

***L'expérience vécue et les stratégies d'adaptation mises  
en place par les patientes nouvellement diagnostiquées  
d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie :  
Une revue de littérature étoffée***

Travail de Bachelor

Par

**Geinoz Elodie**

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Madame Eliane Schenevey Perroulaz

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

## Résumé

**Buts :** Cette revue de littérature étoffée poursuit deux buts soit la compréhension de l'expérience des femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie et l'approfondissement des stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à cette situation.

**Méthode :** Dix recherches scientifiques dont une thèse de master ont été principalement sélectionnées à partir de la banque de données PubMed. L'ensemble de ces études sont en lien avec la question de recherche : « *Quelle est l'expérience et quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ?* ».

**Résultats :** Les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie décrivent cette période comme provoquant de l'incertitude et du stress. Elles définissent alors plusieurs stratégies d'adaptation dont : la gestion des émotions, la recherche d'informations, le soutien du réseau social, l'optimisme/pessimisme, le contrôle/maintien des routines et l'évitement/le divertissement.

**Conclusion :** Les femmes de l'échantillon ont davantage tendance à utiliser des stratégies d'adaptation axées sur les émotions. Elles reconnaissent également l'importance des stratégies d'adaptation axées sur l'action et la recherche de soutien social notamment par la gestion des informations reçues et données.

**Mots-clés :** cancer du sein, chirurgie, préopératoire, attente, expérience.

## **Remerciements**

J'aimerais remercier Madame Eliane Schenevey Perroulaz, directrice de mon bachelor thesis qui m'a soutenue tout au long de l'élaboration de ce travail. Je tiens également à la remercier pour ses précieux conseils, sa confiance et sa disponibilité.

Un tout grand merci va à Madame Nathalie Dafflon, pour le temps passé à la correction de ce travail. Je tiens également à remercier Madame Marie-Josée Brodard, infirmière en oncologie à l'Hôpital Fribourgeois, site de Riaz, pour m'avoir apporté son expertise professionnelle sur cette revue de littérature étoffée et pour m'avoir accordé du temps lors de notre échange.

Un merci tout particulier à mes camarades de classe et notamment à Marion Baudois, Noémie Bongard et Alexia Morand pour nos nombreux échanges et réflexions sur l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. Je tiens enfin à les remercier elles et ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>7</b>
2.1	Question de recherche.....	11
2.2	Buts/Objectifs poursuivis.....	12
2.3	Concepts en lien avec la question de recherche.....	12
2.3.1	<i>L'expérience humaine .....</i>	<i>12</i>
2.3.2	<i>La détresse psychologique.....</i>	<i>13</i>
2.3.3	<i>Le soutien social.....</i>	<i>13</i>
2.4	Cadre de référence .....	14
2.4.1	<i>Le modèle transactionnel du stress .....</i>	<i>14</i>
<b>3.</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>17</b>
3.1	Argumentation du devis.....	17
3.2	Critères d'inclusion.....	17
3.3	Critères d'exclusion .....	18
3.4	Résultats des stratégies de recherche .....	18
3.4.1	<i>Stratégie 1.....</i>	<i>19</i>
3.4.2	<i>Stratégie 2.....</i>	<i>19</i>
3.4.3	<i>Stratégie 3.....</i>	<i>20</i>
3.4.4	<i>Stratégie 4.....</i>	<i>21</i>
3.4.5	<i>Stratégie 5.....</i>	<i>22</i>
3.4.6	<i>Stratégie 6.....</i>	<i>22</i>
<b>4.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>23</b>
4.1	Qualité des résultats .....	23
4.2	Résultats.....	26
4.3	L'incertitude.....	26
4.4	Le stress en période préopératoire .....	28
4.5	Les stratégies utilisées pour gérer la période préopératoire.....	29
4.5.1	<i>Gestion des émotions.....</i>	<i>29</i>
4.5.2	<i>Le besoin d'informations.....</i>	<i>30</i>
4.5.3	<i>Le soutien du réseau social .....</i>	<i>31</i>
4.5.4	<i>Optimisme /pessimisme .....</i>	<i>33</i>
4.5.5	<i>Contrôle, maintien des routines .....</i>	<i>34</i>
4.5.6	<i>L'évitement, le divertissement .....</i>	<i>35</i>
<b>5.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>36</b>

5.1	Discussion des résultats .....	36
5.1.1	<i>Le stress perçu</i> .....	37
5.1.2	<i>Contrôle perçu</i> .....	37
5.1.3	<i>Stratégie d'adaptation centrée sur les émotions</i> .....	38
5.1.4	<i>Stratégie d'adaptation centrée sur l'action</i> .....	39
5.1.5	<i>La recherche de soutien social</i> .....	40
5.2	Réponse à la question de recherche .....	41
5.3	Perspectives pour la pratique infirmière .....	42
5.4	Recherches ultérieures .....	43
5.5	Limites de la revue de littérature .....	43
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>46</b>
7.1	Ouvrages .....	46
7.2	Polycopiés, rapports.....	47
7.3	Articles.....	47
7.4	Sites internet .....	49
	<b>Annexes</b> .....	<b>51</b>
	Annexe A : Déclaration d'authenticité .....	51
	Annexe B : Schéma Lazarus .....	52
	Annexe C : Schéma du stress, du coping et de l'adaptation .....	53
	Annexe D : Tri des recherches.....	54
	Annexe E : Tableau récapitulatif des résultats.....	55
	Annexes F : Grilles d'analyse des 10 recherches .....	60
	<i>Recherche 1</i> .....	60
	<i>Recherche 2</i> .....	68
	<i>Recherche 3</i> .....	74
	<i>Recherche 4</i> .....	84
	<i>Recherche 5</i> .....	92
	<i>Recherche 6</i> .....	99
	<i>Recherche 7</i> .....	107
	<i>Recherche 8</i> .....	116
	<i>Recherche 9</i> .....	122
	<i>Recherche 10</i> .....	133

# 1. Introduction

Aujourd'hui, le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes. En 2008, il a causé 458'000 décès dans le monde entier (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2011). Ce diagnostic est un événement majeur dans la vie d'une femme car il ébranle fortement sa vie en brisant la vision du futur (Buckman, 2001). Souvent, après le diagnostic, les médecins proposent plusieurs options de traitement dont la chirurgie avec une période d'attente plus ou moins longue. Ce travail traite de l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ainsi que des stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à cette période d'attente qui entraîne du stress.

Après avoir étayé la problématique, cette revue de littérature étoffée reprend dix recherches sur l'expérience et/ou les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie. Les principaux thèmes ressortis de l'analyse de chaque étude sont explicités puis les résultats sont ensuite mis en lien avec le modèle transactionnel du stress. Ces différentes étapes aboutissent à la réponse à la question de recherche afin de déterminer des pistes d'action pour la pratique et éventuellement proposer des idées de recherches ultérieures.

L'expérience et les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie est une problématique importante pour l'auteure. Par son expérience professionnelle et personnelle, elle a pu rencontrer différentes femmes extrêmement stressées par cette période d'attente et qui désiraient parfois une mastectomie radicale à toute autre intervention pour obtenir une certitude quant à l'ablation de la tumeur. Il est donc intéressant de s'intéresser de manière plus fine au vécu de cette attente qui suit le diagnostic et à la manière dont les femmes font face à cette période.

## 2. Problématique

La thématique du cancer et plus particulièrement du cancer du sein est un problème de santé mondiale, constamment en augmentation.

Selon l'OMS, le cancer aurait causée 7,6 millions de décès en 2008, soit l'équivalent de 13% de la mortalité mondiale. D'après les statistiques de l'OMS, le cancer devrait encore se propager ces prochaines années jusqu'à causer 11 millions de décès en 2030 (OMS, 2011). Sur le plan international, le cancer du sein en Suisse se présente en huitième position et possède donc une grande incidence (Meili, 2011).

Au niveau suisse, le cancer est également en constante augmentation depuis 1980 selon le Programme National contre le cancer et représente la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité (Meili, 2011). En 2007, cette maladie a été responsable de 30% des décès chez les hommes et de 23% chez les femmes. De manière plus spécifique, le cancer du sein représente environ 30% des cancers reconnus chez la femme (n=5'200) dont un peu moins de 20% causent des décès. C'est donc le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier auprès de la femme (Meili, 2011). Cependant, ces valeurs ne représentent pas de manière significative l'état actuel de la Suisse car certains cantons alémaniques n'ont débuté l'enregistrement des tumeurs qu'en 2010 ou 2011 mais déterminent une image globale de l'état actuel en Suisse (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2011). Au niveau du canton de Fribourg, 177 femmes ont été diagnostiquées pour un cancer du sein en 2009 tandis qu'aucun homme ne l'a été (Camey, Pury, Lorez & Lutz, 2010). Les femmes âgées de 60 à 69 ans étaient le plus touchées par ce cancer (ibid, 2010).

Pour toute personne, le diagnostic de cancer est une mauvaise nouvelle. Buckman (2001) définit ce terme comme « toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir » (p.13). D'un point de vue de la psycho-oncologie, Razavi & Delvaux (2002) associent le diagnostic de cancer à une sentence de mort et à une catastrophe. Les préoccupations sont principalement existentielles : pensées relatives à la mort, sentiment de vulnérabilité, détresse émotionnelle (ibid, 2002). La personne se remet en question également face à son environnement familial, social ou professionnel. C'est une crise individuelle et interpersonnelle qui dure environ 3 mois (Buckman, 2001). Selon Breitbart & Alici

(2009), le diagnostic, dans un premier temps, ébranle le patient et l'amène à ressentir des peurs face à la mort, à la dépendance, au défigurement ou au handicap, aux douleurs, à l'abandon ou encore aux perturbations dans son rôle social ou professionnel. Ainsi, le patient cancéreux utilise souvent le déni comme mécanisme de défense. La présence d'amis ou de la famille semble une aide favorable à l'assimilation du diagnostic. Dans un deuxième temps, un tumulte d'émotions avec des symptômes d'anxiété et de dépression, d'irritabilité, d'insomnie ou de diminution de la concentration caractérisent l'état psychologique du malade. Avec le temps, le patient sera capable d'utiliser des stratégies d'adaptation pour faire face au diagnostic et diminuer son stress. Ces différentes phases démontrent la déstabilisation de l'état psychologique du patient et son besoin de soutien pour pouvoir surmonter cette entrée dans la maladie (ibid, 2009).

Le vécu du patient dépend aussi du moment où le diagnostic est annoncé. Si la maladie est annoncée au moment où l'individu se trouve dans une crise existentielle, il y a un fort risque de déni ou d'évitement d'une des deux crises pour mieux supporter le présent. Au contraire, si l'individu est dans une phase de vie paisible, l'atteinte psychologique due au diagnostic sera facilitée par ses mécanismes d'adaptation. Il est donc possible de considérer la maladie cancéreuse comme une crise qui bouleverse la vie future de l'individu (Razavi & Delvaux, 2002).

Dans le but d'améliorer les conditions d'annonce, la France a alors mis en place un dispositif de communication de la maladie cancéreuse. Les recherches ont permis de définir des critères de qualité tels qu'un temps suffisant pour les consultations d'annonce, la disponibilité professionnelle et psychique pour écouter, expliquer et accompagner le malade, la proposition d'interlocuteurs complémentaires (infirmiers, médecin traitant, psychologue) pour mieux répondre aux besoins et attentes du patient, l'offre d'informations écrites ainsi que l'accueil dans un lieu calme et convivial. Le dispositif d'annonce requiert alors quatre moyens :

- Le temps médical est la première consultation qui permet d'annoncer le diagnostic et de proposer un plan thérapeutique sur consultation pluridisciplinaire. Ce premier entretien profitera au médecin pour transmettre les coordonnées des soignants et des associations. En fonction des besoins du patient, d'autres consultations seront prévues.



- Dès la première consultation d'annonce, le médecin traitant interviendra afin de compléter l'anamnèse du patient qui pourrait influencer les choix thérapeutiques.
- L'accompagnement soignant favorise l'écoute. Il permet également de répondre aux besoins du patient et de ses proches ainsi que la coordination du projet de soins avec le médecin traitant. Cet accompagnement peut être présent dès l'annonce du diagnostic ou selon les besoins du patient.
- L'accès à une équipe de soins doit être facilité et celle-ci doit être rencontrée au préalable pour anticiper la survenue de difficultés financières, familiales ou professionnelles engendrées par la maladie (Bettevy, Dufranc & Hofmann, 2006).

Ce dispositif d'annonce a recueilli des échos positifs tant du côté professionnel que du patient. En effet, il a été démontré que la concertation pluridisciplinaire, l'information, la disponibilité, l'écoute, le plan de soins, l'identification des personnes ressources et la visite du service permettent une diminution de l'anxiété chez le patient (Bettevy & al., 2006). Au niveau suisse, aucune recommandation n'existe quant à l'annonce du diagnostic. Cependant, une prise de conscience a été faite pour la qualité de cet entretien avec le patient. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] a, par exemple, instauré un module en formation continue intitulé : « Annonce de diagnostic de cancer et de mauvaises nouvelles » (CHUV, 2012).

Dès l'annonce du diagnostic, les patients sont sujets à ressentir des manques ou des insatisfactions quant à leurs besoins. Les besoins psycho-sociaux ont été le fruit d'un certain nombre de recherches. Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton & Cook (2000) ont déterminé cinq domaines différents : psychologique, le système de santé et d'information, la vie physique et quotidienne, les soins aux patients et le soutien et, la sexualité. Quelques années plus tard, Rainbird, Perkins & Sanson-Fisher (2005) ont déterminé sept domaines : évaluation psychique et émotionnelle des patients, social, information et communication médicale, symptômes, vie quotidienne, spirituel et les besoins financiers. Une autre étude a été menée en Suisse par Navarra (2005) pour Oncosuisse entre 2003 et 2004 où les patients ont exprimé les dix besoins les plus importants que les chercheurs ont regroupés en six domaines distincts:

- « Besoin de maintenir les contacts sociaux et d'avoir le soutien des proches et d'amis
- Besoin d'informations sur leur état de santé, sur le traitement et sur ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes pour leur bien-être
- Besoin du « self-care » : Avoir du temps pour soi et s'accorder de temps en temps quelque chose de bon
- Besoin d'encouragements à l'espoir et à l'optimisme
- Besoin d'un traitement des symptômes pénibles
- Besoins que les différents professionnels se consultent à propos du traitement » (2005, p.70).

Ces besoins psycho-sociaux spécifiques ont été reconnus dans la maladie cancéreuse définie comme chronique par Bachmann-Mettler & Eicher (2011). Elles expliquent : « les exigences et les besoins des patients ne sont pas les mêmes dans la gestion des maladies chroniques [...]. On incite trop peu les patients et leurs proches à exprimer leurs besoins, qui sont par conséquent trop peu pris en compte » (ibid, 2011, p.112).

Si malgré tout, ces besoins ne sont pas reconnus, ils peuvent amener le patient à ressentir du stress voire une détresse. La détresse liée au cancer est définie par des causes multifactorielles telles que psychologique (cognitive, comportementale et émotionnelle), sociale et/ou spirituelle. Cette détresse se caractérise par l'impossibilité de faire face de manière efficace à la maladie (National Comprehensive Cancer Network cité par Vitek, L., Quinn Rosenzweig, M., & Stollings, S., 2007).

La prise en compte systématique de ces besoins psycho-sociaux dans les soins permettrait alors aux patients d'obtenir des bénéfices psychologiques et physiologiques et d'éviter la détresse. Par exemple, Razavi & Delvaux (2008) décrivent que le soutien social permet une meilleure évaluation des facteurs de stress et ainsi permet d'enseigner aux patients de meilleures stratégies d'adaptation lors des différentes phases de la maladie cancéreuse. Le soutien social permet également aux soignants de favoriser l'adhésion des patients au traitement et aux recommandations médicales par des explications. Cet exemple décrit bien l'importance de la reconnaissance des besoins psycho-sociaux et l'influence de ceux-ci sur la qualité de la prise en charge infirmière.

Mais, l'infirmière en oncologie peut également être une ressource pour ces patients. Elle propose des conseils et un accompagnement à des personnes atteintes de cancer et ceci dans toutes les phases de la maladie (Soins en oncologie suisse, 1996). L'infirmière en oncologie peut également être amenée à proposer des programmes de prévention de la maladie cancéreuse. En outre, les fonctions de cette infirmière sont bien délimitées :

- « Soutenir et assumer des fonctions intérimaires dans le cadre des activités de la vie quotidienne
- Accompagnement en situation de crise et en phase terminale
- Coopération à la mise en œuvre des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques
- Coopération à des actions de prévention de maladies et d'accidents d'une part ainsi que de maintien et de promotion de la santé d'autre part. Participation à des programmes d'insertion et de réinsertion.
- Coopération à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi qu'au développement de la profession. Collaboration dans des projets de recherche dans le domaine de la santé » (Soins en oncologie suisse, 1996).

Bien qu'il existe des écrits qui démontrent que le cancer entraîne du stress, la période d'attente entre le diagnostic de cancer du sein et la chirurgie est encore très peu documentée. Toutefois, le réseau canadien du cancer du sein s'est fixé plusieurs objectifs dont la réduction des temps d'attente dans la prise en charge de cancer afin d'améliorer la qualité des soins et d'améliorer la survie de ces patientes (Réseau Canadien du Cancer du Sein [RCCS], 2008). Ils ont alors pu mettre en évidence une période de 4 semaines d'attente en moyenne avant la chirurgie. Alors que le Canada, à l'échelle nationale, n'a encore pas établi d'objectifs quant au temps d'attente entre le diagnostic du cancer du sein et la chirurgie, l'Ontario a défini de 0 à 12 semaines le temps d'attente, selon le stade du cancer (ibid, 2008). Ce temps d'attente peut être source de stress et difficile à gérer. C'est pourquoi l'auteure souhaite s'intéresser à cette problématique afin de mieux comprendre l'expérience de ces patientes et d'identifier les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour faire face à cette période d'attente.

## 2.1 Question de recherche

En regard de la problématique qui précède et en approfondissant la réflexion, la question de recherche suivante peut être formulée :

***Quelle est l'expérience et quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ?***

Cette question semble pertinente car le diagnostic de cancer du sein entraîne du stress. Cependant, peu de connaissances de la littérature ont été mises en évidence quant à la période d'attente entre le diagnostic et la chirurgie. Il est donc intéressant de comprendre comment les femmes vivent-elles cette période. Les stratégies d'adaptation

seront également à la source de la question de la recherche pour comprendre plus finement ce qui influence l'expérience des femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie.

## **2.2 Buts/Objectifs poursuivis**

Cette revue de littérature étoffée poursuit deux buts. Le premier est de comprendre l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie alors que le second but vise à mettre en évidence les stratégies d'adaptation utilisées par cette population pour faire face à cette période d'attente.

## **2.3 Concepts en lien avec la question de recherche**

Afin de mieux cerner la question de recherche, l'auteure précisera différents concepts tels que l'expérience humaine, la détresse psychologique et le soutien social.

### **2.3.1 L'expérience humaine**

L'humanisme a axé sa théorie sur l'expérience humaine que vivait l'individu. L'expérience humaine est alors définie comme « un phénomène mental et non un phénomène physique » (Tavris & Wade, 1999, p.244). Ainsi, seul l'individu vivant une expérience est capable de la définir. Tavris & Wade (1999) ont tout de même pu mettre en évidence plusieurs caractéristiques de l'expérience humaine : subjective, unique, inobservable, mentale, n'est accessible qu'à l'individu, directement accessible à l'individu dans le moment (p.245).

D'une approche plus philosophique, l'expérience est à la fois un comportement en tant qu'action et se réfère au vécu, et d'autre part elle est une activité mentale liée à la conscience (Collin, 2006). Ce même auteur définit alors plusieurs composantes de l'expérience :

- Elle est particulière à chaque individu
- Elle est interprétative car l'expérience est vécue en fonction des particularités de chacun
- Elle implique une transformation dans la vie de l'individu (ibid, 2006).

« L'expérience pourrait se définir comme une réaction de la personne face à un événement ou une situation dans laquelle elle est impliquée, et qui lui permet d'évoluer en découvrant un aspect nouveau de la réalité » (ibid, 2006). Elle ne peut alors être interprétée que par l'individu lui-même (ibid, 2006).

Il est donc intéressant de mentionner que l'approche humaniste a globalement une vision positive de l'être humain : « L'humain est fondamentalement bon et ... a une tendance innée à croître et à se réaliser » (Tavris & Wade, 1999, p.249).

### **2.3.2 La détresse psychologique**

Le National Comprehensive Cancer Network (1999, cité par Dauchy, 2010) définit la détresse psychologique comme :

une expérience émotionnelle désagréable qui influe sur la capacité à « faire face », de façon efficace, au cancer et à ses traitements, et qui s'inscrit dans un continuum allant de sentiments « normaux » de vulnérabilité, tristesse, craintes, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes, telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social ou la crise spirituelle ( p.60).

Dolbeaut & Dauchy (2007) expliquent que la détresse exprime le manque de stratégies pour faire face à l'annonce de la maladie et se traduit par une souffrance souvent peu exprimée (anxiété, troubles du sommeil-de l'appétit, douleurs, nausées,etc). Elles écrivent également que la détresse psychologique est souvent une étape nécessaire pour trouver des stratégies d'adaptation dans le but d'affronter la maladie. Cependant, il arrive que ce trouble devienne pathologique au fil du temps si aucune stratégie d'adaptation ne peut être mise en place.

Dans la pratique, les infirmiers devraient savoir dépister la détresse par des manifestations caractéristiques puis l'évaluer de manière plus précise afin de déterminer des actions pour aider cette personne. Il existe plusieurs échelles pour déterminer le niveau de détresse dont le « thermomètre de détresse psychologique » et la « liste de problèmes » (Dolbeault & Dauchy, 2007, p. 234).

### **2.3.3 Le soutien social**

Le soutien social est défini comme « l'ensemble des relations interpersonnelles d'un individu lui procurant un lien affectif positif (sympathie, amitié, amour), une aide pratique (instrumentale, financière) mais aussi des informations et évaluations relatives à la situation menaçante » (Bruchon-Schweitzer et al., 1994, p.34).

Le soutien social est un concept multidimensionnel :

- Le soutien émotionnel : Il consiste à l'expression d'affects positifs (confiance, amitié, amour, etc.) à l'égard de la personne et lui permet un sentiment de réassurance, de réconfort, bénéfique lors d'événements difficiles (diagnostic de cancer, décès, etc.).
- Le soutien instrumental : Il consiste à l'aide matérielle ou financière.
- Le soutien d'estime : Dans des périodes de doute ou de perte d'estime de soi, ce type de soutien permet de revaloriser la personne et de la rassurer face à ses compétences.
- Le soutien informatif : Il consiste à donner des conseils, des recommandations, des informations par exemple lors d'un cancer. Il peut être donné par des professionnels, des amis ou des proches de la famille (Lefebvre & al., 2011, pp. 56-57).

## **2.4 Cadre de référence**

Afin d'analyser de manière plus précise les résultats de cette revue de littérature étoffée, il semble pertinent de développer le modèle transactionnel du stress selon Lazarus et Folkman en tant que cadre de référence.

### **2.4.1 Le modèle transactionnel du stress**

Hans Selye (1956 cité par Quintard, 2001) est fréquemment décrit comme le fondateur des théories sur le stress. Il a en effet développé le Syndrome Général d'Adaptation qui est décrit comme une réponse unique, non spécifique de l'organisme et qui vise à rétablir l'homéostasie lorsque celui-ci est confronté à un événement stressant. Cette théorie comprend trois stades : une réaction d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. L'élément stressant peut être de nature physique, psychologique ou encore chimique.

Les recherches ayant évolué, le stress est actuellement décrit comme un processus multifactoriel dont plusieurs composantes existent : affectives, cognitives, sensorielles, viscérales, endocriniennes et comportementales (ibid, 2001).

Lazarus et Folkman ont ainsi développé l'approche transactionnelle du stress. Les stressseurs sont donc influencés par la perception de ceux-ci, les mécanismes de défense mis en place et les efforts conscients mis en place pour tenter d'y faire face (stratégies de coping) (ibid, 2001). Lazarus et Folkman (1984), cités par Quintard (2001), décrivent ainsi le stress comme « une transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant de ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Par des stratégies cognitives, émotionnelles ou comportementales (stratégies de coping), l'individu peut ainsi influencer la perception du stressseur. Celles-ci sont évaluées à la suite de deux étapes :

- L'évaluation primaire = stress perçu : Elle décrit l'évaluation que l'individu fait d'une situation et dont il la perçoit comme stressante. Il existe un stress lorsque l'individu évalue ses ressources insuffisantes pour faire face à la situation (Merkling, 2010). C'est une évaluation rapide et automatique qui décrit la dangerosité de la situation et la nuisance au bien-être physique et moral du sujet (Servant, 2012, p. 58).
- L'évaluation secondaire = contrôle perçu : Elle comprend l'évaluation secondaire de la situation lorsque l'individu évalue ses ressources pour faire face ou non à la situation (Quintard, 2001). Cette « évaluation cognitive est influencée par les buts et les croyances, variables d'une personne à l'autre mais aussi d'un moment à l'autre chez une même personne » (Servant, 2012, p.59).

Suite à ces deux évaluations, l'individu met en place des stratégies de coping qui ont pour but de s'adapter à l'événement stressant. Lazarus et Folkman (1984) cités par Merkling (2010) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». Si celles-ci sont utilisées de manière optimale, elles permettent ainsi un ajustement à la situation perçue comme stressante (Merkling, 2010) (Annexe B).

Il existe trois types de stratégies d'adaptation :

- Les stratégies de coping centrées sur le problème : Elles comprennent les actions visant à modifier le problème (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.357). Cette stratégie vise à gérer le problème à l'origine de la détresse et a pour but de modifier,

d'éviter ou de minimaliser l'impact du stress (Servant, 2012, p. 59-60).  
Servant (2012), dans son ouvrage, décrit alors plusieurs formes de remédiation du stress :

- La résolution de problèmes : elle consiste en une approche structurée du problème ;
  - La reconceptualisation : il s'agit de prendre du recul pour mieux appréhender le problème ;
  - La réévaluation positive : elle consiste à voir le côté positif de chaque événement ;
  - La distanciation : il s'agit de prendre du recul et de dédramatiser la situation ;
  - La confrontation : l'idée est de se confronter à la source du problème pour la résoudre (p.60).
- Les stratégies de coping centrées sur l'émotion : Elles visent à réduire le stress et à réguler la détresse émotionnelle. Plus précisément, les stratégies font appel à l'autocontrôle émotionnel, la fuite et l'évitement de la confrontation au problème et à l'auto-accusation (Servant, 2012).
- La recherche de soutien social : Elle permet de créer des liens et de se faire aider (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 357-58). Selon Servant, la recherche de soutien social se divise en soutien informationnel (lorsque les individus recherchent des informations auprès de leurs proches) et le soutien émotionnel (réconfort reçu de la part de l'entourage) (2012, p.60) (Annexe C).

Le principe d'adaptation est repris par Callista Roy qui définit la personne dans un processus et en relation avec l'univers en transformation, dans un but d'adaptation selon quatre modes : le mode physiologique, le mode concept de soi, le mode fonction selon les rôles et le mode interdépendance (Roy, 1997, cité par Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003). Cette théorie est reprise dans les soins infirmiers. Roy précise que « le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de la personne dans chacun des quatre modes d'adaptation » (Roy, 1986, cité par Kérouac et al., 2003). La santé est donc un état et un processus. L'état est l'adaptation selon les quatre modes tandis que le processus est « l'effort constant que fournit l'individu pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation » (Roy, 1997, cité par Kérouac et al., 2003). La personne est ainsi capable de s'ajuster à son environnement changeant (ibid, 2003).



### **3. Méthode**

#### **3.1 Argumentation du devis**

La revue de littérature étoffée est utilisée dans ce travail afin de recenser un certain nombre d'écrits sur la question de recherche formulée précédemment. Cette revue permet alors de déterminer l'état des connaissances sur ce sujet pour mieux le connaître puis, pour découvrir quel type d'étude serait ensuite utile pour la pratique professionnelle. Il est intéressant d'effectuer une revue de littérature afin de confronter les résultats des différentes recherches pour délimiter les lacunes et les divergences et ceci dans le but d'améliorer la pratique professionnelle (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Pour répondre à la question de recherche, l'auteure a effectué des recherches principalement sur Pubmed grâce à l'association de termes-Mesh. Pour obtenir un nombre maximal d'articles, des stratégies personnelles ont été utilisées.

Dans le but de vérifier la qualité et la cohérence des études retenues, l'auteure a décidé d'utiliser les grilles de lecture et d'analyse de type qualitatif et quantitatif selon les grilles du 13 septembre 2009 de Bassal & Nadot inspirées de la source suivante : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI . Par la suite, l'auteure rédigera une synthèse inspirée de l'analyse des recherches et ceci pour chacune d'entre elles.

Afin de cibler de manière précise les recherches, l'auteure a donc délimité des critères d'inclusion et d'exclusion.

#### **3.2 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des études à la revue de littérature étoffée étaient :

- Recherches publiées de 2002-2012
- Langue française ou anglaise
- Les recherches traitant des besoins des femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein et en attente d'un traitement.

### 3.3 Critères d'exclusion

Afin de trier mes recherches en lisant les résumés, j'ai délimité plusieurs critères d'exclusion dans le but de cibler mes études retenues de manière plus précise :

- Les recherches de plus de 10 ans (< 2002)
- Les recherches traitant des hommes atteints d'un cancer du sein
- Les recherches traitant des proches de femmes atteintes d'un cancer du sein
- Les recherches évaluant les besoins des femmes durant le traitement ou en postopératoire
- Les revues systématiques de littérature

### 3.4 Résultats des stratégies de recherche

Les recherches effectuées pour débiter ce travail ont été effectuées au moyen de la banque de donnée Pubmed principalement. Des stratégies antérieures ont également été faites sur la banque de données Cinhal mais les études retenues étaient des recherches déjà trouvées par les stratégies de recherche sur Pubmed. Ainsi, les stratégies présentées se concentrent sur Pubmed et Google Scholar.

L'auteure a d'abord utilisé plusieurs mots Mesh proches de la question de recherche tels que « coping », « distress » et « needs ». Comme les stratégies de recherche utilisant ces mots n'ont pas abouti, l'auteure a dû accroître le vocabulaire afin de cibler des études :

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| - Breast neoplasms          | Cancer du sein                  |
| - Nursing                   | Soins infirmiers                |
| - Adaptation, psychological | Adaptation psychologique        |
| - Stress, psychological     | Stress psychologique            |
| - Life Change Events        | Événements de changement de vie |
| - Female                    | Féminin                         |
| - Adult                     | Adulte                          |
| - Emotions                  | Emotions                        |

### 3.4.1 Stratégie 1

Cette stratégie de recherche a, comme les autres, été menée sur la banque de données Pubmed.

	Mots clés	Résultats
	"Breast neoplasms"[Mesh]	187 536
AND	"Stress, psychological"[Mesh]	949
AND	"Life Change Events"[Mesh]	928
AND	"Female "[Mesh]	112

Nombre de recherches retenues : 2

- Schnur, J., Montgomery, G., Hallquist, M., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Kowalski, A. & Bovbjerg, D. (2008). Anticipatory psychological Distress in Women Scheduled for Diagnostic and Curative Breast Cancer Surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*. 21-28.
- Ching, S.S., Martinson, I.M. & Wong, T.K. (2012). Meaning making: psychological adjustment to breast cancer by Chinese Women. *Qualitative Health Research*. 250-262.

### 3.4.2 Stratégie 2

Comme le résumé de la recherche de Schnur et al. (2008) semblait particulièrement pertinent, la fonction « Related Citations » a été entreprise afin de rechercher des études pertinentes. Cette stratégie rapporte alors 321 résultats dont deux études sont retenues :

- Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Wertz, C.R., Birk, J.S. & Bovbjerg, D. (2002). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*. 26, 153-164.
- David, D., Montgomery, G. & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers. Individ. Dif.* 40, 203-213.

### 3.4.3 Stratégie 3

La troisième stratégie de recherche a été effectuée sur la banque de donnée Pubmed en utilisant les mots mesh suivants:

	Mots clés	Résultats
	"Breast neoplasms"[Mesh]	187536
AND	"Adaptation, psychological"[Mesh]	1 742
AND	"Adult"[Mesh]	1 338
AND	"Emotions"[Mesh]	329
AND	"Attitude to Health"[Mesh]	97

- Drageset, S., Lindstrom, T.C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 66, 149-158.
- Taleghani, F., Yekta, Z.P. & Nasrabadi, A.N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*. 54, 265-272.

#### 3.4.4 Stratégie 4

Afin de trouver plusieurs recherches, la fonction “Related Citations” a été utilisée pour la seconde fois à partir de la recherche de Drageset, Lindstrom & Underlid (2010). 132 résultats ont alors été déterminés dont 8 recherches sont retenues pour la revue de littérature étoffée:

- Landmark, B.T. , Bohler, A. ,Loberg, K. & Wahl, A.K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of clinical nursing*, 17, 192-200.
- Lally, R.M. (2010). Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer nursing*. 33, 268-79.
- Lally, R.M., Hydeman, J., Schwert, K., Henderson, H. & Edge, S. (2012). Exploring the first days of adjustment to cancer: a modification of acclimating to breast cancer theory. *Cancer nursing*. 35, 3-18.
- Drageset, S., Lindstrom, T.C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). "The Support I Need": Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer nursing*.
- Drageset, S., Lindstrom, T.C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 67, 1941-51.
- Dickerson, S. & al. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 67, 1468-79.
- Manuel, J.C., Burwell, S.R., Crawford, S.L., Lawrence, R.H., Farmer, D.F., Hege, A., Phillips, K. & Avis, N.E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*. 30, 85-94.
- Landmark, B.T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*: 40, 112-121.

### 3.4.5 Stratégie 5

Comme les stratégies de recherches précédentes parvenaient sans cesse aux mêmes études, la stratégie suivante a abouti en n'utilisant aucun mot mesh.

	Mots clés	Résultats
	"Breast Cancer"	244 778
AND	"Emotionnal Adjustment"	820
AND	"Stress"	245
AND	"Between diagnosis and surgery"	43

- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2011). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*.

### 3.4.6 Stratégie 6

La dernière stratégie utilisée pour cette revue de littérature étoffée a été l'utilisation de Google scholar avec différents mots. Une limite a été imposée avec la date de parution supérieure ou égale à 2002. Comme le nombre de recherches trouvées par Google Scholar a été très important, l'auteure s'est intéressée aux cent premières, triées par ordre de pertinence.

