

***Quelles interventions infirmières peuvent être
mises en place afin de faire émerger les forces
d'un couple dont la femme est atteinte d'un
cancer du sein ?***

Travail de Bachelor

GUITTON Aëla – N°17594755

KURSNER Noémie – N°17593138

MARCOS Mathilde – N°17594839

Directrice :

LÉOCADIE Marie – Maître d'enseignement HES

Genève, 29 juillet 2020

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 29 juillet 2020

GUITTON Aëla

KURSNER Noémie

MARCOS Mathilde

REMERCIEMENTS

De par ces quelques mots, nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Léocadie Marie, Docteure en santé publique et maître d'enseignement à la Haute École de Santé de Genève, qui a été notre directrice de Travail de Bachelor. Nous la remercions pour sa disponibilité, ses nombreux conseils et corrections qui ont permis la rédaction de ce travail.

Chacune d'entre nous souhaite également remercier sa famille et ses amis respectifs pour leur soutien et leurs encouragements durant cette dernière année de formation, et tout particulièrement durant la rédaction de notre Travail de Bachelor.

Nous tenons également à nous féliciter mutuellement au sein du groupe pour le travail fourni, la persévérance et le soutien qui nous a permis de mener à bien ce travail.

RÉSUMÉ

Thème : Dans l'accomplissement des forces d'un couple dont la femme est atteinte d'un cancer du sein, l'implication de l'infirmière est primordiale afin pouvoir soutenir et accompagner le couple tout au long du processus de la maladie.

Problématique : Le cancer du sein peut avoir plusieurs impacts sur la femme et son conjoint. Ces impacts ne sont que très peu considérés et les couples peuvent parfois se sentir délaissés. Des interventions infirmières prenant en compte l'Approche des Soins Fondée sur les Forces permettraient une collaboration dans le but d'éventuellement faire émerger les forces du couple.

Méthode : Afin de répondre à la question de recherche "Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place afin de faire émerger les forces d'un couple dont la femme est atteinte d'un cancer du sein ?", des recherches ont été effectuées sur trois bases de données. Les neuf articles sélectionnés ont été retenus selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Résultats : Les recherches démontrent que très peu d'interventions infirmières sont mises en place afin d'aider un couple à faire face au cancer du sein. Il est également décrit que les conjoints ont des besoins qui ne sont que très peu comblés. Les différents besoins ont été cités par les conjoints dans certains des neuf articles.

Discussion/Conclusion : Pour conclure, la philosophie de Gottlieb démontre toute son importance au travers des interventions infirmières et des besoins des couples lors de cette épreuve. En effet, son approche, qui a pour but de faire émerger les forces, contribue favorablement à une amélioration de la qualité de vie et pallie les divers impacts de la maladie.

Mots-clés :

Français : Cancer du sein - Couple - Forces - Interventions infirmières - Adaptation psychologique

Anglais : Breast cancer - Couple - Strengths - Nursing care - Coping

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Acronymes	Mots
HEdS	Haute Ecole de Santé
OFS	Office Fédéral de la Statistique
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
BRCA	Breast cancer (cancer du sein)
CPM	Controlateral Prophylactic Mastectomy (Mastectomie préventive controlatérale)
TNM	Tumor, Nodes, Metastasis (Tumeur, Ganglions lymphatiques, Métastases)
ASFF	Approche des Soins Fondée sur les Forces
BIS	Body Image Scale (Échelle image corporelle)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Statistiques du cancer du sein.....	10
Tableau 2. Classification TNM.....	17
Tableau 3. PICO	27
Tableau 4. Équations de recherches	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux	30
-----------------------------------	----

TABLE DES MATIERES

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé	4
Liste des abréviations	5
Liste des tableaux	6
Liste des figures	6
Table des matières	7
1. Introduction.....	9
2. Problématique	9
2.1. Définition et épidémiologie	9
2.2. Impacts sur la femme	11
2.2.1. Impacts physiques	11
2.2.2. Impacts psychologiques.....	11
2.2.3. Impacts sociaux.....	12
2.3. Impacts sur l'époux et la vie de couple.....	12
2.4. Impacts sur la dynamique familiale	14
2.5. Question de recherche initiale.....	15
3. État des connaissances	16
3.1. Cancer du sein.....	16
3.2. Traitements et effets secondaires	17
3.3. Image de soi	19
3.4. Couple.....	19
3.5. Détresse psychologique.....	20
4. Modèle theorique.....	21
4.1. Paradigme infirmier et école de pensée	21
4.2. Ancrage disciplinaire.....	22
4.3. Métaconcept.....	24
4.3.1. La santé.....	24
4.3.2. Les soins infirmiers	24
4.3.3. La personne	24
4.3.4. L'environnement	25
4.4. Question de recherche finale.....	25
5. Méthode	26
5.1. Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire	26
5.2. Diagramme de flux.....	30
5.3. Articles retenus.....	31

6.	Résultats	33
6.1.	Tableaux comparatifs.....	33
6.2.	Analyse critique des articles retenus	42
6.2.1.	Les impacts psychologiques.....	42
6.2.2.	Les impacts physiques	44
6.2.3.	Le besoin de soutien (qualité de vie)	45
6.2.4.	Les interventions infirmières :	47
7.	Discussion	50
7.1.	Phase 1 : Explorer et faire connaissance.....	50
7.2.	Phase 2 : Focaliser.....	51
7.3.	Phase 3 : Exécuter	52
7.4.	Phase 4 : Réviser	53
8.	Conclusion	54
8.1.	Apports et limites du travail	54
8.1.1.	Apports	54
8.1.2.	Limites.....	55
8.2.	Recommandations	56
8.2.1.	Clinique	56
8.2.2.	Recherche	56
8.2.3.	Enseignement	57
9.	Références Bibliographiques	58
10.	Annexes	66
10.1.	Body Image Scale	66
10.2.	Fiches de lecture	67
10.2.1.	Fiche de lecture 1.....	67
10.2.2.	Fiche de lecture 2.....	70
10.2.3.	Fiche de lecture 3.....	73
10.2.4.	Fiche de lecture 4.....	76
10.2.5.	Fiche de lecture 5.....	79
10.2.6.	Fiche de lecture 6.....	82
10.2.7.	Fiche de lecture 7.....	85
10.2.8.	Fiche de lecture 8.....	88
10.2.9.	Fiche de lecture 9.....	91

1. INTRODUCTION

Le cancer du sein étant une problématique de plus en plus répandue au vu des statistiques en constante évolution, ce travail consiste à faire ressortir les aspects les moins développés et les moins étudiés.

En effet, peu d'interventions infirmières dédiées aux couples traversant une telle épreuve ne sont à ce jour élaborées.

Au travers de cette revue de littérature, certains aspects du cancer du sein de la femme ayant des impacts sur le couple ont donc été abordés et explicités.

