) informations et conseils, 3) le contact avec les infirmières spécialistes du cancer colorectal fortes de l'expérience personnelle des soins. Ceci ce confirme avec de précédente recherche. La satisfaction à l'égard des services de soins infirmiers spécialisés a été constamment élevée, alors que certaines insatisfactions ont été exprimées par rapport à l'information sur les soins personnes ainsi que des conseils délivrés par les médecins. Cela indique la nécessité d'une certaine amélioration si la satisfaction optimale du service doit être atteinte et confirme la viabilité des services de suivis dirigés par des infirmières. En particulier lorsque que les patients rapportent peu d'informations sur les risques génétiques, l'activité sexuelle et la manière de faire des autosoins. Ce manque d'informations résulte peut-être d'un environnement trop occupé. Puis ils ne savent pas si les patients ont quand même eu l'occasion de discuter de ces besoins avec d'autres professionnels. Les patients auraient pu contacter une infirmière spécialisée ou le médecin généraliste pour</p>

	<p>discuter de ces questions mais cela n'a pas été exploré dans l'étude.</p> <p>La forte proportion de patients qui considéraient l'infirmière comme « un ami » peut suggérer que les relations entre les patients et les infirmières spécialisées sont caractérisées par des liens de confiance, et de continuité. Ces qualités sont essentielles en vue du suivi psychosocial afin de soutenir le patient dans les soins du cancer. Toutefois, il convient de noter que les nominations de plus longue durée ont été prévues avec l'infirmière spécialisée. Plus de temps disponible aurait permis de discuter des questions concernant les patients.</p> <p>Il existe des preuves pour suggérer que les patients accordent une signification différente des «très satisfaits» par rapport à «satisfaits».</p> <p>Dans la présente étude, la majorité des patients ont répondu «satisfait» pour la plupart des points, à certains niveaux relativement faibles de satisfaction pour certains éléments d'information, ce qui implique l'état sous-optimal de la réponse : «satisfait». Alors que la proportion élevée de patients satisfaits peut être le résultat d'un service compétent et performant, il peut également être attribué aux caractéristiques de l'échantillon. Il est souvent signalé que les répondants plus âgés et moins instruits offrent peu de critiques des services et des professionnels par rapport à d'autres groupes (Walsh et Walsh, 1999). La majorité des patients étaient également sans une stomie qui peut avoir amélioré leur qualité de vie, relation avec les soignants (Cotrim et Pereira, 2008) et le sens global de satisfaction.</p> <p>La majorité des patients étaient prêts à accepter une infirmière spécialisée pour un suivi téléphonique dans la suite de leurs soins, ce qui est compatible avec les autres études rapportées (Moore et al, 2002;. Beaver et al, 2009.). Cependant, cette étude diffère de la recherche précédente, dans sa capacité à identifier ceux qui veulent convaincre de l'acceptabilité d'un suivi téléphonique, y compris, une plus grande satisfaction à l'égard du temps donné par des professionnels, des conseils pratiques, de l'information diététique et de la facilité à</p>
--	---

	<p>prendre contact avec une infirmière colorectal entre les rendez-vous. Une autre constatation est que la confiance des patients en contact avec les infirmières colorectal entre les rendez-vous peut-être décisive dans leur volonté d'accepter le suivi téléphonique.</p> <p>L'acceptabilité par le patient du suivi téléphonique a également été associée à une moins grande satisfaction par rapport à la gestion des symptômes et le traitement, y compris les effets secondaires. Ces principales conclusions ont des implications pour la pratique clinique. Il est suggéré qu'un déficit en éléments essentiels des soins peut structurer une préférence des patients pour un suivi traditionnel d'où autres stratégies de suivi pourraient être envisagées.</p>
	Les chercheurs mesurent leurs degrés de satisfaction au manquement d'information au niveau de l'attirance sexuelle, des autosoins et des problèmes génétiques des patients cancéreux colorectal.
Perspectives	Il serait intéressant d'améliorer la transmission d'information relatif aux effets secondaires des traitements, ainsi que la gestion des symptômes de la maladie. Le cas échéant les patients se tourneraient vers un suivi traditionnel ou d'autres stratégies devront être envisagées.
Questions générales Présentation	L'articles est bien élaboré et permet une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	Le fait que des infirmières spécialisées procèdent au suivi téléphonique post-hospitalisation s'avère être une perspective d'avenir plausible. Les infirmières spécialistes colorectales sont très bien formées pour répondre aux besoins des patients. Cela pourrait représenter une stratégie intéressante pour des soins futurs.