	Mots clés	Résultats
	"Preoperative period	185 000
AND	""Breast Cancer"	18 600
AND	"Coping"	2 610
AND	"Between diagnosis and surgery"	2 120

- Bruggink, L.T. (2010). Improving preoperative education in breast cancer patients : the influence of monitoring and blunting coping styles. *Medisch Spectrum Twente*. 1-27.

## 4. Résultats

Dans cette revue de littérature étoffée, dix études ont été retenues étudiant les femmes atteintes d'un cancer du sein exclusivement dans la période préopératoire. Le but de ce chapitre est dans un premier temps de critiquer la pertinence des études retenues à l'élaboration de cette revue de littérature étoffée puis de présenter de manière synthétique les principaux résultats de ces recherches.

### 4.1 Qualité des résultats

Pour évaluer la qualité des recherches, nous allons revenir sur les devis utilisés, les méthodes de récolte de données, les échantillons des études et les mesures éthiques.

Suite à l'analyse des recherches sélectionnées à l'aide des stratégies de recherches, dix études ont été retenues et six ont été exclues. Les raisons d'exclusion de ces études étaient diverses : une population asiatique ou orientale dont la culture est différente (n=2), un échantillon comprenant des femmes déjà en traitement (n=3) ou une théorisation ancrée plus ancienne que celle retenue pour la revue de littérature étoffée (n=1) (Annexe D).

Cette recherche de littérature étoffée comprend alors dix recherches retenues dont cinq ont un devis qualitatif et cinq autres, un devis quantitatif (Annexe E). Ces études analysées ont été publiées de 2002 à 2012 ; les résultats sont donc récents et représentent l'état actuel des connaissances sur le sujet traité. Afin d'argumenter la qualité du devis, les grilles de lectures seront utilisées ainsi que les connaissances théoriques de la méthodologie.

Quatre études qualitatives ont un devis phénoménologique qui vise « la compréhension et la description de l'expérience humaine, telle qu'elle est vécue par la personne »

(Fortin, 2010, p. 275). En effet, les études de Drageset, Lindstrom, Giske & Underlid (2011a), Drageset, Lindstrom & Underlid (2010), Drageset, Lindstrom, Giske & Underlid (2011b) et Dickerson, Alqaissi, Underhill & Lally (2011) s'intéressent à l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie mais aussi plus précisément à leur expérience face au soutien social et leurs stratégies d'adaptation mises en place pour faire face à cette période d'attente. La dernière étude qualitative est basée sur une théorisation ancrée, décrit par Fortin (2010) comme « une méthodologie visant à décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers et la manière dont les personnes y font face dans le but de générer une proposition théorique des phénomènes sociaux » (p. 277). La théorisation ancrée de Lally, Hydeman, Schwert, Henderson & Edge (2012) vise à élargir les connaissances sur les expériences des femmes atteintes d'un cancer du sein en période de prétraitement et la base de cette étude s'appuie sur une précédente recherche qui a d'ailleurs été exclue après analyse.

Quant aux études quantitatives retenues, trois d'entre elles ont un devis de type corrélationnel, visant à « explorer des relations parmi un ensemble de concepts afin de déterminer lesquels sont associés » (Fortin, 2010, p. 260). La recherche de Groarke, Curtis & Kerin (2011) a pour but de comprendre les effets combinés des variables du modèle transactionnel du stress aux variables liées à l'adaptation, l'âge, les variables médicales, le stress, l'optimisme, le soutien social à la fois sur l'adaptation positive et négative des femmes atteintes d'un cancer du sein. David, Montgomery & Bovjberg (2006) étudient les effets de l'optimisme et du pessimisme sur la détresse préopératoire des femmes en attente d'une chirurgie liée au cancer du sein. Enfin, la dernière étude quantitative corrélationnelle s'intéresse à déterminer si les différences de niveau de détresse anticipée étaient liées au type de chirurgie (Schnur, Montgomery, Hallquist & al, 2008). Contrairement aux deux précédentes études qui étaient de type quantitatif corrélationnel descriptif, l'étude de Schnur et al. (2008) est construite par un devis quantitatif corrélationnel prédictif car le but de ce dernier est de prédire et d'expliquer des relations entre des variables. La quatrième étude quantitative retenue est de type quantitatif descriptif simple qui vise à « décrire une population ou un phénomène en particulier » (Fortin, 2010, p.292). En effet, Montgomery et al. (2002) ont pour but de fournir des connaissances pour déterminer quel type de patientes sont le plus à risque de développer une grande détresse émotionnelle en postopératoire. Finalement, la



recherche de Bruggink (2010) est une thèse de master en études de communication écrite en Hollande. Le devis est de type quantitatif expérimental avec un groupe contrôle.

Comme les devis utilisés sont nombreux et diversifiés, nous pouvons dire qu'ils composent une richesse pour décrire l'expérience des femmes dans l'attente d'une chirurgie liée au cancer du sein vu sa complexité.

Toutes les données des recherches qualitatives ont été récoltées au moyen d'entrevues semi-dirigées. Fortin décrit d'ailleurs ce moyen comme « privilégié pour tenter de comprendre l'autre » (2010, p. 282). Quatre études quantitatives ont été élaborées par une récolte de données via l'administration de questionnaires aux participantes tandis que Groarke et al. (2011) ont récolté leurs données par une entrevue dirigée. Fortin (2010) définit alors l'entrevue dirigée comme « une interaction verbale au cours de laquelle l'intervieweur contrôle le contenu et le déroulement des échanges, ainsi que l'analyse et l'interprétation des mesures » (p. 432). Il est important de relever que les mesures de collecte de données utilisées sont décrites de manière précise dans chaque étude, ce qui permet au lecteur d'interpréter les résultats de manière plus aisée.

Le nombre total des échantillons additionnés s'élève à 767 femmes. Comme l'échantillon est semblable pour trois études (Drageset et al, 2010, Drageset et al, 2011a, Drageset et al, 2011b), les échantillons n'ont pas été additionnés et celui-ci n'a été pris en compte qu'une seule fois. Par cet échantillon, nous pouvons souligner que ce sujet mérite encore d'être étudié car peu d'études s'y sont déjà intéressées. Cependant, un critère de qualité est l'homogénéité car toutes les femmes étaient dans l'attente d'une chirurgie liée au cancer du sein. Cependant, la plupart de l'échantillon était diagnostiqué avec un cancer du sein mais certaines n'avaient pas encore de diagnostic et étaient prévues pour une biopsie. Ceci correspond à un faible pourcentage de population et cette classe n'a jamais été mélangée avec des personnes atteintes du cancer car les recherches visaient à faire des corrélations entre ces deux différentes populations. Seules les données en préopératoires ont été utilisées dans cette revue de littérature étoffée.

Pour terminer ce chapitre, il convient de souligner que les recherches retenues ont toutes été menées soit en Union Européenne (n=5), soit aux Etats-Unis (n=5). Comme cité plus

haut, les recherches menées en Asie ou en Orient ont été exclues de la revue de littérature étoffée par les différences culturelles. Nous pouvons ainsi constater une certaine homogénéité dans l'échantillon malgré les deux continents différents par les résultats trouvés au sein des recherches.

## **4.2 Résultats**

Cette revue de littérature étoffée comprend finalement cinq études qualitatives et cinq quantitatives. Dans deux recherches quantitatives, les femmes sont interrogées en période préopératoire et postopératoire dans le but d'établir des comparaisons. Toutefois, seules les données préopératoires ont été retenues pour cette revue de littérature étoffée.

Suite à la synthèse de ces recherches, plusieurs thèmes ont été mis en évidence concernant l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées :

- L'incertitude
- Le stress en période préopératoire
- Les stratégies utilisées pour gérer la période préopératoire:
  - o La gestion des émotions
  - o Le besoin d'informations
  - o Le soutien du réseau social
  - o L'optimisme/ le pessimisme
  - o Le contrôle, le maintien des routines
  - o L'évitement, Divertissement

## **4.3 L'incertitude**

Trois recherches retenues dans cette revue de littérature étoffée reprennent l'incertitude et les peurs quant à l'avenir après la maladie (Drageset et al., 2011a, Drageset et al., 2010, Lally et al., 2012). Mais, l'incertitude est présente dès le début de la maladie, dès les examens préopératoires tel que la radiographie, par exemple (Drageset et al, 2011a). Tandis que la tumorectomie est plus inquiétante par la conservation du sein, la mastectomie provoque de l'inquiétude face à la nouvelle image du corps pour le

conjoint. De manière générale, l'inquiétude est alors reliée à trois situations : la chirurgie, l'ablation du sein et le futur (ibid, 2011a).

Concernant le futur, une étude met en évidence la conscience existentielle développée par les femmes de l'échantillon (Drageset et al, 2011a). En effet, les femmes de cette recherche ont déclaré avoir une nouvelle conscience de la mort. Tandis que certaines se sont préparées à mourir, d'autres ont vécu de manière plus intense dans le moment présent et ont réduit l'importance du matériel. La concentration sur les valeurs importantes et le fait de profiter de la vie est également repris dans l'étude de Drageset et al. (2010). Ainsi, les femmes se préparant au pire, exprimaient du désespoir et une angoisse face à la mort (Drageset et al., 2011a). En accord avec ces résultats, l'étude de Drageset et al. (2010), met en évidence que certaines femmes de l'échantillon se sont préparées au pire pour faire face à la maladie. Ainsi, certaines ont prévu une mort précoce tandis que d'autres étaient effrayées à l'idée de ce que pourrait trouver le chirurgien (Drageset et al, 2010, Montgomery et al, 2002, Lally et al, 2012). Ces peurs face à l'inconnu ont parfois amené des femmes à prendre des anxiolytiques (Lally et al, 2012). Ce même échantillon de population a perçu une perturbation du sommeil (ibid, 2012).

Selon la théorisation ancrée de Lally et al. (2012), la personne confrontée à un cancer du sein passe par plusieurs étapes dont l'auto-émergence en est la dernière. Celle-ci est définie comme les conséquences de l'évaluation de la situation et les actions mises en place. Ainsi, les femmes présentant un cancer perçoivent un équilibre fragile pour maintenir leur intégrité. Les chercheurs décrivent alors différentes émotions : espoir, optimisme, chance d'échapper à un plus mauvais diagnostic versus colère, trahison de leurs corps, pertes, deuil, culpabilité d'amener le diagnostic dans la famille (ibid, 2012). Cet équilibre peut alors être mis en lien avec les peurs de l'inconnu décrit ultérieurement dans la même recherche.

Les différentes émotions ressenties durant cette période d'attente peuvent alors aboutir à du stress.

#### **4.4 Le stress en période préopératoire**

Le stress est décrit par les femmes atteintes d'un cancer du sein dans plusieurs recherches. Il est important de comprendre quelles sont les causes de ce stress et les degrés de celui-ci afin de déterminer des stratégies pour y faire face.

Drageset et al. décrivent le diagnostic de cancer du sein comme un événement irréel provoquant du stress, un chaos et une crise dans la vie des femmes (2011a). D'autres chercheurs ont également pu mettre en évidence le stress en préopératoire (Groarke et al., 2011, Montgomery et al., 2002, David et al., 2006). Deux réactions paradoxales sont alors décrites lors de l'annonce du diagnostic : un calme étonnant plus présent chez les femmes de 74 à 81 ans ou alors des pleurs et une incapacité à fonctionner dans les actes de la vie quotidienne chez les femmes plus jeunes (Lally et al, 2012). Que l'intervention ait une visée curative ou diagnostique, les femmes ne perçoivent alors pas de différence significative quant au stress perçu (Montgomery et al, 2002, David et al, 2006). Cependant, Schnur et al. ont trouvé que le bien-être émotionnel, la détresse liée à la chirurgie et le bouleversement émotionnel le jour de la chirurgie démontrent un plus grand stress chez les femmes prévues pour une tumorectomie que les femmes devant subir une biopsie du sein (2008).

Deux études ont exposé que le stress était plus important avant la chirurgie qu'après celle-ci (Groarke et al, 2011, Bruggink, 2010). Des chercheurs, dans leur étude, parlent davantage de détresse que de stress (Montgomery et al, 2002). Ils ont alors déterminé plusieurs causes ayant une relation statistiquement significative avec la détresse ressentie en préopératoire tel que : des inquiétudes sur ce que pourrait trouver le chirurgien durant l'intervention, le pronostic, des inquiétudes face à la chirurgie en elle-même, de l'anxiété mesurée, des comportements sociaux évalués et le rapport à l'optimisme et au pessimisme (ibid, 2002). C'est d'ailleurs une des raisons qui explique les propos de Schnur et al. (2011) qui décrit les patientes dans l'attente d'une tumorectomie plus stressées que celles attendant une biopsie. En effet, dans leur étude, ces chercheurs exposent que les femmes prévues pour une tumorectomie s'inquiétaient plus de ce que pourrait trouver le chirurgien. Dans cette même étude, les auteurs mettent en évidence ce résultat avec des recherches antérieures qui ont démontré qu'avant un traumatisme, les personnes se sentaient invulnérables. Ainsi, Schnur et al. (2011) suggèrent que les patientes prévues pour une biopsie se perçoivent encore comme

invulnérables et perçoivent plus d'espoir quant aux résultats de la chirurgie. Cependant, ces chercheurs ont pu mettre en évidence que le bouleversement émotionnel et la détresse spécifique à la chirurgie sont significativement plus élevés pour la chirurgie curative (Schnur et al, 2011).

#### **4.5 Les stratégies utilisées pour gérer la période préopératoire**

Les personnes atteintes d'un cancer du sein doivent, en début de maladie, affronter le diagnostic de cancer mais aussi le temps d'attente avant la chirurgie (Drageset et al, 2011a). Cette période est d'ailleurs vécue comme effrayante, longue et difficile à supporter notamment pour les femmes les plus angoissées. Elle est également source de différentes réactions émotionnelles comme des crises d'anxiété, une fluctuation des émotions mais également comme l'impression de perdre le contrôle de ses émotions (ibid, 2011a).

De plus, les personnes confrontées à la maladie cancéreuse et dans l'attente de la chirurgie perçoivent de l'incertitude notamment liée à trois situations différentes qui sont le futur, la chirurgie et l'ablation du sein (Drageset et al., 2010). Ainsi, les femmes seraient sujettes à ressentir de la peur, de l'épuisement et de la nervosité sur le contenu de la consultation préopératoire quant à la chirurgie elle-même et aux conséquences de celle-ci. L'anesthésie est corrélée avec la peur de perdre le contrôle sur son corps alors que les peurs en postopératoires sont liées aux nausées, aux douleurs, à la cicatrice et à la peur d'être dépendante. De plus, cet échantillon de population exprime déjà des peurs au moment des examens préopératoires comme la radiographie, par exemple (ibid, 2010).

##### **4.5.1 Gestion des émotions**

Dans quatre études (Drageset et al., 2010, David et al., 2006, Groarke et al., 2011, Lally et al., 2012), les chercheurs ont mis en évidence la nécessité de composer avec les émotions après l'annonce du diagnostic. Selon l'étude de Groarke et al. (2011), la stratégie d'adaptation axée sur les émotions est l'une des trois les plus utilisées pour faire face au stress. De plus, ces chercheurs ont pu démontrer des affects négatifs importants en préopératoire tandis que la chirurgie les diminuait et augmentait les affects positifs (ibid, 2011). L'attente préopératoire a déclenché des réactions

émotionnelles différentes et d'intensité différente comme des crises d'anxiété, des émotions fluctuantes ou l'impression de ne pas contrôler ses émotions (Drageset et al, 2011a). Drageset et al. (2010) ont exposé dans leur recherche que l'expression des émotions par les pleurs, la tristesse ou le fait de se contenir n'était pas aidant pour cette population car elle diminue le sentiment de force et induit de la pitié.

Cependant, une autre stratégie pour se préparer à la chirurgie a été l'évitement des émotions comme le suggèrent Lally et al. (2012) dans leur recherche. En effet, ils décrivent un évitement conscient physique et mental du cancer. Par l'évitement physique, les chercheurs ont illustré que certaines femmes évitaient d'entendre ou de voir des informations sur le cancer en général ou sur le cancer précisément. Par l'évitement mental, ils donnent l'exemple du sentiment d'abandon de Dieu ou d'un médecin (ibid, 2012). Enfin, une dernière stratégie utilisée pour faire face aux émotions est la ventilation des sentiments/émotions qui a d'ailleurs une corrélation significative avec le pessimisme et la détresse (David et al, 2006).

#### **4.5.2 Le besoin d'informations**

Dans leur théorisation ancrée, Lally et al. (2012) relèvent qu'en évaluant la situation, puis en définissant le sens de la maladie, les personnes peuvent comprendre leur identité actuelle et déterminer des causes potentielles au cancer du sein pour tenter de trouver s'il y a un sens à leur diagnostic. Ces mêmes chercheurs exposent alors que la recherche d'informations sur le cancer du sein et sur le traitement prévu permet aux femmes de maintenir leur intégrité (ibid, 2012). De leurs côtés, Drageset et al. (2010) décrivent que l'échantillon, en tenant compte de la situation présente et en ignorant les problèmes futurs (étape par étape), évite d'être submergé par les pensées et les émotions menaçantes. Bruggink (2010) relève également que les femmes ont entrepris elles-mêmes des recherches d'information sur la récupération en postopératoire et sur le pronostic pour leurs besoins personnels. De plus, l'échantillon d'une étude décrit avoir besoin d'informations dès la mammographie ou la découverte d'une masse suspecte afin de mieux comprendre leur situation (Dickerson et al., 2011). Cependant, deux recherches différentes soulignent que la quantité d'informations varie selon les personnes et l'intervention (Dickerson et al, 2011, Bruggink, 2010). Alors que pour certaines personnes, l'information trop abondante résumait leur sentiment à une perte de contrôle, d'autres avaient besoin d'avoir toutes les informations possibles (Drageset et

al, 2010). De plus, la quantité d'informations s'est avérée plus importante pour les femmes atteintes d'un cancer et devant subir une tumorectomie que les femmes prévues pour une biopsie (Bruggink, 2010).

Les sources d'informations étaient diverses. Elles provenaient des professionnels de la santé, des livres, d'internet, de la famille ou encore d'amis ayant eu le même diagnostic (Dickerson et al, 2011, Lally et al, 2012). Toutefois, Drageset et al. (2011b) ont mis en évidence que, selon l'échantillon, les explications données par les professionnels de la santé étaient les plus appréciées car elles étaient plus fiables que celles données par la famille. En effet, elles permettaient de distinguer entre fantasme et réalité surtout lorsque le réseau social était limité. De plus, les explications données par les professionnels aidaient les individus à interpréter les informations données par d'autres personnes. Une contrainte mise en évidence était cependant la peur de déranger les professionnels (ibid, 2011b).

Deux recherches ont relevé que les femmes voulaient contrôler le flux d'informations pour elles-mêmes, pour leur famille et pour les autres membres de leur réseau social afin de maintenir le contrôle de la situation (Dickerson et al, 2011, Lally et al, 2012). Par exemple, elles ont demandé à un membre de la famille d'annoncer le diagnostic ou ont demandé de rechercher des informations pour elles, ce qui permettait une approche passive car cette méthode permettait que ce soit d'autres personnes qui s'inquiètent et décident pour elles-mêmes (Dickerson et al, 2011). Un autre moyen utilisé pour gérer l'anxiété était de cacher le diagnostic pour ne pas voir d'autres personnes pleurer, par exemple. Ces chercheurs ont finalement relevé que le soutien négatif résultait d'une incapacité à gérer le flux d'informations lorsqu'une personne connaissait le diagnostic à son encounter, par exemple (ibid, 2011).

#### **4.5.3 Le soutien du réseau social**

Drageset, Lindstrom, Giske & Underlid définissent la nécessité d'avoir des confidents pour parler de manière intime (2011b). Il est important d'avoir une personne ou un numéro de téléphone en cas de besoin même s'il n'est pas forcément utilisé (Drageset et al, 2011b). De plus, elles signalent qu'un contact de la part de l'hôpital aurait été bénéfique car elles ont exprimé de la difficulté à percevoir ce besoin et ont ainsi perçu un sentiment d'abandon de l'hôpital (ibid, 2011b).

Mais avant d'obtenir tout soutien, Dickerson et al. (2011) ont exposé l'importance de connaître les membres de son réseau pour y accéder. Ils limitent alors le réseau à la famille dont le mari et les enfants tout en évitant les membres de la famille avec des réactions excessives et plutôt négatives (pleurs). De plus, les membres de la famille étaient souvent perçus comme les meilleures personnes capables d'offrir du soutien et de les rassurer (Drageset et al, 2011b). Les amis sont également capables d'offrir du soutien pour autant qu'ils ne soient pas trop émotifs et qu'ils soient aptes à donner ce qui est perçu comme nécessaire (câlins, distractions). D'autres personnes pouvant s'intégrer au réseau de soutien étaient les collègues de travail selon le type de relation et la hiérarchie ainsi que la communauté de la foi, surtout pour les personnes croyantes (Dickerson et al, 2011). Enfin, les professionnels de la santé représentaient un soutien inestimable, notamment pour les personnes vivant seules (Drageset et al, 2011b).

Même si l'entourage était proche, il a été difficile pour les femmes de leur annoncer le diagnostic et aux autres personnes plus éloignées, également. Des femmes expriment avoir peur que le diagnostic fasse paniquer leur entourage et devaient alors lutter pour répondre à leurs questions. Certains n'ont donc pas informé tous les membres du réseau, dans le but de les protéger tandis que d'autres, étaient dans l'ambivalence pour divulguer ou non le diagnostic (Drageset et al, 2011a). Ainsi, le confort, le respect, l'empathie et l'amour peuvent être reçus par ce réseau social en amplifiant le sentiment de force et de sécurité auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein (Drageset et al, 2011b). Cette même étude a permis de mettre en évidence l'importance d'une présence physique, notamment durant l'annonce du diagnostic. Tandis que des personnes ont reçu plus d'attention et de considération, d'autres ont ressenti l'éloignement de certaines personnes en ayant le sentiment d'être contagieuses. Celles-ci ont alors déclaré préférer répondre aux nombreuses questions à l'éloignement (ibid, 2011b). Dans cette même étude, les chercheurs démontrent la nécessité de maintenir un équilibre entre la distance et la proximité. En effet, les femmes devraient à la fois être proches de leur réseau social tout en gardant une distance sécuritaire pour recevoir assez mais pas trop de soutien social et d'attention. Par exemple, le soutien du conjoint est parfois surprotecteur et écrasant et les femmes se sentent traitées comme si elles étaient fragiles ou mourantes. Au contraire, des femmes supportent mal d'être seules et d'avoir du temps pour réfléchir au diagnostic et à leur nouvelle situation. Ainsi, l'ambivalence face à la sympathie, la pitié et la compassion de leur réseau social les rend vulnérables car



elles perçoivent leur diagnostic comme mauvais (Drageset et al, 2011b). Deux recherches relèvent que les femmes ont fourni elles-mêmes du soutien à leurs proches et ils expliquent la nécessité de maintenir un équilibre entre leurs propres besoins et ceux de leurs proches pour qu'ils se sentent également soutenus (Drageset et al, 2011a, Drageset et al, 2011b). En effet, lorsque les femmes devaient consoler leur famille, elles ont alors développé un sentiment de culpabilité pour affronter la détresse des autres (Drageset et al, 2011a). Il est donc intéressant de signaler que le réseau social peut tout à fait être aidant comme une source de détresse (ibid, 2011a).

#### **4.5.4 Optimisme /pessimisme**

L'optimisme est décrit dans plusieurs recherches comme permettant d'obtenir un esprit de combat face à la maladie et favorise ainsi l'adaptation à celle-ci (Drageset et al, 2010, Lally et al, 2012, Groarke et al, 2011). L'optimisme permet également d'intégrer le cancer dans la vie en luttant contre la maladie (Lally et al., 2012). Par exemple, certaines ont profité d'informer leurs proches sur l'importance de la mammographie. Il permet également de se montrer comme un modèle positif face aux enfants pour leur enseigner de ne pas avoir peur du cancer. De plus, l'optimisme peut également provenir de l'identification à d'autres personnes ayant déjà vécu la maladie pour envisager le futur et ainsi maintenir un sentiment de maîtrise et d'intégrité (ibid, 2012). L'optimisme des personnes elles-mêmes et l'optimisme provenant de son entourage sous forme d'encouragements permet de mieux intégrer et affronter la maladie. En effet, de bonnes relations, une attitude positive de ceux-ci, des informations réalistes et de soutien sont aidantes (Drageset et al, 2010). Il est également intéressant de noter que l'optimisme et le pessimisme influencent la perception de la détresse (Montgomery et al, 2002) et que l'optimisme est lui-même influencé par l'auto-distraktion et le soutien instrumental (David et al, 2006).

Alors que l'optimisme a des effets positifs sur la détresse, le pessimisme a des effets négatifs sur celle-ci, ce qui est statistiquement significatif. En effet, il l'augmente (David et al, 2006). De plus, le pessimisme est également lié au déni de la maladie (ibid, 2006). Dans la théorisation ancrée de Lally et al. (2002), l'intériorisation de la maladie est caractérisée par les réflexions des femmes sur leur identité professionnelle et personnelle et sur leur rôle avant et après le diagnostic. Ces mêmes chercheurs ont pu mettre en évidence que l'intériorisation était plus difficile si les femmes associaient leur

maladie à un échec personnel, ce qui peut donc être mis en lien avec une vision pessimiste. En effet, cette perception était conséquente sur la vision que les femmes avaient d'elles-mêmes. De plus, ces chercheurs ont exposé des peurs de changement de rôle face à leur partenaire sexuel et l'impression d'être stigmatisées comme malades (Lally et al, 2002). Cette théorisation ancrée sur l'adaptation au cancer du sein assure que la définition du sens de la maladie et l'intériorisation de celle-ci sont des conditions indispensables pour maintenir l'intégrité en préopératoire et permettre des stratégies d'adaptation (ibid, 2002).

Ainsi, il est intéressant de constater l'influence de l'optimisme et du pessimisme sur la détresse perçue mais également sur l'influence future de celle-ci.

#### **4.5.5 Contrôle, maintien des routines**

Selon l'étude de Bruggink (2010), l'âge serait négativement corrélé à la stratégie d'adaptation par le contrôle. En effet, les femmes utilisant le contrôle sont plus jeunes et souvent, elles ont déjà été confrontées à cette maladie par leur famille ou leurs amis. Les femmes percevant un contrôle de leur situation sont moins sujettes aux problèmes liés au stress car elles ont le sentiment de contrôler le système de santé et ont un sentiment de réassurance (Drageset et al, 2011a). De plus, Bruggink (2010) a prouvé que la satisfaction de ces femmes était moins élevée que les femmes utilisant l'évitement lors de la consultation préopératoire notamment quant aux informations préopératoires reçues. En effet, les femmes utilisant le contrôle désirent bon nombre d'informations et utilisent beaucoup internet afin de se renseigner sur le cancer du sein, la chirurgie, les traitements complémentaires, la récupération en postopératoire et le pronostic. Dans la même logique, leurs connaissances étaient ainsi plus élevées que les personnes dans l'évitement. Un résultat intéressant de cette même étude est que les femmes utilisant majoritairement le contrôle ressentaient une plus grande anxiété face à la chirurgie et aux résultats postopératoires mais pas face à l'anesthésie (ibid, 2010).

Un autre moyen utilisé afin de permettre un sentiment de contrôle est décrit dans la recherche de Drageset et al (2010). En effet, ils mettent en évidence que le maintien des habitudes et d'un environnement social stable permet ce sentiment de contrôle. Les femmes expriment alors le besoin de se sentir considérées comme avant la maladie car la compassion et la pitié des autres leur infligent un sentiment de vulnérabilité et de

frayeur (ibid, 2010). Le contrôle de l'environnement est d'ailleurs repris dans la recherche de Lally et al. (2012) qui définissent ce terme comme les mesures prises pour maintenir son intégrité à travers le maintien actif ou par le fait de regagner le contrôle de son environnement interne (mental) et externe. Le contrôle interne a été obtenu par la spiritualité, le travail et le maintien d'un esprit positif tandis que le contrôle externe a été obtenu par la divulgation ou non d'informations (ibid, 2012). Cet aspect est également repris dans l'étude de Dickerson et al. (2011) qui exposent que les femmes se sentent la plus forte de la famille et gardent la face pour protéger leur entourage en dissimulant le diagnostic ou en l'annonçant sans aucune émotion. De manière plus générale, l'échantillon de la théorisation ancrée désirait se concentrer sur ses propres besoins après le diagnostic pour contrôler leur environnement : prendre du temps pour soi, écrire ses pensées, faire des choses agréables, partir en vacances avant la chirurgie, faire le ménage, etc (Lally et al, 2012).

Pour conclure, il est intéressant de reprendre les résultats de la recherche de David et al. qui affirment que la stratégie d'adaptation par la planification influence le pessimisme et la détresse des femmes devant subir une tumorectomie ou une biopsie (2006).

#### **4.5.6 L'évitement, le divertissement**

Bruggink (2010), dans son étude, affirme que l'âge est corrélé de manière positive avec l'évitement, c'est-à-dire que les femmes utilisant l'évitement sont plus âgées. De plus, cette chercheuse affirme que ces femmes-là sont plus satisfaites de la consultation préopératoire et des informations reçues car elles en demandent moins que les personnes dans le contrôle (Bruggink, 2010). Elle expose également que l'anxiété préopératoire était ainsi plus faible. Enfin, un résultat surprenant de cette étude est que les femmes dans l'évitement relatent un contrôle perçu plus élevé que les femmes utilisant comme stratégie d'adaptation le contrôle (ibid, 2010). Cependant, Groarke et al. (2011) prouvent dans leur étude que le stress préopératoire est lié aux pensées intrusives, au déni et aux comportements d'évitement. Ces chercheurs affirment également que l'évitement est fréquemment utilisé. C'est d'ailleurs la deuxième stratégie d'adaptation après l'action la plus utilisée (ibid, 2011).

L'évitement est d'ailleurs repris dans la recherche de Drageset et al. (2010) qui expose la prise de distance émotionnelle pour gérer l'anxiété et l'incertitude. Ainsi, ils

affirment que la focalisation de son attention sur une autre activité permet d'éviter de ruminer, comme par exemple le fait de parler de sa situation à une personne de confiance (Drageset et al, 2010). Dickerson et al. (2011) rapportent des résultats semblables et affirment que la distraction permet de contrôler l'anxiété afin de maintenir l'espoir durant l'attente par le travail, le ménage, les promenades, la lecture ou les voyages. Un autre moyen de se divertir est l'activité physique qui améliore à la fois le bien-être physique et psychologique et les modes de concept de soi (Drageset et al, 2010). Elle produit alors des résultats positifs sur les émotions, réduit l'anxiété et produit une force mentale et physique (ibid, 2010).

Enfin, il est pertinent de retenir les résultats de la recherche de David et al. (2006) qui affirment que l'auto-distraction et le déni ont une influence sur le pessimisme et la détresse.

## **5. Discussion**

Le but de ce chapitre est de discuter des résultats développés dans le chapitre précédent à l'aide du cadre de référence pour tenter de répondre à la question de recherche.

### **5.1 Discussion des résultats**

Dans cette partie, nous allons ressortir les résultats significatifs en lien avec le modèle transactionnel du stress afin de répondre à la question de recherche, soit :

*Quelle est l'expérience et quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ?*

Afin de répondre à cette question, le stress perçu lors de cette période, le contrôle perçu puis les stratégies d'adaptation mis en place par l'échantillonnage seront définis. Mais avant tout, il est pertinent de redéfinir le stress comme « une transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984 cités par Quintard, 2001).

### **5.1.1 Le stress perçu**

Le stress perçu correspond à l'évaluation primaire que l'individu fait d'une situation qu'il perçoit ensuite comme stressante. Cette situation stressante correspond ainsi à une expérience individuelle de chaque individu car elle est subjective, unique, inobservable, mentale et n'est accessible que par l'individu lui-même (Tavris & Wade, 1999, p.245). Le stress est alors perçu lorsque l'individu évalue ses ressources comme insuffisantes pour faire face à la situation et dépend de son vécu personnel (Merkling, 2010). Comme cité dans les résultats, Drageset et al. (2011a) décrivent le diagnostic de cancer du sein comme un événement irréel provoquant du stress, un chaos et une crise dans la vie des femmes. Trois autres études ont également défini la présence de stress en période préopératoire (Groarke et al., 2011, Montgomery et al., 2002, David et al., 2006). Nous pouvons donc suggérer que les individus perçoivent leurs ressources insuffisantes pour faire face au diagnostic de cancer du sein et en ressentent ainsi du stress.

Deux études ont exposé que le stress était plus important avant la chirurgie qu'après celle-ci (Groarke et al, 2011, Bruggink, L.T., 2010). Il serait ainsi intéressant de comprendre les facteurs qui influencent précisément ce stress. Montgomery et al. (2002) ont déterminé dans leur recherche plusieurs causes ayant une relation statistiquement significative avec la détresse ressentie en préopératoire telles que : des inquiétudes sur ce que pourrait trouver le chirurgien durant l'intervention, le pronostic, des inquiétudes face à la chirurgie en elle-même, de l'anxiété mesurée, des comportements sociaux évalués et le rapport à l'optimisme et au pessimisme.

### **5.1.2 Contrôle perçu**

Selon Lazarus et Folkman (1984 cités par Quintard, 2001), le contrôle perçu sous-tend l'évaluation secondaire de la situation, lorsque l'individu évalue ses ressources pour faire face ou non à la situation. Lally et al. (2012) illustrent deux réactions paradoxales à l'annonce du diagnostic. En effet, les femmes plus âgées (74 à 81 ans) avaient tendance à réagir par un calme étonnant alors que les femmes plus jeunes répondaient à la nouvelle plutôt par des pleurs et une incapacité à fonctionner dans les actes de la vie quotidienne (ibid, 2012). Nous pouvons donc, par ses propos, percevoir différentes évaluations des ressources. Drageset et al. (2011a) reprennent

également le contrôle perçu en décrivant que les femmes, face à l'attente de la chirurgie, expriment plusieurs réactions émotionnelles comme des crises d'anxiété, des émotions fluctuantes et un sentiment de perdre le contrôle des émotions. D'autres chercheurs illustrent dans leur étude le contrôle perçu. En effet, Drageset et al. (2010) exposent l'incertitude des femmes quant au futur, à la chirurgie et à l'ablation du sein. Cette situation amène alors cet échantillon à ressentir de la peur, de la nervosité et même de l'épuisement quant au contenu de la consultation préopératoire (ibid, 2010).

Il est intéressant de relever que deux études retenues suggèrent que le diagnostic de cancer du sein engendre des crises d'anxiété, une fluctuation des émotions, l'impression de perdre le contrôle de celles-ci, de l'incertitude, de la peur, de la tristesse, de la nervosité voire de l'épuisement (Drageset et al., 2010, Drageset et al., 2011a). Ce vécu illustre la manière dont les participantes évaluent leurs ressources pour faire face ou non à la situation d'attente de la chirurgie liée au cancer du sein.