La première partie de ce travail traite de la problématique. Celle-ci comprend une partie épidémiologique, une définition du cancer du sein, les divers impacts de ce dernier ainsi que l'état des connaissances qui rassemble des informations importantes et pertinentes.

La deuxième partie aborde l'ancrage théorique de l'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Laurie N. Gottlieb.

La troisième partie présente la méthodologie et la façon dont les recherches littéraires ont été effectuées. Un diagramme de flux a été réalisé et y est présenté afin de résumer la sélection des neuf articles retenus pour cette revue de littérature.

Enfin, dans la dernière partie de ce travail, sont présentées l'analyse des résultats et la discussion en lien avec l'ancrage théorique choisi. Ici, la mise en valeur d'éléments pertinents a permis de répondre partiellement à la question de recherche et de faire ressortir certaines recommandations.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Définition et épidémiologie

De manière générale, il y a eu, en Suisse, 41'218 nouveaux cas de cancer (hommes et femmes confondus) en 2015. Par ailleurs, le cancer a été responsable de 43% de décès chez les hommes et 40,5% chez les femmes (Office fédéral de la statistique [OFS], 2018). Il faut savoir que les femmes sont touchées par trois types de cancers en particulier ; le cancer du sein, le cancer du côlon et le cancer du poumon (OFS, 2018). Selon le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (2019), « un cancer [du sein] résulte de la croissance incontrôlée de cellules transformées, qui échappent aux mécanismes de régulation de l'organisme. Ces cellules forment d'abord une masse dans le sein et elles progressent parfois hors de cet organe, créant ainsi des métastases ».

Entre 2011 et 2015, des statistiques ont démontré que la moyenne annuelle était de 5'994 femmes et 48 hommes diagnostiqués d'un cancer du sein en Suisse. Le taux de décès annuel correspond, quant à lui, à 1'366 femmes et 6 hommes, ce qui équivaut à 18,3% de femmes et 0,1% d'hommes (Ligue suisse contre le cancer, 2018).

Selon la société canadienne du cancer (2019), chez les femmes, les cellules mammaires sont exposées aux hormones sexuelles telles que les oestrogènes et la progestérone. Les œstrogènes "sont susceptibles de stimuler la croissance de certaines cellules cancéreuses" (CHUV, 2014, p.3).

Tableau 1. Statistiques du cancer du sein

Cancer du sein (carcinome mammaire)			
	Hommes	Femmes	Total
Nombre de nouveaux cas par année (incidence)	48 (0.8%)	5'994 (99.2%)	6'042 (100%)
Proportion par rapport à tous les nouveaux cas de cancer par année	0.2%	32.0%	15.0%
Nombre de décès par année (mortalité)	6 (0.4%)	1'366 (99.6%)	1'372 (100%)
Proportion par rapport à tous les décès dus au cancer par année	0.1%	18.3%	8.2%

Tiré de : Ligue Suisse contre le cancer, 2018

De nos jours, il existe de nombreux facteurs qui multiplient les risques de développer un cancer du sein. Chez les femmes, la plupart des cancers du sein se développent après 50 ans, souvent suite à la ménopause.

Les personnes ayant des antécédents personnels de cancer du sein sont plus disposées à en développer à nouveau un. Certains antécédents familiaux de cancer du sein ou de cancer en général font également partie des facteurs favorisant le développement du cancer. Les études n'en connaissent pas l'origine exacte ; elles relatent cependant que le mode de vie familial commun (alimentation, activité physique, tabac) ainsi que les gènes pourraient en être la cause. En effet, le risque est deux fois plus élevé lorsqu'un parent du premier degré a souffert d'un cancer du sein. La mutation du gène BRCA¹ peut être une cause possible d'un développement du cancer du sein (Société canadienne du cancer, s.d.).

A l'heure actuelle, les moyens permettant de diagnostiquer cette pathologie se sont bien développés ; c'est d'ailleurs ce qui a permis d'améliorer considérablement les pronostics dans les pays développés. Il est à noter que les pronostics sont en lien direct avec le stade auquel le diagnostic a été posé (Aloulou, El Mahfoudi, El Omrani & Khouchani, 2015).

¹ Gène suppresseur de tumeur

Deux différents types de dépistage existent afin d'établir ce pronostic. Tout d'abord, il y a le dépistage individuel en lien avec les facteurs de risques propres à chacun. Puis, il existe le dépistage de masse, qui est proposé systématiquement à chaque femme à partir dès 50 ans (CHUV, 2018). Bien qu'il y ait eu de nombreux progrès au niveau des pronostics, il est important de préciser que l'impact du cancer n'est pas sans conséquences pour la femme et son conjoint dû aux modifications physiques et aux changements psychologiques découlant des traitements oncologiques et de la maladie elle-même.

2.2. Impacts sur la femme

La femme peut être impactée à la fois au niveau de son image corporelle, de sa vie sociale et également de son bien-être psychologique (Soylar & Genç, 2016).

2.2.1. Impacts physiques

Concernant l'image corporelle, il faut savoir que l'altération physique est un facteur qui influence fortement l'adaptation et l'acceptation de sa nouvelle apparence. En effet, pour la femme, l'image corporelle fait référence à la féminité et à l'attraction (Miaja, Platas & Martinez-Cannon, 2017). Selon Boughey et al. (2015), l'image corporelle est un facteur décisif qui influence la décision de la femme à choisir ou non une reconstruction mammaire suite à une mastectomie. D'ailleurs, d'après une étude menée auprès de 583 femmes, 10 ans après leur Contralateral Prophylactic Mastectomy² (CPM), il a été démontré que 403 d'entre elles avaient subi une reconstruction immédiate ou retardée et que 180 n'avaient pas eu recours à une reconstruction. Sur ces 583 femmes, 50,9% de celles n'ayant pas subi de reconstruction ont montré un taux élevé de satisfaction quant à la CPM, contre seulement 34,9% des femmes ayant eu recours à une reconstruction.

2.2.2. Impacts psychologiques

La femme peut également éprouver des souffrances psychologiques, comme de l'anxiété et de la dépression, causées par les traitements oncologiques qu'elle subit et par la maladie elle-même. D'ailleurs, ces symptômes peuvent même faire augmenter le risque de mortalité. Il arrive heureusement qu'avec le temps et suite à l'arrêt des traitements, les symptômes de cette détresse psychologique diminuent. Il est également important de savoir que les répercussions des souffrances psychologiques peuvent aussi se faire ressentir sur la famille proche (Badger, Segrin, Dorros, Meek & Lopez, 2007).