NNA_CBA / 26.01.2011

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

▪ Grille 10

Références de l'article analysé : Mallinger, J.B., Griggs, J.J. & Shields, C.G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. <i>Patient Education and Counselling</i> , 57, 342-349.	
Aspects du rapport	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	Le titre de l'article permet de comprendre la recherche. Les soins centrés sur le patient et la satisfaction de l'information chez les survivants du cancer du sein
Résumé	Le but de cette étude est d'examiner la relation entre le patient et les soins centrés sur la satisfaction de l'information chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein. Nos résultats suggèrent que, d'une part les survivantes du cancer du sein sont très satisfaites de l'information liée au traitement, d'autre part elles le sont moins de l'information relative aux séquelles à long terme, d'un point de vue physique, psychologique et social de la maladie et ses traitements.
Introduction Enoncé du problème	Il s'agit d'examiner la relation des soins centrés sur le patient et la satisfaction à l'égard des informations chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein.
Recension des écrits	L'étude résume les connaissances existantes concernant le phénomène étudié.

Cadre théorique ou conceptuel	Satisfaction du patient, baisse du niveau d'anxiété, diminution des symptômes dépressifs
Question de recherche	<p>Etablir une association entre le style de communication et la satisfaction du patient peut donner un nouvel élan pour le développement des interventions éducatives. Celle-ci ont pour but d'aider les médecins à évaluer et répondre avec précision et efficacité aux besoins d'information des femmes ayant des antécédents de cancer du sein. On émet l'hypothèse que les femmes suivies par leur médecin directement (pour être davantage centrée sur le patient) seraient plus satisfaites des informations, quel que soit le type d'informations recherchée.</p> <p>La question de recherche découle de l'état des connaissances.</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	A mon avis et selon mes connaissances, il s'agit d'une étude qualitative simple. Les méthodes correspondent. Il s'agit de questionnaire envoyé aux patients. Et le temps passé sur le terrain me paraît adéquat.
Population et contexte	<p>Oui. Recrutements des femmes ayant terminé(r) leurs ttt 3 mois avant l'étude. Etude menée de novembre 2002 à janvier 2004. Au total 182 personnes ont participé à la recherche. (Ils ont) Les chercheurs ont décidé de recruter les patients dans un centre de cancérologie. L'intérêt des patients dans l'étude a été déterminé par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne qui suivait régulièrement le patient.</p> <p>Pas de mention concernant la saturation des données.</p>
Collecte des	Echelle de Likert, Primary care assessment survey (PCAS) → relation médecin-soigné, échelle de la

données et mesures	médical outcoms study (MOS) →santé mentale, Wilcoxon test → si différence entre l'information des ttt et celui du ttt de survie
	Tout se base sur des données déjà vécues et analysées.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est détaillé et les auteurs ont pris les mesures adéquates pour préserver le droit des participants.
Rigueur	La rigueur du déroulement est suffisamment détaillée. Chaque items ressortis a été analysé adéquatement pour pouvoir être transférer dans la pratique.
Résultats Traitement des données	<p>Satisfaction avec l'information : (Tableau 2)</p> <p>la satisfaction générale des patients par rapport aux informations était élevée. La plus élevée était celle de l'information au sujet de la chirurgie. Légèrement inférieure, la satisfaction de l'information relative au diagnostic et au traitement par le tamoxifène (ont été légèrement inférieurs). La satisfaction à l'égard des informations de survie était relativement plus faible. Un score élevé de satisfaction était pour les informations relatives à des soins de suivi et de surveillance. La différence entre les scores de satisfactions moyennes pour les informations sur les traitements et pour plus d'informations de survie, était hautement significative indiquant que les participants étaient plus satisfaits des renseignements sur le traitement que des suites de l'information de survie.</p> <p>Etude des déterminants psychosociaux et sociodémographiques de la satisfaction :</p> <p>La perception des styles de communication médecin-patient et la santé mentale étaient significativement corrélées avec la satisfaction à la fois un traitement et de l'information de survie. Les patients étaient plus satisfaits de l'information s'ils percevaient qu'ils y avaient une bonne relation médecin-patient. Ils sentaient</p>