Comme les femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie perçoivent du stress et ne perçoivent pas toutes un bon contrôle perçu, les stratégies d'adaptation mises en place par celles-ci pour faire face à cette situation sont décrites par la suite. Elles seront catégorisées en plusieurs groupes selon la théorie de Lazarus et Folkman, soit, les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions, l'action et la recherche de soutien social.

### **5.1.3 Stratégie d'adaptation centrée sur les émotions**

La stratégie d'adaptation centrée sur les émotions vise à réduire la détresse émotionnelle (Servant, 2012). Ainsi, elle peut s'appuyer sur la recherche de soutien émotionnel, l'évitement/la fuite ou la réévaluation positive (Bruchon-Schweitzer, 2001b).

Comme cité dans les résultats, l'échantillon a exprimé la nécessité de composer avec leurs émotions après le diagnostic de cancer du sein (Drageset et al, 2010, David et al, 2006, Groarke et al, 2011, Lally et al, 2012). Ainsi, les participantes ont dû faire face à différentes émotions et d'intensité différente (crises d'anxiété, fluctuation des émotions, impression de perdre le contrôle de celles-ci) (Drageset et al, 2011a).

Dans le but de gérer ces émotions, certaines femmes les ont évitées ou les ont ventilées par l'expression de celles-ci, par exemple (Lally et al, 2012, David et al, 2006). Cependant, Drageset et al. (2010) ont exposé que l'expression des émotions par les pleurs, la tristesse ou le fait de contenir ses émotions n'était pas aidant et induisait de la pitié.

L'évitement / la fuite cité dans l'article de Bruchon-Schweitzer (2001b) a également été utilisé par l'échantillon face à l'attente de la chirurgie. Elle est expliquée par la prise de distance émotionnelle (Drageset et al, 2010). Des moyens explicites pour mettre cette stratégie en œuvre sont les moyens de distraction comme le travail, le ménage, les promenades, la lecture, les voyages ou encore l'activité physique (Dickerson et al, 2011, Drageset et al, 2010). Ainsi, ces moyens permettent de réduire l'anxiété et de favoriser une force mentale et physique pour gérer les émotions (Drageset et al, 2010). Bruggink relève alors que l'évitement est une stratégie utilisée davantage par les femmes plus âgées (2010).

Enfin, la stratégie d'adaptation centrée sur les émotions a également été développée par les personnes sous forme de réévaluation positive de la situation. En effet, l'optimisme a des effets positifs sur la détresse (David et al, 2006, Montgomery et al, 2002). De manière plus précise, il permet de forger un esprit de combat contre la maladie et permet une meilleure intégration du cancer dans la vie (Drageset et al, 2010, Lally et al, 2012, Groarke et al, 2011). Lally et al. (2012) exposent que l'optimisme peut résulter d'une identification à d'autres personnes ayant déjà vécu la maladie dans le but d'envisager le futur. L'optimisme permet alors un sentiment de maîtrise de la situation et d'intégrité (ibid, 2012).

#### **5.1.4 Stratégie d'adaptation centrée sur l'action**

La stratégie d'adaptation centrée sur l'action « vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face » (Bruchon-Schweitzer, 2001b). Dans les résultats précédemment présentés, l'échantillon exprime le besoin d'informations pour faire face à cette situation d'attente (Bruggink, 2010, Lally et al., 2012, Dickerson et al., 2011, Drageset et al., 2010, Drageset et al., 2011b). Cette recherche de nouvelles connaissances peut donc être comprise dans la stratégie d'adaptation centrée sur l'action.

La quantité d'informations désirée varie selon les personnes (Dickerson et al, 2011, Bruggink, 2010). En effet, certaines participantes exprimaient le besoin d'obtenir le plus d'informations possibles alors que pour d'autres, le surplus d'informations correspondait à un sentiment de perte de contrôle (Drageset et al, 2010). Les sources d'informations étaient variées mais les plus appréciées étaient celles provenant des professionnels de la santé, car plus fiables (Drageset et al, 2011b). La maîtrise de la situation était acquise lorsque le flux d'informations pouvait être contrôlé par et pour elles-mêmes, pour leur famille et pour les autres membres de leur réseau social (Dickerson et al, 2011, Lally et al, 2012). La recherche d'informations apparaît alors comme un moyen de maintenir l'intégrité (Lally et al, 2012).

### **5.1.5 La recherche de soutien social**

La recherche de soutien social implique « des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui » (Bruchon-Schweitzer, 2001b).

L'échantillon a, quant à lui, également défini la nécessité d'avoir des confidents pour s'exprimer de manière intime (Drageset et al, 2011b). Cependant, chaque personne doit définir son réseau social. Le mari et les enfants y font partie intégrante très souvent tandis que des membres de la famille dont les réactions émotionnelles sont excessives et difficilement gérables en sont plutôt exclus (Drageset, 2011b). Le réseau social peut s'étendre à des amis, des collègues de travail, des membres de la paroisse ou encore les professionnels de la santé, notamment pour les personnes vivant seules (Dickerson et al, 2011, Drageset et al, 2011b).

Les actions de soutien comme le confort, le respect, l'empathie et l'amour offertes par le réseau social amplifie le sentiment de force et de sécurité des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie (Drageset et al, 2011a, Drageset et al, 2011b). Un autre moyen de recevoir du soutien social est la présence physique d'une personne du réseau social durant les consultations (Drageset et al, 2011b).

Cependant, il est important de maintenir un équilibre entre distance et proximité du réseau social (ibid, 2011b) car celui-ci peut être aidant autant qu'une source de détresse (Drageset et al, 2011a). En effet, certaines études relatent que les



participantes ont dû consoler des membres de leur réseau social ou que le soutien du conjoint était jugé surprotecteur (Drageset et al, 2011a, Drageset et al, 2011b).

## **5.2 Réponse à la question de recherche**

En réponse à la question de recherche : « Quelle est l'expérience et quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie ? », plusieurs éléments ont pu être mis en évidence.

La femme atteinte d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie doit faire face à sa nouvelle situation de manière relativement rapide. Plusieurs recherches ont relevé que la femme à ce stade de la maladie, juge la situation comme plus ou moins stressante. Certains chercheurs exposent même de la détresse psychologique. Selon le cadre de référence de cette revue de littérature étoffée, soit le modèle transactionnel du stress selon Lazarus et Folkman, l'individu met en place des stratégies pour faire face à une situation lorsqu'il la juge stressante (Quintard, 2001).

Ainsi, les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie déploient plusieurs stratégies :

- L'évitement des émotions en dissimulant le diagnostic à leurs proches et en vivant la maladie étape par étape pour éviter d'être submergée par des émotions négatives
- La ventilation des émotions par l'expression de celle-ci et le maintien d'un esprit optimiste pour diminuer l'anxiété et maintenir un esprit de combat contre la maladie
- Contrôler le flux d'informations complémentaires et obtenir des informations réalistes pour elles-mêmes mais également pour leur réseau de soutien social dans le but de maintenir un contrôle sur leur situation
- Profiter de son expérience pour transmettre des informations à leurs proches quant au dépistage, par exemple
- Former un réseau de soutien pour qu'il puisse offrir de l'amour, du réconfort, du respect, de l'empathie et une présence durant les consultations et augmenter ainsi le sentiment de force et de sécurité

- Se divertir et focaliser son attention sur d'autres activités pour augmenter le bien-être physique et psychique, l'estime de soi, contrôler l'anxiété et maintenir l'espoir durant cette période d'attente

### **5.3 Perspectives pour la pratique infirmière**

Cette revue de littérature étoffée relève que chaque soignant devrait être sensible à l'expérience individuelle que chaque individu vit face à la maladie. En effet, cette expérience est singulière et vécue de manière différente pour chacun selon son histoire de vie, sa personnalité, etc.

Ainsi, les soignants devraient connaître les différentes stratégies d'adaptation utilisées par les femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie, pour les soutenir dans leurs stratégies d'adaptation individuelles. De plus, ils devraient fournir des interventions d'évaluation de la détresse pour évaluer les femmes les plus à risque et leur offrir un soutien personnalisé durant cette période d'attente. Les infirmiers devraient alors fournir un soutien pour maintenir l'optimisme des patientes tout en tenant compte de leurs peurs, de leurs préoccupations et des facteurs psychologiques qui influencent l'adaptation émotionnelle. Quant aux informations à donner, les infirmiers devraient évaluer chaque patiente pour connaître ses désirs d'informations complémentaires en prenant garde à leur mode de communication pour éviter des malentendus et en prenant connaissances des informations médicales déjà données.

Les soignants devraient, durant la période d'attente, offrir aux patientes des occasions pour s'exprimer à l'aide d'un appel téléphonique ou de consultations personnalisées, par exemple. Un accompagnement pour annoncer le diagnostic du cancer à la famille serait également utile.

Enfin, pour que les patientes se sentent plus soutenues, les infirmiers devraient leur suggérer de venir accompagnées aux consultations, dans la mesure du possible. Cet acte leur permettrait d'obtenir à la fois du soutien et une confirmation des informations reçues durant la consultation par leur accompagnant.

Au niveau Suisse et au niveau du canton de Fribourg plus particulièrement, la consultation infirmière a été mise en place grâce au projet de recherche Voltigo. Cependant, les infirmières n'interviennent souvent qu'après la chirurgie ou à l'initiation

d'un traitement de chimiothérapie. Ces propositions seraient alors plus aptes à la pratique par une spécialisation pour les infirmières travaillant en gynécologie car elles-seules interagissent avec ces patientes en préopératoire. Pour la formation Bachelor en soins infirmiers, il serait également intéressant d'intégrer certaines notions de ce travail comme le stress ou les principales stratégies d'adaptation utilisées par ces femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, ces notions sensibiliseraient les élèves au vécu de cette maladie qui bouleverse l'avenir de la personne qui la vit.

#### **5.4 Recherches ultérieures**

Tout d'abord, les études futures devraient principalement s'intéresser aux interventions infirmières aidantes à l'adaptation des femmes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie tel que le type et la fréquence du soutien utile, le type d'informations utiles ou nuisibles aux personnes ou encore les stratégies d'adaptation les plus profitables. Il serait également intéressant de comparer l'effet de ces interventions infirmières en période préopératoire et en période postopératoire sur l'adaptation physique, psychologique, sociale et spirituelle pour en connaître leur efficacité.

Ensuite, il serait intéressant d'étudier, dans des recherches ultérieures, les différents facteurs médicaux et caractériels influençant le stress afin de mieux comprendre l'origine de celle-ci durant la période d'attente.

Finalement, les recherches ultérieures devraient également s'intéresser à des populations de culture différente dans le but de comparer les résultats et vérifier s'ils sont généralisables.

#### **5.5 Limites de la revue de littérature**

Comme le sujet de cette revue de littérature étoffée est relativement novateur, peu de recherches ont déjà été effectuées. Ainsi, plusieurs auteurs (Montgomery, David) se retrouvent dans deux études retenues et trois chercheurs (Drageset, Lindstrom, Underlid) ont travaillé ensemble sur trois autres recherches sélectionnées pour cette revue de littérature étoffée. De plus, il a été difficile de trouver des recherches sur le sujet. Les mots mesh utilisés ont dû être très diversifiés pour cibler des études ; celles trouvées étaient d'ailleurs de date récente.

La deuxième limite est que l'étude de Bruggink est le résultat d'un travail de master, non publié. Cette recherche a tout de même été retenue par son excellente qualité méthodologique et la précision du texte.

Les dix études retenues pour cette revue de littérature étoffée ont été rédigées soit en Europe, soit aux Etats-Unis, pays de l'Occident. Les résultats sont difficilement généralisables à d'autres femmes ayant des cultures différentes par la religion notamment.

De plus, cette revue est le résultat d'une première expérience dans la recherche. Il est donc pertinent de souligner que les critères de méthodologie ont été respectés au mieux. Comme toutes les études sélectionnées étaient rédigées en anglais et non en français, langue d'origine de l'auteure, il est possible que les connaissances n'aient pas permis de saisir toutes les subtilités de sens.

## **6. Conclusion**

Cette revue de littérature étoffée a permis de mettre en évidence le stress et l'incertitude qu'amène le diagnostic de cancer du sein et la période d'attente avant la chirurgie. De plus, l'échantillon de population a déterminé des stratégies d'adaptation pour faire face à cette situation mais de manière générale, souhaiterait davantage de soutien de la part des professionnels, de présence et d'informations. Ainsi, il est pertinent de déclarer que ce travail peut améliorer la pratique en prenant conscience du stress qu'entraîne cette phase de la maladie.

Enfin, il est intéressant de souligner que les femmes vivaient davantage le moment présent et avaient de la difficulté à se projeter dans le futur. Par exemple, très peu d'entre elles ont parlé du changement d'image corporelle mais elles se concentraient davantage à obtenir des informations sur la maladie ou la chirurgie, à gérer leurs émotions et celles des autres dans le moment présent, à obtenir du soutien de leurs proches, de maintenir leur optimisme ou de tenter de contrôler leur situation.

Ainsi, chaque soignant devrait être conscient de l'individualité de chaque personne pour l'aider au mieux à gérer son stress durant l'attente de la chirurgie du cancer du sein. Les recherches futures devraient s'interroger sur le type de soutien utile, le type d'informations utiles ou encore les stratégies d'adaptation les plus profitables afin d'améliorer la qualité des soins infirmiers.

## 7. Bibliographie

### 7.1 Ouvrages

Bruchon-Schweitzer, M. & Quintard, B. (2001a). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. Paris : Masson.

Dauchy, S. & Razavi, D. (2010). *L'adolescent atteint de cancer et les siens : Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide ?* Paris : Springer.

Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A. & Consoli, S.M. (2007). *La psycho-oncologie*. Montrouge : John Libbey Eurotext .

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La Pensée infirmière*. Saint-Laurent : Beauchemin.

Lefebvre, B. & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre-Prévenir-Intervenir*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.

Meili, B. (Ed.). (2011). *Programme national contre le cancer pour la Suisse : 2011-2015*. Berne : Oncosuisse.

Navarra, S., Eichenberger, C., Fluri, M., Hopf, C., Navarra, K. & Twisselmann, W. (2005). *L'oncologie psychosociale en Suisse, rapport final de l'état des lieux*. Berne : Oncosuisse et Ligue suisse contre le cancer Berne.

Razavi D. & Delvaux N. (2002). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille*. Paris : Elsevier Masson.

Razavi D. & Delvaux N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Réseau canadien du cancer du sein [RCCS]. (2008). *Cancer du sein. Les temps d'attente au Canada*. Ottawa : RCCS.

Tavris, C. & Wade, C. (1999). *Introduction à la psychologie: les grandes perspectives*. Paris : De Boeck.

## **7.2 Polycopiés, rapports**

Camey, B., Pury, P., Lorez, M. & Lutz, J-M. (2010). *Fribourg. Yearly Statistics of Cancer Incidence 1990-2009*. [Rapport]. Zurich : National Institute for Cancer Epidemiology and Registration.

## **7.3 Articles**

Bachmann-Mettler, I. & Eicher, M. (2011). Soins infirmiers en oncologie. In B. Meili & C. Herren (Ed.), *Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011-2015* (pp. 112-123). Berne : Oncosuisse.

Bettevy, F. Dufranc, C. & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques & Qualité*, 3, (2), 67-72.

Breitbart ,W. & Alici, Y. (2009). Psycho-Oncology. *Perspectives*. 17, 361-376.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001b). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* : 67 : 68-83.

Bruggink, L.T. (2010). Improving preoperative education in breast cancer patients : the influence of monitoring and blunting coping styles. *Medisch Spectrum Twente* : 1-27.

Ching, S.S., Martinson, I.M. & Wong, T.K. (2012). Meaning making: psychological adjustment to breast cancer by Chinese Women. *Qualitative Health Research*: 250-262.

- David, D., Montgomery, G. & Bovjberg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers. Individ. Dif.*, 40, 203-213.
- Dickerson, S. & al. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 67, 1468-79.
- Drageset, S., Lindstrom, T.C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 149-158.
- Drageset, S., Lindstrom, TC., Giske, T., & Underlid, K. (2011a). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 67, 1941-51.
- Drageset, S., Lindstrom, TC., Giske, T., & Underlid, K. (2011b). "The Support I Need": Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer nursing*.
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2011). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*.
- Lally, RM. (2010). Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer nursing*. 33, 268-79.
- Lally, RM., Hydeman, J., Schwert, K., Henderson, H. & Edge, S. (2012). Exploring the first days of adjustment to cancer: a modification of acclimating to breast cancer theory. *Cancer nursing*. 35, 3-18.
- Landmark, B.T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*: 40, 112-121.
- Landmark, BT. , Bohler, A. ,Loberg, K. & Wahl, AK. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of clinical nursing*, 17, 192-200.



Manuel, J.C., Burwell, S.R., Crawford, S.L., Lawrence, R.H., Farmer, D.F., Hege, A., Phillips, K. & Avis, N.E. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*. 30, 85-94.

Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., Birk, J.S. & Bovbjerg, D. (2002). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*. 26, 153-164.

Quintard, B. (2001). Concept, stress, coping : le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.

Rainbird, K.J., Perkins, J.J. & Sanson-Fisher, R.W. (2005). The needs assessment for advanced cancer patients (NA-ACP) : A measure of the perceived needs of patients with advanced, incurable cancer. A study of validity, reliability and acceptability. *Psycho-Oncology*, 14, 297-306.

Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *Cancer*, 88,1.

Schnur, J., Montgomery, G., Hallquist, M., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Kowalski, A. & Bovbjerg, D. (2008). Anticipatory psychological Distress in Women Scheduled for Diagnostic and Curative Breast Cancer Surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*. 21-28.

Taleghani, F., Yekta, Z.P. & Nasrabadi, A.N. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*. 54, 265-272.

## **7.4 Sites internet**

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV]. (2012). *Annonce de diagnostic de cancer et de mauvaises nouvelles. Module 1*. [Page WEB]. Accès : [http://www.chuv.ch/chuv\\_home/chuv-formation/ficheformationlist/ficheformationdetail.htm?code=CSS-MAUNVEL-05j1](http://www.chuv.ch/chuv_home/chuv-formation/ficheformationlist/ficheformationdetail.htm?code=CSS-MAUNVEL-05j1). [Page consultée le 13 juin 2012].

Collin, C. (2006). La notion d'expérience humaine. [Page WEB]. Accès : <http://www.cvm.qc.ca/ccollin/didactique/experience.htm>. [Page consultée le 28 mai 2012].

Dauchy, S. (2008). *L'annonce d'une récurrence cancéreuse* [Page WEB]. Accès : [http://www.docteurwww.com/upload/documents/Ann\\_Mauv\\_Nouvelle/Mauv\\_nouvelle\\_Recidive\\_B.pdf](http://www.docteurwww.com/upload/documents/Ann_Mauv_Nouvelle/Mauv_nouvelle_Recidive_B.pdf). [Page consultée le 6 mai 2011].

Organisation mondiale de la santé, OMS. (2011). *Centre des médias : Aide-mémoire*. [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html>. [Page consultée le 23 février 2011].

Office fédéral de la statistique, OFS. (2011). Communiqué de presse. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02.html>. [Page consultée le 23 février 2011].

Soins en Oncologie Suisse. (1996, 11 octobre). *Descriptif de la profession d'infirmier (ère) en oncologie*. [Page WEB]. Accès : <http://www.onkologiepflege.ch/Profession.28.0.html?&L=1>. [Page consultée le 7 mai 2011].

# **Annexes**

## **Annexe A : Déclaration d'authenticité**

« Je déclare avoir élaboré personnellement cette revue de littérature étoffée en respectant les normes et critères demandés par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. De plus, les références bibliographiques sont nommées et identifiées ».

Elodie Geinoz

## Annexe B : Schéma Lazarus

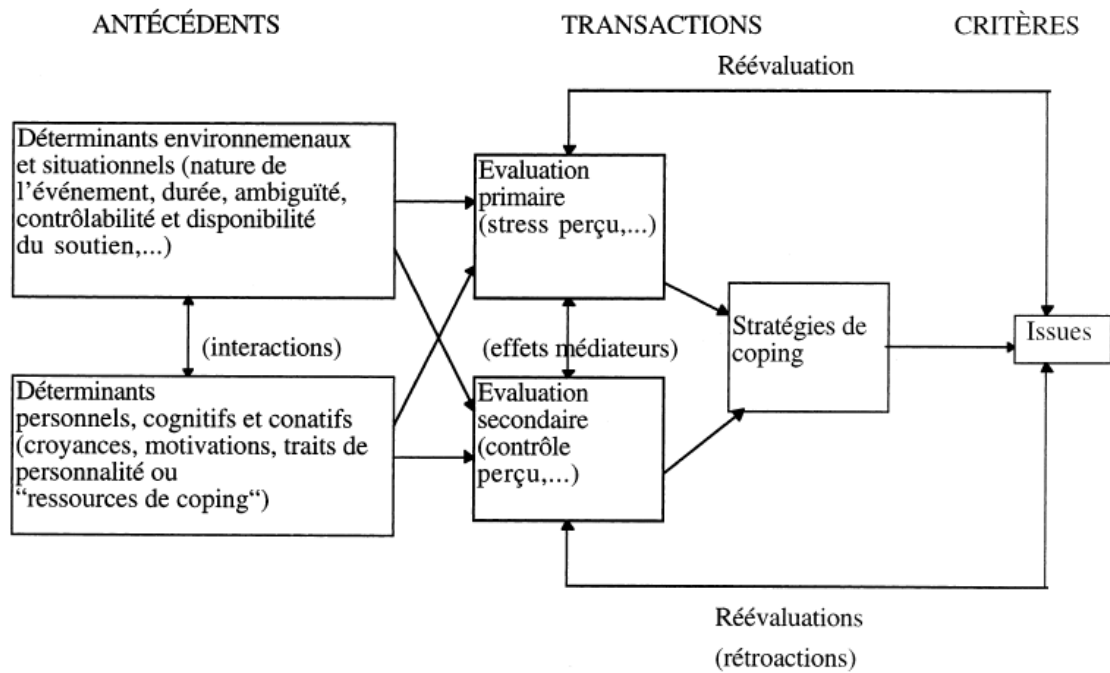


Figure 1 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétro-actions).

Référence :

Bruchon-Schweitzer, M. (2001a). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* : 67.

## Annexe C : Schéma du stress, du coping et de l'adaptation

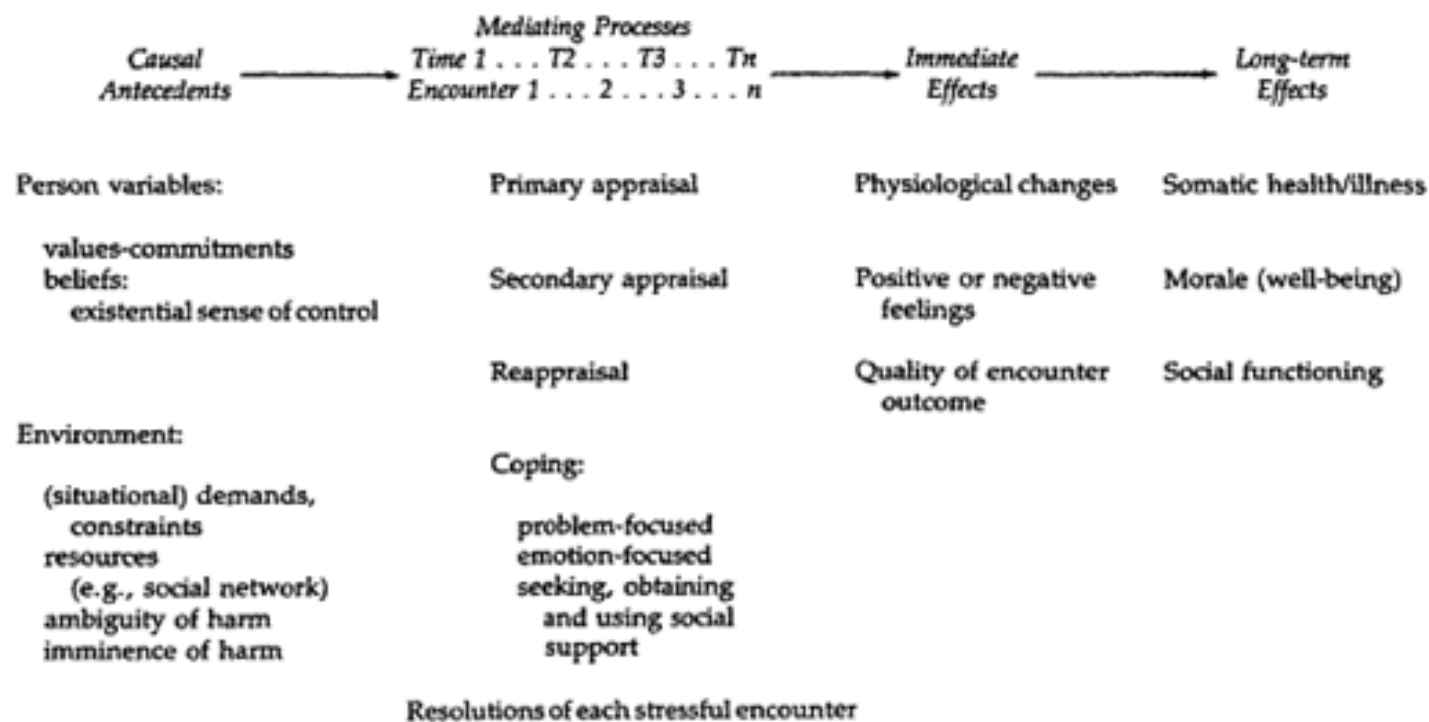


Figure 10.2. A theoretical schematization of stress, coping, and adaptation.

Référence : Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.

## Annexe D : Tri des recherches



Recherches retenues des banques  
de données après lecture du résumé  
( n=16)

Recherches exclue car théorie  
ancrée réétudiée afin de  
l'approfondir (n=1)

Recherches incluses par leur qualité  
méthodologique ( n=10)

Recherche exclues par population  
asiatique ou orientale (n=2)

Recherches exclues suite à un  
échantillon ayant déjà subi la  
chirurgie ou étant en traitement  
(n=3)

### **Recherches qualitatives (n=5)**

- Devis descriptif (n=4)
- Théorisation ancrée (n=1)

### **Recherches quantitatives (n=5)**

- Devis non-expérimental, corrélationnel descriptif (n=3)
- Devis non-expérimental, descriptif simple (n=1)
- Devis expérimental, prospectif contrôlé (n=1)

## Annexe E : Tableau récapitulatif des résultats

Auteurs	Année	Pays	Devis	Ethique	Objectifs	Echantillon
Drageset, S., Lindstrom, TC. Giske, T., & Underlid, K.	2011	Norvège, UE	Qualitatif phénoménologique	Consentement libre et éclairé	Décrire l'expérience des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein et qui sont dans l'attente d'une première chirurgie.	Par saturation des données : 21 femmes, de 41 à 73 ans.
Drageset, S., Lindstrom, TC. & Underlid, K.	2010	Norvège, UE	Qualitatif phénoménologique	IDEM	Décrire les stratégies de coping utilisées par les femmes entre le diagnostic de cancer du sein et la chirurgie.	Par saturation des données : 21 femmes, de 41 à 73 ans.
Lally, R., Hydeman, J., Schwert, K., Henderson, H. & Edge, S.	2012	Etats- Unis	Théorisation ancrée, qualitatif	IDEM	Elargir les connaissances sur les expériences en période de prétraitement, les processus de pensées, et les comportements des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein pour mieux définir les concepts et accroître la force de la	26 femmes : 39 à 81 ans.

					théorie de l'acclimatation au cancer du sein.	
Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M.	2011	Irlande, UE	Quantitatif, corrélational descriptif	IDEM	Cette recherche étudie les effets combinés des variables du modèle transactionnel du stress aux variables liées à l'adaptation, l'âge, les variables médicales, le stress, l'optimisme, le soutien social à la fois sur l'adaptation positive et négative des femmes atteintes d'un cancer du sein.	355 femmes ont rempli le questionnaire après le diagnostic puis 241 l'ont rempli 4 mois après, en postopératoire.
Drageset, S., Lindstrom, TC. Giske, T., & Underlid, K.	2011	Norvège, UE	Qualitatif phénoménologique	IDEM	Décrire l'expérience individuelle des femmes face au soutien social dans la période entre le diagnostic de cancer du sein et l'attente de la chirurgie.	Par saturation des données : 21 femmes, de 41 à 73 ans.



Dickerson, S., Alqaissi, N., Underhill, M. & Lally, R.	2011	Etats- Unis	Qualitatif phénoménologique	IDEM	Décrire les sens communs, les expériences partagées et les pratiques du soutien social des femmes les jours entre le diagnostic de cancer du sein et le début du traitement.	Par saturation des données : 18 femmes, de 37 à 87 ans.
Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., Birk, J.S. & Bovbjerg, D.	2002	Etats- Unis	Quantitatif, descriptif simple	IDEM	Fournir des connaissances pour déterminer quelles patientes sont le plus à risque de développer une grande détresse émotionnelle en postopératoire.	58 femmes

David, D., Montgomery, G. & Bovjberg, D.	2006	Etats Unis	Quantitatif, corrélational descriptif	IDEM	Etudier les effets de l'optimisme et du pessimisme sur la détresse préopératoire des femmes devant subir une chirurgie du sein liée au cancer ; étudier les effets des stratégies d'adaptation spécifiques sur les degrés de détresse ; investiguer les liens de l'optimisme, du pessimisme et du coping comme facteurs contribuant à la variation des degrés de détresse préopératoire.	60 femmes, de 19 à 76 ans.
Bruggink, L.T.	2010	Hollande, UE	Quantitatif, expérimental contrôlé, prospectif	IDEM	Évaluer la manière dont l'expérience du cancer du sein est influencée par la consultation préopératoire ; explorer l'effet des stratégies d'adaptation de contrôle et	42 femmes pour le 1 <sup>er</sup> questionnaire, 40 pour le second et 37 pour le dernier, de 42 à 79 ans.

					d'évitement sur l'éducation reçue par le patient en préopératoire.	
Schnur, J., Montgomery, G., Hallquist, M. & al.	2008	Etats Unis	Quantitatif , corrélational prédictif	IDEM	Déterminer si les différences de niveau de détresse anticipée étaient liées au type de chirurgie ; investiguer si la relation entre le type de chirurgie et la détresse peuvent être dues à l'inquiétude sur la procédure elle-même et/ou l'inquiétude sur les conséquences possibles du pronostic.	187 femmes de 18 à 77 ans.

## Annexes F : Grilles d'analyse des 10 recherches

### Recherche 1

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Référence :</b> Drageset, S., Lindstrom, TC., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. <i>Journal of advanced nursing</i> . 67 (9): 1941-51. <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre « Etre en suspens : L'expérience de femme attendant la chirurgie du cancer du sein » est clair, précis et détermine bien le problème de recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé reprend le but de la recherche, le background, la méthode, les résultats et la conclusion. Le cadre théorique n'est cependant pas clairement défini.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème est bien défini à l'aide des recherches antérieures et il est argumenté en fonction de statistiques du pays (Norvège).
Recension des écrits	Les recherches antérieures sont décrites de manière coordonnées et logiques. Elles amènent ainsi à la question de recherche. Selon plusieurs études, recevoir le diagnostic de cancer du sein est une expérience traumatique qui cause différentes réactions émotionnelles dont l'anxiété et la dépression. De plus, plusieurs études expliquent que l'attente des soins et l'attente préopératoire de la chirurgie du cancer du sein sont stressantes, avec un haut degré de détresse le jour avant l'opération. De plus, l'incertitude influence la trajectoire de la personne atteinte d'un cancer. L'incertitude, le stress et l'anxiété sont des paramètres qui influencent l'adaptation à la maladie. Plusieurs études se sont intéressées à la période postopératoire mais très peu en préopératoire ou alors les études étaient de types quantitatives et fixées sur certains aspects.
Cadre théorique ou conceptuel	L'étude est basée sur trois différents concepts : l'incertitude, le stress et l'anxiété.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme de but :

	<p>Le but de la recherche est de décrire l'expérience des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein et qui sont dans l'attente d'une première chirurgie.</p> <p>La question est mise en lien avec les recherches antérieures et les trois concepts de l'étude sont expliqués : l'incertitude, le stress et l'anxiété.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>L'étude utilise un devis de type qualitatif phénoménologique.</p> <p>Les chercheurs ont utilisés des interviews semi-structurées développées dans des recherches antérieures. Les participantes ont été invitées à participer à l'étude lorsqu'elles étaient admises pour leur chirurgie.</p> <p>Les données ont été collectées entre février 2006 et février 2007. Les interviews ont durés de 50 à 120 minutes.</p>
Population et contexte	<p>21 femmes diagnostiquées récemment avec un cancer du sein ont été recrutées. Les critères de sélection étaient : être prévues pour une première chirurgie, être âgées de plus de 18 ans, être capable de parler et d'écrire le norvégien. Toutes les femmes venaient de la même région.</p> <p>L'échantillon a été défini par saturation des données.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les interviews ont été menées dans un hôpital universitaire de Norvège, le jour avant l'opération et avant que les patientes aient reçu l'information préopératoire.</p> <p>La référence du développement des interviews est donnée dans la recherche. Les instruments de collecte des données ne sont donc pas décrits directement mais il est possible de les rechercher.</p> <p>La question de recherche vise à comprendre le vécu des femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et qui sont dans l'attente d'une chirurgie. Les instruments de collecte de données sont donc tout à fait pertinents car ils permettent à l'individu d'exprimer son vécu tout en maintenant une certaine structure (semi-structurée).</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les interviews ont été menées, audio-tapées et retranscrites textuellement par le premier auteur. Les auteurs ont ensuite analysé les données indépendamment et ont discuté ensemble de tous les résultats tout au long du processus d'analyse pour parvenir à un accord.</p> <p>Toutes les participantes ont signé un consentement éclairé et l'étude a été approuvée par le conseil régional d'éthique.</p>
Rigueur	<p>L'étude a été bien décrite et de manière précise. Elle ne laisse aucun doute quant à la véracité des résultats.</p> <p>Les interviews ont été analysées en trois étapes : compréhension de chaque auteur, compréhension du sens commun et la compréhension théorique.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Présentation des résultats</p>	<p><b><u>Résultats :</u></b></p> <p>Les 21 femmes étaient âgées de 41 à 73 ans dont la moyenne d'âge se situait à 54 ans. 16 étaient mariées ou cohabitaient, une célibataire, une veuve et 3 étaient divorcées. 16 avaient des enfants et 17 vivaient avec une autre personne.</p> <p>Cinq thèmes ont été identifiés : Se sentir en bonne santé mais avoir à s'adapter à la maladie, l'attente, l'incertitude, avoir à dire sa maladie et la conscience existentielle.</p> <p><u>Se sentir en bonne santé mais avoir à s'adapter à la maladie</u></p> <p>Le diagnostic semblait irréel pour la plupart des femmes. Elles décrivent cette expérience comme un tremblement de terre et mentionnent ressentir du stress, une crise, une paralysie et un chaos. Elles décrivent un sentiment d'irréalité comme si le monde avait brusquement changé et de manière dramatique. Pour la plupart d'entre elles, le diagnostic était effrayant et difficile à comprendre et à accepter car la plupart n'avaient pas remarqué de masse, de douleurs ou d'autres symptômes.</p> <p><u>L'attente</u></p> <p>Le temps d'attente entre le diagnostic et la chirurgie variait de 1 à 3 semaines et influence ainsi les réactions émotionnelles. Certaines femmes, qui étaient angoissées face à la mort, vivaient plus négativement cette période d'attente tandis que d'autres vivaient normalement. Pour la plupart des femmes, cette période d'attente a été vécue comme effrayante, sans espoir, longue et difficile à supporter. Elles voulaient que la chirurgie soit faite rapidement pour se concentrer sur leur vie. Devoir supporter ce temps d'attente à déclencher des réactions émotionnelles différentes et d'intensité différente: certaines avaient des crises d'anxiété, d'autres décrivent des émotions fluctuantes ou encore l'impression de ne pas contrôler ses émotions. Certaines étaient effrayées à l'idée que le cancer puisse grandir et se développer durant cette période d'attente. Même si les femmes étaient informées qu'elles devaient attendre pour connaître la date de la chirurgie, une était effrayé d'avoir été oubliée et appelait l'hôpital pour s'assurer qu'elle était sur la liste d'attente. Toutes savaient qu'elles pouvaient appeler l'hôpital à tout moment mais certaines avaient peur de déranger les professionnels de la santé alors que d'autres avaient peur d'appeler quelqu'un qu'elles ne connaissaient pas. Avoir la date de la chirurgie a diminué la peur et l'anxiété et à donner un sentiment de sécurité et de contrôle. Quelques femmes disaient qu'un certain temps était nécessaire pour se construire et se préparer physiquement et psychologiquement à ce qu'elles allaient subir.</p> <p><u>L'incertitude</u></p>
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'incertitude était reliée à trois situations : le futur, la chirurgie et l'ablation du sein. En considérant le futur, elles ressentaient des sentiments d'incertitude, de peur et d'épuisement. Plusieurs d'entre elles étaient nerveuses sur ce qui allait être dit lors de la rencontre préopératoire avec le médecin. Les inquiétudes et l'incertitude étaient en même temps reliées à la chirurgie elle-même mais aussi à ce qu'elle allait amener comme conséquences. Plusieurs femmes pensaient alors à quel genre de thérapie suivrait la chirurgie et comment celle-ci influencerait leur vie. Malgré l'information écrite sur la chirurgie et l'anesthésie, la perspective d'avoir une anesthésie provoque de l'incertitude et la perte de contrôle. Certaines étaient effrayées de la douleur et des nausées en postopératoire, d'autres étaient préoccupées par la cicatrice ou effrayées d'être dépendantes en postopératoire. Les examens en préopératoire comme la radiographie provoquaient également de l'incertitude. Certaines femmes étaient prévues pour une mastectomie et d'autre pour une tumorectomie mais le fait de garder le sein provoquaient aussi de l'incertitude face à l'avenir. La mastectomie étaient quant à elle acceptable, inquiétante ou terrifiante mais finalement d'une importance minoritaire face à l'intention de combattre le cancer. Pour les femmes qui pensaient que la mastectomie était terrifiante, elles reliaient surtout ceci par la défiguration du corps et la féminité réduite. Les réactions du conjoint étaient alors très importantes.