² Mastectomie préventive controlatérale

D'après Mino & Lefève (2016), l'activité physique commune ressort considérablement comme une ressource. Partager un moment entre anciennes malades permet d'échanger au sujet de certains aspects de la maladie, tels que les épreuves traversées, les préoccupations ou encore certaines interrogations. L'empathie et la bienveillance des anciennes malades encouragent la confiance en soi et l'ouverture d'un nouveau regard sur la maladie.

2.2.3. Impacts sociaux

Au niveau de la vie sociale, certaines femmes ont tendance à s'isoler à cause de l'altération de leur image corporelle alors que d'autres pas. Il s'agit en effet d'une réaction propre à chacune (La ligue contre le cancer, 2015). Les séquelles physiques et les effets secondaires des traitements sont également des facteurs qui peuvent avoir une influence sur la vie sociale. Par exemple, certaines femmes ressentent une fatigue extrême qui les limite dans leurs loisirs, leurs sorties ou encore leurs activités sportives (Institut national du cancer, s.d.).

En définitive, ces différents impacts peuvent engendrer une diminution de l'estime de soi, du désir sexuel et de la dépression (Zimmermann, 2015).

2.3. Impacts sur l'époux et la vie de couple

Le cancer du sein étant une épreuve difficile à surmonter, il peut arriver qu'il engendre des impacts négatifs sur l'époux, et de ce fait, sur la vie de couple. Il faut cependant garder à l'esprit que certains aspects positifs peuvent tout de même en découler, comme expliqué ci-après.

Dans certains cas, il se peut que les conjoints ressentent certains changements dus à la maladie car ce sont les personnes les plus proches et les plus touchées dans l'entourage de la femme (Soylar & Genç, 2016). Il est en effet possible que le mari entre dans une phase de désespoir, de dépression et de tristesse suite au nouveau rôle de proche aidant qu'il doit endosser. C'est pourquoi, le conjoint peut ressentir le besoin de bénéficier de soins et d'accompagnement dans cette épreuve (Fekih-Romdhane, Henchiri, Ridha, Labbane & Cheour, 2019). Certains conjoints se sont même plaints que les professionnels de la santé fournissaient davantage d'informations aux femmes et aux enfants qu'à eux. La raison est certainement due au fait que ce sont les femmes qui sont directement touchées par la maladie (Petrie, Logan & DeGrasse, 2001).

Les conjoints ont aussi quelques fois besoin de conseils et de réponses concernant leur vie de couple et leur sexualité. Leurs besoins émotionnels, affectifs et sexuels ne sont en effet plus satisfaits de manière semblable suite à la maladie (Soylar & Genç, 2016). L'intimité et la sexualité sont les facteurs principaux dans la qualité des relations conjugales (Zimmermann, 2015). Il est à

noter que plusieurs facteurs sont responsables des impacts négatifs sur la vie sexuelle, tels que les traitements et la sévérité de la maladie. Ces impacts négatifs peuvent être liés à de la fatigue, à des douleurs, aux modifications de l'image corporelle, à un niveau d'anxiété élevé ainsi qu'à l'incertitude de l'avenir (Institut national du cancer, s.d.).

Il faut également savoir que la mastectomie est le changement corporel qui peut avoir le plus grand impact négatif sur la relation de couple et les relations sexuelles. Certains hommes peuvent ressentir un certain dégoût quant à la vision de la cicatrice de la mastectomie ou de la reconstitution mammaire. Ils peuvent même parfois trouver le corps de leur femme moins attirant (Nasiri, Taleghani & Irajpour, 2012). Selon Yeo et al. (2004), la perception du nouveau corps de la femme par son conjoint se divise en deux émotions différentes. Il y a d'une part ceux qui vivent mal le fait que leur femme n'ose plus se montrer nue devant eux, et d'autre part ceux qui en sont reconnaissants, car ils n'étaient pas prêts à voir leur(s) cicatrice(s).

Selon une étude réalisée aux Pays-Bas, 64% des participants ont signalé un dysfonctionnement sexuel suite à la maladie. Toutefois, la sexualité étant un sujet relativement tabou, il a été démontré que les patientes en parlaient peu à leur médecin (Miaja et al., 2017). Une étude menée au Québec a analysé quatre grands thèmes concernant les relations entre une femme souffrant d'un cancer du sein et son conjoint. Concernant la proximité et l'intimité, 75% des couples ont objectivé une amélioration depuis de l'intervention. Des problèmes liés à la sexualité ont été éprouvés par 68% des couples, ainsi, 25% des couples ont ressenti un évitement et un manque de communication. Un petit pourcentage, soit 12%, a déclaré avoir mis un terme à leur relation suite aux conséquences de la maladie (Walsh, Manuel & Avis, 2005).

Dans l'éventualité où le couple a un enfant, celui-ci est tout autant touché et affecté par la maladie de sa mère. Il peut effectivement se renfermer et s'isoler suite au choc de l'annonce et/ou des impacts physiques et psychiques liés aux traitements que subit sa mère (Clemmens, 2009).

Concernant les aspects positifs, certaines études ont démontré que le cancer du sein pouvait davantage souder et rapprocher le couple. D'ailleurs, une bonne qualité des interactions conjugales influence positivement la femme. Il faut cependant savoir que les interactions varient selon les couples, leurs ressources et leurs besoins (Zimmermann, 2015). D'après Rietveld et al. (2019), le soutien positif des conjoints peut aider les femmes malades à s'adapter et à améliorer leur qualité de vie à deux.

Selon une autre étude, le fait pour les conjoints d'avoir participé à un groupe de soutien leur a permis d'être plus aptes à accompagner leur femme dans le processus de guérison et a rendu la communication plus optimale (Bultz, Sepca, Brasher, Geggie & Page, 2000). Afin de soutenir et répondre aux interrogations du couple, la psychoéducation s'est montrée bénéfique dans la relation (Tercyak, Mays, DeMarco, Sharff & Friedman 2012). Pour finir, selon Frost et al. (2011), une étude

a évalué l'impact de la reconstruction mammaire sur l'époux au niveau de la vie intime du couple. Il y est retranscrit que les relations sexuelles ont été consolidées sur une période de 10 ans suite à la CPM.

Aucune concordance n'est observée entre l'évaluation des propres comportements de soutien des époux et leurs propres niveaux d'anxiété et de dépression. En d'autres termes, l'auto-évaluation des comportements n'est pas reliée à leur niveau d'ajustement. La différence de perception entre l'époux et la femme est en partie liée à l'ajustement psychologique des deux conjoints, car seulement le partenaire s'avère touché, voire impacté, par des difficultés d'ajustement psychologique (Stulz, Boiron, Dauchy, Delalogue & Brédart, 2014).