	<p>que le médecin les prenait comme des personnes à part entière ayant une bonne santé mentale. (Tableau 3)</p> <p>L'état matrimonial et l'enseignement collégial ne sont pas significativement lié à la satisfaction de l'information. Race et statut d'emploi étaient significativement associés à la satisfaction des informations de survie ($p = 0,006$ et $p = 0,004$, respectivement) et ont été que marginalement associé avec satisfaction au traitement des informations. Les femmes au foyer étaient également plus satisfaites de l'information liée à la survie, le score moyen des femmes au chômage était de 3,8, comparativement à un score moyen de 3,4 pour les femmes qui avaient une activité professionnelle (tableau 4).</p> <p>Analyse multi variée :</p> <p>La première régression modélisée est la probabilité de satisfaction à l'information sur les traitements. Dans ce modèle, la capacité du médecin d'être centré sur le patient et son fonctionnement mentale ont été tous deux associés à la satisfaction de l'information Dans la deuxième régression linéaire, la modélisation de la satisfaction des informations de survie, une plus grande satisfaction a été de nouveau associée avec une plus grande approche centré sur le patient. (tableau 5 et 6).</p>
Présentation des résultats	Tous les résultats sont présentés à l'aide de tableau.
Discussion Intégration de la théorie et	Les survivants du cancer du sein sont généralement satisfaits de l'information relative au diagnostic et au traitement, mais ils le sont moins de l'information relative à l'impact psychologique de la maladie sur eux-mêmes, des membres de la famille ou encore de l'information liée à des effets secondaires à long terme du

des concepts	<p>traitement. Les résultats de cette étude confirment ces conclusions antérieures. L'importance de constamment réévaluer et réadapter les besoins d'informations des soins de suivi des patients est un défi permanent avec les survivants du cancer du sein. L'achèvement du traitement est marqué par une baisse soudaine de ce type de soutien, et les femmes qui ont terminé leur traitement ont moins de possibilités de s'informer auprès de leur médecin [49]. Le but principal de ces visites étant la détection de symptômes évocateurs d'une récurrence, les patients peuvent avoir peu ou pas de temps au cours de ces visites pour chercher des réponses à leurs questions, et les médecins peuvent ne pas explorer les besoins d'information des patients. Les données suggèrent que cette manière de faire persiste car les femmes qui avaient terminé le traitement il y a plus longtemps n'étaient pas plus susceptibles d'être satisfaites de l'information que les femmes qui venaient de terminer le traitement.</p> <p>Les informations relatives au diagnostic et au traitement peuvent être plus faciles à fournir pour les médecins que des informations relatives à la survie parce que le diagnostic et le traitement sont moins sujets à l'incertitude.</p> <p>Le deuxième objectif de notre étude était de déterminer si la communication médecin-patient est associée à la satisfaction des survivants du cancer du sein avec des informations. Les données appuient l'hypothèse des chercheurs, à savoir, ce que le patient perçoit de la communication centrée sur sa personne et associé à une satisfaction accrue de l'information. Le fait que les médecins cherchent à mieux connaître leurs patients fait ressortir les préoccupations des patients et permet d'y répondre tout en fournissant les informations qu'ils désirent. Cela pousse les médecins à aller au-delà des connaissances bio-médicales.</p> <p>Impossible de généraliser, de part les limites de cette étude, disent les auteurs.</p> <p>Les femmes étaient de race blanche et de statut socio-économique élevé, pas de données concernant le</p>
---------------------	--

	stade de la maladie. La conception transversale de cette étude nous empêche de faire des commentaires sur le sens de la causalité entre : centrée sur le patient et la satisfaction de la communication de l'information
Perspectives	Les interventions visant à augmenter les comportements axés sur le patient entre les médecins sont une méthode possible pour améliorer la satisfaction des patients à l'information. Des interventions ciblées visant à accroître la prise en charge de la "personne à part entière" par des approches de communication peuvent se révéler plus productif dans la communication médecin-patient. Des recherches supplémentaires sont nécessaires de manière prospective afin d'explorer l'effet de ces approches sur la satisfaction des survivantes du cancer du sein avec des informations.
Questions générales Présentation	L'article tout entier est bien structuré et analysé dans son ensemble pour se prêter à une analyse minutieuse. Il comporte toutes les parties que requiert un article.
Evaluation globale	Les résultats indiquent que les femmes qui survivent au cancer du sein ont le même nombre de besoins non satisfaits des femmes qui viennent de terminer un traitement actif. Ceci suggère que les médecins devraient hiérarchiser les informations d'évaluation des besoins ainsi que l'information donnée au cours de leurs consultations de suivi , même si ces patientes ont terminé leur traitement depuis des mois, voir des années. Il est particulièrement important pour les médecins de répondre aux questions que les femmes peuvent poser sur les planifications de post-ttt, car ces questions n'ont pas de réponses satisfaisantes pour nombre d'entre elles.