#### Avoir à dire sa maladie

Les participantes de la recherche considèrent leur famille et leurs amis proches comme le meilleur soutien. Cependant, pour la plupart d'entre elles, c'était un poids d'informer d'autres personnes importantes du diagnostic. Elles ont du lutter face aux questions posées et avaient peur que la nouvelle du diagnostic de cancer fasse paniquer leurs amis et leur famille. Pratiquement, toutes expliquent qu'elles devaient être fortes pour informer d'autres personnes de leur diagnostic. Cependant, certaines n'ont pas informé toute leur famille car elles voulaient les protéger. Enfin, certaines étaient ambivalentes de révéler ou non leur diagnostic. Dans certaines familles, les membres étaient effrayés et la femme les soutenait lorsqu'elle les informait.

#### Conscience existentielle

La plupart des femmes expriment une nouvelle conscience de la mort. L'une s'est préparée à mourir en quittant les clubs de ses hobbies. D'autres expriment du désespoir et une angoisse face à la mort. Elles étaient alors effrayées d'être séparées de leur famille et surtout de ne pas pouvoir voir grandir leurs enfants. Au contraire, certaines décrivent avoir appris à vivre dans le moment présent, à vivre de manière plus intense et à réduire l'importance du matériel. Certaines décrivent avoir

	sélectionné les personnes avec qui elles veulent passer le plus de temps. D'autres étaient convaincues que cette expérience du cancer les rendrait plus forte et les expériences de vie plus précieuses.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>La discussion est présentée sous la forme de reprise de chaque thème ressorti dans les résultats en lien avec les recherches antérieures.</p> <p><u>Se sentir en bonne santé mais avoir à s'adapter à la maladie</u></p> <p>Les chercheurs ont trouvé que la plupart des femmes ont eu de la peine à accepter leur diagnostic alors qu'elles se sentaient en bonne santé. Les participants ont eu l'impression que leur état de santé avait changé brutalement, elles ont du donc expérimenter une transition soudaine d'un état de santé à un état de maladie. Le manque de symptômes a été difficile pour déterminer un sens à la maladie. Les participantes décrivent ainsi que leur situation ambiguë a été difficile à comprendre et à s'y adapter. Les chercheurs ont remarqué que l'annonce du diagnostic peut entraîner des réactions émotionnelles qui peuvent être caractérisées par une crise psychologique. Les femmes ont lutté pour assimiler et accepter ce qui se passait. Les événements négatifs de la vie créent la détresse, laquelle affecte l'ajustement psychologique et souligne les besoins potentiels pour des conseils et du soutien psychosocial. Les infirmières sont des ressources pour interpréter et donner du sens à la maladie et pour assister à l'adaptation des changements de vie inclus par un événement de vie inattendu et négatif.</p> <p><u>L'attente</u></p> <p>Les résultats révèlent différentes réactions émotionnelles comme de l'anxiété, de la peur et de la souffrance durant le temps d'attente caractérisée par une forte incertitude. L'incertitude est estimée comme un « danger » dans la plupart des maladies graves. La plupart des participantes ont d'ailleurs estimé le diagnostic comme une menace, impliquant l'inconnu mais ont anticipé les conséquences négatives pour leur identité. D'autres participantes faisaient confiance à la chirurgie pour soulager leur souffrance, mais trouvaient que l'attente était difficile à supporter. La souffrance est définie comme une expérience individuelle, subjective et complexe qui implique l'affect d'une signification intensément négative à un événement ou à une menace perçue et elle apparaît lorsque la plupart des aspects de l'intégrité de la personne sont menacés ou perdus. Les infirmières devraient être capables de soutenir la personne à travers cette expérience, rendant ainsi la souffrance plus supportable.</p> <p>Les individus qui expérimentent une perte de contrôle face à leur situation ont tendance à présenter plus de problèmes liés</p>



	<p>au stress que ceux qui croient qu'ils peuvent influencer leur situation. La perte de contrôle a été démontrée comme créant de l'impuissance et de la dépression. Etre informée sur la date de la chirurgie aussi tôt que possible donnait aux participantes un sens de contrôle et de réassurance face au système de santé et allégeant ainsi les expériences de l'attente insoutenable.</p> <p>Des expériences positives dues à l'attente ont été relatées dans l'étude. Les femmes exprimaient avoir eu le temps de se préparer elles-mêmes physiquement et psychologiquement et acceptaient le diagnostic petit à petit. En effet, le diagnostic requiert du temps et le temps avant la chirurgie a été démontré dans une autre étude comme bénéfique face à des conséquences négatives en post-chirurgie.</p> <p><u>L'incertitude</u></p> <p>Le manque d'informations et l'imprévisibilité augmente l'incertitude face à la maladie. En effet, le besoin d'informations et l'imprévisibilité face au cancer et à son traitement augmentait leur peur et l'incertitude. Les femmes utilisent alors différentes stratégies de coping pour y faire face. Se concentrer sur le présent a permis à la plupart des femmes de continuer dans leur maladie, allégeant ainsi les peurs et l'anxiété. Elles ont cependant été très demandeuses d'informations sur le cancer ce qui permettait de réduire l'incertitude. En contraste, la recherche révèle que des informations générales étaient bienvenues mais que les informations détaillées étaient menaçantes. Ce que la plupart des femmes souhaitaient était des informations sur leur état actuel dans le processus de la maladie. Malheureusement, à ce stade de la maladie, l'information était impossible à obtenir.</p> <p>L'anxiété est très fréquente en préopératoire. La recherche a révélé que les pensées sur l'anesthésie et la chirurgie causaient eux-mêmes de la peur, de l'anxiété et de la perte de contrôle. Donner des informations sur les procédures de la chirurgie donne aux patientes un sens de contrôle et réduit l'incertitude face au système de santé et face au traitement. La peur des participantes se concentre essentiellement sur les résultats de la chirurgie que sur la chirurgie elle-même.</p> <p>Face à la mastectomie, les participantes partageaient différentes attitudes mais la principale préoccupation était d'anticiper le changement dans l'apparence. Toutes les femmes trouvent qu'il est moins grave de perdre leur poitrine si le risque de mort est diminué. La recherche révèle l'incertitude face aux effets de l'ablation du sein sur le sexe opposé. Certaines participantes lient leur sein à leur identité féminine et étaient effrayées de perdre de la valeur face aux femmes qui avaient encore deux seins. La réassurance du partenaire était très importante et essentiel pour que la femme reconnaisse sa propre</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>valeur et qu'elle se sente aimée.</p> <p><u>Avoir à dire sa maladie</u></p> <p>Devoir dire sa maladie à d'autres personnes importantes était une lourde charge pour la plupart des participantes. D'ailleurs, certaines l'ont gardé pour elles dans le but de prévenir la détresse d'autres personnes. Par ailleurs, il était remarquable de voir comment les participantes essayaient d'alléger le poids du diagnostic pour leur famille en choisissant les mots et en étant forte, impliquant de se priver de leurs émotions. Cependant, l'expression des émotions peut être associée par une diminution de la détresse. Les participantes donnaient la priorité à l'expression des émotions des membres de leur famille. Cette méthode implique soit un poids supplémentaire face au contrôle de soi soit l'évitement d'être submergées. Les femmes ayant un cancer du sein semblent être déchirées entre leur propre besoin de soins et celui de leurs enfants. Cependant, le fait de privilégier les besoins de leurs enfants était une manière de maintenir leur rôle de bonne mère dans une famille normale. C'est possible que cette attitude ait été bénéfique pour les femmes.</p> <p>Des interactions sociales peuvent aider en soutenant et en donnant des informations. Cependant, la présence de réseaux sociaux n'est pas toujours bénéfique car ils peuvent être une source de détresse. Paradoxalement, les femmes sont devenues consolatrices face à leur famille au lieu d'être consolées. La plupart ont même augmenté un niveau de détresse en développant un sentiment de culpabilité pour affronter la détresse des autres. Par conséquent, les réseaux sociaux n'ont pas été expérimentés comme des ressources.</p> <p><u>La conscience existentielle</u></p> <p>L'anxiété face à la mort était présente chez toutes les participantes. Leur existence, valeurs et les besoins de base étaient menacés. Les participantes ont lutté pour essayer de trouver un sens à cette crise qui menaçait leur intégrité. Lutter avec l'incertitude et les menaces existentielles peut conduire à mieux reconnaître les valeurs de la vie. L'appréciation de la vie est stimulée quand un sens peut être trouvé dans des situations de grande incertitude. La plupart des participantes ont mis des priorités dans leur vie. Elles ont également découvert l'importance de vivre le moment présent et d'apprécier de vivre. L'importance de trouver un sens à leur maladie peut renforcer les capacités d'adaptation. Trouver un sens à la maladie permet aux individus de se fixer des objectifs et d'envisager d'éventuels avantages à cette expérience. Certaines femmes ont même réussi à envisager positivement le cancer du sein et ont été persuadés que celui-ci avait renforcé leur mental.</p> <p>Les résultats sont généralisables et mis en lien avec plusieurs recherches préalables mais une recherche avec un</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>échantillon plus varié serait utile.</p> <p><u>Limites de l'étude</u></p> <p>Les participantes venaient de la même région géographique avec une culture semblable. La deuxième limite est le fait que les patientes les plus anxieuses ont refusé de participer à l'étude.</p>
Perspectives	<p>Pour les soins infirmiers, il est important de comprendre l'expérience individuelle de chaque individu face à la maladie, les interprétations et les facteurs contextuels. Pour augmenter le degré d'ajustement de ces patientes, les chercheurs suggèrent que les soignants devraient être sensibles à l'expérience existentielle et individuelle des femmes et devraient leur offrir des occasions pour s'exprimer. Ils devraient être sensibles au fait que l'attente leur permet de se préparer physiquement et psychologiquement à la chirurgie et les soutenir face à la charge qu'est d'annoncer le diagnostic à leur famille. En effet, ils devraient savoir que le fait de connaître la date de la chirurgie diminue l'anxiété.</p> <p>Cette recherche donne des pistes pour trouver des actions en préopératoire. Les futures recherches devraient être dirigées sur des études de suivi sur l'impact potentiel d'une expérience préopératoire sur l'expérience en postopératoire concernant l'adaptation physique, psychologique, sociale et spirituelle. Des études sur les interventions pourraient être menées.</p>
<b>Evaluation globale</b>	<p>Les résultats sont probants. Cependant, ils ne sont parfois pas bien détaillés quant au nombre de participantes qui expriment une affirmation.</p>

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Qualitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 2

<b>Aspects du rapport</b>	Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., Birk, J.S & Bovbjerg, D.H. (2002). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> . 26 : 153-164. <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre : « Source de détresse anticipée chez les patientes dans l'attente d'une chirurgie du sein ». Le titre ne spécifie pas que la population est ciblée auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein, ce qui manque pour une bonne compréhension de la recherche. Cependant, le cancer est mentionné dans le résumé et dans les mots mesh.
<b>Résumé</b>	Le résumé comprend implicitement l'introduction, le but de la recherche, la méthodologie, les principaux résultats et la discussion qui s'attarde sur les implications pour la clinique et les recherches futures. Le résumé est bref mais contient l'essentiel. Il est écrit sous forme de texte lié et suivi.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Chaque année aux Etats-Unis, 150 000 femmes subissent une tumorectomie ou mastectomie à la suite d'un cancer du sein et plusieurs centaines de milliers de femmes subissent une biopsie dans le but d'un diagnostic. Le stress anticipé a été prouvé être élevé dans des recherches antérieures car ces femmes doivent alors faire face à la menace de l'anesthésie, de la chirurgie, du diagnostic et du pronostic potentiellement mortel de la maladie. Dans de nombreuses recherches antérieures en chirurgie générale, la détresse en préopératoire a été liée aux nausées, aux douleurs, à l'augmentation de l'hospitalisation et des problèmes cardiaque en postopératoire. Cependant, peu d'études ont recherché les facteurs qui peuvent influencer les variations de détresse anticipée. Actuellement, les études ont permis de découvrir des variations en fonction des caractéristiques de la personnalité mais ne se sont pas penchées sur les informations du diagnostic ou les craintes des patients.
Recension des écrits	Les recherches antérieures ont suggéré que l'optimisme et le pessimisme pourraient influencer la détresse ressentie par les patientes en préopératoire d'une chirurgie. De plus, les recherches antérieures ont également permis de lier l'anxiété à la détresse en préopératoire ; plus l'anxiété est forte, plus la détresse est importante.
Cadre théorique ou conceptuel	En préopératoire, les femmes doivent tout d'abord faire face à la menace du cancer lui-même. En effet, de nombreuses personnes continuent à considérer le cancer comme une sentence de mort. Donc, les femmes qui subissent la chirurgie à la suite du diagnostic sont au risque d'une plus grande détresse que les femmes qui subissent

	la chirurgie à des fins de diagnostic. L'impact du diagnostic de cancer sur la détresse des patients n'a pas été encore abordé dans la recherche selon les chercheurs. De plus, les femmes qui subissent une chirurgie doivent à la fois faire face au cancer mais également aux craintes de la chirurgie telle que l'anesthésie par exemple. La détresse peut ainsi débuter dès que le médecin en discute avec le patient notamment pour les patients très inquiets de la chirurgie. Enfin, les patientes amènent leurs propres ressentis et leur style de personnalité par rapport à l'intervention chirurgicale.
Hypothèses	<p>Les chercheurs définissent plusieurs hypothèses afin d'investiguer les sources de détresse des patientes en attente de chirurgie suite à leur cancer du sein :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patientes ayant reçu un mauvais diagnostic par leur chirurgien avant la chirurgie ont une plus grande détresse anticipée</li> <li>- Les patientes qui ont le plus d'inquiétudes face à leur état de santé (ce que les chirurgiens peuvent découvrir) auront une détresse anticipée plus grande</li> <li>- Les patientes qui ont le plus d'inquiétudes sur la chirurgie elle-même auront une plus grande détresse anticipée</li> <li>- Les patientes avec une personnalité optimiste auront moins de détresse anticipée</li> <li>- Les patientes avec une personnalité pessimiste auront plus de détresse anticipée</li> <li>- Les patientes avec de hauts degrés d'anxiété auront une plus grande détresse anticipée</li> </ul> <p>Les résultats de cette étude devraient donc fournir une base solide pour déterminer quelles patientes sont le plus à risque de développer une grande détresse émotionnelle en postopératoire et pourront contribuer au développement d'interventions visant à réduire la détresse émotionnelle.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une recherche de type quantitatif descriptif simple.
Population et contexte	61 femmes ont été recrutées à la suite de la consultation préopératoire. Les patientes ont été recrutées par deux chirurgiens. Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé. De ces patientes qui ont été invitées à participer à l'étude, 95% ont accepté. Trois participantes ont refusé à cause de difficultés de compréhension de l'anglais. Afin d'obtenir un échantillon homogène, les chercheurs ont délimité des critères d'inclusion : patientes

	<p>devaient subir une biopsie du sein ou une tumorectomie. Un critère d'exclusion était le traitement pour une maladie psychiatrique et la mastectomie car la chirurgie et la procédure d'anesthésie varie de celle de la biopsie ou de la tumorectomie. L'inclusion à la fois de la biopsie du sein et la tumorectomie produit l'hétérogénéité nécessaire de l'échantillon pour examiner l'influence du diagnostic préliminaire du cancer du sein sur la détresse anticipée. Toutes les participantes ont reçu le même protocole d'anesthésie et aucune n'a reçu de prémédication à la consultation préopératoire.</p> <p>Avant la chirurgie, 26% de l'échantillon était programmé pour une tumorectomie et 74% pour une biopsie du sein. Sur les participantes prévues pour une biopsie du sein, 5% ont reçu des informations par leur chirurgien que la masse dans la poitrine était inquiétante, 41% ont reçu une information qu'il y avait une certaine inquiétude sur la masse présente et 28% ont reçu une information que la masse devait certainement être bénigne mais qu'elle devait être enlevée pour la vérifier. La biopsie que toutes les participantes ont subie était nécessaire pour poser un diagnostic et l'étendue des cellules cancéreuses des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein était déterminée par la chirurgie.</p> <p>L'échantillon a été finalement de 58 femmes, ce qui est adéquat vu le contexte de la recherche et le type de devis.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Plusieurs questionnaires ont été soumis aux participantes en plus des données démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la détresse (Profile of Mood States-Short Version, S-POMS) Le SV-POMS a été utilisé pour évaluer la détresse avant la chirurgie (Evaluation de 6 affects : tension-anxiété, dépression-abattement, peur-hostilité, vigueur-activité, fatigue-inertie, confusion-désorientation) ce qui permet de fournir un score de l'humeur</li> <li>- Evaluation de l'optimisme et du pessimisme (The Life Orientation Test, LOT)</li> <li>- Evaluation de l'anxiété (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS)</li> <li>- Evaluation des comportements sociaux (Marlow-Crowne Social Desirability Scale, MCSDS)</li> <li>- Si elles pensaient avoir un cancer ou non (Echelle de « certainement pas » à « oui » par une échelle visuelle, VAS)</li> <li>- Si elles étaient inquiètes par rapport à ce que le chirurgien pourrait trouver (VAS)</li> </ul> <p>Pour vérifier les divergences d'interprétation de discours entre les patients et les chirurgiens, les chirurgiens ont</p>

	<p>évalué ce qu'ils avaient dit à leur patient et les patients ont évalué ce que leur chirurgien leur avait dit concernant le diagnostic initial. Cette évaluation a été faite à l'aide d'une échelle de Likert sur 5 points de 1 (100% sûr que la tumeur est bénigne et elle sera éliminée pour d'autres raisons) à 5 (c'est certainement un cancer du sein, une tumorectomie ou mastectomie devra être prévue).</p> <p>Variables indépendantes : mesures démographiques, sources de la détresse</p> <p>Variables dépendantes : détresse</p>
Déroulement de l'étude	Les questionnaires ont été distribués après la consultation préopératoire avec le chirurgien et après que les femmes aient donné leur consentement écrit. Elles ont ensuite rempli les questionnaires à la maison avant la date de l'intervention chirurgicale.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les analyses des données ont été conduites en trois phases distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des relations possibles entre les variables démographiques et la détresse ont été évaluées pour une éventuelle inclusion dans les analyses de corrélation si les relations avec la détresse (<math>p &lt; 0.10</math>) étaient significatives.</li> <li>- Les relations bivariées entre les sources hypothétiques de détresse (diagnostic initial, inquiétude par rapport au cancer, inquiétude par rapport à la chirurgie, optimisme et pessimisme) et la détresse ont été analysées</li> <li>- Les variables qui ont démontré des relations avec la détresse (<math>p &lt; 0.10</math>) ont ensuite été incluses dans des équations de régression à la prédiction de la détresse</li> </ul>
Présentation des résultats	<p>Les analyses des relations possibles entre les variables démographiques (ethnie, état matrimonial, éducation, âge) et le chirurgien qui a suivi la patiente et la détresse n'ont révélé aucune relation significative (<math>p &gt; 0.10</math>). Par conséquent, ces variables n'ont pas été incluses dans les analyses ultérieures.</p> <p>Les relations bivariées entre les sources hypothétiques de détresse et la détresse sont présentées sous forme de tableau. L'inquiétude du patient sur ce qu'allait trouver le chirurgien durant l'intervention, l'inquiétude par rapport à la chirurgie en elle-même, l'anxiété mesurée par le TMAS, les comportements sociaux mesurés par le MCSDS, l'optimisme et le pessimisme mesurés par le LOT ont une relation statistiquement significative avec la détresse ressentie par les patientes en préopératoire. La relation avec les informations données par le chirurgien sur le diagnostic, les informations du diagnostic comprises par les patients et les croyances si les patientes avaient ou non</p>

	<p>un cancer ne sont pas significatives avec la détresse. Le type de chirurgie (biopsie ou tumorectomie) n'a également pas de relation significative avec la détresse émotionnelle.</p> <p>L'inquiétude sur ce que le chirurgien va trouver durant l'intervention, l'inquiétude sur la chirurgie elle-même et l'optimisme contribuent à 46% de la détresse ce qui correspond à un résultat significatif. L'anxiété se révèle également être un prédicteur de la fatigue ce qui est significatif.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats de cette étude indiquent que les facteurs personnels et contextuels contribuent à la détresse des patientes en préopératoire. Les patientes qui ont le plus d'inquiétudes sur ce que va trouver le chirurgien et sur la chirurgie elle-même ont présenté une plus grande détresse. Au contraire, les patientes qui étaient le plus optimistes présentaient une plus faible détresse en préopératoire. Étonnamment, le diagnostic initial n'a pas contribué à la détresse pas plus que le niveau auquel les femmes croyaient qu'elles avaient un cancer. Ainsi, il semblerait que le pronostic et la chirurgie ainsi que l'optimisme soient les facteurs les plus influençant le niveau de détresse. En effet, ils représentent 46% à eux seuls de la variance de la détresse. L'anxiété n'a pas contribué à la détresse.</p> <p>Un des aspects importants de l'étude est la relation significative entre les informations au moment du diagnostic autant rapporté par le chirurgien que par le patient et la détresse émotionnelle en préopératoire. De plus, un mauvais diagnostic initial ne prédit pas une plus haute détresse. Ce résultat est d'ailleurs compatible avec une recherche antérieure qui avait prouvé que la détresse n'était liée au diagnostic et ceci dans un échantillon de personnes atteintes de différents cancers. Dans cette recherche, le niveau de détresse évalué par les participantes est plus élevé que les personnes traitées par chimiothérapie ou les femmes saines, résultats reportés dans des recherches antérieures. Pourtant, le résultat de cette présente étude est compatible avec d'autres études.</p> <p>Les chercheurs expliquent à la fin de leur recherche que d'autres études sont nécessaires pour généraliser ces résultats à des patients atteints d'autres cancers. Ils ne sont donc pas généralisables à tout cancer mais au cancer du sein.</p> <p>La première limite mise en évidence est le fait du devis corrélationnel ce qui ne permet pas d'assurer la causalité. Une seconde limite de cette étude est que l'on pourrait croire les réponses aient été biaisées. Cependant, cela ne paraît pas possible car les relations décrites étaient spécifiques (effets de l'optimisme mais pas du pessimisme) et les chercheurs étaient en mesure de contrôler les comportements sociaux à l'aide de l'échelle MCSDS. La troisième</p>



	limite est que les chercheurs n'ont pas évalué tous les facteurs médicaux et caractériels qui auraient pu influencer la détresse. La quatrième limite est la tendance de l'anxiété qui a été révélée mais qui peut être limitée par la taille de l'échantillon. De plus, un nombre limité de chirurgiens a été impliqué dans l'étude.
Perspectives futures	Les travaux futurs devraient intégrer une évaluation prospective (dans le temps) de la détresse comme une évaluation quotidienne par exemple afin de confirmer les effets décrits ici. Les recherches futures devraient également se pencher davantage sur les différents facteurs médicaux et caractériels (ex : névrose) qui peuvent influencer la détresse émotionnelle. L'influence de l'anxiété pourrait être davantage approfondie avec un échantillon plus grand. Comme mentionné dans des recherches antérieures, la détresse implique de nombreux effets en postopératoire. Cette étude suggère des méthodes de dépistage de la détresse en préopératoire et des interventions pour les patientes qui en ont besoin. Des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses comme l'hypnose ont été démontrées, dans des recherches antérieures, efficaces contre la détresse émotionnelle et peuvent être une solution à titre de prévention dans les jours précédents la chirurgie.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien écrit, structuré. L'analyse de cet article est facilitée par sa mise en page, l'explication des résultats inscrits dans les tableaux.

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Quantitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

### Recherche 3

<b>Aspects du rapport</b>	Bruggink, L.T. (2010). Improving preoperative education in breast cancer patients: the influence of monitoring and blunting coping styles. <i>Medisch Spectrum Twente</i> : 1-27. <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre : « Améliorer l'éducation préopératoire des patientes atteintes d'un cancer du sein : l'influence de la surveillance et de la perturbation des stratégies d'adaptation ». Ce titre de recherche permet de comprendre finement la recherche et a été écrite comme thèse de master en communication. Le titre de l'écrivain n'est cependant pas décrit. La recherche a été élaborée en Hollande.
<b>Résumé</b>	Le résumé reprend l'objectif de la recherche, la méthode, les résultats, la conclusion et les implications pour la pratique. Le résumé est clair, il reprend les informations essentielles et est visuel à la lecture. Les mots Mesh sont également déterminés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Les patientes atteintes d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie sont sujettes à une période d'incertitude et de vulnérabilité. Le diagnostic et la phase de traitement sont caractérisés par un stress élevé avec une courte période pour accepter le diagnostic et envisager les options de traitement et faire face aux effets secondaires à celui-ci. Cette courte période peut amener l'individu à un sentiment de perte de contrôle et à des sentiments d'impuissance.
Recension des écrits	Quelques études et revues antérieures indiquent cependant que recevoir une information adéquate peut aider les patientes atteintes d'un cancer dans la compréhension de leur maladie, évaluer les conséquences possibles, traiter leur expérience et déterminer des moyens pour gérer leur stress. Par les informations reçues, les personnes devant subir une chirurgie peuvent leur permettre de visualiser la procédure et de construire des attentes réalistes ce qui augmente le contrôle perçu et diminue le stress et l'anxiété. De plus, les informations reçues peuvent conduire à augmenter l'implication dans la prise de décision, l'augmentation de la satisfaction dans les choix de traitement, augmentent les stratégies d'adaptation durant le diagnostic, le traitement et les phases post-traitement, augmentent la perception de contrôle perçu, de l'espoir et de l'autonomie et diminuent l'anxiété, la peur et la détresse. Ces résultats démontrent l'importance de fournir une information suffisante alors que la recherche démontre la tendance des soignants à sous-estimer les besoins d'information des patients. Par conséquent, une meilleure compréhension est

	<p>nécessaire sur les différences individuelles face à l'information et la santé psychologique et sur les moyens possibles pour réaliser ces améliorations.</p> <p>L'article va discuter d'une possible explication de la compréhension individuelle des besoins d'information, lesquels sont déterminés par les stratégies d'adaptation utilisées par la personne ou les réponses d'une personne à une situation de santé stressante. Un regard plus approfondi sera recherché par les cadres de référence tels que la surveillance et l'évitement des stratégies d'adaptation. Puis, comme la fourniture d'informations aux patientes atteintes d'un cancer suggère avoir un effet positif sur la satisfaction des patients, la détresse et le contrôle perçu, ces résultats seront discutés avec la surveillance et l'évitement des stratégies d'adaptation. Enfin, l'utilisation d'une éducation du patient assistée par ordinateur sera discutée comme un moyen d'augmenter la fourniture d'informations dans les milieux de soins actuels et d'aider les professionnels de la santé à sensibiliser l'information préopératoire aux stratégies d'adaptation des patientes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il existe plusieurs théories et concepts utilisés dans cette recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les styles d'adaptation cognitifs</b> : Ils représentent des efforts cognitifs et comportementaux des individus pour faire face à des situations stressantes. Deux concepts centraux ont été établis : l'attention ou l'engagement versus l'évitement ou le désengagement. Le cadre théorique correspondant à ces concepts le plus souvent utilisé est le contrôle- l'évitement et sera utilisé dans cette recherche pour identifier les différences de besoins d'informations pour les patients en préopératoire d'une chirurgie de cancer du sein et pour définir des mesures de résultats.</li> <li>- <b>Contrôle et évitement</b> : Ce sont deux stratégies d'adaptation. Le contrôle est défini comme la tendance à rechercher des informations pertinentes sur la menace tandis que l'évitement est défini comme la tendance à éviter les informations sur la menace de manière cognitive et à rechercher de la distraction par rapport à la menace. Au début, ces deux stratégies étaient définies comme opposées mais aujourd'hui, elles sont plutôt indépendantes. Miller a défini 4 groupes de personnes : grand contrôle (recherche informations), faible contrôle (évitent l'information), grand évitement (distraction) et léger évitement (pas de distraction). <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>L'influence de la menace élevée sur les situations de soins</i> : La différence entre le contrôle et l'évitement est susceptible d'être significative dans des situations stressantes.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>L'influence des facteurs démographiques et psychologiques</i> : Les stratégies d'adaptation utilisées n'ont pas pu être mises en lien avec les facteurs démographiques et psychologiques dans les recherches antérieures.</li> <li>○ <i>L'impact des mesures de résultat</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La satisfaction des patients</i> : Les personnes utilisant le contrôle désirent de nombreuses informations détaillées comme moyen pour réduire leur incertitude et promouvoir leurs sentiments de contrôle. Les personnes utilisant un grand contrôle sont plus demandeuses et ont rapporté moins de satisfaction avec le traitement et l'information qu'ils ont reçue. Au contraire, les patients évitant évitent les informations négatives et les informations de santé stressantes et sont donc plus susceptibles d'être satisfaits avec les informations reçues.</li> <li>▪ <i>La détresse psychologique</i> :</li> <li>▪ <i>Le contrôle perçu</i></li> </ul> </li> <li>- <b>Mesurer le style d'adaptation</b> : Le style d'adaptation a été mesuré à l'aide d'une échelle : the Threatening Medical Situations Inventory (TMSI) et se focalise sur le domaine des situations médicales menaçantes. Le TMSI se compose de quatre situations médicales menaçantes variant dans la prédiction et le contrôle. Chaque scénario est suivi par trois alternatives de surveillance ou d'évitement, à répondre sur une échelle de 5 points.</li> <li>- <b>Education du patient basé sur l'ordinateur</b> : L'utilisation d'un outil multimédia comme l'ordinateur semble un moyen prometteur pour aider les soignants et augmenter leurs activités éducatives car les personnes retiennent très peu les informations données par le corps médical. L'ordinateur par des programmes éducatifs utilisant des vidéos, de l'animation, des images avec ou sans du texte à l'appui permet une implication de l'utilisateur par des exercices, des questions et réponses en permettant à l'utilisateur d'avoir le contrôle de l'information. Des recherches antérieures ont d'ailleurs permis de mettre en évidence que les programmes d'éducation par ordinateur augmentent de manière significative le niveau de connaissances. Cependant, les recherches se basant uniquement sur la période préopératoire sont rares.</li> </ul>
Hypothèses	<p>Les hypothèses sont formulées sous forme de but de la recherche puis détaillées à l'aide de questions de recherche. Le premier but était d'évaluer la manière dont l'expérience du cancer du sein par les patientes est influencée par la</p>