D'après une étude de Bonduelle, Dupré & Filhol (2004), 36% des conjoints avouent que leur vie a changé depuis que leur femme est malade. Leur rôle au sein du foyer touche la gestion de la vie de tous les jours ainsi que l'organisation et l'anticipation de toutes les activités de la vie quotidienne. L'époux détient également un rôle important au niveau du soutien apporté au moment des traitements, lors des prises de décisions ainsi que pour aider sa femme à évacuer son stress.

2.4. Impacts sur la dynamique familiale

D'après l'étude de Domaison et al. (2012), lors de l'annonce d'une maladie, toute la dynamique familiale est affectée psychologiquement. Les rôles de chacun peuvent être perturbés. Il est également évoqué que la femme peut souffrir de ne plus pouvoir s'occuper de son/ses enfant/s comme auparavant. L'impact du cancer du sein relève et met en avant les faiblesses et les forces de la famille. Il est important que chaque membre utilise ses ressources afin d'affronter au mieux la situation en appliquant des stratégies d'adaptation.

Pour la mère, l'annonce du diagnostic de la maladie à son/ses enfant/s est une étape relativement difficile. Selon Taquet (s.d), les femmes sont demandeuses d'informations complémentaires sur le langage à utiliser et être guidée afin de pouvoir annoncer au mieux la maladie. Certaines femmes cachent leur maladie à leurs enfants afin d'éviter de créer de l'angoisse chez ces derniers et conserver les moments familiaux qui pourraient être mis de côté dû au cancer. L'enfant est impacté par ce non-dit et risque de s'isoler en ayant des préoccupations qu'il n'oserait pas forcément partager.

Selon l'étude Bonduelle et al. (2004) menée auprès de 201 femmes, 164 conjoints et 95 enfants, les résultats démontrent que les liens familiaux n'ont pas été impactés. Les femmes se sont senties entourées et soutenues moralement, tant par leur conjoint que par leurs enfants. Cependant, ces derniers ont ressenti plus de changements que les conjoints. Lors d'un cancer du sein, les enfants

ont accordé plus de temps à leur mère par peur du futur et d'un possible décès. Ils ont également fait ressortir le besoin de s'occuper pour ne pas penser à la maladie.

D'après l'étude de Taquet (2005), les mères atteintes d'un cancer du sein évoquent ressentir, à l'égard de leurs enfants, une certaine culpabilité liée à l'incapacité momentanée de s'occuper de ces derniers, ainsi que dans l'accompagnement au cours de leur vie. En effet, elles se sentent envahies par une angoisse transcrivant les inquiétudes qu'elles ressentent quant aux possibles difficultés que pourraient éprouver leurs enfants. Les résultats de cette étude démontrent que les enfants se sont principalement bien adaptés à la pathologie qui touche leur mère. Toutefois, certains rencontrent des difficultés pour s'adapter aux effets de la maladie ainsi que les traitements oncologiques de leur mère. En l'occurrence, 25% des mères remarquent une difficulté d'adaptation chez l'enfant après l'annonce du cancer et 12% constatent des changements négatifs dans la relation qu'elles entretiennent avec eux.

Il en ressort alors que les familles nécessitent davantage d'accompagnement infirmier afin de se sentir soutenues dans cette épreuve qui bouleverse tant la femme que les autres membres de la famille.

2.5. Question de recherche initiale

Tout au long du processus de la maladie, une femme atteinte d'un cancer du sein ainsi que sa famille sont donc confrontées aux divers impacts de la maladie et également au changement de la dynamique familiale. Ceux-ci n'étant pas toujours positifs, il est alors primordial pour la famille de recevoir du soutien. C'est pourquoi l'infirmière est donc une aide précieuse.

Le conjoint étant le proche aidant principal de la femme, il est autant impliqué que cette dernière dans le processus de la maladie, car il reflète la personne avec laquelle elle partage sa vie. Toutefois, les enfants sont également impliqués dans la maladie, mais à un niveau différent que celui du conjoint, c'est pour cela que le couple a été privilégié dans ce travail.

Ceci amène donc la question suivante :

“Cancer du sein et vie de couple, quels sont les besoins du couple ainsi que les interventions infirmières qui peuvent être mises en place afin d'y remédier ?”

3. ÉTAT DES CONNAISSANCES

3.1. Cancer du sein

Le cancer est une prolifération de cellules qui se répandent de manière incontrôlée dans les tissus sains. Il faut différencier les tumeurs bénignes, qui sont séparées des tissus normaux avec une croissance lente et qui ont potentiellement peu de répercussions sur la vie, des tumeurs malignes qui, elles, progressent rapidement et pénètrent dans les tissus voisins. Les tumeurs malignes ont un impact plus important sur la santé et la vie de la personne (La ligue contre le cancer du sein, 2015).

Selon ligue contre le cancer (s.d.),

Le sein féminin est principalement composé de tissu glandulaire, adipeux et conjonctif. Il est formé de lobes, eux-mêmes divisés en lobules, et parcouru par des canaux galactophores. Lorsque le cancer du sein se développe dans les canaux galactophores, on parle de carcinome canalaire ; c'est la forme de cancer du sein la plus fréquente. Quand la tumeur apparaît dans les lobules, on parle de carcinome lobulaire.

Il existe deux sortes de cancers du sein. D'abord, les cancers In Situ où les cellules cancéreuses sont à l'intérieur des canaux. Ceux-ci se détectent lors d'une mammographie et ne sont physiologiquement pas palpables. Puis, il y a les cancers du sein invasifs. À ce stade, les cellules cancéreuses sont passées à travers la paroi des canaux et s'expandent sur d'autres tissus voisins. Ceux-ci peuvent progresser dans différentes parties du corps par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et également à travers les vaisseaux sanguins. Les ganglions axillaires, se trouvant du côté où le cancer se développe, sont atteints (CHUV, 2019).

Pour définir le stade du cancer, la classification TNM³ est utilisée. Toutefois, c'est seulement une fois l'analyse des tissus effectuée que la classification exacte est possible, c'est-à-dire après l'opération. Cette classification permet de déterminer provisoirement la taille de la tumeur (T), la possible atteinte des ganglions lymphatiques (N) et la présence ou non de métastases (M) (La Ligue contre le cancer du sein, 2015).

³ Tumor, Nodes, Metastasis

Tableau 2. Classification TNM

Tableau 2 Classification TNM/UICC	
Tumeur primaire	
Tx	Tumeur primaire non évaluable
T1	Tumeur solitaire sans invasion vasculaire
T2	Tumeur solitaire avec invasion vasculaire Tumeurs multifocales, toutes < 5 cm. Ø invasion vasculaire
T3	Tumeurs multifocales > 5 cm Invasion vasculaire de la veine porte, de ses branches principales ou des veines sus-hépatiques
T4	Invasion d'organe adjacent ou rupture péritonéale
Métastases lymphatiques	
Nx	Métastases lymphatiques non évaluables
N0	Absence de métastases lymphatiques
N1	Présence de métastases lymphatiques
Métastases hématogènes	
Mx	Métastases hématogènes non évaluables
M0	Absence de métastases hématogènes
M1	Présence de métastases hématogènes

Tiré de : Revmed, 2005

3.2. Traitements et effets secondaires

Plusieurs traitements existent afin de traiter le cancer du sein. Tout d'abord, il existe des traitements de fond comme la chirurgie et/ou la radiothérapie. Selon le type de cancer dont souffre la patiente, le traitement de fond peut être associé à une hormonothérapie, à une chimiothérapie ou encore à une thérapie ciblée. Les cancers du sein In Situ sont principalement soignés grâce à des traitements locaux. En général, la chirurgie et la radiothérapie sont associées. (CHUV, 2018). En ce qui concerne les cancers du sein invasifs, les traitements possibles sont la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées (Ligue contre le cancer, s.d.).

La chimiothérapie cible les cellules cancéreuses. Selon le type de cancer, elle a un but différent « empêcher la prolifération des cellules cancéreuses, prévenir une récurrence, optimiser l'action d'un autre traitement en diminuant la taille de la tumeur » (CHUV, 2018). Le traitement est administré par voie intraveineuse et passe ainsi dans le sang (CHUV, 2018).

La radiothérapie consiste à détruire les cellules cancéreuses par rayons X (HUG, 2019).

La chirurgie reste toutefois le traitement de base pour le cancer. Son but est de retirer chirurgicalement la tumeur ou de faire des prélèvements afin d'examiner les tissus/ganglions (CHUV, 2018).

Pour prescrire une hormonothérapie, le cancer en question doit impliquer des cellules tumorales qui sont sensibles aux hormones telles que les hormones sexuelles (féminines ou masculines). Le

cancer se dit alors hormonosensible. En général, ce sont les cancers gynécologiques qui sont les plus fréquemment applicables à une hormonothérapie (CHUV, 2018).

Les thérapies ciblées sont des traitements empêchant les cellules tumorales de se développer. Ces thérapies agissent uniquement à l'endroit précis où les cellules cancéreuses sont supposées se trouver (Ligue contre le cancer, s.d.).

La fatigue est l'effet secondaire principal des traitements cytostatiques⁴. Elle affecte la qualité de vie de la personne de manière importante. En effet, la fatigue causée par les traitements s'ajoute à celle de la maladie et ne diminue pas lors de la phase de repos (Société canadienne du cancer, s.d.).

Les effets secondaires des traitements peuvent également être d'origine digestive, comme les nausées, les vomissements, la constipation et les diarrhées. Il y existe différentes sortes de vomissements, comme les vomissements aigus, qui surviennent rapidement après l'administration du traitement, ou encore les vomissements tardifs, qui surviennent sur une période latente de 24h à 48h. En ce qui concerne la constipation, les effets neurotoxiques de certains traitements cytostatiques touchent et affaiblissent le tractus gastro-intestinal ce qui engendre une diminution du péristaltisme, puis de la constipation. Concernant les diarrhées, certains médicaments cytostatiques ainsi que la radiothérapie de la région abdominale affectent les cellules épithéliales du tractus gastro-intestinal s'ensuit d'une diarrhée lorsque la digestion et l'absorption sont inadéquates.

Les traitements peuvent également avoir des effets secondaires sur l'état cutané. La mucite est une inflammation de la muqueuse buccale due à un endommagement des cellules à renouvellement rapide. Cette inflammation est causée par les agents de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Elle peut également être caractérisée par des douleurs, des ulcérations et des surinfections virales ou à champignons. Il à noter que la chimiothérapie est aussi éliminée par la salive ce qui augmente le risque de mucite. La chimiothérapie peut par ailleurs induire une chute de cheveux (alopécie) et/ou de la pilosité qui peut être temporaire ou de longue durée. Les follicules pileux sont en effet atteints par certains adjuvants des traitements oncologiques (Société canadienne du cancer, s.d.).

En outre, les troubles électrolytiques sont également causés par les traitements cytostatiques. En effet, une anémie peut s'installer de façon progressive au cours du traitement. Elle peut être induite par l'action myélotoxique des traitements ou par la toxicité rénale des sels de platine⁵. La thrombocytopénie est également un effet secondaire possible engendrant un risque de déséquilibre électrolytique. Il s'agit d'une diminution du nombre de plaquettes qui augmente le risque

⁴ « Se dit des substances ayant la propriété de bloquer la synthèse, le fonctionnement ou la multiplication cellulaires. Les médicaments administrés dans le cadre d'une chimiothérapie sont appelés cytostatiques »

⁵ Ils se lient à l'ADN, à l'ARN et aux protéines et se comportent comme des agents bifonctionnels.

d'hémorragie. La leucopénie, qui est une diminution des globules blancs, augmente également le risque d'infection et est l'un des risques des traitements oncologiques (Hummelsberger & Fuzibet, s.d.).

Finalement, chez la femme, des troubles de la fertilité peuvent être engendrés suite à la radiothérapie, la chimiothérapie et les traitements chirurgicaux. Dans certains cas, ces derniers induisent une altération du fonctionnement sexuel et, par conséquent, une détérioration de la fertilité (Société canadienne du cancer, s.d.).

3.3. Image de soi

De nos jours, l'image physique qu'une personne renvoie est extrêmement importante car c'est la première chose que les autres personnes aperçoivent (Reich, 2008). Cette dernière est également un pilier de l'estime de soi (Institut National du Cancer, s.d.).

Or le cancer modifie les perceptions corporelles. Pour cette raison, les aspects physiologiques et psychologiques sont à considérer en priorité lors de la prise en soins. La personne atteinte d'un cancer est confrontée la peur de perdre son intégrité corporelle. En effet, les traitements sont agressifs et affaiblissent la personne dont le corps va faiblir petit à petit. Dans le cas particulier du cancer du sein, si une mastectomie est pratiquée, les changements physiques obligent la patiente à faire le deuil d'une partie d'elle très significative.

Chez la femme, la poitrine est symbolique de par sa capacité à nourrir son enfant. Elle est également une source de vie, une des représentations de la maternité et renvoie paradoxalement à une mort potentielle. La poitrine reflète également l'image féminine de la beauté et de la sexualité de la patiente. Il existe une échelle, le Body Image Scale (cf. annexe 1), qui va permet de mesurer l'impact de la perte de l'intégrité corporelle de la patiente. Or, après une mastectomie, une reconstruction mammaire est proposée et envisageable. Celle-ci aide potentiellement la femme à améliorer son image corporelle en lui permettant de retrouver un sein. Cela ne lui fera cependant pas complètement oublier le deuil de son ancien sein (Reich, 2009).