	<p>consultation conventionnelle orale préopératoire et d'explorer comment les résultats mesurés se manifestent durant les soins préopératoire. Le second but visait à explorer l'effet des stratégies d'adaptation de surveillance et d'évitement sur l'éducation reçue par le patient en préopératoire. Le troisième but était de tester l'efficacité de l'utilisation d'une application multimédia animée comparée à une éducation orale conventionnelle sur la variation des résultats de mesure.</p> <p>Les recherches antérieures sur les stratégies d'adaptation suggèrent que les professionnels de la santé devraient être plus sensibles aux différences individuelles dans les besoins d'information. L'utilisation d'une éducation par ordinateur semble prometteuse et augmente les activités d'éducation car elle augmente les connaissances, la satisfaction du patient, le contrôle perçu et diminue les degrés de détresse et d'anxiété préopératoire. Cependant, aucune recherche ne s'est axée sur la période préopératoire évaluant les stratégies d'adaptation et les besoins d'information et de soutien à ce moment-là. De plus, les études évaluant l'efficacité d'un programme d'éducation par ordinateur ne se sont pas adressées à la chirurgie en générale ou à la chirurgie des patients atteints d'un cancer. Ainsi, l'université de Twente en Hollande a développé un programme d'éducation contenant toutes les informations basiques dont un patient a besoin de savoir sur la chirurgie du sein et sur le traitement spécifique qu'il peut recevoir.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est un devis quantitatif contrôlé.
Population et contexte	Des patientes devant subir une chirurgie curative du cancer du sein des deux hôpitaux hollandais alliés à l'étude ont participé à cette recherche. Les patientes atteintes d'un cancer du sein ont été incluses à l'étude durant 4 mois, de novembre 2009 à mars 2010. Les critères d'exclusion étaient : recevoir un traitement de chimiothérapie, avoir un retard mental, être en situation palliative, subir des rayons-X. L'échantillon a été composé de 42 patients pour le premier questionnaire, 40 pour le second et 37 patients pour le dernier questionnaire. La taille de l'échantillon est adéquate mais pourrait être plus grande.
Collecte des données et mesures	<p>Les différents questionnaires écrits ont été administrés à 3 moments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Après la première consultation avec l'oncologue et l'infirmière praticienne, les patientes ont pris le questionnaire et l'ont rendu environ une semaine plus tard. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Contenu : caractéristiques du patient, accès et utilisation d'internet, information reçue, lecture des</i></li> </ul> </li> </ul>

	<p><i>informations données, comportement de recherche d'informations, surveillance/évitement, connaissances, satisfactions avec les soins, degré de détresse, anxiété préopératoire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Après la consultation éducative préopératoire avant la chirurgie, environ une semaine après la première consultation. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Contenu : type de chirurgie, satisfaction de la consultation avec l'infirmière du centre de soin de la femme, contrôle perçu, satisfactions avec les soins, connaissances, degré de détresse et anxiété préopératoire</i></li> </ul> </li> <li>- Après que les patientes aient subi la chirurgie, l'infirmière du centre de la femme a rappelé aux patientes de remplir le 3<sup>ème</sup> questionnaire avant que les patientes reçoivent les résultats de leur chirurgie. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Contenu : type de chirurgie, représentation de sa santé, satisfaction avec la chirurgie, information reçue à propos de la chirurgie, recherche d'informations après la consultation avec l'infirmière de soins de la femme, anxiété préopératoire, satisfaction avec les soins, perceptions du contrôle et degré de détresse</i></li> </ul> </li> </ul> <p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées à l'aide d'échelles et d'items mesurés dans les différents questionnaires.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Après que les femmes aient été diagnostiquées avec un cancer du sein, elles ont reçu l'information sur le traitement proposé et sur la chirurgie, sur les traitements ultérieurs et les risques possibles et complications durant une consultation avec leur oncologue et une infirmière praticienne. Suite à la consultation, l'étude a été présentée et les patientes ont été invitées à y participer. Environ une semaine après cette première consultation, toutes les patientes ont reçu une consultation éducative préopératoire avec l'infirmière du centre de soin de la femme. Durant cette consultation, les patientes ont reçu des informations adaptées sur la spécificité de leur chirurgie, de la procédure du traitement, sur les attentes après la chirurgie et un temps de questions personnelles a été mis à disposition. Des informations ont ensuite été fournies à l'aide de brochures.</p> <p>Un consentement écrit a été demandé avant l'administration du premier questionnaire.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide du SPSS puis des t-tests ont été entrepris pour l'anxiété, la dépression, la satisfaction et les besoins d'informations qui étaient mesurés à trois moments. Des t-tests ont également été faits</p>

		pour les connaissances, le contrôle perçu, l'anxiété préopératoire, les besoins d'informations préopératoires et les comportements de recherche d'informations qui étaient mesurés à deux moments. Puis, les différences entre les personnes utilisant un grand ou faible contrôle et celles utilisant un grand ou faible évitement ont été analysées avec toutes les variables précédentes.
Présentation des résultats		<p><b>Consultation préopératoire</b></p> <p>La première question de recherche s'intéresse à la manière dont les patientes atteintes d'un cancer du sein expérimentent la consultation conventionnelle orale préopératoire. Les patientes ont évalué la consultation préopératoire avec une moyenne de 8,4 sur 10 ; elles l'ont évalué sur les compétences techniques, les compétences interpersonnelles, les compétences informationnelles et la disponibilité de l'infirmière de centre de soin de la femme. Les patientes ont décrit l'information qu'ils ont reçue en accord avec la réalité. Des patients ont manqué d'informations spécifiques sur la situation dans laquelle ils se sont trouvés après la chirurgie, mais la plupart des gens étaient satisfaits avec l'information qu'ils ont reçu.</p> <p><b>Résultats mesurés durant les soins préopératoires</b></p> <p>Des questionnaires ont été administrés après le diagnostic, après la consultation préopératoire et après la chirurgie pour investiguer les différences dans les degrés de besoins d'informations, de connaissances de satisfaction avec les soins médicaux et les soins de l'infirmière du centre de soins de la femme, le contrôle perçu, la détresse psychologique et l'anxiété préopératoire. Les besoins d'information en préopératoire n'ont pas varié au cours du temps. Des scores élevés de l'information sur la chirurgie et l'information sur les résultats des tests révèlent que ces sujets sont plus importants pour les patientes atteintes d'un cancer du sein. En ce qui concerne les informations supplémentaires, plus de la moitié des patientes ont recherché l'information activement après qu'elles aient reçu leur diagnostic de cancer du sein et avant la consultation préopératoire. Après cette consultation, 40% des patientes ont recherché des informations complémentaires auprès des amis ou de la famille, d'internet ou d'autres patients principalement. Les recherches après le diagnostic concernaient principalement le cancer du sein, la chirurgie, les traitements complémentaires, la récupération après la chirurgie et le pronostic. Les patientes présentent une grande satisfaction face aux soins médicaux (8/10) et face au centre de soins de la femme (8.5/10). La satisfaction face aux soins médicaux reste constante durant les soins préopératoires alors que la satisfaction est en légère baisse au cours</p>

	<p>du temps pour le centre de soins de la femme. Les patientes ont alors dit être satisfaites de la chirurgie. En ce qui concerne les degrés de connaissances, des différences significatives ont été mises en évidence avant et après la consultation préopératoire pour les connaissances sur le cancer du sein, sur la chirurgie et les connaissances globales. Comme les patientes ont recherché activement de l'information, cette notion ne peut pas être attribuée à la consultation préopératoire avec certitude. Par rapport à la détresse psychologique, de hauts degrés d'anxiété et de dépression n'ont pas été trouvés. De plus, l'anxiété et la dépression ont diminué de manière significative en préopératoire avec des scores faibles après la chirurgie, ce qui peut paraître surprenant car les patientes étaient en attente de leurs résultats. Cependant, l'anxiété préopératoire était plus importante pour les résultats que pour l'anesthésie et la chirurgie. Les patientes ont estimé le contrôle perçu raisonnable face à toutes les dimensions</p> <p><b>Adaptation et socio-démographie</b></p> <p>Les styles d'adaptation sur le contrôle ou l'évitement ont été analysés avec les caractéristiques socio-démographiques. L'âge a été négativement corrélé avec les scores d'adaptation de contrôle et positivement corrélé avec l'adaptation par l'évitement. Les personnes utilisant un grand contrôle avaient reçu une éducation plus élevée que ceux utilisant un faible contrôle et celles utilisant un grand ou faible évitement. De plus, une expérience antérieure du cancer du sein dans la famille ou les amis prédit une stratégie d'adaptation plus élevée de contrôle.</p> <p><b>Adaptation et satisfaction du patient</b></p> <p>Comme les personnes étant plus dans le contrôle demandent plus et reportent une plus légère satisfaction avec les soins reçus, ils sont moins satisfaits de la consultation préopératoire et des informations préopératoires. Les personnes utilisant un grand évitement étaient alors plus satisfaites avec les soins reçus surtout aux temps 2 et 3 alors que les différences étaient légères au temps 1 en comparaison avec les personnes utilisant un léger évitement.</p> <p><b>Adaptation et information préopératoire</b></p> <p>Les personnes étant plus dans le contrôle désiraient davantage d'informations que ceux qui étaient plus légèrement dans le contrôle, les résultats étaient significatifs aux temps 1 et 2 concernant les informations sur la chirurgie. L'utilisation d'internet était à la fois élevée pour les personnes étant plus ou moins dans le contrôle. La recherche d'informations complémentaires était plus élevée pour les personnes dans le contrôle aux moments T1 et T2. Elles ont alors cherché plus de sujets au moment T1 mais de manière surprenante, les personnes ayant un contrôle plus</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>faible ont recherché davantage de sujet au moment T3.</p> <p>Les besoins d'informations étaient plus faibles pour les personnes dans l'évitement. Bien que la recherche d'information fut plus faible que les personnes dans le contrôle, ce sont les personnes le plus dans l'évitement qui ont recherché davantage d'informations comparé aux personnes étant moins dans l'évitement au moment 1 et 3.</p> <p><b>Adaptation et connaissances, détresse, anxiété et contrôle perçu</b></p> <p>Les connaissances sont plus élevées chez les personnes dans le contrôle que celles dans l'évitement alors que les différences étaient très faibles selon le degré d'évitement. Pour la détresse psychologique, les personnes qui sont plus dans le contrôle ont ressenti plus d'anxiété que les personnes étant faiblement dans l'évitement. Les scores de dépression ont été largement plus élevés pour les personnes étant largement dans le contrôle. Pour les personnes faiblement évitantes, l'anxiété et la dépression ont été plus faibles aux temps 1 et 2 que les personnes très évitantes mais pas au temps 3. L'anxiété et la dépression ont été positivement corrélées avec l'adaptation par le contrôle tandis qu'ils étaient négativement corrélés avec l'adaptation par l'évitement. Les résultats ont été comparables pour l'anxiété préopératoire. Les personnes plus dans le contrôle étaient plus anxieuses pour la chirurgie et les résultats postopératoires mais pas pour l'anesthésie. L'anxiété préopératoire a été plus faible pour les personnes étant plus dans l'évitement. Enfin, les différences de contrôle perçu étaient incohérentes entre les personnes plus ou moins dans le contrôle. Cependant, pour les personnes plus dans l'évitement, le contrôle perçu était plus élevé que les personnes moins dans l'évitement. Le contrôle perçu est corrélé de manière positive avec l'évitement contrairement au contrôle.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b>Patientes atteintes d'un cancer du sein</b></p> <p>Toutes les patientes étaient largement satisfaites (8/10) avec la consultation préopératoire, avec les soins médicaux et les soins du centre de la femme. Les personnes étant dans un grand contrôle étaient plus demandeuses et ont rapporté moins de satisfaction avec les soins reçus ce qui est en accord avec les recherches antérieures. Les informations supplémentaires obtenues par le haut contrôle après le diagnostic et avant la consultation préopératoire, peuvent avoir amené à une meilleure satisfaction avec les informations obtenues lors de la consultation préopératoire. Dans cette étude, les connaissances ont augmenté après la consultation préopératoire alors que le degré d'anxiété et de dépression a diminué après la chirurgie. L'anxiété préopératoire et le contrôle perçu n'ont cependant pas été</p>

	<p>modifiés durant les soins préopératoires.</p> <p><b>Contrôle et évitement</b></p> <p>Les personnes utilisant un grand contrôle étaient plus jeunes et avaient une éducation plus élevée que les personnes faiblement dans l'évitement et avaient des connaissances plus pointues sur le cancer du sein et la chirurgie. De plus, ces personnes-là étaient plus actives dans la recherche de sujets d'informations et avaient plus besoin d'informations en préopératoire. Pour les personnes dans l'évitement, la différence dans les besoins d'informations était faible entre le niveau d'évitement. Cependant, plus de la moitié des personnes dans l'évitement, tout niveau confondu, ont recherché des informations supplémentaires après leur diagnostic. Ceci peut s'expliquer par l'échantillon. En effet, un chercheur a démontré que les personnes atteintes d'un cancer du sein recherchaient plus d'informations comparé à d'autres patients atteints de cancer.</p> <p>Des recherches précédentes suggèrent que dans des situations qui sont hors de contrôle comme la chirurgie du cancer ; les personnes dans le contrôle expérimentent plus de détresse que celles qui sont dans un faible évitement. Dans cette étude, les personnes plus dans le contrôle ressentent une anxiété et un score de dépression plus élevés ainsi qu'une anxiété préopératoire plus élevée. Les personnes hautement dans l'évitement expérimentent moins de détresse mais démontrent une anxiété et un score de dépression plus élevés après la chirurgie. Le contrôle est lié à une plus grande détresse tandis que l'évitement à une plus faible détresse mais les corrélations trouvées n'étaient pas significatives. L'optimisme devrait jouer un rôle important dans cette influence. En effet, une recherche antérieure a trouvé que le contrôle était plus fortement associé avec la détresse spécifique du cancer si l'optimisme était élevé. L'anxiété moyenne pour les personnes utilisant le contrôle était de 8 à 10 à T1 et T2 et de 5-6 à T3 tandis que pour les personnes dans l'évitement, elle était à 7-9 à T1 et T2 et 5-6 à T3. Une détresse psychologique n'a pas été mise en évidence dans cette échantillon, tant pour le contrôle que l'évitement. Dans cette étude, le contrôle n'a pas pu être lié au contrôle perçu alors que l'évitement a été positivement corrélé au contrôle perçu.</p>
<b>Discussion</b>	Les chercheurs ne parlent pas de la généralisation des conclusions car l'échantillon est de 40 personnes environ.
Intégration de la théorie et des concepts	Une des limites était le petit échantillon ce qui entrave les comparaisons entre le haut et faible contrôle et le haut et faible évitement. La deuxième limite est la participation volontaire à l'étude qui a pu biaiser les résultats de la satisfaction, l'anxiété, la dépression et le contrôle car les patients les plus anxieux avaient déclaré après le premier
Perspectives futures	

	questionnaire ne pas vouloir participer à l'étude. La troisième limite est l'administration des questionnaires à la maison pour garantir que les patientes soient à l'aise mais les chercheurs n'ont pas pu contrôler les facteurs influençant. La dernière limite peut être les différences des soins des infirmières du centre de soins de la femme durant la consultation préopératoire.
	Les recherches antérieures et les résultats de cette étude démontrent l'importance de l'information préopératoire pour les personnes utilisant le contrôle. Les professionnels de la santé devraient être sensibles aux différences individuelles lors des consultations préopératoires pour les patients atteints d'un cancer. Des études futures pourraient s'intéresser à une utilisation d'un moyen WEB lors de la consultation préopératoire et devraient comparer ces consultations à des consultations préopératoires conventionnelles.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est très bien décrit et se prête facilement à une analyse minutieuse. Cependant, les tableaux des résultats manquent de données notamment quant à l'échelle utilisée pour présenter les résultats (1à10 ?).

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Quantitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 4

<b>Aspects du rapport</b>	Drageset, S., Lindstrom, T. C. & Underlid, K. (2010), Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66: 149–158. <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre est clair, concis et précis : « Coping avec le cancer du sein : entre le diagnostic et la chirurgie ».
<b>Résumé</b>	Le résumé reprend le titre, le but, le background, la méthode, les résultats et les conclusions de la recherche. Les données sont synthétisées et sont claires.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Un cancer du sein provoque bon nombre de réactions émotionnelles comme le chaos, l'incertitude, l'anxiété, l'espoir et le désespoir. Les stratégies de coping utilisées durant la phase de diagnostic ont démontré être des indicateurs d'un ajustement après la chirurgie (Degner et al. 2003). Ces expériences influencent alors la suite de la perception de la maladie. Cependant, les études antérieures ne décrivent pas précisément l'expérience de ces femmes. De plus, les études déjà effectuées présentent des biais comme le rappel des souvenirs ou la régression des souvenirs désagréables. Cette étude a été menée le jour avant la chirurgie pour comprendre précisément les comportements d'adaptation où le stress peut être le plus élevé.
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'appraisal, du stress et du coping de Lazarus et la théorie cognitivo-comportementale du coping de Ursin ont été utilisés comme cadres de référence dans cette étude.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme de but. Le but de cette étude est de décrire les stratégies de coping utilisées par les femmes entre le diagnostic de cancer du sein et la chirurgie.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	C'est une étude qualitative phénoménologique. Les données ont été collectées à travers des interviews individuelles structurées. La durée moyenne des interviews a été de 97 minutes. C'est tout à fait en adéquation avec le devis de recherche utilisé.
Population et contexte	L'échantillon est composé de 21 femmes norvégiennes avec un cancer du sein nouvellement diagnostiqué et dans l'attente de la première chirurgie. Les critères de sélection étaient : première chirurgie, plus de 18 ans et capables de parler et d'écrire le norvégien. Il n'y a pas de différences démographiques importantes. La période entre le diagnostic et la chirurgie variait de 1 à 3 semaines.

	Les données ont été saturées. L'échantillon a été déterminé par saturation des données.
Collecte des données et mesures	Les données ont été recueillies entre février 2006 et février 2007. Les interviews ont été conduites dans l'hôpital le jour avant la chirurgie et avant l'information préopératoire. La moyenne des interviews était de 97 minutes. Une interview semi-structurée a été développée sur la base d'une recherche précédente. L'atmosphère de l'interview et la communication non-verbale a été notée rapidement après l'interview, lequel était enregistré, transcrit mot à mot et préparé pour l'analyse.
Déroulement de l'étude	Les femmes ont été recrutées au sein d'un hôpital universitaire norvégien. Les femmes recevaient une invitation à participer à l'étude avec l'information sur la chirurgie. 88 femmes ont été invitées mais 21 ont été interviewées par saturation des données. L'étude a été approuvée par la commission régionale d'éthique. Les chercheurs n'ont pas trop insisté sur les questions menaçantes dans le but de protéger émotionnellement les femmes. Un arrangement a alors été fait avec la clinique pour offrir aux femmes une consultation de suivi avec des professionnels si nécessaire.
Rigueur	Un chercheur a mené toutes les interviews, a pris des notes et a transcrit les interviews. Les auteurs ont analysé les données indépendamment. Durant le processus d'analyse, ils ont discuté tous ensemble des informations pour trouver un accord. Si des doutes sont apparus, les chercheurs se sont référés aux données. Des mémos ont été tenus durant l'analyse pour noter les impressions, idées et réflexions et que celles-ci ne soient pas perdues.
<b>Résultats</b> Traitement des données	L'analyse a été faite à partir de 3 degrés : la compréhension par soi-même, le sens commun et la compréhension théorique.
Présentation des résultats	<p>La moyenne d'âge des femmes est de 54 ans. 16 sont mariées ou accompagnées, une est célibataire, une est veuve et trois sont divorcées. 16 ont des enfants. 19 travaillent à plein-temps ou à temps partiel et deux sont à la retraite.</p> <p><b>Étape par étape</b></p> <p>Cette stratégie a été la plus courante. Elle implique de tenir compte de la situation présente et d'ignorer les problèmes qui peuvent intervenir dans le futur. Cette stratégie de coping a été utilisée pour ne pas être submergé par les pensées menaçantes et les émotions, et ainsi réduire les inquiétudes. Les femmes voulaient recevoir des informations seulement lorsqu'elles se sentaient prêtes à les recevoir et lorsqu'elles leur paraissaient pertinentes. Lorsque l'information était trop abondante, certaines ont estimé qu'elles avaient perdu le contrôle et étaient effrayées. Pour d'autres femmes, il était important d'avoir toutes les informations possibles et utilisaient toutes les ressources disponibles.</p>

	<p><b>Repousser</b></p> <p>Certaines femmes avaient besoin de prendre de la distance émotionnellement de la réalité en essayant de gérer l'anxiété et l'incertitude en repoussant les pensées et les émotions pénibles.</p> <p><i>Se focaliser sur autre chose</i></p> <p>Certaines ont réussi à repousser leurs pensées en pensant à autre chose. Garder les émotions et les pensées en tête les effrayait et parfois l'anxiété pouvait être assez accablante, elles trouvaient alors un sujet de distraction pour éviter de ruminer. Elles ont alors utilisé par exemple le jardinage, les promenades, la musique, les techniques de respiration, passer du temps avec des amis, etc. afin de minimiser les pensées intrusives et négatives.</p> <p><b>Le maintien des habitudes</b></p> <p>La plupart des femmes font face à la maladie en vivant comme à leurs habitudes et en s'occupant avec des activités routinières comme les hobbies ou le travail. Continuer leur vie comme normalement donne aux femmes un sentiment de contrôle. Par exemple, le travail donne une impression d'avoir le contrôle sur quelque chose dans leur vie. Il leur permet de rencontrer des gens avec qui parler, d'obtenir de la distraction et d'être inclu dans un environnement social. La plupart des femmes voulaient d'ailleurs être traitées comme d'habitude. La pitié des autres et la compassion leur infligeait des émotions négatives et leur donnait un sentiment de vulnérabilité et de frayeur.</p> <p><b>Profiter de la vie</b></p> <p>Certaines femmes ont réagi en réfléchissant à ce qui était vraiment important pour elles dans la vie. Elles se sont alors concentrées sur des valeurs signifiantes et les activités les ont aidées dans leur processus d'adaptation.</p> <p><b>Composer avec les émotions</b></p> <p><i>S'ouvrir</i></p> <p>Les émotions étaient différemment expérimentées et exprimées. Des femmes voulaient garder leurs émotions à distance tandis que d'autres ressentaient le besoin de les exprimer. Pour certaines, il était alors important de pouvoir pleurer et de pouvoir se sentir tristes. Des femmes voulaient exprimer leurs émotions dans la solitude, d'autres en tenant un journal de bord pour clarifier leurs pensées. Une participante explique que cela lui a fait du bien de pouvoir lire son journal de bord plus tard et revoir ses pensées et ses sentiments. Ce qui était alors agréable, c'est que personne n'avait de jugement. Enfin, certaines participantes voulaient exprimer leurs émotions à des personnes qu'elles considéraient comme aidantes.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Parler du diagnostic était important et était parfois vécu comme thérapeutique.</p> <p><i>Se contenir</i></p> <p>Au contraire, d'autres femmes ont affirmé que l'expression de leurs sentiments ne les aidait pas. Cela réduit les sentiments de force, induit une pitié par soi-même et cela affecte le psychique. Certaines femmes expriment que le fait de garder ses émotions est un trait de caractère et pour d'autres, c'est un moyen pour les refouler.</p> <p><b>Se préparer pour le pire</b></p> <p>Certaines participantes étaient pessimistes et se préparaient à ressentir des émotions négatives après la mastectomie. D'autres avaient même prévu une mort précoce car elles étaient effrayées du fait de pouvoir apprendre qu'elles auraient des métastases après la chirurgie. Certaines participantes s'étaient alors préparées pour le pire en pensant que le cancer s'était propagé et qu'il serait ainsi incurable.</p> <p><b>Les pensées positives</b></p> <p><i>L'optimisme et l'espoir</i></p> <p>Les participantes étaient conscientes de la menace de la mort mais étaient parallèlement optimistes et pleines d'espoir. Cet optimisme permettait une image positive de la perception de soi et précédait les expériences d'adaptation. Des participantes ont alors démontré une attitude de combat. De plus, les expériences prioritaires d'adaptation face à des problèmes majeurs les aidaient à penser positivement. D'ailleurs, les participantes décrivent que d'être de bonne humeur était un important facteur d'adaptation.</p> <p><i>Les encouragements</i></p> <p>De bonnes relations avec les amis et la famille, une attitude positive et une information réaliste et de soutien sur le cancer par les sources médicales et leur réseau social privé ont été aidants. La détection précoce du cancer, la confiance aux médecins et le système hospitalier et le fait d'apprendre que le pronostic du cancer du sein était bon, a encouragé les participantes. Certaines ont alors consulté des statistiques de survie au cancer pour se rassurer. De plus, le fait que l'opération était ambulatoire leur a donné l'impression que le cancer n'était pas si grave. Enfin, les participantes ont utilisé l'auto-assurance pour s'encourager par elles-mêmes.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie</p>	<p>La recherche d'informations est souvent documentée comme une stratégie d'adaptation positive pour les femmes ayant un cancer du sein et une partie des participantes de l'étude a également confronté la réalité en cherchant autant</p>

et des concepts	<p>d'informations que possible. Cependant, cette stratégie a été déterminée comme effrayante pour la plupart d'entre elles. « Etape par étape » a été la méthode préférée d'adaptation : elle a permis aux femmes de faire face graduellement et a facilité le processus d'acceptation du futur. Cela leur a donné un sens de contrôle sur une situation dont elles n'avaient pas perçu de contrôle dans un premier temps et leur a ainsi permis de traiter la maladie d'une façon moins négative. Selon la théorie de Lazarus, étape par étape semble impliquer un mélange de coping centré sur les émotions et d'évitement. L'accent a été maintenu sur les faits réels sans se focaliser sur les problèmes qui pourraient survenir. Cette stratégie a permis de garder l'anxiété à un niveau tolérable. Selon le modèle d'adaptation de Roy, cette stratégie reflète le sous-système d'adaptation cognitor du traitement de l'information et des émotions, impliquant l'utilisation des procédés d'attention sélective et de défense pour éviter l'anxiété provoquée par les informations. Le coping centré sur le problème (se débarrasser du cancer) n'était pas adéquat dans cette situation tandis que le coping centré sur l'émotion était rationnel et adéquat. Malgré les possibilités limitées de coping, leur intégrité a été maintenue et présente ainsi un mode de réponse adapté au concept de soi.</p> <p>Les résultats de l'étude révèlent que des femmes se sont éloignées émotionnellement des menaces potentielles ; certaines ont alors essayé de repousser les pensées et émotions insupportables mais les résultats étaient variables. Toutes les participantes connaissaient leur diagnostic mais aucune ne connaissait exactement la gravité. La plupart d'entre elles avaient de la difficulté à accepter leur diagnostic car elles se sentaient en bonne santé. Pour les personnes qui ont réussi à repousser leurs pensées, la distance cognitive et émotionnelle en mettant l'accent sur quelque chose de positif a été la stratégie de coping la plus adaptative. Le coping par l'évitement ou par la distance peut être positif dans les situations où les possibilités d'action sont limitées mais l'effet est de courte durée.</p> <p>En général, le coping actif centré sur les activités nécessitant une concentration et une activité physique sont aidantes. L'activité physique améliore à la fois la santé physique et psychologique et les modes de concept de soi, ce qui semble être particulièrement efficace. L'activité physique produit alors des résultats positifs sur les émotions, réduit l'anxiété et produit une force mentale et physique. La concentration sur une autre activité que la maladie permet d'enlever les émotions menaçantes de l'esprit. Passer du temps avec d'autres personnes a été aussi aidant pas seulement comme un soutien émotionnel mais aussi comme une distraction à travers des activités positives. Cela suggère que le soutien émotionnel est important au moment du diagnostic et cette étude suggère que le soutien en tant que distraction est</p>
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>important.</p> <p>Le maintien des habitudes était important dans l'adaptation des participantes. Par exemple, le maintien du travail leur permettait de contrôler quelque chose dans leur vie et les réponses positives des collègues diminuaient leur anxiété ce qui renforçait leur confiance en soi. La prise de contrôle sur leur vie et le fait de créer de l'ordre dans le chaos peut être interprétée comme une stratégie de coping liée au concept de soi et à la fonction du rôle (Roy, 2009). Vivre selon les habitudes était important mais également être traité comme d'habitude. Recevoir une compassion exagérée des autres conduit à l'apitoiement sur son sort et fait ressentir aux femmes qu'elles sont vraiment malades : cela signale un danger. Le diagnostic a rendu plus attentives les participantes aux priorités qu'elles posent dans la vie et ce qui leur procure de la joie et des émotions positives. Ces stratégies de coping sont très efficaces lorsque les situations sont stressantes. Selon la théorie de Roy, cette stratégie de coping aide à maintenir un concept de soi positif et une intégrité psychologique et spirituelle.</p> <p>L'expression des émotions était une expérience positive pour les femmes : pleurer, parler et écrire les aidait à garder leur calme et stoppait les sentiments de dépersonnalisation. L'écriture des événements traumatiques, stressants ou émotionnels a été décrite comme augmentant la santé psychologique et physique. Le fait de parler de leur situation à des personnes de confiance leur permettait également d'avancer dans leur processus d'adaptation à la maladie. D'autres études ont d'ailleurs montrés que l'adaptation à l'expression des émotions est associée avec une diminution de la détresse et est encore plus bénéfique si le réseau social est réceptif. Cependant, l'expression a été démontrée à double tranchant dans cette étude. En effet, elle pourrait contribuer à des sentiments d'apitoiement sur soi et de faiblesse en diminuant le sentiment d'adaptation. Beaucoup de participantes ont supprimé leurs émotions pour vivre normalement. Elles ont alors dû traiter leurs émotions mais également celles des personnes avec qui elles parlaient du cancer, ce qui augmente le stress et l'anxiété. La nécessité de faire face à ses besoins et ceux des autres suggère que le contexte social est à la fois une ressource et une contrainte, montrant ainsi la complexité et la difficulté de maintenir des relations affectives satisfaisantes.</p> <p>Peu importe si les femmes essaient d'avoir une pensée optimiste, un certain pessimisme, des doutes et des pensées négatives persistent pour ces femmes. Les métastases et la mort étaient des possibilités effrayantes et certaines participantes se sont préparées pour le pire. En accord avec Folkman, cela peut représenter une stratégie de coping</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>orientée vers le futur qui reflète les efforts pour maintenir de la force dans le but de faire face aux événements qui se produiront avec certitude. D'autres participantes ont essayé de gérer leurs réactions émotionnelles en refusant de reconnaître d'une issue fatale évitant ainsi les ruminations et l'apitoiement sur son sort. D'ailleurs, les ruminations et les pensées négatives sont associées à une augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété et une mauvaise adaptation au cancer du sein. Dans cette recherche, l'angoisse de la mort était évidente et les participantes ont utilisé différentes stratégies pour soulager leur douleur émotionnelle. Elles étaient à la fois optimistes et avaient de l'espoir grâce à l'expertise des médecins et aux statistiques de survie du cancer du sein, ce qui était lié à une attitude positive de la vie, à la croyance en leurs propres ressources. L'espoir peut être vu comme une stratégie de coping qui aide les personnes à supporter l'incertitude. Selon Lazarus, l'espoir et la peur sont orientés vers le futur. Dans cette recherche, les métastases et la mort étaient des possibilités effrayantes mais les femmes étaient orientées vers l'avenir et avaient l'espoir de se débarrasser de leur cancer. Elles savaient que ce serait difficile et que ça prendrait du temps. La plupart des participantes étaient convaincues qu'elles avaient les ressources en elles-mêmes pour influencer le résultat. Certaines montraient une attitude de combat ce qui indiquait qu'elles percevaient la situation plutôt comme un challenge qu'une menace.</p> <p>Plusieurs facteurs ont contribué aux pensées positives des participantes comme être de bonne humeur, être en bonne santé physique et parler de soi de manière positive. De plus, le soutien social a contribué à l'adaptation au cancer. Dans cette situation, le fait de parler de manière positive de soi peut être interprété comme une stratégie de coping orientée vers les émotions, selon Lazarus. De plus, le fait de parler de manière positive de soi réduit l'anxiété et génère des réponses émotionnelles positives, du moins durant la période entre le diagnostic et la chirurgie.</p> <p>Cette recherche révèle que les femmes ressentaient de l'incertitude et de l'anxiété durant la période entre le diagnostic et la chirurgie. Les chercheurs ont trouvé des stratégies opposées pour faire face à la situation : la recherche d'informations versus étape par étape, maintenir les habitudes versus profiter de la vie et traiter des émotions par la retenue versus l'ouverture.</p> <p>Du point de vue infirmier, il est important de tenir compte des différentes adaptations des femmes à un même stade de la maladie. Le besoin de garder le diagnostic à distance semble important. Sur la base de cette étude, les chercheurs peuvent suggérer que les professionnels devraient donner les informations petit à petit (étape par étape), aider les</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>patients à accepter d'éventuelles réactions dépressives, leur suggérer de continuer à vivre normalement et de maintenir des activités agréables, en évitant ainsi le stress et les ruminations.</p> <p>Les limites de l'étude sont le fait que les données proviennent d'un seul groupe ethnique avec des caractéristiques démographiques semblables et seulement d'une seule région.</p>
Perspectives	<p>Les implications pour la pratique sont citées dans la généralisation des conclusions. Les professionnels de la santé devraient être conscients à la fois des similarités et les variations dans les stratégies d'adaptation des femmes dans l'attente d'une chirurgie du cancer du sein afin de les soutenir individuellement. Les femmes avec un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie devraient bénéficier d'informations données étape par étape et elles devraient recevoir des recommandations de vivre une vie normale. Les professionnels de la santé devraient mettre l'accent sur l'importance de maintenir une orientation positive mais devraient aussi reconnaître et respecter les peurs et les préoccupations de ces femmes.</p>
<b>Evaluation globale</b>	<p>La recherche est bien structurée et permet une analyse minutieuse. De plus, le résumé des points importants au terme de la recherche permet de cibler les informations principales ; les chercheurs peuvent ainsi donner de la valeur à certains éléments.</p>

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Qualitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 5

<b>Aspects du rapport</b>	<p>Groarke, A., Curtis, R., &amp; Kerin, M. (2011). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. <i>Psycho-Oncology</i>.</p> <p><b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b></p>
<b>Titre</b>	<p>Le titre : « Le stress global prédit à la fois l'adaptation émotionnelle positive et négative au moment du diagnostic et en post-opératoire chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ».</p> <p>Le titre est clair et précis ; il permet de comprendre de manière précise le thème de la recherche.</p>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé de la recherche reprend les objectifs de celle-ci, la méthode, les résultats et les conclusions. Le résumé est bref et permet de saisir les principaux aspects de l'étude.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Par les progrès de la détection du cancer, la survie des patientes a augmenté. La qualité de vie est donc d'une importance certaine. L'adaptation qui suit le diagnostic est très variable, celle-ci influence le parcours de la maladie. Il est donc intéressant d'identifier les facteurs psychosociaux qui perturbent ou améliorent l'adaptation. Des recherches antérieures ont démontré que les stratégies d'adaptation axées sur l'engagement (esprit de combat) sont associées à une adaptation après le cancer du sein tandis les stratégies d'adaptation passives ou de désengagement (déli, impuissance /désespoir) sont associées à des niveaux élevés de détresse et d'une mauvaise adaptation psychologique du cancer du sein. Les ressources personnelles comme l'optimisme et le soutien social sont également bénéfiques aux patientes.</p>
Recension des écrits	<p>Les recherches déjà effectuées se sont concentrées principalement sur les résultats négatifs du diagnostic de cancer du sein tendant à négliger l'humeur positive qui possède des associations importantes avec le stress et l'adaptation. Pourtant, des recherches ont démontré que certaines femmes trouvent du bénéfice à travers leur expérience de la maladie. Ce résultat serait lié à des antécédents positifs et négatifs. Par exemple, des études ont rapporté un lien entre le style d'adaptation et la croissance positive. En revanche, d'autres chercheurs ont démontré que le stress est associé à des bénéfices. Comme les conclusions des recherches sur les avantages ne sont pas concluantes, cette</p>