3.4. Couple

Un couple ne représente pas uniquement deux personnes mariées ou vivant sous le même toit, mais deux personnes partageant des sentiments et un intérêt commun. (Dekeuwer-Défossez, Donval, Jeammet & Rouland, 2001).

Lorsqu'un couple est touché par un cancer, la personne malade est bouleversée. Il ne faut toutefois pas oublier que le conjoint l'est également. La maladie a un impact sur la vie de couple.

Le couple est bousculé émotionnellement psychologiquement et également au niveau de son fonctionnement. Le conjoint est amené à endosser un nouveau rôle qu'il n'assumait pas auparavant. Ce nouveau rôle le pousse à mettre temporairement de côté ses activités et ses projets afin d'être présent pour sa partenaire et sa famille et d'assurer une prise en soins optimale (Vanlerenberghe, Sedda & Ait-Kaci, 2015).

La vie sexuelle du couple peut également être affectée par la maladie, mais surtout par les traitements et leurs effets secondaires (Vanlerenberghe et al., 2015). Différentes études démontrent que les femmes bénéficiant d'un traitement contre le cancer du sein ne souhaitent pas de rapports sexuels durant la période de traitement. En revanche, une fois la phase de traitement terminée, une majorité des couples retrouvent une activité sexuelle régulière. Toutefois, pour une minorité des couples, le bouleversement dans leur relation conjugale et le rôle de soignant auquel le conjoint a dû faire face a impliqué des possibles difficultés de la reprise de l'activité sexuelle (Panes-Ruedin, 2011).

La survenance d'un cancer dans un couple touche les liens affectifs aussi bien de manière positive que négative. Cependant, les liens sont souvent renforcés et cela permet au couple une meilleure cohésion (Vanlerenberghe et al., 2015). La capacité du couple à parler de la maladie est un atout pour l'ajustement face au cancer (Panes-Ruedin, 2011). Toutefois, il se peut que le couple soit touché par un attachement hyperactif, c'est-à-dire fusionnel et excessif, ou au contraire hypoactif, avec un détachement affectif. L'attachement hyperactif du conjoint peut être mal vécu par la femme, car elle peut ressentir un sentiment d'infantilisation (Vanlerenberghe et al., 2015).

3.5. Détresse psychologique

Il est important de considérer le vécu de la femme ainsi que les traitements dont elle bénéficie afin d'agir sur les interactions futures (nouveau rôle, adaptation familiale). De plus, l'ajustement physique et psychologique résulte d'un soutien social important, surtout dans une relation de couple (Stulz & al., 2014).

Les femmes atteintes d'un cancer du sein sont jugées plus vulnérables à la détresse psychologique tout au long du processus de soins et de traitements. Il est vrai que pendant la période de diagnostic, l'anxiété éprouvée demande une attention particulière dans 30 à 40% des cas. Un faible pourcentage, soit 18%, indique présenter les critères du syndrome de stress post-traumatique. Il s'agit d'un trouble qui induit une incapacité à récupérer suite à un événement traumatisant (Tremblay, Roy & Lecocq, 2017).

Le réconfort non verbal (s'approcher de l'autre physiquement, poser la main sur l'épaule, le prendre dans ses bras) est également apprécié et considéré comme une réelle source de soutien par les femmes (Stulz & al., 2014).

En outre, le fait de dédramatiser la maladie et d'en parler ouvertement avec le conjoint fait révéler un faible pourcentage de dépression chez les patientes. Une évaluation des mêmes caractéristiques a été effectuée par les partenaires et a indiqué un faible niveau de dépression chez ces derniers. Ils ressentent moins de symptômes dépressifs lorsque leur femme répond de manière positive au soutien apporté. Cependant, l'anxiété que peuvent ressentir les époux est liée aux différences de perception de certains comportements dans le couple (Stulz & al., 2014).

Lors d'épreuves comme celle-ci, la plupart des couples vont renforcer leurs liens et faire émerger des forces au sein du couple qui vont leur permettre de pouvoir se soutenir davantage.

4. MODÈLE THEORIQUE

Laurie N. Gottlieb est née en 1946 (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Pugnaire Gros, 2015). Elle est professeure et enseigne à l'Ingram School of Nursing à l'université de McGill. Elle est également chercheuse et infirmière (McGill, Ingram School of Nursing, 2019).

4.1. Paradigme infirmier et école de pensée

L'approche de Gottlieb n'est ni un modèle ni une théorie, mais plutôt une approche qui se construit sur la base de concepts fondamentaux. En effet, son approche « explique comment une personne en arrive à connaître le monde qui l'entoure et établit ainsi la distinction entre la connaissance commune et la connaissance scientifique » (Dallaire, 2008, p.5). Il s'agit de l'Approche de Soins Fondée sur les Forces (ASFF). La perspective de cette philosophie est fondamentale car elle souligne l'existence de différents types de savoirs ainsi que les modes d'élaboration de tout un chacun. L'approche de Gottlieb s'inscrit dans le paradigme de la transformation. Il s'intéresse de près à la promotion de la santé actuelle et considère la personne, la famille et la communauté comme un tout (Pépin, Ducharme & Kérouac, 2010).

En effet, pour Gottlieb, la personne malade tire ses forces de sa famille et de sa communauté. Leurs comportements réunis forment leurs forces et la promotion de la santé les aide à se maintenir dans la famille. Ils forment un tout, « une perspective unitaire » (Pépin et al., 2010, p.30). Dans le paradigme de la transformation, les éléments sont en interaction continue et réciproque tout comme l'est la famille, la communauté et le patient dans un processus de soin et de guérison (Pépin et al., 2010).

L'approche de Gottlieb se situe dans l'école de l'apprentissage de la santé. L'infirmière soutient que la collaboration entre elle, la personne et la famille est le centre de l'apprentissage de la santé. La santé est le métaconcept principal de l'école et l'infirmière joue un rôle de collaboratrice lors du processus de guérison (Pépin et al., 2010). L'environnement de la personne est un autre métaparadigme important qui dépend des conditions sociales et physiques. Celles-ci favorisent le développement et la bonne guérison de la personne ainsi que celle de sa famille. L'infirmière aide la personne à optimiser ses forces, c'est pourquoi son rôle est important (Pépin et al., 2010). L'école sous-tend à la question suivante : « Que font les infirmières ? » (Pépin et al., 2010, p.63).

Les comportements des familles et de la personne visent l'amélioration de la santé et la guérison des patients, chacun d'entre eux a une influence sur l'autre. La promotion de la santé aide ces derniers à mobiliser leurs forces et ainsi maintenir la bonne santé au sein de leur famille (Pépin et al., 2010). L'infirmière a un rôle « d'agent facilitateur, stimulateur et motivateur » (Pépin et al., 2010, p.64).