	étude vise à identifier les facteurs prédictifs émanant du modèle transactionnel qui explique la variabilité de l'humeur positive et des bénéfices à retirer.
Cadre théorique ou conceptuel	Le modèle transactionnel du stress permet alors de comprendre l'adaptation au diagnostic de cancer du sein en évaluant le stress. La perception du stress comme une menace suscite des états émotionnels négatifs et inadaptés tandis que si le stress est perçu comme un challenge, il est associé à des réactions émotionnelles favorables et une plus grande confiance pour s'adapter. Etant donné que ces perceptions influencent l'adaptation au cancer, il est primordial d'évaluer le stress
Hypothèses	<p><b>Variables dépendantes</b> : adaptation positive et négative chez les femmes atteintes d'un cancer du sein</p> <p><b>Variables indépendantes</b> : l'âge, les variables médicales, le stress, l'adaptation, l'optimisme et le soutien social</p> <p>Des études antérieures ont examiné le rôle d'un grand nombre de ces variables dans l'adaptation au cancer du sein. Cependant, les auteurs expliquent que celle-ci serait la première étude complète de ces variables dans le même échantillon à la fois au moment du diagnostic et en post-opératoire et permettrait l'identification des femmes à risque de mauvaise adaptation.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une recherche de type quantitatif corrélationnel descriptif.
Population et contexte	<p>Les femmes admises dans une unité du sein d'un hôpital affilié à une université ont pu participer à l'étude. Les chercheurs ont déterminé plusieurs critères d'inclusion : premier diagnostic de cancer du sein, dans l'attente de la chirurgie. Ils ont également déterminé plusieurs critères d'exclusion : autres comorbidités que cancer, 75 ans ou plus âgées, diagnostic d'une déficience intellectuelle ou psychopathologie et le manque de compétences littéraires. 613 patientes incluant les critères ont été invitées à participer à l'étude immédiatement après le diagnostic. De celles-ci, 376 ont accepté d'y participer et 355 ont terminé l'évaluation de base puis 241 personnes ont également participé à l'évaluation post-opératoire.</p> <p>L'échantillon est en adéquation avec le devis quantitatif.</p>

Collecte des données et mesures	<p>Les variables dépendantes sur <b>l'âge</b> et les <b>variables médicales</b> ont été obtenues à partir des dossiers médicaux. Le <b>stress</b> a été mesuré à l'aide d'une échelle sur le stress perçu (PSS) mesurant la manière dont les participantes perçoivent leur vie imprévisible, incontrôlable ou surchargée. C'est une échelle en 14 points qui se réfère à des événements survenus dans un délai d'un mois, mesuré par une échelle de Lickert (fréquence : 0=jamais à 4=très souvent). Plus le score est élevé, plus le stress perçu est grand. Le stress a également été évalué par la question suivante : « Avez-vous vécu un événement majeur de stress dans l'année écoulée ? Si oui, décrivez brièvement », qui mesure le stress de l'événement de vie. Enfin, le stress a été évalué par l'échelle de l'impact des événements qui mesure 15 items liés aux pensées intrusives, le refus des pensées et des comportements d'évitement mesuré par une échelle de Likert. Plus le score est élevé, plus le stress lié au cancer est augmenté. L'enquête sur le <b>soutien social</b> (MOS) mesure le soutien émotionnel/informationnel, le soutien tangible, l'interaction sociale positive entre l'interaction et soutien affectueux. Cette échelle donne également un score de soutien social. Le test d'orientation de la vie (LOT) contient 12 articles, dont huit qui évaluent <b>l'optimisme</b>. Les scores élevés indiquent un optimisme élevé.</p> <p><b>L'adaptation</b> est mesurée par l'inventaire d'adaptation à des situations stressantes (CISS) et mesure trois principales stratégies d'adaptation : axées sur l'action, l'émotion et l'évitement. <b>L'adaptation mentale</b> au cancer (MAC) inclut 5 échelles : la lutte contre l'esprit, l'impuissance/le désespoir, les préoccupations anxieuses, le fatalisme et l'évitement évaluées chacune par « s'applique sans aucun doute à moi » à « ne s'applique pas à moi ». L'échelle de l'affect positif et négatif consiste à 20 adjectifs dont 10 décrivent des humeurs positives et 10 autres des mesures négatives.</p> <p>Moins d'une semaine après le diagnostic, les principaux chercheurs ont administré les questionnaires aux participantes par un entretien semi-structuré qui a duré en moyenne 40 minutes, allant de 30 à 50 minutes. Quatre mois plus tard, les femmes ont été contactées par courrier pour une évaluation de suivi.</p>
Déroulement de l'étude	Des tests- <i>t</i> indépendants ont été utilisés pour évaluer les différences entre l'attribution et le suivi des groupes. L'analyse de régression hiérarchique a permis d'identifier des ensembles de variables qui prédisent de façon significative l'ajustement préopératoire (dépression, anxiété, affect positif et négatif) et cinq indices post-

	<p>opératoires.</p> <p>La présente étude a collecté des données après le diagnostic et en post-opératoire ce qui a permis l'influence de la détresse émotionnelle.</p> <p>Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité éthique de l'université de l'hôpital. Un consentement éclairé écrit a été obtenu par les femmes au moment du diagnostic au sein de l'unité.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>L'âge moyen des participantes était de 53,31 ans. Les participantes ont perçu le stress plus important après le diagnostic qu'après la chirurgie de même que le stress relatif aux pensées intrusives, au déni et aux comportements d'évitement, ce qui correspond à des résultats statistiquement significatifs. La stratégie de coping la plus utilisée selon l'échelle « The Coping Inventory for Stressful Situations » est celle axée sur l'action suivie de celle axée sur l'évitement, sur les émotions, sur la distraction et sur la diversion sociale. Toutes ces stratégies de coping ont été moins utilisées en post-opératoire. Selon l'échelle de MAC, les participantes se sont d'abord ajustées à la maladie par un esprit combatif puis par des préoccupations anxieuses, par le fatalisme, par l'impuissance/le désespoir et l'évitement. En post-opératoire, les femmes ont exprimé moins utilisé l'esprit combatif mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif tandis que les autres stratégies sont moins utilisées en post-opératoires et sont significatives. La chirurgie démontre également des résultats statistiquement significatifs dans l'amélioration des échelles de la dépression, de l'anxiété, une diminution des affects négatifs et une augmentation des affects positifs.</p> <p>En post-opératoire, le stress perçu et le stress relatif aux pensées intrusives, au déni et aux comportements d'évitement ont une influence statistiquement significative sur la dépression, l'anxiété, les affects négatifs, les affects positifs et sur la perception positive de la maladie. Tandis que les stratégies d'adaptation axées sur l'action et les émotions ont un impact sur la dépression, l'anxiété et les affects positifs, l'évitement et la diversion sociale n'influencent que les affects positifs. Les préoccupations anxieuses, l'esprit combatif, le fatalisme et l'impuissance/désespoir mesurés par l'échelle d'ajustement psychologique au cancer ont une corrélation avec la dépression, l'anxiété, les affects positifs et négatifs et la perception positive de la maladie. Cependant, l'évitement n'a pas montré de corrélation statistiquement significative. L'optimisme a une corrélation statistiquement significative avec l'ensemble des variables psychologiques ainsi que le soutien social.</p>

	<p>Au moment du diagnostic, l'âge avait une corrélation avec l'anxiété et les affects négatifs. Le stress a quant à lui eu des corrélations statistiquement significatives avec l'ensemble de variables psychologiques ainsi que la stratégie d'adaptation axée sur l'esprit combatif. Les préoccupations anxieuses ont également eu des corrélations avec toutes les variables psychologiques sauf les affects positifs.</p> <p>En post-opératoire, la diminution du stress a permis une corrélation positive à la dépression, à l'anxiété, aux affects négatifs et positifs et à la perception positive de la maladie de même que l'esprit combatif pour la dépression et les affects positifs</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le stade de la maladie contrairement aux variables démographiques et médicales n'a pas d'influence sur l'ajustement dans n'importe quel domaine à n'importe quel moment ce qui est d'ailleurs compatible avec deux recherches antérieures. L'évaluation du stress était le facteur prédictif le plus important et le plus constant sur l'ajustement des participantes notamment sur les affects positifs et négatifs.</p> <p>En post-opératoire, les résultats démontrent que le stress a encore une influence sur les 4 variables psychologiques ce qui suggère qu'il contribue à l'ajustement au cancer. Le stress perçu prédit à la fois les émotions (affects) positives et négatives au moment du diagnostic et en post-opératoire. Bien que des chercheurs aient déjà prouvé la corrélation entre le stress et la dépression, cette étude amène la preuve de l'influence du stress sur d'autres domaines émotionnels comme l'anxiété, les affects positifs et négatifs. Un exemple de gestion du stress : « Je ne sais pas comme je vais gérer le traitement et toutes les autres choses auxquelles je dois faire face ». Selon les chercheurs, il est donc important de prendre en compte les multiples rôles des femmes face à leurs partenaires, leurs enfants, leur famille élargie et leur travail.</p> <p>L'expérience d'un événement de vie stressant vécu auparavant la maladie a contribué à une croissance positive mais n'a pas permis de mettre en évidence des indices d'adaptation émotionnelle. Les précédentes expériences à des événements stressants permettent selon Bower d'évaluer la situation et d'entrer dans un processus d'adaptation pour gérer l'adversité ce qui s'inscrit dans le modèle transactionnel du stress. Cette étude met ainsi en évidence l'importance d'inclure une évaluation complète du stress chez les femmes atteintes d'un cancer du sein car chaque</p>



	<p>origine peut contribuer à l'ajustement.</p> <p>Les stratégies d'adaptation axées sur l'action et un esprit combatif ont une influence sur les affects positifs en postopératoire. Cette observation soutient les résultats des recherches antérieures sur l'efficacité des stratégies d'adaptation orientée vers l'engagement. A l'opposé, un faible esprit combatif et l'impuissance/le désespoir contribuent à une corrélation positive avec la dépression qui est d'ailleurs en lien avec des recherches antérieures sur l'impact négatif de la passivité. Étonnamment, de fortes préoccupations anxieuses étaient associées avec de grands bénéfices. Les participantes se sont alors engagées dans un processus de croissance positive tout en continuant à ruminer avec anxiété sur leur maladie. Bien que cela semble étonnant, des résultats similaires ont été signalés dans deux recherches antérieures où la croissance positive était liée aux pensées intrusives et aux pensées d'évitements face aux facteurs stressants. Dans cette étude, l'adaptation positive et négative permettait de déterminer des bénéfices de la maladie ce qui demande encore des recherches futures pour comprendre ce phénomène complexe.</p>
Perspectives futures	<p>Cette étude a porté son attention sur les femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein et par conséquent, les résultats ne peuvent pas se généraliser aux femmes ayant eu une récurrence ou un autre type de cancer.</p> <p>Une des limites de l'étude est le fait d'une population récemment diagnostiquée et les résultats ne peuvent ainsi pas être généralisés à tout cancer et à toute étape de la maladie. D'autres limites n'ont pas été mises en évidence dans cette recherche.</p> <p>Cette étude a démontré que l'évaluation du stress contribue au statut affectif des patients et que ce n'est pas une faible estime de soi qui augmente l'évaluation du stress. Les facteurs psychologiques du stress et l'adaptation dépassent de loin les variables médicales pour expliquer l'adaptation émotionnelle des patientes atteintes d'un cancer du sein. Le stress et les stratégies d'adaptation sont également plus aptes d'expliquer l'adaptation émotionnelle contrairement à l'impact du soutien social et de l'optimisme. Il est important que les soignants soient plus conscients que les variables médicales n'ont pas toujours de conséquences sur une faible adaptation mais que</p>

	<p>les variables psychosociales soient mieux prises en compte.</p> <p>L'impact important du stress global suggère que le dépistage de hauts niveaux de stress nécessite une intervention psychologique rapide. Cette étude a permis d'identifier des stratégies d'adaptation qui ont contribué à un affect positif (axées sur l'action, l'esprit combatif) et à la dépression (esprit combatif faible, axées sur l'impuissance/désespoir). Ces résultats sont encourageants car les recherches antérieures démontrent que le stress peut être géré et que l'adaptation peut être enseignée.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>D'une manière générale, l'article est bien écrit. Il y a cependant une erreur dans la méthodologie où les chercheurs signalent cinq items, en décrivent quatre puis en citent tout de même cinq. Il y a également une erreur dans le premier tableau où les résultats de l'âge ne sont pas alignés ce qui perturbe la lecture des résultats. Cet article, malgré ces deux erreurs, se prête à une analyse minutieuse.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>Cette recherche se prête facilement à une analyse minutieuse.</p>

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Quantitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 6

<b>Aspects du rapport</b>	<p>Dickerson, S., Alqaissi, N., Underhill, M. &amp; Lally, R. M. (2011), Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 67: 1468–1479.</p> <p><b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b></p>
<b>Titre</b>	Le titre : « Survivre à l'attente : définir le soutien durant l'attente de la chirurgie du cancer du sein » permet de saisir de manière fine le problème de recherche.
<b>Résumé</b>	Le but de la recherche, le background, la méthode, les résultats et la conclusion sont décrits de manière synthétique et sont facilement repérables.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La problématique du cancer du sein est d'abord argumentée à l'aide de statistiques au niveau mondial puis au niveau des USA. La détresse est fréquente au moment du diagnostic puis au long de l'expérience du cancer. Elle peut alors affecter la qualité de vie et risque d'entraîner un désordre d'ordre psychiatrique. Un facteur qui contribue à la détresse est le manque de soutien social. Il est parfois difficile pour les proches d'aider la personne malade. Cependant, il est essentiel que les soignants fournissent un soutien adapté pour favoriser l'adaptation à la maladie.
Recension des écrits	Le soutien social est défini comme des ressources psychologiques et matérielles fournies par le réseau social d'une personne dans le but d'aider l'individu à s'ajuster au stress. Le soutien social est composé de soutien informationnel, émotionnel et instrumental. Le soutien social chez les femmes atteintes du cancer du sein a été étudié dans le monde entier. Ces études démontrent que le soutien varie en fonction de la culture. Cependant, une seule étude s'intéresse à la période préopératoire. Pourtant, la période préopératoire est décrite comme une période de détresse cognitive et affective et l'une des plus stressantes pour les femmes ayant un cancer du sein. Comme le soutien est essentiel pour un coping et une adaptation réussie et les besoins de soutien varient selon la trajectoire du cancer, il est important de comprendre la signification du soutien pour les femmes dans la période de prétraitement pour offrir une intervention précoce appropriée.

Cadre théorique ou conceptuel	La recherche est définie par l'herméneutique heideggerienne. C'est une analyse secondaire qui permet d'étendre le contenu ou de répondre à des questions qui n'ont pas encore été posées à partir de données existantes. Lally (2010) a développé une théorie sur l'adaptation psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette étude vise ainsi à comprendre l'adaptation des femmes en période préopératoire. Cette approche contraste avec la majorité des recherches qui s'intéressent au soutien social en dehors du contexte de la période préopératoire utilisant des instruments d'enquête prédéfinis.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme de but : « Le but de cette étude était de décrire les sens communs, les expériences partagées et les pratiques du soutien social des femmes les jours entre le diagnostic de cancer du sein et le début du traitement ».
<b>Méthodes</b>  Tradition et devis de recherche	C'est une étude qualitative descriptive phénoménologique. Les données ont été collectées par des interviews de 25-90 minutes avec des questions ouvertes recueillies entre mars et août 2005. Les interviews ont été enregistrées, transcrites et dépersonnalisées. La méthode utilisée pour recueillir les données et le temps passé sur le terrain sont en adéquation avec le devis de l'étude.
Population et contexte	Les participantes ont été recrutées par un centre métropolitain du cancer dans le « Midwestern » des USA. Suite à la consultation chirurgicale, les femmes étaient introduites à l'étude par leur infirmière spécialisée en oncologie et étaient ensuite contactées par les chercheurs. Les femmes étaient initialement incluses dans l'étude si elles parlaient anglais et étaient diagnostiquées avec un stade de 0-II (non récurrent) du cancer du sein, lequel n'avait pas encore été traité. L'échantillon théorique basé sur des facteurs influence le processus de pensée des femmes, déterminé grâce à une analyse comparative des données des interviews.
	La saturation a été atteinte avec un échantillon de 18 femmes.
Collecte des données et mesures	La collecte des données a été entreprise à partir d'interviews et un tableau avec des exemples de questions est joint à la recherche.
Déroulement de l'étude	L'étude a été approuvée par l'université des chercheurs et la revue institutionnelle des conseils cliniques (IRB). Le consentement éclairé par écrit a été obtenu avant chaque interview. Une analyse secondaire des textes dépersonnalisés

	des interviews pour cette étude a été approuvée par l'IRB. Les récits des interviews ont été analysés par une modification en sept étapes du processus herméneutique. Les modifications de cette analyse secondaire ont incluses une attention particulière à la recension des écrits dans laquelle les textes étaient obtenus avec le chercheur qui conduisait les interviews afin de mieux comprendre les enjeux contextuels liés au texte.
Rigueur	L'utilisation de plusieurs degrés d'interprétation garantit que les données sont fondées et ciblées. La crédibilité des données de l'étude a été atteinte par le maintien d'une piste de vérification, une attention particulière au texte, l'utilisation d'une équipe d'analyse incluant un expert dans la phénoménologie herméneutique et la vérification des résultats. La fiabilité des résultats a été renforcée par le chercheur qui a mené les interviews de l'étude à l'aide d'une compréhension contextuelle à l'équipe d'analyse. Les résultats présentent une image cohérente de la femme en période préopératoire, laquelle a pour but de comprendre le sens et la valeur du soutien qui permettent de comprendre le potentiel futur pour s'adapter au cancer.
<b>Résultats</b>  Présentation des résultats	La moyenne d'âge des participantes étaient de 57 ans. Toutes les femmes étaient de race blanche et avaient été diagnostiquées 12 jours (en moyenne) avant d'être interrogées. Dans le cadre des soins habituels, l'infirmière spécialisée en oncologie fournit l'éducation, le soutien émotionnel, l'accès aux ressources et coordonne les soins. Six thèmes ont été étudiés pour décrire la signification du soutien par les femmes atteintes d'un cancer du sein du diagnostic au début du traitement. <u>Thème 1 : Contrôle de l'accès à l'information pour soi-même et pour les autres</u> <i>Information pour soi-même</i> Les femmes expliquent qu'elles auraient besoin de soutien informationnel sur le cancer du sein dès la mammographie ou lorsqu'une masse suspecte est découverte. Elles ont besoin d'informations sur leur possible diagnostic pour comprendre leur situation et les traitements possibles. Cependant, la quantité d'informations différait selon les femmes. Certaines voulaient apprendre autant que possible tandis que d'autres ne souhaitaient apprendre que le minimum pour passer à la journée suivante. Les femmes ont alors réalisé qu'il y avait beaucoup à apprendre et certaines ont élaboré des stratégies pour les retenir. <i>Les sources d'information</i>

	<p>Les femmes accèdent à l'information par les professionnels de la santé, et par des sources variées telles que les livres, internet ou des membres de la famille ou des amis qui ont déjà expérimentés le même diagnostic. Les jeunes femmes averties en informatique ont souvent recherché les informations de base sur internet. Les personnes ayant déjà eu un cancer du sein ont été de plus ou moins bon soutien selon les situations.</p> <p><i>Contrôler le flux d'informations</i></p> <p>Les femmes voulaient non seulement un soutien informationnel mais souhaitaient également contrôler le flux d'informations pour eux-mêmes, leur famille et les autres personnes de leur réseau de soutien et pouvaient ainsi avoir une impression de contrôler la situation. Quelques femmes plus âgées avaient une approche différente pour contrôler l'information ; elles permettaient aux autres de rechercher des informations et adoptaient ainsi une approche plus passive. De cette façon, les femmes contrôlaient leur anxiété en ayant d'autres personnes qui s'inquiètent et qui décident. Bien que les femmes réalisent que les personnes proches ont besoin d'informations, elles contrôlent le flux d'informations aux autres basés sur la connaissance des personnalités, la localisation géographique, la constellation de la famille et ce qui peut être plus utile. Elles évitent ainsi le soutien négatif des membres de la famille. Des femmes ont utilisé un membre de la famille pour dire le diagnostic aux autres personnes. Ne pas dire aux autres était également un moyen utilisé par certaines pour gérer l'anxiété car il était difficile d'entendre les autres pleurer. Dans le milieu du travail, certaines femmes ont dit leur diagnostic pour avoir un soutien émotionnel et certaines l'ont gardé secret pour éviter une attention indésirable. D'autres ont utilisé un courriel pour exprimer une urgence médicale et une chirurgie prévue sans expliquer le diagnostic. Le soutien négatif était décrit comme résultant d'une incapacité à gérer le flux d'informations (lorsque des personnes connaissaient le diagnostic sans que la personne concernée ne le souhaite).</p> <p><u>Thème 2 : Connaître les membres du réseau de soutien pour y accéder</u></p> <p><i>Soutien familial</i></p> <p>Les femmes mariées contactaient d'abord leur mari pour du soutien et de l'aide dans la collecte d'information et la prise de décision. Si les femmes étaient célibataires, elles trouvaient principalement du soutien auprès de leurs enfants qui venaient aux consultations avec elles ou auprès d'autres membres de la famille comme la sœur ou la mère. Cependant, les femmes ont évité les membres de la famille qui réagissaient en pleurant ou par des réactions excessives face au diagnostic.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>Amis</i></p> <p>Les amis étaient contactés s'ils étaient capables de donner ce qui était nécessaire (câlins ou des distractions) ou ce qui était considéré comme utile (histoires à succès) et qui ne seraient pas trop émotifs.</p> <p><i>Collègues de travail</i></p> <p>Ils ont été sollicités pour du soutien en fonction du types de relations au travail et de la hiérarchie. Les personnes qui avaient une position de manager ont souvent préféré maintenir leur image professionnelle. Cependant, les collègues de travail ont encouragés, embrassés la personne malade ce qui a été perçu comme du soutien.</p> <p><i>La communauté de la foi</i></p> <p>La foi sous forme de prière a été aidante pour les femmes croyantes et a augmenté leur foi ; elles se sentent alors plus proches de Dieu. Une participante décrit que la prière la calme.</p> <p><u>Thème 3 : Contrôler l'anxiété à travers la distraction pour maintenir l'espoir durant l'attente</u></p> <p>Une forme de soutien durant ce temps était la distraction créée par les femmes ou les autres. Souvent, elles décrivent qu'elles ont besoin d'être occupées ou distraites pour gérer leur anxiété. Beaucoup participent à des activités de distraction comme le travail, le ménage, les promenades, la lecture ou sont parties en voyage organisé. Ces activités ont permis de gérer l'anxiété.</p> <p><u>Thème 4 : Etre en de bonnes mains et confortable avec les décisions</u></p> <p>Les interviews des femmes ont toutes rapporté une relation positive et favorable avec les professionnels de la santé incluant l'infirmière spécialisée en oncologie, les chirurgiens, les oncologues et les radiologues. L'attitude des professionnels de la santé était réconfortante. Ces derniers ont été intéressés, selon les participantes, à répondre aux questions.</p> <p><u>Thème 5 : Protéger les autres par la dissimulation et être forte pour maintenir l'espoir</u></p> <p>Les femmes se considéraient comme la plus forte de la famille, en gardant la face pour protéger leur famille. Elles variaient dans leurs approches : certaines cachaient le diagnostic à certains membres de leur famille, d'autres informaient leur famille et leurs amis en restant impassible à toute émotion. Une femme a même fait un plan de suicide au cas où son cancer deviendrait métastasé dans le but de protéger les autres.</p> <p><u>Thème 6 : Accepter les soins des autres versus maintenir un rôle nourricier</u></p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Avec le besoin de protéger sa famille et de montrer une face courageuse, les femmes devaient accepter l'aide des autres alors même qu'elles étaient d'habitude la personne aidante. Des femmes décrivent alors l'inversement des rôles dans le besoin d'aide. Le soutien des amis n'était également pas toujours facile à accepter. Une participante a réalisé son besoin de contrôler les choses et la nécessité de se laisser aider.</p> <p><u>Modèles généraux : Survivre à l'attente de la chirurgie par un équilibre entre le soutien et les besoins pour maintenir des perspectives d'espoir</u></p> <p>Les histoires des participantes décrivent une multitude de rendez-vous ; la collecte d'informations et les prises de décisions après leur diagnostic de cancer du sein. Elles ont alors activé leur système de soutien : contacté le membre le plus proche de la famille, souvent le mari et contrôler de rester forte, et protéger leur famille durant l'attente de la chirurgie. Les femmes ont soigneusement recherché les informations dont elles avaient besoin et dont elles voulaient, ont eu des rendez-vous avec les médecins et se sont occupées à des distractions dans le temps restant pour gérer leur anxiété, minimiser leur réflexion au-delà de la chirurgie et gardaient ainsi l'espoir pour les meilleurs résultats possibles. C'était un équilibre pour gérer le soutien et l'anxiété personnelle.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats sont interprétés en fonction des recherches antérieures.</p> <p>Ils sont cohérents avec d'autres études antérieures dans lesquelles l'estime de soi était influencée négativement par le soutien (Lepore et al. 2008) et les femmes avaient de la difficulté à demander et à accepter le soutien émotionnel (Chantler et al. 2005).</p> <p>Le soutien durant la période de prétraitement est un équilibre complexe entre le contrôle de l'information, l'évaluation attentive des personnes aidantes, le maintien de distractions et la protection des autres face à l'inquiétude.</p> <p>Les résultats sont cohérents avec la littérature existante sur le soutien informationnel et émotionnel utilisé par les femmes ; surtout en ce qui concerne le soutien précieux des infirmières et des médecins. Cependant, le contrôle de l'information personnelle et l'évitement du soutien ont très peu été documentés. Cette étude a mis en évidence le fait que les participantes dissimulaient parfois leur diagnostic et spécialement dans les situations où elles anticipaient le soutien comme peu favorable. Elles décrivent également qu'un trop grand soutien n'était pas favorable. Dans cette étude, le comportement des femmes était expliqué comme un besoin de combattre la négativité. Cette étude a également permis de mettre en évidence le besoin des femmes face au contrôle, leur malaise face aux émotions des</p>



	<p>autres et la difficulté d'accepter le soutien peut être expliquée par l'indépendance personnelle dans la culture américaine.</p> <p>Bien que cette étude appuie de nouvelles compréhensions sur l'utilité des théories de soutien social, il se prête également le <i>modèle du système comportemental pour les soins</i> (Johnson 1990), où l'accent infirmier devrait être mis sur le patient en tant qu'individu dans un système. Les perspectives philosophiques de Johnson définit que l'humain se comporte de manière systématique et intégrée qui peut être influencé par les contributions infirmières pour faciliter le fonctionnement du comportement. Dans cette étude, les femmes équilibrent le soutien social et le maintien de l'espoir. Les comportements individuels variaient dans la recherche d'informations, l'accès au réseau et dans la dissimulation de leur diagnostic qui avait pour fonction de s'adapter à la maladie et dans la distraction pour gérer leur anxiété. Cet équilibre est similaire à l'équilibre que décrit Johnson dans sa théorie lorsque les femmes ont cherché à faire face à la tension émise par le diagnostic et face aux traitements imminents. Les infirmières et les autres professionnels de la santé ont été d'un soutien actif mais les femmes décrivent qu'elles ont besoins qu'ils soient encore plus sensibles à leurs besoins. Ceux-ci différaient en fonction de leurs objectifs, de leurs prédispositions, de leurs choix et de leurs comportements. Les infirmières peuvent devenir une ressource sensible et interactive pour soutenir cet équilibre par la compréhension des implications de la pratique et comprendre le sens du soutien chez la femme.</p> <p>Bien que les expériences de ces femmes ne représentent pas l'expérience de toutes les femmes américaines, des enseignements peuvent être tirés de leurs histoires par les infirmières à travers le monde pour explorer les besoins de soutien des femmes avec leurs propres caractéristiques.</p>
Perspectives	Les futures recherches devraient s'intéresser au soutien dans la période de prétraitement chez d'autres échantillons de femmes et devraient tester des interventions infirmières qui auraient pour but d'aider les femmes dans l'équilibre de leurs besoins de soutien durant cette période hautement stressante.
<b>Questions générales</b>  Evaluation globale	<p>Les résultats de l'étude mettent en évidence sur quels facteurs, les infirmières peuvent influencer le soutien expérimenté chez les femmes dans la période de prétraitement suite à un diagnostic de cancer du sein.</p> <p>Les infirmières doivent :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Évaluer le désir des femmes face à la méthode de recevoir et de contrôler l'information reçue et vis-à-vis de l'envie de partager ou non leur diagnostic avec les autres</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Évaluer le soutien social disponible et le confort des femmes face au partage d'informations et leurs sentiments avec leur famille ou leurs amis</li> <li>3) Fournir l'occasion de s'exprimer dans un environnement de soutien et de soins</li> <li>4) Respecter les différents besoins de contrôle et d'équilibre de soutien</li> <li>5) Guider les femmes à identifier le soutien utile</li> <li>6) Offrir des stratégies alternatives à la dissimulation du diagnostic</li> </ul>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Qualitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 7

<b>Aspects du rapport</b>	Drageset, S., Lindstrom, T., Giske, T. & Underlid, K., (2011), The Support I Need”, Women’s Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. <i>Cancer Nursing</i> : 0, 1-9. <b>Argumentation à l’aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	« Le soutien dont j’ai besoin : L’expérience des femmes face au soutien social après avoir reçu un diagnostic de cancer du sein et dans l’attente de la chirurgie » permet de saisir le thème de la recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé est concis, clair et précis et développe les principales parties de la recherche.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Afin de faciliter l’ajustement au cancer du sein par les femmes, des études sur les besoins de soutien sont encore nécessaires et particulièrement à la période de prétraitement. L’approche qualitative semble la plus cohérente pour comprendre de manière approfondie l’expérience individuelle des femmes face au besoin de soutien. Cette étude a été menée en préopératoire pour éviter les biais après la chirurgie sur leur expérience passée (si interview en postopératoire).
Recension des écrits	Quelques études ont conclu que le soutien social, la taille du réseau social, et l’intégration des femmes au sein de celui-ci influencent leur adaptation lors de la trajectoire du cancer du sein. Les femmes diagnostiquées d’un cancer du sein avec un réseau social faible ou recevant un soutien inadéquat de la part du réseau ont un risque de détresse psychologique, d’anxiété, de dépression et de progression du cancer. Les femmes qui sont socialement isolées se retrouvent avec un pauvre soutien et sont sujettes à un plus haut risque de mortalité face au cancer du sein. Le soutien reçu par la famille et les amis caractérisé par la réassurance, le confort et l’aide pour résoudre des problèmes dans la période qui suit le diagnostic était une ressource pour trouver du sens dans l’expérience du cancer. La disponibilité perçue du soutien social améliore le fonctionnement physiologique et psychologique des femmes atteintes d’un cancer du sein et particulièrement celles avec un faible optimisme. Plusieurs facteurs influencent l’efficacité du soutien, comme par exemple s’il vient de la famille, des amis, des collègues ou des professionnels de la santé. Le soutien est également influencé par le type de relations et le contexte dans lequel il est donné. Différents types de soutien sont suggérés comme importants à différents moments de leur maladie et du traitement. Le soutien émotionnel semble spécialement important dans la période autour de la chirurgie, tandis que le

	soutien informationnel semble plus important que le soutien émotionnel dans la période du diagnostic. En résumé, le soutien social est associé à un meilleur ajustement au cancer du sein et celui-ci diminue le risque de détresse psychologique.
Cadre théorique ou conceptuel	Le soutien social est un concept multidimensionnel et a surtout été conceptualisé à partir d'un point de vue quantitatif par le nombre de relations que les personnes entretiennent ou d'un point de vue qualitatif, par la disponibilité des relations significatives avec les autres. Le soutien fonctionnel qualitatif se réfère à la qualité ou à la fonction décrit par les composantes structurelles du soutien et qui est principalement divisé par des prestations instrumentales, émotionnelles et informationnelles. Les effets bénéfiques du soutien social ont, entre autre, été expliqués comme un « tampon » contre les effets adverses des stressors dans des conditions de haut stress.
Question de recherche	Le but de la recherche est de décrire l'expérience individuelle des femmes face au soutien social dans la période entre le diagnostic de cancer du sein et l'attente de la chirurgie.
<b>Méthodes</b>	C'est une recherche qualitative descriptive.
Tradition et devis de recherche	Ils ont utilisé des interviews semi-structurées guidées pour récolter les données, ce qui correspond au devis de recherche. Les interviews variaient de 50 à 120 minutes, ce qui correspond à la recherche qualitative.
Population et contexte	Les participantes ont reçu une invitation à participer à l'étude dans une unité ambulatoire d'un hôpital universitaire de Norvège. Les critères de sélections étaient les suivants : 1 <sup>ère</sup> chirurgie prévue, âgés de plus de 18 ans et capables de parler et d'écrire norvégien.
	L'échantillon a été déterminé par saturation des données (21 participantes) au moment où plus aucune nouvelle information n'était obtenue et la redondance a été atteinte.
Collecte des données et mesures	L'interview a été développée dans une recherche précédente dont la référence est citée dans la recherche.
Déroulement de l'étude	L'étude a été approuvée par la commission régionale d'éthique. Toutes les participantes ont donné un accord écrit et verbal. Le besoin de protection émotionnelle des femmes a été respecté en évitant de trop s'attarder sur des questions menaçantes. Un arrangement a été conclu avec une clinique externe pour offrir un soutien aux participantes en cas de besoin. Personne ne l'a demandé et les participantes ont spontanément indiqué avoir obtenu des bénéfices.