L'approche de Laurie N. Gottlieb en matière de soins semble la plus pertinente et la plus adaptée à la thématique de ce travail car elle prend en compte la famille, la communauté et les forces qui en ressortent. Lorsqu'une femme est atteinte d'un cancer du sein, sa famille joue un rôle indispensable en termes de soutien et également dans le processus de soins. En parallèle, l'infirmière adopte un rôle d'agent facilitateur afin de créer un lien entre les soins médicaux et la vie privée du patient. Elle permet également de répondre à leurs besoins et de proposer des stratégies d'adaptation.

4.2. Ancrage disciplinaire

Dans l'approche des soins de Gottlieb, il y a quatre concepts fondamentaux. (Gottlieb & Gottlieb, 2014)

Le premier concept est l'approche axée sur la philosophie et les valeurs qui guident l'action. Une philosophie regroupe les croyances qui agissent sur une discipline, évoque un but et décrit un rôle. L'approche axée sur les valeurs a pour objectif de déterminer l'importance et la pertinence des besoins. Les valeurs donnent la structure afin de diriger les actions (Gottlieb & Gottlieb, 2014)

Le second concept est construit sur quatre piliers. Le premier pilier est celui *des soins centrés sur le patient et la famille*. Cette approche tend à comprendre les besoins du patient et de sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Les conjoints ayant reçu des informations complémentaires sur le cancer sont plus aptes à accompagner leur femme dans leur vie de tous les jours (Bultz et al., 2000). Le deuxième pilier est *l'autonomisation de la personne* et correspond au pouvoir d'agir de la personne. Le troisième pilier est *la promotion de la santé, la prévention des maladies et la culture des*

autosoins. Les autosoins sont importants pour la promotion de la santé car ils touchent l'indépendance et l'autonomie. Pour finir, le dernier pilier concerne *le partenariat de collaboration*, ou autrement dit les soins relationnels. Ce pilier comprend la relation entre la personne et l'infirmière. La personne devient donc partenaire des soins (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Dans le troisième concept sont présentées huit valeurs universelles et fondamentales qui représentent l'Approche de Soins Fondée sur les Forces (ASFF). Ces dernières sont étroitement liées et forment ensemble un système qui comprend la personne, la famille et l'équipe soignante (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

La première valeur est *la santé et la guérison*, qui est le but commun de tous les professionnels. Le métaparadigme de la santé est défini comme persistant même lors de maladie ou d'infirmité. La deuxième valeur, *l'unicité de la personne*, signifie que chaque personne est unique avec ses propres qualités et son esprit. *L'holisme et l'indivisibilité* est la troisième valeur. L'holisme signifie que l'homme est un tout, il ne peut pas être divisé. L'indivisibilité est le fait que le corps et l'esprit forment un tout. La quatrième valeur, *la réalité objective et subjective et signification*, signifie que chaque personne a sa propre perception de la réalité. La cinquième valeur, qui est *l'autodétermination*, permet à la personne d'agir et de choisir selon ses besoins et ses pensées. Dans les soins, l'infirmier doit laisser la personne prendre ses propres décisions. La sixième valeur, *la personne et l'environnement ne font qu'un*, signifie que la personne fait partie de l'environnement et que l'environnement fait partie de la personne ; ces deux concepts sont indissociables. *L'apprentissage, la disposition pour apprendre et le moment opportun* forme la septième valeur ; ceux-ci permettent la survie. Cette dernière est liée et dépend des apprentissages, soulignent plusieurs facteurs qui influencent l'apprentissage tels que l'âge ou le contexte culturel. La dernière valeur, *le partenariat de collaboration*, permet à la personne de faire ses propres choix tout en étant entourée (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Le dernier concept est celui qui vise à découvrir, apprendre, évoluer et travailler avec les forces (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Chaque personne étant unique, l'infirmière doit s'adapter à la personne qu'elle a en face d'elle en fonction de ses valeurs. Elle doit mettre en place des interventions axées sur le patient et sa famille afin de répondre à leurs besoins. Chaque personne n'a pas les mêmes attentes au niveau du processus de soins et d'accompagnement. Le patient, la famille et l'infirmière forment une entité dont les forces de chacun émergent et évoluent dans le but d'une prise en soins optimale.

4.3. Métaconcept

L'Approche de Soins Fondée sur les Forces permet de guider l'infirmière dans sa pratique. Elle se base sur quatre métaconcepts qui sont : la santé, les soins infirmiers, la personne et l'environnement (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Chacun de ces métaconcepts seront développés ci-après.

4.3.1. La santé

La santé représente les individus, les familles et les communautés qui sont motivés par la santé et par la guérison. Elle persiste même lors de maladies ou d'infirmités et est en constante évolution. La santé démontre la capacité d'une personne à s'adapter suite à un traumatisme (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Lorsqu'une femme est atteinte d'un cancer du sein, elle peut garder une image positive de sa santé malgré les possibles séquelles de la maladie et des traitements. La femme atteinte d'un cancer du sein aura ainsi besoin du soutien de son entourage, et plus particulièrement de celui de son conjoint. Il est donc considéré comme un soin pour elle et va ainsi l'aider à avancer. Le soutien d'un proche dans ce processus de guérison s'avère très important psychologiquement et a autant d'importance que n'importe quel autre soin (Zahlis & Lewis, 2010).

4.3.2. Les soins infirmiers

Les soins infirmiers ont pour objectifs d'entourer les patients, la famille et les communautés afin de promouvoir leur santé et d'encourager leur rétablissement ainsi que leur guérison. Par conséquent, l'infirmière doit entourer le patient ainsi que sa famille afin de les aider à favoriser la santé de la personne malade. Elle joue donc un rôle dans l'apprentissage de la santé. L'infirmière permet également d'aider le patient à développer ses forces et ainsi l'aider à s'autoguérir (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Comme le démontre l'étude de Bultz et al. (2000), les maris ayant fait partie d'un groupe de soutien ont présenté une diminution de leur détresse psychologique suite aux différentes séances auxquelles ils ont participé. Lors de ces séances, les conjoints ont été informés, par divers soignants, des aspects psychosociaux et médicaux du cancer. Ils ont également pu exprimer leurs sentiments et leurs craintes quant à la maladie.

4.3.3. La personne

En ce qui concerne la personne, celle-ci est considérée comme un être unique. Elle a une certaine capacité à se développer et à évoluer (Gottlieb, 2014). Selon l'article de Petrie et al. (2001), puisque chaque être humain est unique, les besoins spirituels varient d'une personne à l'autre.

C'est pourquoi, l'infirmière doit adapter son approche selon la personne soignée. Chaque femme vit son cancer de manière différente et donc une approche individualisée est indispensable.