Rigueur	Les interviews ont été conduites, enregistrées et retranscrites mot à mot par le premier auteur. Tous les auteurs ont ensuite analysés de manière individuelle les données. Les résultats ont enfin été discutés par tous les auteurs pour trouver un accord commun. Si des doutes ont été découverts, les auteurs sont retournés aux données de base et ont réévalués le sens des données. Des mémos ont été décrits durant l'analyse pour éviter que des idées ou des réflexions ne se perdent.
<b>Résultats</b> Présentation des résultats	<p><b><u>Démographie</u></b></p> <p>Les participantes étaient âgées de 41 à 73 ans avec un âge moyen de 54 ans. 16 femmes étaient mariées ou cohabitaient, 1 était célibataire, 1 était veuve et 3 étaient divorcées. 17 vivaient avec quelqu'un ; 16 avaient des enfants. 19 travaillaient à plein-temps ou à temps partiel et 2 étaient retraitées.</p> <p><b><u>Soutien disponible</u></b></p> <p>Le soutien disponible implique un soutien qui est disponible à travers une personne ou d'un téléphone, ce qui est essentiel malgré qu'il ne soit pas forcément utilisé. La plupart des femmes avaient des personnes disponibles pour leur offrir du soutien. Il était important pour toutes les femmes de savoir que des amis, des proches de la famille, des collègues ou des professionnels de la santé étaient disponibles pour offrir du soutien. Cependant, pour la plupart des femmes, les membres de la famille étaient perçus comme les meilleures personnes capables d'offrir du soutien et leur permettaient d'être rassurées. Avoir des membres de la famille disponibles pour leur offrir du soutien leur permettait d'être fortes. Le soutien reçu au travail a également été souligné par quelques femmes et certaines ont également souligné les amis, notamment les personnes étant seules. La plupart des femmes ont également reconnu les professionnels de la santé comme une source de soutien mais surtout dans l'information médicale et pour le traitement. Les femmes ont exprimé de la confiance face au corps médical et les met dans un cadre sécurisant. Dans la période préopératoire, une présence physique et une disponibilité facilitée pour trouver ont été essentielles. Les participantes à l'étude relèvent que le soutien de la famille est tout autant nécessaire que celui des professionnels pour obtenir des informations. En plus de la disponibilité du soutien, il était important d'avoir une présence physique continue pour toutes les femmes, toutes situations familiales confondues. Il était important d'avoir une présence lors du diagnostic car celui-ci est un choc et les participantes expriment n'avoir pas pu enregistrer toutes les informations données.</p> <p><b><u>Information et conseil</u></b></p>

Les informations et les conseils impliquent de recevoir des connaissances, des explications et des connaissances de la part des professionnels de la santé. Après avoir reçu le diagnostic, certaines participantes avaient besoin d'obtenir des informations complémentaires et ceci indépendamment de l'âge, de l'état matrimonial et de l'éducation. L'expertise des professionnels de la santé était perçue comme plus fiable que les informations données par la famille. De plus, les participantes trouvaient important de réitérer leurs questions aux infirmières et que celles-ci leur répondent patiemment. Le soutien informationnel reçu par les professionnels de la santé était utile afin d'aider à distinguer entre fantasme et réalité, particulièrement lorsque le réseau social était limité. Le réseau social des participantes était perçu comme important mais lorsque celles-ci disposaient d'un réseau limité, les professionnels de la santé représentaient alors un soutien inestimable. Cependant, certains ont eu peur de faire appel aux professionnels de peur de les déranger.

### **Soins**

La compréhension des soins comprend le respect, le confort, l'empathie et l'amour. Les soins pourraient être reçus par la famille, les amis, les collègues et les professionnels de la santé. Donner des soins ne signifie pas forcément être physiquement présent mais les soins ont souvent été transmis par des appels téléphoniques, des messages ou des e-mail. Les femmes, sachant que leur famille et leurs amis les aimaient, les respectaient et pensaient à elles leur donnaient de la force et un sentiment de sécurité. D'autres étaient touchées par la prière des autres et se sont rapprochées émotionnellement de certains membres de la famille qui avaient de la peine à exprimer leurs émotions. Les femmes ont exprimé qu'elles avaient été contentes de pouvoir recevoir du soutien alors que c'était elles qui, d'habitude fournissaient du soutien. Les soins et les intérêts à la personne malade par les proches, les amis et les collègues ont été des expériences particulièrement positives. Certaines femmes ont reçu plus d'attention et de considération que d'habitude. Les participantes décrivent qu'il était important pour elles de ne pas avoir à contacter leur réseau social mais que celui-ci le faisait naturellement. Cependant, les femmes ont ressenti des personnes de leur réseau social s'éloigner d'elles, sans aucune raison. Certaines femmes décrivent qu'elles se sont senties comme contagieuses face à certains membres de leur réseau social. Les participantes déclarent préférer que leurs proches leur posent des questions sur leur cancer plutôt que ceux-ci les évitent. Les professionnels de la santé, ayant des connaissances spécialisées et des compétences cliniques combinées à leur capacité à communiquer, à fournir des soins et du réconfort ont été perçus comme importants par les participantes. Celles-ci déclarent qu'un contact par l'hôpital aurait été bénéfique car les participantes n'arrivaient pas à

percevoir ce besoin et elles déclarent que ce contact leur aurait permis de voir que quelqu'un se souciait d'elles et qu'elles auraient été reconnues comme toujours vivantes. Une participante déclare qu'elle était effrayée que l'hôpital l'ait oublié.

#### **Avoir des confidents**

Avoir des confidents implique d'avoir des gens pour parler personnellement et de manière intime, ce qui était décrit comme essentiel par toutes les participantes. Cependant, le confident variait en fonction des femmes et pouvait être, selon la proximité, un membre de la famille, un ami ou autre. Certaines participantes avaient plusieurs confidents pour soulager leur mari, par exemple. Toutefois, certaines participantes ont préféré se confier à des personnes plus éloignées, qui n'étaient pas trop impliquées émotionnellement. Certaines préféraient parler directement à des professionnels de la santé mais pour d'autres, il était difficile de se confier à quelqu'un qu'elle n'avait jamais rencontré. Des participantes ont également contacté leur médecin de famille pour le rencontrer et leur parler de leur expérience car elles le connaissaient très bien et depuis longtemps ou car elles n'arrivaient pas à s'exprimer à la maison.

#### **L'équilibre entre la distance et la proximité**

L'équilibre entre la distance et la proximité de son réseau social implique de trouver un équilibre entre être proche de celui-ci mais garder une certaine distance sécuritaire pour recevoir assez mais pas trop de soutien social et de soins. Pour certaines, il était difficile d'accepter du soutien et des soins de la part des proches de la famille ou autres personnes importantes en fonction de leur passé (enfance difficile, divorce). Certaines participantes ont estimé que leurs partenaires/conjoints les ont traités comme si elles étaient fragiles ou mourantes et ont parfois ressenti le soutien comme surprotecteur et écrasant. Cependant, d'autres ont trouvé qu'il était difficile d'être seul et d'avoir du temps pour réfléchir à leur diagnostic et leur nouvelle situation de vie. Des participantes ont même été ambivalentes à l'égard du soutien reçu car la sympathie était quelques fois effrayante. Les femmes auraient voulu pouvoir exprimer leurs peurs. Parfois, la pitié et la compassion des aidants rendaient les participantes vulnérables car elles pensaient alors que leur pronostic était mauvais. Le soutien et l'information transmis par d'autres patients était cependant vécu comme positif. Les participantes déclarent alors qu'elles devaient trouver un équilibre en leurs propres besoins et ceux de leur famille pour qu'ils se sentent également soutenus.

<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b><u>Soutien disponible</u></b></p> <p>Cette étude qualitative donne des informations sur différents aspects de l'expérience des femmes face au soutien social. Les résultats révèlent que la plupart des femmes avaient un bon réseau social. Elles relèvent alors qu'avoir un soutien disponible de la part des membres de leur famille, de leurs amis et des professionnels de la santé était important. Le soutien des collègues et des supérieurs au travail a été également très apprécié et a été reconnu comme une composante essentielle du bien-être.</p> <p>Les participantes se sont senties rassurées lorsque des personnes étaient disponibles en cas de besoin. D'ailleurs, le simple fait de savoir que quelqu'un était disponible a contribué à un sentiment de résistance psychique. Cependant, un résultat significatif de l'étude était que non seulement la connaissance d'un soutien disponible mais aussi la présence physique continue de personnes proches a été importante pour certaines participantes, en particulier lors de l'annonce du diagnostic. Malheureusement, la présence physique des personnes aidantes était difficile à obtenir, particulièrement pour les personnes vivant seules.</p> <p><b><u>Informations et conseils</u></b></p> <p>Les résultats de l'étude révèlent que l'information professionnelle et les conseils étaient des éléments importants du soutien social. Ce besoin d'informations supplémentaires semble être motivé, en partie, par une méfiance à sa mémoire, par une peur de l'imagination négative dans la situation stressante et par la méfiance des informations de source non professionnelle (ex : données par amis, famille,...). Les professionnels de la santé dispensent la source la plus importante des informations durant la phase de diagnostic et de traitement. La plupart des participantes ont l'impression qu'elles reçoivent moins d'informations individuelles qu'elles ne l'auraient souhaité. Heureusement, celles qui ont appelé les infirmières de l'hôpital, ont reconnu avoir reçu des informations adéquates. Les infirmières les ont aidées à distinguer les fantasmes de la réalité et ont pris suffisamment de temps pour les écouter. Les patientes ont besoin d'informations et de conseils d'experts car le diagnostic représente une menace et influence ainsi leurs besoins et leurs expériences. Les infirmières sont vues comme une principale ressource pour dispenser des informations, aider les individus à interpréter l'information donnée par d'autres personnes et offrir des conseils et des informations supplémentaires à ce que donnent les médecins. Ainsi, les infirmières permettent aux patientes de diminuer leur incertitude. Cependant, de nombreuses femmes étaient réticentes à téléphoner malgré leur besoin de conseils par des professionnels et leur besoin de soutien et</p>
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



malgré qu'elles étaient invitées à téléphoner. Elles ne voulaient pas déranger ou être un poids en utilisant le temps des professionnels. Les participantes ressentaient également de l'incertitude quant à ce qui était attendu d'elles en tant que patientes.

### **Soins**

Les chercheurs ont constaté que les participantes voulaient être vues, comprises, respectées et considérées comme des individus. Le fait de savoir que les autres étaient là pour elles, était d'une importance capitale. Les participantes ont trouvé du soutien émotionnel par les soins et le fait de savoir que des personnes étaient disponibles pour les écouter, leur donner de la compassion, les rassurer et les faire se sentir valorisées et aimées. Le besoin de soins et de soutien face aux membres de la famille, aux amis et aux professionnels de la santé permet une amélioration de leur bien-être psychique, leur donne une force intérieure et les sécurise. Malgré leurs besoins en soins, certaines participantes ont expérimenté l'évitement par leur famille et leurs amis, ce qui leur donnait le sentiment d'avoir une maladie stigmatisante et fatale. Ceci augmentait le poids de la maladie. Les résultats révèlent que les connaissances professionnelles et l'expertise clinique combinées avec des qualités relationnelles telles que les soins et le confort ont été importants. Un résultat significatif de l'étude était que le suivi par contact téléphonique à l'initiative des professionnels de la santé après que les patientes aient reçu le diagnostic de cancer du sein aurait démontré des soins individualisés et les patientes ne se seraient pas senties oubliées.

### **Avoir des confidents**

Avoir des confidents était au centre des interactions sociales des participantes. Contrairement aux précédentes études qui ont démontré que les confidents faisant partie du cercle intime de la personne, étaient plus bénéfiques, les chercheurs ont pu constater que le fait de parler face-à-face avec des personnes (famille ou amis) plus éloignés et peu impliqués émotionnellement a également été essentiel. Le fait de parler à des professionnels de la santé qui sont des experts dans le domaine du cancer du sein était important mais en parler à des professionnels par téléphone et qu'elles n'avaient jamais rencontrées a été difficile. Certaines ont contacté leur médecin de famille qui les suivait depuis longtemps pour en parler face-à-face. Des consultations face-à-face peuvent renforcer la confiance, encourager les patients à exprimer leurs émotions et diminuer leur anxiété ce qui permet également de diminuer leurs craintes et leurs préoccupations.

### **Equilibre entre la distance et la proximité**

	<p>L'équilibre entre la distance et la proximité du réseau social était important pour les participantes. Le soutien social est lié non seulement à la structure du réseau mais aussi à la capacité à communiquer avec les personnes faisant partie de celui-ci et à la capacité à utiliser ces ressources. Les participantes qui avaient confiance en leur réseau social savaient quand faire appel à celui-ci et étaient plus susceptibles de trouver un soutien social disponible. Certaines participantes n'ont pas eu besoin de beaucoup de soutien social par préférence de gérer la situation elles-mêmes. Cette attitude aurait pu être influencée par la perception de leurs propres ressources et de leurs stratégies de coping. Certaines participantes ont déclaré le soutien reçu comme surprotecteur et trop intrusif. L'ambivalence face au soutien reçu a alors pu être perçue comme un comportement d'évitement face au réseau social, ce qui entraîne alors une confusion entre les besoins des patientes et les hypothèses des besoins faites par les aidants.</p> <p>Les encouragements, les égards et la sympathie des autres pourraient être vécues comme difficiles et effrayantes comme si les préoccupations exprimaient une issue fatale. Toutefois, certaines participantes ont exprimées que certaines personnes étaient trop optimistes et joyeuses alors qu'elles auraient voulu exprimer d'autres sentiments. Au lieu de percevoir le soutien comme bien intentionné, certaines participantes percevaient le soutien comme banalisant et ignorant leur besoin d'exprimer leurs peurs et leurs préoccupations. Par ailleurs, des participantes ont trouvé que les membres de leur famille et des amis ont fourni trop d'informations et de conseils. Ceux-ci ont alors bloqué l'échange d'émotions et a été perçu comme indésirable mais aussi effrayant.</p> <p>En général, les professionnels de la santé devraient offrir un soutien, des soins et des conseils sur une base individuelle afin de promouvoir l'ajustement des femmes face au diagnostic de cancer du sein.</p> <p>Les participantes viennent de la même région et ont la même culture, un échantillon plus diversifié aurait peut-être donné des résultats différents. Il est possible que les patientes les plus anxieuses aient refusé de participer à l'étude. En raison du devis transversal, l'étude actuelle n'a pas été capable de saisir les changements au fil du temps.</p>
Perspectives	<p>Les chercheurs suggèrent que les professionnels devraient appeler chaque patient au cours de la période d'attente entre le diagnostic et le début de traitement et également les encourager à les appeler en cas de besoin. Les professionnels devraient également offrir des consultations. Ce contact pourrait soutenir et informer les patientes, les aider en cas de besoins spécifiques et il permettrait de trouver un confident neutre. La clinique devrait également suggérer aux patientes d'être accompagnée lors des consultations dans le but de diminuer l'anxiété. Cette étude peut renforcer la nécessité de</p>

	soins individualisés.
<b>Evaluation globale</b>	<p><b><u>Conclusion</u></b></p> <p>Le soutien social a été important pour toutes les participantes mais il reste spécifique au besoin de chacune. Le réseau social offre du soutien qui peut être tout autant bénéfique que négatif. Les professionnels de la santé ont été considérés comme une source importante de soutien social, en comprenant et en étant sensible à l'expérience des patientes.</p>

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Qualitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 8

<b>Aspects du rapport</b>	David, D., Montgomery, G. & Bovjberg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. <i>Pers. Individ. Dif.</i> , 40 : 203-213 <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre : « Relations entre les stratégies d'adaptation et l'optimisme/pessimisme dans la détresse psychologique avant la chirurgie du cancer du sein » décrit de manière claire le thème général de la recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé reprend l'introduction avec l'énonciation du problème avec le cadre théorie, la population étudiée, le contexte, l'instrument de collecte de données utilisé et les principaux résultats de l'étude.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le but de la présente étude était d'investiguer les interrelations entre l'optimisme, le pessimisme et l'adaptation dans la prédiction du degré de détresse sur les patientes devant subir une chirurgie suite à leur cancer du sein. Aux Etats-Unis, chaque année 150 000 femmes doivent subir une tumorectomie ou une mastectomie. Les recherches antérieures ont déterminé la période préopératoire comme une période de stress aigu. En règle générale, un haut degré de détresse en préopératoire prédit de mauvais résultats en postopératoire. Une recherche antérieure a étudié les relations entre l'optimisme, le pessimisme, le coping et la détresse en préopératoire mais cette étude était limitée.
Recension des écrits	En plus des tendances optimistes et pessimistes, il y a également de nombreuses manières de s'adapter à un événement stressant selon les caractéristiques individuelles. Les différences d'adaptation ont été associées avec des variations de réponses émotionnelles à de nombreux événements stressants avec des stratégies de coping (résolution de problèmes) généralement associées à une détresse faible et d'autres stratégies de coping (détresse) associées à de hauts degrés de détresse. Bien que l'optimisme et le pessimisme comme réponses d'adaptation ont été trouvées pour prédire la variation des réponses psychologiques (ex : détresse) à des situations stressantes, il existe peu de connaissances sur leur interrelations. Les recherches antérieures ont permis de déterminer une relation entre l'optimisme et l'utilisation de stratégies d'adaptation telle que la résolution de problèmes, un état d'esprit positif et une tendance à accepter la réalité. L'optimisme était cependant négativement relié à l'utilisation du déni et la tendance à s'éloigner du problème. Le pessimisme a été reporté par des recherches être lié à l'utilisation du déni, à l'abus de substances et à des stratégies d'adaptation qui réduisent la sensibilité au problème. De manière générale, l'optimisme semble être plus lié à des

	stratégies d'adaptation actives tandis que le pessimisme serait davantage lié à des stratégies d'adaptation d'évitement. Cependant, des études ont démontré que l'optimisme et le pessimisme peuvent avoir des associations avec des résultats qui sont indépendants des stratégies d'adaptation. L'optimisme et le pessimisme semblent donc être des résultats de l'évaluation secondaire selon la théorie de Lazarus et Folkman.
Cadre théorique ou conceptuel	L'optimisme et le pessimisme sont des concepts psychologiques importants qui peuvent prédire comment les individus réagissent à des événements stressants. L'optimisme est généralement défini comme le degré auquel l'individu s'attend à des expériences positives dans le futur alors que le pessimisme désigne le degré auquel l'individu s'attend généralement à des expériences négatives dans le futur. La littérature a décrit que les différences individuelles comme l'optimisme et le pessimisme contribuent à des degrés différents de détresse émotionnelle dans des situations stressantes.
Hypothèses	<p>Cette étude prospective a poursuivi 3 buts spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudier les effets de l'optimisme et du pessimisme sur la détresse préopératoire des femmes devant subir une chirurgie du sein liée au cancer du sein</li> <li>- Etudier les effets des stratégies d'adaptation spécifiques sur les degrés de détresse dans cette population</li> <li>- Investiguer les liens de l'optimisme, du pessimisme et du coping comme facteurs contribuant à la variation des degrés de détresse préopératoire.</li> </ul> <p>Basé sur les connaissances de la littérature, l'adaptation pourrait avoir des effets de l'optimisme et le pessimisme sur la détresse ou l'optimisme et le pessimisme pourraient avoir des effets d'adaptation sur la détresse. Les résultats de cette étude pourraient avoir des implications théoriques et pratiques. D'un point de vue théorique, les résultats peuvent améliorer la compréhension des interrelations entre l'optimisme, le pessimisme et l'adaptation sur les degrés de détresse dans des situations stressantes. D'un point de vue pratique, cette recherche pourrait apporter des données importantes pour le développement d'interventions ciblées visant à réduire la détresse chez les patientes dans l'attente de la chirurgie.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est un devis quantitatif corrélationnel descriptif.
Population	L'échantillon se compose de patientes prévues pour une biopsie du sein ou une tumorectomie car il y a peu de

et contexte	différences entre ces deux interventions. Les patientes n'ont pas reçu de prémédication. Les chercheurs ont délimité des critères d'inclusion : âgées de plus de 18 ans, ne pas être enceinte et ne pas avoir d'autre maladie importante. 60 femmes ont été incluses dans l'étude de 19 à 76 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans. Ni les variables démographiques, ni les variables médicales ont permis de prédire la détresse des patientes ( $p > 0.5$ ) et ainsi n'ont pas été incluses dans les analyses suivantes.
Collecte des données et mesures	<p>- <b>le test d'orientation de la vie (LOT)</b> : Evaluation de 12 éléments sur l'optimisme et le pessimisme. Cette échelle a été approuvée par sa fiabilité et sa validité.</p> <p>- <b>l'échelle brève d'adaptation (B-COPE)</b> : Elle mesure les stratégies cognitives et comportementales utilisées par les personnes dans des situations stressantes. Elle mesure 14 stratégies d'adaptation évaluées par les participantes selon la fréquence qu'elles ont utilisé ces différentes stratégies.</p> <p>- <b>L'échelle des états d'esprit (POMS-SV : Profile of Mood States Short Version)</b> : Evaluation de 6 dimensions affectives (tension/anxiété, dépression/abattement, peur/hostilité, vigueur/activité, fatigue/inertie, confusion/désorientation) et fournit un score de détresse émotionnelle.</p>
Déroulement de l'étude	Tous les questionnaires ont été administrés de manière individuelle. Le LOT et le B-COPE ont été remplis à la maison et les patientes les ont remplies avant le jour de la chirurgie. Le POMS-SV a été administré par un assistant du chercheur dans la période préopératoire juste avant la chirurgie. Toutes les participantes ont donné leur consentement écrit.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les chercheurs ont commencé des analyses de corrélation bivariées pour ensuite effectuer les analyses de médiation selon les critères établis par la littérature. Les résultats sont compatibles avec un modèle de médiation si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le prédicteur est associé à la fois avec le médiateur hypothétique et des résultats pertinents</li> <li>- Après avoir contrôlé les effets du médiateur, la relation entre le prédicteur et le résultat est réduite</li> </ul> <p>La direction de la médiation (si l'adaptation influence l'optimisme ou l'optimisme influence l'adaptation) a été déterminée par comparaison des changements relatifs dans les paramètres estimés.</p>
Présentation des résultats	Les résultats n'ont pas révélé de différences significatives entre les patientes allant subir une biopsie ou une tumorectomie sur l'optimisme, le pessimisme, les réponses d'adaptation et la détresse. Ces deux groupes ont donc été associés pour les analyses.

	<p>L'auto-distraction et le soutien instrumental ont une influence sur l'optimisme et également sur la détresse de manière directe et indirecte via l'optimisme. Ces résultats sont statistiquement significatifs. De plus, la planification, le soutien instrumental, le déni et l'auto-distraction ont des effets directs et prouvés sur le pessimisme et sur la détresse. Le pessimisme influence également la détresse. Enfin, la ventilation des émotions avait une influence significative à la fois sur le pessimisme qui lui-même influençait la détresse et sur la détresse directement. L'optimisme et le pessimisme sont corrélés avec la détresse de manière significative. Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence que plus l'optimisme était élevé, moins la détresse l'était et plus le pessimisme était élevé, plus la détresse l'était avant la chirurgie.</p> <p>Le score de 9 des 14 stratégies d'adaptation étaient significativement associées avec des degrés de pessimisme et deux étaient associées à des degrés d'optimisme. Le pessimisme était relié à la planification, à un état d'esprit positif, au déni, à l'auto-distraction, au soutien instrumental, au coping actif, à la religion, à la ventilation, à l'évitement et l'optimisme était lié à l'auto-distraction et au soutien instrumental de manière significative.</p> <p>Pour les variables démontrant des relations significatives bivariées compatibles avec la médiation des effets sur le modèle de détresse, décrivant les relations entre l'optimisme, le pessimisme, le coping et la détresse, ont été évaluées comme démontré dans la figure 1 de la recherche.</p> <p>Les analyses de médiation étaient compatibles avec le fait que l'optimisme et le pessimisme influence les stratégies d'adaptation (planification, déni, auto-distraction) sur la détresse à l'exception de la ventilation. En outre, le pessimisme influence partiellement l'impact du soutien instrumental sur la détresse. Ces résultats indiquent que l'impact de l'adaptation influence généralement l'optimisme/pessimisme ce qui n'est pas compatible avec les résultats d'une recherche antérieure qui avait déduit que l'impact de l'optimisme influence les stratégies d'adaptation. Cependant, les chercheurs ont trouvé une influence seulement pour la ventilation qui pourrait influencer les effets du pessimisme sur la détresse.</p> <p>Comme les résultats ne correspondaient pas avec la recherche antérieure, les chercheurs ont effectué d'autres analyses de leurs résultats pour les affirmer. Ils ont trouvé que l'optimisme avait une influence sur la relation entre les stratégies d'adaptation et la détresse (<math>p &lt; 0.5</math>) à l'exception de la ventilation qui maintenait une relation directe avec la détresse.</p>
<b>Discussion</b>	Cette étude a révélé que l'optimisme et le pessimisme avaient un impact significatif sur le degré de détresse pour les

	<p>patientes dans l'attente d'une chirurgie du sein. Les participantes qui étaient plus optimistes expérimentaient moins de détresse le jour de la chirurgie tandis que celles qui étaient plus pessimistes ressentaient davantage de détresse. Ces résultats sont compatibles avec ceux établis dans la littérature sur la détresse préopératoire en général et pour la chirurgie du cancer du sein en particulier.</p> <p>Les résultats de cette recherche ont démontré que les stratégies d'adaptation comme une plus grande planification, le déni, l'auto-distraction, le soutien instrumental, l'humour, la suppression des émotions, la ventilation, l'auto-accusation et l'abus de substances étaient toutes liées à une plus grande détresse en préopératoire. Il est intéressant de souligner qu'à la fois les stratégies d'adaptation généralement aidantes (planification, soutien instrumental, ventilation) et celles décrites comme problématiques (déni, auto-accusation, auto-distraction) étaient toutes associées à une plus grande détresse. Ces résultats sont conformes avec la théorie de Lazarus et Folkman qui dit qu'il est inapproprié de distinguer les stratégies d'adaptation aidantes et non-aidantes. En effet, une stratégie d'adaptation peut à la fois être aidantes ou pas selon le contexte dans lequel elle est utilisée. Dans cette étude, il est probable que l'utilisation des stratégies semblant être aidantes (planification, humour) ont été associées à une plus grande détresse dans le contexte de chirurgie et les émotions liées à l'attente de diagnostic/pronostic.</p> <p>Pour investiguer l'influence par laquelle l'optimisme, le pessimisme et les stratégies d'adaptation contribuaient au degré de détresse, les relations entre ces variables ont été explorées. Les analyses de médiation soutiennent la conclusion que l'impact des stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique était en général influencé par l'optimisme/pessimisme. Ils sont compatibles avec des recherches antérieures qui suggèrent que l'optimisme et le pessimisme seraient des composants de l'évaluation secondaire et par conséquent, qui fonctionnent comme des causes de la détresse.</p> <p>Les résultats de cette étude n'étaient pas totalement compatibles, notamment avec la ventilation qui semblait avoir un effet indépendant sur la détresse avant la chirurgie et qui n'a pas été influencé par l'optimisme ou le pessimisme. Il semble que la stratégie d'adaptation de l'expression négative des sentiments dans cette situation très stressante a un impact négatif sur la détresse.</p> <p>L'échantillon et la provenance des participantes sont des limites de l'étude. C'est une recherche initiale et les chercheurs proposent d'ailleurs dans les recherches futures d'explorer ces variables avec un échantillon plus varié.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Cette recherche a plusieurs limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par le devis prospectif de la prédiction de la détresse, l'étude est corrélationnelle en regard des relations entre l'optimisme, le pessimisme et l'adaptation.</li> <li>- Il n'est pas possible de savoir si ces résultats pourraient être généralisés aux autres patientes subissant une chirurgie en dehors de l'institution où la recherche a été menée. Un échantillon devrait être plus grand.</li> <li>- Les concepts plus directement associés à la théorie de l'Appraisal n'ont pas été mesurés afin d'explorer les interrelations entre l'appraisal (évaluation), l'optimisme, le pessimisme, le coping et la détresse mais il semblait être prématuré de mesurer ces différentes variables vu l'état des connaissances actuel.</li> </ul>
Perspectives futures	<p>D'un point de vue pratique, les résultats permettent de distinguer les causes proximales et distales de la détresse durant les interventions psychologiques. Selon les résultats de la recherche, les réponses d'adaptation devraient être mieux conceptualisées comme causes distales de la détresse psychologique alors que l'optimisme et le pessimisme devraient être conceptualisés comme des causes proximales.</p> <p>Les recherches futures devraient investiguer d'autres facteurs d'évaluation qui pourraient influencer l'effet de la ventilation sur la détresse. Les recherches futures devraient également s'intéresser à la manière dont les femmes expérimentent l'impact émotionnel de l'optimisme et du pessimisme.</p>
<b>Questions générales</b>	<p>L'article est très précis. Les chercheurs ont fait preuve d'un esprit critique face à leurs résultats, les ont remis en question et ont approfondi leurs analyses afin de crédibiliser leurs résultats. Cette recherche se prête à une analyse minutieuse.</p>

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Quantitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 9

<b>Aspects du rapport</b>	<p>Lally, R., Hydeman, J., Schwert, K., Henderson, H. &amp; Edge, S. (2012). Exploring the First Days of Adjustment to Cancer. A modification of Acclimating to Breast Cancer Theory. <i>Cancer Nursing</i> : 35, 1.</p> <p><b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b></p>
<b>Titre</b>	<p>Le titre permet de saisir le problème de recherche. De plus, il démontre qu'il se base sur une étude précédente.</p> <p>Titre : « Explorer l'ajustement au cancer durant les premiers jours. Une modification de la théorie d'acclimatation au cancer du sein. »</p>
<b>Résumé</b>	<p>Le résumé reprend le background, l'objectif de la recherche, la méthode, les résultats et la conclusion. Dans le contenu, il est facile de comprendre les grandes lignes de la recherche.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Cette recherche est un devis de théorie ancrée. Elle reprend alors une précédente recherche effectuée l'année précédente et les chercheurs augmentent l'échantillon pour que celui-ci soit plus diversifié et que la théorie ancrée soit ainsi plus représentative.</p> <p>Les chercheurs ont pour but d'étudier la période de prétraitement chez les femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein car le diagnostic est vécu comme une menace ou un challenge. Les chercheurs veulent donc comprendre comment les femmes s'ajustent à cette nouvelle et inattendue situation de vie.</p>
Recension des écrits	<p>L'ajustement au cancer est défini comme un processus continu dans lequel les patients essaient de gérer leur détresse émotionnelle, résoudre des problèmes spécifiques liés au cancer et acquérir une maîtrise ou un contrôle des événements reliés au cancer. Les processus cognitifs de l'ajustement pourraient commencer avant même le diagnostic et seraient relancés au moment de celui-ci. En fonction de la réaction initiale, la plupart des femmes s'ajustent à leur cancer du sein. Cependant, environ 30% de femmes expérimenteraient la détresse qui risque d'amener des problèmes psychiatriques à long terme tels que dépression, détresse et symptômes de stress post-traumatique. Ces symptômes altèrent alors la qualité de vie, la capacité à effectuer les AVQ, ce qui influence alors également leur famille. Il est donc nécessaire de comprendre les éléments qui permettent l'ajustement au cancer.</p> <p>Les recherches sur l'ajustement au cancer du sein sont nombreuses mais centrées sur l'ajustement en postraitement et chez les survivants après des mois ou des années du diagnostic. Cette recherche soutient cependant le fait que</p>

	<p>l'ajustement en début de trajectoire influence l'ajustement au cours de la maladie. Peu de recherches se sont centrées sur l'ajustement durant la phase de prétraitement. Cette recherche est essentielle car la phase de prétraitement est une des périodes les plus stressantes. Les degrés d'ajustement en prétraitement, l'optimisme et l'acceptation active ont alors permis d'augmenter la qualité de vie et l'ajustement une année après le diagnostic. Par conséquent, la compréhension des processus de pensée en période de prétraitement qui génèrent des émotions et des comportements va permettre de cibler des interventions précoces pour améliorer l'ajustement à ce moment même et dans le futur.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La <b>théorie de l'acclimatation au cancer du sein</b> est une théorie ancrée développée par le premier auteur et qui vise à générer des idées et créer un cadre pour guider les interventions dans le but d'une adaptation réussie à la maladie.</p> <p>La théorie ancrée a été développée sur la base de 18 interviews de femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein dans le Midwest des Etats-Unis. La principale préoccupation qui est ressortie est le menace de leur intégrité par l'attribution que les femmes faisaient du cancer, les changements perçus réels ou imaginés dans leur rôle ou dans leur physique et du fait qu'elles pensaient que les autres ne les considèreraient plus que comme une femme ayant un cancer du sein. La base du processus psychologique à la théorie de l'acclimatation au cancer du sein a été identifiée comme les processus de pensée et les comportements utilisés par les femmes pour essayer de résoudre les menaces de leur intégrité. C'est un processus non linéaire constitué de pensées et de comportements représentés par trois étapes : examiner la situation, agir par des actions et l'auto-émergence grâce à 8 stratégies interdépendantes. La phase d'examen de la situation consiste à définir le sens de celle-ci et l'introspection qui conduit à des stratégies pour résoudre les menaces d'intégrité (2<sup>ème</sup> phase = agir par des actions) et ainsi à maîtriser les conséquences cognitives/émotionnelles (3<sup>ème</sup> phase = auto-émergence). Agir par des actions inclut 4 stratégies : échapper aux déclencheurs émotionnels, chercher et rester ouvert aux connaissances, intégrer le cancer à la vie et envisager le futur. Les conséquences (=auto-émergence) de l'examen de la situation et d'agir par des actions incluent l'équilibre fragile entre émotions positives et négatives et l'adoption d'un changement personnel.</p>
Question de recherche	<p>Le but de cette étude était d'élargir les connaissances sur les expériences en période de prétraitement, les processus de pensées, et les comportements des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein pour mieux définir les concepts et accroître la force de la théorie de l'acclimatation au cancer du sein. Cette question de recherche est en lien avec l'étude</p>

	précédente dans le but d'augmenter les connaissances et pour que les résultats soient davantage transférables.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	C'est une théorie ancrée avec un devis qualitatif descriptif. Ils ont utilisé des interviews non structurés. Les interviews ont duré de 29 minutes à 138 minutes.
Population et contexte	L'échantillon est composé de 26 femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein et dans l'attente d'un traitement chirurgical. Celles-ci ont été recrutées dans un centre de lutte contre le cancer au Nord des Etats-Unis. Le cancer n'était pas une récurrence. La majorité des participantes étaient blanches, mariées et avaient une éducation d'un niveau de collège. L'échantillon était par contre varié dans les âges, le statut socioéconomique et la zone de résidence. Une large tranche d'âge a volontairement été définie car dans la première recherche, c'était la cause de différences dans les pensées et les comportements. Une différence importante avec cet échantillon est que celui-ci n'avait pas reçu de soutien immédiat suite au diagnostic de la part d'une infirmière spécialisée en oncologie et de pratique avancée contrairement à l'échantillon de base. De plus, les participantes de cette recherche ont attendu en moyenne 14 jours de plus pour avoir la première consultation avec le chirurgien.
Collecte des données et mesures	Les femmes ont été contactées lors de leur premier rendez-vous avec le chirurgien et celles qui étaient intéressées ont donné leur accord pour être contactées par le chercheur afin de recevoir des informations complémentaires sur l'étude et pour fixer un rendez-vous. Avant chaque interview, un consentement éclairé a été signé. Les entretiens ont eu lieu entre janvier 2008 et avril 2009. 26 femmes ont participé à un entretien durant la phase de prétraitement (en moyenne 37 jours après le diagnostic), dont 19 ont accepté de participer à un 2 <sup>ème</sup> entretien après la chirurgie (mais avant un traitement adjuvant). Les entretiens ont duré de 29 à 138 minutes. Les interviews ont été menées par le chercheur principal à leur domicile, dans la clinique ou au bureau du chercheur principal. Elles ont été enregistrées, retranscrites et vérifiées par le chercheur principal. De plus, des notes de terrain ont été écrites à chaque interview. Au début de chaque interview, le chercheur décrivait l'intérêt : « Que se passe dans votre vie depuis que le diagnostic de cancer du sein a été posé ? ». La participante expliquait alors son histoire et en fin de discours, le chercheur posait des questions d'approfondissement pour encourager à l'élaboration, pour obtenir des descriptions et des comportements spécifiques aux catégories développées dans la théorie de l'acclimatation au cancer du sein. Les interviews en postchirurgie ont suivi la même

	<p>procédure.</p> <p>La récolte de données correspond au devis qualitatif. Les chercheurs cherchent à découvrir l'expérience des participantes. Ils ont utilisé alors des interviews non structurées pour leur permettre d'exprimer au mieux leur ressenti. De plus, ils ont posé quelques questions à la fin pour approfondir en fonction de la première recherche.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'analyse a été effectuée par le chercheur principal et deux autres chercheurs (qui ne connaissaient pas la première recherche) pour éviter des biais dans l'interprétation et pour optimiser l'identification des pensées des participantes et les comportements. Le chercheur principal a analysé les données de manière individuelle puis les a comparés à l'analyse des deux autres chercheurs et la recherche de base dans le but d'identifier de nouvelles catégories. Une congruence a été trouvée entre les catégories de la recherche de base et celles déterminées par les deux chercheurs. L'équipe de recherche a alors découvert la recherche antérieure pour comparer à leur résultat et pousser la réflexion plus loin. Les différences d'interprétation entre les membres ont été clarifiées grâce à des relectures des transcriptions et grâce à la clarification du contexte par le chercheur principal. Des catégories ont alors été créées, maintenues ou éliminées.</p> <p>Les interviews en post-traitement ont été analysées avec une attention particulière sur le processus de pensée et les différences de comportements durant la phase de prétraitement et de post-traitement.</p>
Rigueur	<p>La rigueur a été démontrée à travers le maintien de la vérification des retranscriptions, des notes de terrains et des mémos, à travers le fait d'avoir mener une seconde interview avec la plupart des participantes, à travers le fait que l'analyse ont été poursuivie de manière individuelle puis collective par une équipe pluridisciplinaire et par le fait que un expert en psychologie et une infirmière clinique en oncologie ont donné leur avis pour modifier des propriétés et des dimensions à différents stades de l'analyse.</p>
<b>Résultats</b> Présentation des résultats	<p>L'expérience du diagnostic de cancer était décrite par toutes les femmes comme un événement majeur de changement de vie. Il était décrit comme une crise personnelle. De plus, l'attente a été très difficile entre le diagnostic et la rencontre avec le chirurgien car les femmes n'avaient pas d'informations. Plusieurs femmes ont alors expliqué qu'elles avaient pleuré durant cette période et qu'elles n'étaient pas capables de fonctionner dans les AVQ alors que d'autres ont reçu le diagnostic avec un calme étonnant. Cette deuxième réaction a plus été rencontrée chez les femmes de 74 à 81 ans car la vie les avait préparées à une crise. Face à cette réaction initiale, les femmes ont alors pu découvrir que leurs émotions avaient ensuite laissées place à une réflexion de gestion de la crise. Le processus de maintenir leur intégrité face au</p>

cancer était semblable à la théorie de l'acclimatation au cancer. Comme dans l'étude précédente, toutes les femmes utilisant 1 ou plusieurs stratégies pour s'ajuster au cancer mais avec des comportements différents s'ajustaient psychologiquement au cancer à des degrés variables. Les résultats de cette étude sont présentés en comparaison de l'étude précédente pour mettre en évidence les domaines qui ont été modifiés.

### **Evaluer la situation**

Les femmes réfléchissaient durant la période d'attente à la compréhension de ce monde étranger qu'était la maladie. Comme dans la théorie précédente, définir la signification de leur diagnostic et intérioriser leur identité actuelle et future étaient des conditions qui permettaient d'évaluer la situation.

### Définir le sens

Dans la théorie initiale, la définition du sens représentait le fait de déterminer les causes potentielles au cancer du sein et de déterminer s'il y avait une signification ou un but à ce diagnostic. Dans cette étude, les données sont similaires et les causes potentielles vont des erreurs personnelles à la malchance. Cependant, les femmes décrivent également dans cette étude le diagnostic comme signifiant la mort. Bien que la mort ait été imaginée dans la première étude, c'était une pensée non prioritaire. L'inquiétude face au croissement du cancer et à la mort était exagérée du fait que les femmes attendaient pour des consultations et des traitements. Comme dans l'étude originale, le besoin de trouver un sens au diagnostic variait en fonction des participantes qui déterminaient de fortes attributions potentielles à celles qui le faisaient très peu. De même que dans la première étude, croire que le cancer venait de Dieu diminuait le besoin de trouver un sens au diagnostic. Cependant, le manque de masse tumorale ressentie dans le sein ou l'absence d'autres symptômes caractéristiques au cancer du sein ont questionné les femmes pour savoir si c'était le même type de cancer que les autres et il était donc plus difficile à définir le sens du diagnostic. Le manque d'informations sur le diagnostic, le cancer du sein et le traitement a été un facteur aggravant et a diminué l'engagement des femmes dans la définition du sens de leur diagnostic.

### Intériorisation

Dans l'étude originale, l'intériorisation était caractérisée par les réflexions des femmes sur leur identité professionnelle et personnelle et sur leur rôle avant et après le diagnostic. L'étude actuelle a confirmé cette définition. La plupart des femmes ont d'ailleurs réfléchi sur leur rôle de la personne en bonne santé et celui qui donne pour ensuite accepter de

	<p>l'aide des autres.</p> <p>Ces nouvelles données ont alors élargi la définition vers les réflexions des femmes sur l'atteinte de leur féminité et les peurs de changement de rôle face à leur partenaire sexuel. De plus, la définition a également été élargie à l'impression d'être stigmatisée comme personne malade. Certaines participantes ont tenté de trouver un médecin privé plutôt qu'un centre de lutte contre le cancer pour éviter cette stigmatisation. Une participante décrit également l'impression d'être différente des autres comme si le cancer était écrit sur son front. Comme dans la théorie originale, les conditions d'intériorisation et la définition du sens étaient intégralement liées. L'intériorisation était influencée par la place que les femmes donnaient à la signification de leur diagnostic. Par exemple, si la signification était négative comme l'autoaccusation (ex : échec personnel), une intériorisation était moins positive sur la perception de soi.</p> <p><b>Agir</b></p> <p>Dans l'étude originale, la définition du sens et l'intériorisation étaient des conditions qui permettaient aux femmes d'essayer de maintenir leur intégrité dans la période de prétraitement. Cinq stratégies pour maintenir leur intégrité ont été utilisées à des degrés différents : échapper aux déclencheurs émotionnels, chercher et rester ouvert aux connaissances, contrôler l'environnement, intégrer le cancer à sa vie et envisager le futur.</p> <p><u>Echapper aux déclencheurs émotionnels</u></p> <p>Cette stratégie est significative de la théorie originale et de celle-ci. Elle est définie comme séparant consciemment le mental et le physique des pensées et des souvenirs du cancer. Les femmes qui utilisaient cette stratégie ont essayé de maintenir la normalité et de prévenir une altération de leur vie due au cancer par l'évitement, ce qui répondait à la détresse et à la peur. Dans l'étude originale, les femmes qui ont utilisé cette stratégie l'ont fait directement après l'annonce du diagnostic et de manière intermittente par la suite. Cependant, dans l'étude actuelle, les femmes ont utilisé cette stratégie en réponse au diagnostic mais également de manière régulière durant les semaines qui ont suivies, dans l'attente de la consultation avec le chirurgien. Dans l'étude originale, une manière décrite pour échapper aux déclencheurs émotionnels impliquait physiquement le fait d'éviter d'entendre ou de voir des informations d'autres personnes, de la télévision ou d'internet sur leur propre cancer ou sur le cancer en général. Dans l'étude actuelle, l'évitement physique des informations était parfois couplé avec le mental tels que « l'abandon de Dieu » ou d'un médecin. Donc, les dimensions d'échapper aux déclencheurs émotionnels n'impliquaient pas seulement les pensées sur</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>le cancer mais aussi le fait de prendre une décision consciente qui donne le souci mental à une autre personne (ex : dieu, médecin). Ces données ont élargi la définition d'échapper aux déclencheurs émotionnels par les extrêmes décrits. Certaines participantes évitaient de penser à leur cancer pour maintenir leur intégrité alors que d'autres tentaient de nier leur maladie pour éviter toute pensée négative.</p> <p><u>Chercher et rester ouvert aux connaissances</u></p> <p>Cette stratégie est une nouvelle catégorie ajoutée suite à cette recherche et définie comme la poursuite active des informations sur le cancer du sein et le traitement à l'aide d'une ou de plusieurs sources avec l'intention de maintenir son intégrité. Dans la première étude, les participantes dès l'annonce du diagnostic étaient suivies par une infirmière avancée spécialisée en oncologie qui coordonnait les soins individualisés et fournissait des informations et des ressources permanentes. Ainsi, les femmes avaient accès à des informations fiables et par conséquent ni la recherche d'informations, ni la nécessité de rester ouvert à des connaissances était retenu comme un facteur permettant de maintenir son intégrité.</p> <p>Dans l'échantillon actuel, les femmes avaient un rendez-vous après plusieurs semaines durant lesquelles elles n'avaient aucune information ni soutien professionnel. Par conséquent, certaines femmes ont recherché des informations auprès de leur famille, des amis, des collègues, des voisins, des survivants du cancer, d'internet, de rendez-vous supplémentaires chez leur gynécologue ou de leur médecin généraliste dans le but de maintenir leur intégrité. Lorsque la famille ou des connaissances avaient des antécédents médicaux, leurs informations étaient précieuses. Cette stratégie rencontrait cependant des difficultés notamment la difficulté à différencier les informations qui étaient transférables à leur diagnostic et les informations qui étaient inapplicables ou fausses. Même lorsque les informations étaient fournies par des médecins compétents, celles-ci ont parfois contribué à augmenter la peur et détériorer leur intégrité.</p> <p><u>Contrôler l'environnement</u></p> <p>Le contrôle de l'environnement a été une stratégie utilisée dans les deux recherches. Elle est définie comme des mesures prises pour maintenir son intégrité à travers le maintien actif ou par le fait de regagner le contrôle de son environnement interne (mental) et externe. Contrôler l'environnement a été démontré dans les deux études lorsque les femmes ont choisi de prendre du temps pour elles, pour écrire leurs pensées, aller en vacances avant la chirurgie, faire des choses agréables ou faire le ménage. Dans cette étude, toutes les femmes désiraient se concentrer sur leurs propres besoins après le</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



diagnostic. Dans les deux études, les participantes contrôlent leur environnement par la divulgation des informations ou non concernant leur état de santé à celui-ci. La divulgation était limitée lorsque les femmes se sentaient coupables ou responsables de leur cancer car elles craignaient de perdre le respect de leurs collègues et souhaitaient éviter les réactions sympathiques non désirées ou de peur de la part de leur famille et amis. En fonction des nouvelles données recueillies, le manque d'informations sur le cancer et le traitement pourrait également conduire les femmes à exercer un meilleur contrôle externe de leur environnement par la diminution de la divulgation d'informations à d'autres (elles n'avaient rien à dire). Le fait de ne rien dire à leur conjoint ou à leurs enfants était en fait un moyen de protéger leur famille et leur a donc permis d'avoir un sentiment de contrôle interne et d'intégrité. Un moyen de contrôle interne était la spiritualité ou encore le fait de travailler afin de maintenir un esprit positif. Cette stratégie peut également avoir des effets néfastes (surplus de pensées contrôlées).

#### Intégrer le cancer dans la vie

Dans l'étude originale, l'intégration du cancer dans la vie permettait aux femmes de démontrer un esprit de force et de lutte pour modéliser le monde de la manière dont les personnes devaient vivre avec un cancer. Dans les deux études, les femmes qui utilisent cette stratégie continuent à travailler, maintiennent les routines et planifient des vacances à l'avance. Etre un modèle, retourner au Centre du Cancer et utiliser leur expérience pour informer leurs amis et famille sur les mérites de la mammographie sont des exemples pour intégrer le cancer dans leur vie. Dans cette étude, certaines femmes se sont montrées comme des modèles positifs à leurs enfants pour leur enseigner de ne pas avoir peur du cancer. En fonction de l'acceptation du cancer dans leur identité et leur vie, cette stratégie a été plus ou moins bénéfique.

#### Envisager le futur

Dans la théorie originale, envisager le futur était une stratégie définie par la répétition mentale des scénarios de vie et de traitement positifs et négatifs afin de gagner un sentiment de maîtrise et maintenir l'intégrité. Les données de cette étude étaient compatibles avec l'étude précédente et ne contribuaient pas à la modifier. Les femmes se sont identifiées à des personnes ayant déjà vécu la même maladie et qui vivaient maintenant bien. Les participantes avaient conscience de l'évolution négative du cancer mais leur a permis de se comparer à d'autres personnes. L'attention et la préparation au pire des scénarios, des traitements et des changements physiques ont permis de maîtriser leur expérience.

#### **Auto-émergence**

	<p>L'auto-émergence représente les conséquences de l'évaluation de la situation et les actions mises en place. Dans l'étude originale, ces conséquences comprennent l'adoption d'un changement personnel et un équilibre fragile. Cette étape a été nommée « auto-émergence » en reconnaissance à la mise en forme de l'intégrité des femmes (maintenu ou non) comme en témoigne les conséquences de cette étape. Les données de cette étude ont abouti à l'ajout d'une catégorie : peur face à l'inconnu.</p> <p><u>Affronter le changement personnel</u></p> <p>Dans l'étude originale, cette catégorie était nommée « l'adoption d'un changement personnel » et définie par la reconnaissance ou la planification d'apporter des changements personnels positifs. Cette catégorie a été renommée pour refléter que bien qu'un changement dans ses croyances, sa compréhension et ses attitudes peuvent être perçus de manière positive, ces changements doivent être reconnus, adoptés, combattus ou non reconnus par les femmes. Dans les deux études, des femmes avaient déjà reconnu une croissance personnelle et un changement dans leur spiritualité et leur perspective de vie. D'autres femmes ont saisi cette occasion pour un changement personnel dans leur avenir. Dans les deux études, les femmes ont décidé d'effectuer du bénévolat, de faire plus d'exercice ou d'arrêter de fumer. Cette étude a apporté la notion de résistance au changement notamment lorsque les femmes percevaient celui-ci comme une conséquence de leur diagnostic de cancer. La résistance au cancer influence la capacité à un changement de vie ce qui coïncide avec un contrôle agressif de l'environnement et une résistance à intégrer le cancer dans leur vie. Dans les deux études, les femmes de 70 ans et plus ont exprimé leur satisfaction dans leur vie et n'ont pas reconnu le besoin de changement comme une conséquence de cette expérience.</p> <p><u>Peur face à l'inconnu</u></p> <p>Dans l'étude originale, la peur face à l'inconnu était une sous-catégorie de l'équilibre fragile. Dans cette modification de la théorie, la peur de l'inconnu devient une catégorie à part à cause des peurs additionnelles exprimées par ces femmes et le degré et la durée de la peur. Les femmes qui évaluent et associent la menace du cancer à la mort avaient des peurs grandissantes en fonction du temps d'attente entre le diagnostic et la première consultation. La peur et l'anxiété ont été si intenses chez certaines femmes qu'elles ont consulté leur médecin généraliste qui leur ont prescrit des anxiolytiques. D'autres ont rapporté une diminution de la qualité du sommeil. La peur de la croissance et de la propagation du cancer durant l'attente a même été exprimée par les femmes ayant un cancer du sein non intrusif.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Equilibre fragile</u></p> <p>L'équilibre fragile était défini comme une conséquence des conditions et des stratégies dont le maintien de l'intégrité et des émotions à la fois positives et négatives. L'étude actuelle a des résultats compatibles ; les femmes ont exprimé des sentiments d'espoir, d'optimisme pour le futur et la chance d'échapper à un plus mauvais diagnostic qui sont en balance avec la colère, la trahison de leur corps, les pertes, le deuil et la culpabilité d'amener ce diagnostic dans leur famille. Bien que dans les deux études, l'optimisme a été relevé pour le futur, celui-ci pourrait être également perçu comme un mécanisme de défense utilisant l'humour. Les données actuelles augmentent les pertes et deuils à la vie dans son ensemble en raison d'un sentiment que la vie avait été changée à jamais.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Grâce à cette nouvelle recherche avec un échantillon plus varié, la théorie est plus complète par la modification de 7 des 8 concepts et l'ajout de 2 concepts nouveaux et la modification du titre de l'un deux. Glaser propose que la théorie ancrée devrait être jugée sur 4 critères : la modifiabilité, la maniabilité, l'ajustement et la pertinence. Ainsi, cette nouvelle recherche a confirmé les comportements et les processus de pensée mis en évidence dans la recherche initiale malgré un temps d'attente entre le diagnostic et la première consultation de près de 3 fois plus grande. De plus, cet échantillon n'était pas suivi par une infirmière spécialisée en oncologie ce qui met en évidence une plus grande variation dans les processus de pensée. Le travail avec une infirmière de pratique avancée en oncologie permet de diminuer l'incertitude. Ainsi, une étude plus approfondie devrait étudier l'impact de la durée d'attente et l'apport d'informations pour clarifier de manière précise les interventions de l'infirmière de pratique avancée pour améliorer l'adaptation psychologique. Cette théorie ancrée est mise en lien avec les théories cognitives qui suggèrent que l'adaptation psychologique à un stress majeur implique des processus de pensées qui donnent un sens à la menace de l'intégrité. L'étape de l'évaluation de la situation permet aux femmes de trouver un sens et d'intérioriser cette expérience. Les femmes prennent ensuite des mesures qui correspondent aux processus de pensée. De plus, l'âge, les antécédents de vie et le style d'adaptation influencent également les processus de pensée alors que ni le stade du cancer, ni le traitement chirurgical n'affecte les processus de pensée. Cependant, un fait important est que les pensées et les comportements sont semblables avec ceux associés à l'incapacité à réaliser l'intégration cognitive de l'événement et qui peuvent alors diminuer les chances d'adaptation par la diminution de la confrontation à leur diagnostic. Alors que les femmes rencontraient du succès pour maintenir leur intégrité en utilisant les différentes stratégies, elles n'avaient pas conscience</p>

	des effets négatifs qui résultent du désengagement de leurs pensées ou contact avec les autres.
	Cette recherche a été élaborée dans le but d'élargir la généralisation de la théorie ancrée.
	Une des limites de l'étude était que la majorité des participantes étaient de couleur blanche et avaient suivi des études collégiales dans les deux études. Une prochaine recherche est prévue pour recueillir les témoignages des femmes afro-américaines ainsi que dans d'autres pays.
Perspectives	Les résultats suggèrent un besoin d'interventions d'évaluation et de psychoéducation pour identifier les femmes à risque et les soutenir dans leur adaptation lors de l'attente. Bien qu'une période entre l'annonce du diagnostic et la consultation avec le chirurgien soit inévitable, celle-ci devrait être limitée au maximum. Les soignants doivent être conscients de l'importance de la communication prudente car les malentendus sont sujets de créer de vives émotions et des pensées qui peuvent influencer l'adaptation des femmes à leur diagnostic. Des efforts devraient également être faits pour soutenir l'optimisme des femmes et les aider à maintenir la confiance envers leur chirurgien. Les infirmières de pratique avancée en oncologie sont idéalement formées d'une expertise physiologique et psychologique pour aider les femmes à s'adapter au diagnostic. Les recherches futures devraient s'intéresser aux interventions ciblées en période de prétraitement sur les besoins, les modes de communication et les stratégies habituelles pour faire face aux événements qui changent la vie afin de favoriser l'adaptation psychologique.
Evaluation globale	La recherche est très détaillée. Les résultats sont très probants car c'est la deuxième recherche entreprise pour améliorer la théorie ancrée.

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Qualitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

## Recherche 10

<b>Aspects du rapport</b>	Schnur, J., Montgomery, G., Hallquist, M. & al. (2008). Anticipatory Psychological Distress in Women Scheduled for Diagnostic and Curative Breast Cancer Surgery. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> : 21-28. <b>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</b>
<b>Titre</b>	Le titre : « La détresse psychologique anticipée des femmes prévues pour une chirurgie du cancer du sein diagnostic et curative » est clair. Il précise la population étudiée, l'intérêt de la recherche et le contexte.
<b>Résumé</b>	Le résumé reprend la récolte de données, le but, la méthode, les résultats et la conclusion. Par la mise en page, le résumé est bien mis en évidence. Il est concis et reprend les éléments clés de la recherche.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Aux Etats-Unis, 178'480 femmes sont chaque année diagnostiquées avec un cancer du sein. La chirurgie est alors essentielle pour le traitement curatif mais elle est également utilisée afin de poser un diagnostic définitif. Il existe donc deux types de chirurgie : la chirurgie à des fins de diagnostic (biopsie) et curative (tumorectomie). Cette période peut être difficile émotionnellement, ce qui a été démontré dans des recherches antérieures. De plus, la détresse psychologique anticipée a, à la fois des effets négatifs directs et des effets secondaires en postopératoire. Cependant, aucune étude n'a pour le moment été menée afin d'examiner et de comparer la détresse psychologique en préopératoire d'une biopsie ou d'une tumorectomie. Une meilleure compréhension de la relation entre la procédure chirurgicale et la détresse psychologique anticipée devrait avoir des implications importantes pour la clinique afin de déterminer des interventions adaptées selon la source de la détresse.
<b>Recension des écrits</b>	Selon les recherches antérieures, les femmes sont stressées en préopératoire mais il n'existe pas d'étude qui compare les patientes en attente de chirurgie curative et à des fins diagnostic. Les recherches antérieures ont cependant permis de mettre en évidence que la détresse psychologique en préopératoire était plus élevée qu'en postopératoire. Cependant, l'incertitude a été démontrée plus évidente chez les patientes dans l'attente d'une biopsie que celles pour une tumorectomie. Une étude a décrit la phase préopératoire comme la plus difficile et celle étant le plus à risque d'anxiété et d'incertitude face à l'état du cancer. Des recherches antérieures ont alors permis de démontrer que les personnes utilisent l'ambiguïté pour diminuer l'incertitude et que l'ambiguïté était plus présente pour la biopsie que

	pour la tumorectomie.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique sous-jacent de cette étude est la détresse psychologique. Cependant, celle-ci n'est pas explicitement citée.
Hypothèses	Le premier but de l'étude était de déterminer si les différences de niveau de détresse anticipée étaient liées au type de chirurgie (diagnostic ou curative). S'il existe des différences, il serait alors intéressant de déterminer quels aspects de l'intervention chirurgicale est responsable de ces différences. Le second but de cette étude est d'investiguer si la relation entre le type de chirurgie et la détresse peuvent être dues à l'inquiétude sur la procédure elle-même et/ou l'inquiétude sur les conséquences possibles du pronostic.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis est de type quantitatif, corrélationnel descriptif.
Population et contexte	L'échantillon contient 187 femmes prévues pour une chirurgie du sein et recueillies au sein de l'hôpital Mont Sinai par les chirurgiens. Les chercheurs ont défini des critères d'inclusion : âgées de plus de 18 ans, être prévues pour une chirurgie du sein. Ils ont également défini des critères d'exclusion : les femmes n'étant pas capables de lire et/ou de comprendre l'anglais, être atteintes d'une maladie psychiatrique instable.
Collecte des données et mesures	<p>Les variables dépendantes sont définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>-Les données démographiques</b> : Un questionnaire général a été administré pour obtenir les informations démographiques basiques.</li> <li>- <b>The Emotional Well-Being (EWB)</b> : 6 items pour évaluer le bien-être émotionnel depuis la consultation avec le chirurgien, durant la chirurgie</li> <li>- <b>The Short Version-Profile of Mood States (SV-POMS)</b> : 37 items, évaluation de la détresse psychologique, questionnaire rempli le matin préopératoire.</li> <li>- <b>Impact of Events Scale-Intrusion Subscale (IES)</b> : Mesure de la détresse spécifique à la chirurgie. 7 items évaluent la fréquence des pensées intrusives et des sentiments sur un événement stressant.</li> <li>- <b>Visual Analog Scale (VAS) Emotional Upset</b> : Cette échelle a été utilisée pour évaluer le bouleversement émotionnel le matin de la chirurgie. Les personnes devaient ainsi l'évaluer sur une échelle de 0 à 100</li> </ul>

	<p>millimètres.</p> <p>Les variables indépendantes ont ensuite été définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le type de chirurgie</b> : Ces informations ont été obtenues auprès du chirurgien.</li> <li>- <b>VAS de l'inquiétude face à la chirurgie</b> : Cette échelle était complétée à la maison avant la chirurgie et était utilisée pour évaluer la chirurgie elle-même.</li> <li>- <b>VAS de l'inquiétude sur ce que le chirurgien pourrait trouver</b> : Cette échelle était également complétée à la maison avant la chirurgie et était utilisée pour évaluer l'inquiétude sur les résultats de la chirurgie.</li> </ul> <p>Les échelles VAS sont souvent utilisées pour mesurer l'inquiétude dans un contexte chirurgical.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Suite à la consultation avec le chirurgien et après que la chirurgie du sein ait été prévue, le personnel de l'étude a contacté les personnes et a décrit l'étude à toutes les patientes intéressées. Toutes les participantes ont ensuite complété un consentement écrit. Les participantes ont ensuite reçu par mail des questionnaires évaluant les données démographiques et les deux échelles d'inquiétudes. Il a été demandé aux participantes qu'elles ramènent ces questionnaires le jour de la chirurgie. Le jour de la chirurgie, elles ont ensuite complété différents questionnaires : FACT-G (qualité de vie), SV-POMS, IES, VAS mesurant le bouleversement émotionnel, c'est-à-dire les variables dépendantes. Un chercheur assistant était alors disponible pour répondre aux questions des participantes.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les données ont été analysées entre les sujets par le MANOVA, entre les sujets par l'ANOVA et des analyses de régression ont été entreprises. Tous les tests statistiques ont été calculés à l'aide de SAS.</p>
Présentation des résultats	<p>Quatre variables dépendantes ont été évaluées : le bien-être émotionnel, la détresse spécifique liée à la chirurgie, la perturbation de l'humeur et le bouleversement émotionnel le jour de la chirurgie. Les variables démographiques n'étaient pas significativement associées à des variables dépendantes et ces données n'ont ainsi pas été intégrées dans les analyses ultérieures. Le nombre moyen de jour entre la rencontre préopératoire et la chirurgie était de 4,36 jours. Cette variable n'était pas significativement reliée ni au type de chirurgie, ni aux variables indépendantes. Les chercheurs ont ensuite évalué les relations entre le type de chirurgie et l'histoire médicale/les variables de traitement. Grâce à des analyses multivariées puis univariées, les chercheurs ont pu mettre en évidence que trois des quatre variables dépendantes varient de manière significative (EWB, VAS du bouleversement émotionnel, IES-Intrusion) selon le type de chirurgie. Dans chaque cas, les femmes prévues pour une tumorectomie dont le cancer était</p>

	<p>diagnostiqué étaient significativement plus stressées que les femmes prévues pour une biopsie.</p> <p>Le second but visait à évaluer si les effets du type de chirurgie sur la détresse variaient selon les variables de l'inquiétude (chirurgien en elle-même et ce que le chirurgien pourrait trouver). Les résultats ont révélé que le type de chirurgie était significativement relié à l'inquiétude de ce que le chirurgien pourrait trouver mais pas à l'inquiétude de la chirurgie en elle-même. Plus spécifiquement, les femmes prévues pour une tumorectomie s'inquiétaient plus de ce que le chirurgien pourrait trouver que les femmes prévues pour une biopsie. Les chercheurs ont ensuite cherché à évaluer si l'inquiétude de ce que pourrait trouver le chirurgien avait une influence sur les 3 variables dépendantes ce qui a été démontré. Cependant, les résultats indiquent que la relation entre le type de chirurgie et le bien-être émotionnel diminue et qu'elle n'est pas significative, que la relation entre le type de chirurgie et le bouleversement émotionnel diminue mais reste significative et que la relation entre le type de chirurgie et la détresse spécifique à la chirurgie diminue mais reste significative.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le premier but de l'étude était de déterminer si les femmes prévues pour une chirurgie curative ou à des fins de diagnostic pour le cancer du sein différaient en terme de détresse psychologique en fonction de la chirurgie. Les résultats indiquent que les trois mesures de détresse (bien-être émotionnel, bouleversement émotionnel et détresse spécifique à la chirurgie) étaient plus élevées pour les patientes dans l'attente d'une tumorectomie. La détresse anticipée associée à la chirurgie curative semble être plus élevée que lors de chirurgie diagnostique. Selon les chercheurs, ce résultat a été mis en évidence pour la première fois dans la littérature. Selon les recherches antérieures, les femmes de cette présente étude ont déterminé de plus grands symptômes d'intrusion que les femmes avec un cancer du sein métastatique. D'un point de vue clinique, ces résultats mettent en évidence le degré marqué de détresse que les femmes expérimentent durant l'attente de la chirurgie du cancer du sein et suggèrent que ces patientes devraient bénéficier d'interventions psychosociales à ce moment-là.</p> <p>De plus, les chercheurs ont déterminé que la personne ayant déjà eu un cancer dans le passé présentaient des plus hauts degrés de détresse spécifique à la chirurgie ainsi qu'une plus grande perturbation de l'humeur. Ces résultats suggèrent que les survivants de cancer face à une seconde chirurgie seraient particulièrement en détresse et devraient alors bénéficier d'interventions psychosociales visant à réduire cette détresse.</p> <p>Le second but visait à déterminer si les menaces causées par la chirurgie étaient reliés à la détresse. Les chercheurs ont</p>



	<p>trouvé que le type de chirurgie était significativement relié à l'inquiétude sur ce que le chirurgien allait trouver mais pas à l'inquiétude de la chirurgie elle-même. Ce résultat est cohérent avec la littérature qui indique que les besoins les plus importants d'informations pour les patientes devant subir une biopsie est de savoir si elles ont un cancer du sein et que les informations sur la procédure elle-même sont considérées comme moins importantes. Contrairement à l'hypothèse initiale, les femmes attendant une tumorectomie étaient plus inquiètes sur ce que les chirurgiens allaient trouver. Ce résultat peut être expliqué par l'échelle VAS qui mesure l'inquiétude sur la procédure car elle manque de précision sur la nature des inquiétudes (inquiétudes sur la cicatrisation, sur une anesthésie insuffisante, nombre de nodules atteints). Dans des recherches antérieures, il a été démontré qu'avant un traumatisme, les personnes se perçoivent comme invulnérables. Cependant, une expérience d'un événement traumatique peut briser cette perception et nécessiter un processus cognitif pour développer de nouvelles perceptions du monde. Ainsi, dans cette étude, les chercheurs supposent que les femmes subissant une biopsie se perçoivent encore comme invulnérables car le diagnostic de cancer n'a pas encore été posé. De plus, il est possible que ces femmes perçoivent plus d'espoir quant aux résultats postopératoires (pas de cancer).</p>
	<p>Les chercheurs abordent cet aspect en remettant en question la généralisation à d'autres pays en développement. De plus, les chercheurs doivent encore déterminer si les résultats sont généralisables à d'autres chirurgies curatives comme la mastectomie.</p>
	<p>Une limite de l'étude que les chercheurs n'ont pas pu mettre en évidence est de distinguer si les différences de niveau de détresse anticipée selon la chirurgie sont généralisables ou pas en postopératoire. De plus, les informations données par le chirurgien par exemple avant la chirurgie, peuvent influencer l'inquiétude face à celle-ci. Il peut y avoir plusieurs raisons autour de la chirurgie qui influencent l'inquiétude. De plus, les croyances des femmes sur l'état du cancer peuvent contribuer à des variations du degré de détresse. Une autre limite est que les variables dépendantes de la détresse ne devraient pas être considérées comme exhaustives, d'autres variables comme les caractéristiques de la personnalité devraient également être prises en compte. D'ailleurs, les recherches antérieures ont permis de mettre en évidence que l'optimisme est une variable significative de la détresse.</p>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs ont trouvé que l'inquiétude de ce que pourrait trouver le chirurgien explique des variations de la détresse. Ainsi, les interventions visant à diminuer la détresse des femmes dans l'attente de la chirurgie devraient se</p>

	<p>focaliser sur une aide pour faire face à l'inquiétude. Ces interventions pourraient également être bénéfiques pour d'autres examens tels que la mammographie, par exemple. En préopératoire, une détresse considérable a été mise en évidence lors de toute chirurgie et il existe des influences en postopératoire. C'est pourquoi, il est important pour les cliniciens de mettre en place des interventions.</p> <p>Ce que pourrait trouver le chirurgien influence beaucoup la détresse mais ne prend pas en compte toutes les variables, ce qui pourrait être recherché dans des études ultérieures. Les recherches futures devraient intégrer la mastectomie et la période postopératoire afin de mieux comprendre les liens. Les futures recherches devraient également inclure des concepts plus précis pour mieux comprendre la relation entre le type de chirurgie et la détresse pour évaluer d'autres variables sur la détresse.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est clair et précis. Les résultats sont expliqués à l'aide de graphiques ce qui permet une meilleure compréhension de ceux-ci et une compréhension plus fine. Cependant, il a été difficile de mettre en évidence les concepts de la recherche.
Evaluation globale	Comme ce thème a encore peu été étudié, des recherches ultérieures sont encore nécessaires pour comprendre plus finement ce phénomène et généraliser les résultats à d'autres types de population.

Grille inspirée de Bassal, C. & Nadot, N. (2009). *Grille Critique Quantitative Bachelor 09*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.