Toute personne possède des forces ainsi que des faiblesses. Gottlieb, de par sa philosophie, démontre qu'une personne utilise ses forces de manière à compenser ses faiblesses afin de retrouver un potentiel équilibre. Les difficultés, les fragilités et la souffrance sont des concepts propres à l'être humain. Les forces sont donc considérées comme étant primordiales à la guérison et à l'autoguérison, car chaque être humain a en lui cette capacité d'autoguérison (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

4.3.4. L'environnement

A propos du métaconcept de l'environnement Gottlieb indique que celui-ci comprend le milieu socio-culturel et les relations interpersonnelles que la personne malade entretient avec sa famille et ses proches. L'environnement possède différentes énergies qui agissent soit sur les forces soit sur les déficits. Ces facteurs influencent et déterminent la façon dont la personne vit sa maladie. L'infirmière fait également partie de l'environnement du patient et de sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Dans l'étude de Tercyak et al. (2012), diverses voies de communication telles que le courriel, les brochures et les lignes téléphoniques ont été utilisées afin de permettre une évaluation des besoins des conjoints. Ces voies de communication font partie intégrante de l'environnement du couple, car la majorité des participants ont des besoins élevés d'intervention psychoéducative. Certaines études démontrent que malgré tous les impacts éprouvés, le couple peut davantage se soutenir et se consolider grâce aux bonnes interactions conjugales. En effet, les proches constituent une partie de l'environnement du patient et c'est ainsi qu'ils arrivent à favoriser la santé de la personne malade (Zimmermann, 2015). Selon Rietveld et al. (2019), le soutien que les conjoints apportent à leur femme favorise leur adaptation à la maladie et améliore la qualité de vie de leur couple.

4.4. Question de recherche finale

Le cancer du sein engendre des conséquences au niveau personnel chez la femme et chez son conjoint ainsi que dans leur vie de couple.

Il faut en premier lieu s'assurer d'apporter un soutien émotionnel à la femme car cela est d'une importance capitale (Soylar & Genç, 2016).

Cependant, suite au cancer et ses changements, le mari peut aussi avoir des besoins qui ne seront plus comblés comme auparavant (Fekih-Romdhane et al., 2018).

Le conjoint peut également subir un stress aigu, et de ce fait, ne plus pouvoir être présent comme autrefois. Il ne peut plus apporter le soutien qu'il souhaiterait à sa femme. Dans l'étude de Belcher,

Laurenceau, Graber, Cohen, Dash & Siegel (2011), il ressort que les femmes ont reçu un soutien relationnel et que les avantages de ce dernier ont eu une répercussion positive sur leur conjoint. Pour cela, le fait d'être attentif aux besoins du couple lors d'une telle épreuve s'avère primordial.

La question de recherche finale a été construite en s'appuyant sur la question initiale, l'état des connaissances et l'ancrage théorique. Cela a permis de concevoir la question suivante :

“Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place afin de faire émerger les forces d'un couple dont la femme est atteinte d'un cancer du sein ?”

5. MÉTHODE

Afin d'être le plus exhaustif possible dans cette revue de littérature, la recherche documentaire a été fondée sur trois bases de données. Tout d'abord, PubMed et Embase qui regroupent les écrits de la spécificité de la médecine et qui ont été utiles pour ce travail sur le cancer du sein. Ensuite, CINAHL, qui a été sélectionné pour sa perspicacité concernant les soins infirmiers. L'analyse d'articles primaires a été le critère majeur quant à la sélection des articles.

5.1. Sources d'informations et stratégie de recherche documentaire

Comme évoqué dans le paragraphe précédent, lors de la recherche des neuf articles, trois bases de données ont été consultées, à savoir PubMed, Embase et CINAHL. Les mots-clés ont été retenus grâce à la méthode PICO qui a permis de faire diverses équations de recherche.

La méthode PICO permet en effet de préciser et d'affiner les équations de recherche dans le but de trouver des articles pertinents et ciblés. Cette méthode a permis de sélectionner les mots-clés de la question de recherche finale. Le site HeTop a également permis de trouver les MeshTerm pour la base de données PubMed. Finalement, les propres connaissances du groupe en anglais ont permis de traduire les mots-clés relatifs aux recherches.

Tableau 3. PICO

	Concepts clés	Synonyme	Traduction en anglais	Mesh Terms (HeTop)
P (Population)	Couples	Conjoint, époux	Family members	Spouses, Caregivers
I (Intervention)	Interventions infirmières	Soins infirmiers, Rôle infirmier	Nurse, Nurse's role	Nursing care
C (Contexte)	Cancer du sein		Breast cancer	Breast neoplasms
O (Outcome)	Adaptation psychologique			Coping

Dans les équations de recherche, les connecteurs booléens AND et OR ont permis d'augmenter, respectivement, de diminuer le nombre de résultats. Après un certain nombre d'équations, six ont été retenues comme étant les plus pertinentes.

Afin de sélectionner les articles, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis. Le principal critère d'inclusion a été la langue des articles. En effet, seuls l'anglais et le français ont été retenus, car ce sont les seules langues parlées au sein du trio. L'aide d'un traducteur n'a pas été engagée faute de moyens.

Les articles primaires font partie des critères de sélection de base. Les revues et autres sources secondaires n'ont pas été retenues pour la sélection des neuf articles mais ont été gardées pour la discussion. La spécificité des articles fait partie intégrante des critères d'inclusion la problématique de ce travail étant très précise. La littérature sur le cancer du sein est variée mais pas toujours précise quant à la problématique de ce travail.

Les pays développés avec des ressources médicales similaires à la Europe ont été privilégiés. Quelques grandes villes de certains pays en voie de développement sont toutefois entrées dans les critères d'inclusion, car elles peuvent se rapprocher de certains aspects des pays développés. En revanche, les pays sous-développés dans lesquels les moyens médicaux et financiers ne correspondent pas à ceux de l'Europe ont été évincés car la pertinence est moindre due à une trop grande divergence. Ont également été exclus les pays dont la culture est très opposée et différente à celle de l'Occident. En effet, certains aspects culturels influencent les facteurs de santé et de prises en soins.

A la fin des recherches documentaires, neuf articles ont été sélectionnés. Ces derniers ont été choisis grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion, mais également pour leur contenu. En effet, certains traitent le sujet avec authenticité car il s'agit d'étude qualitative et certains récits personnels peuvent toucher émotionnellement les lecteurs. Plusieurs des articles comparent les besoins reçus et souhaités par le couple ou uniquement par le conjoint. D'autres traitent des interventions des infirmières auprès de ces couples.

A la fin de certains articles, une récolte de données permettant aux soignants d'améliorer les soins dans un futur proche est présentée. Ainsi, des pistes de réflexion sont proposées afin de déboucher sur d'autres perspectives.

De par la variété et la diversité des articles, leur perspicacité permet une analyse en profondeur tout en permettant de confronter les avis critiques et divergents des différents auteurs.

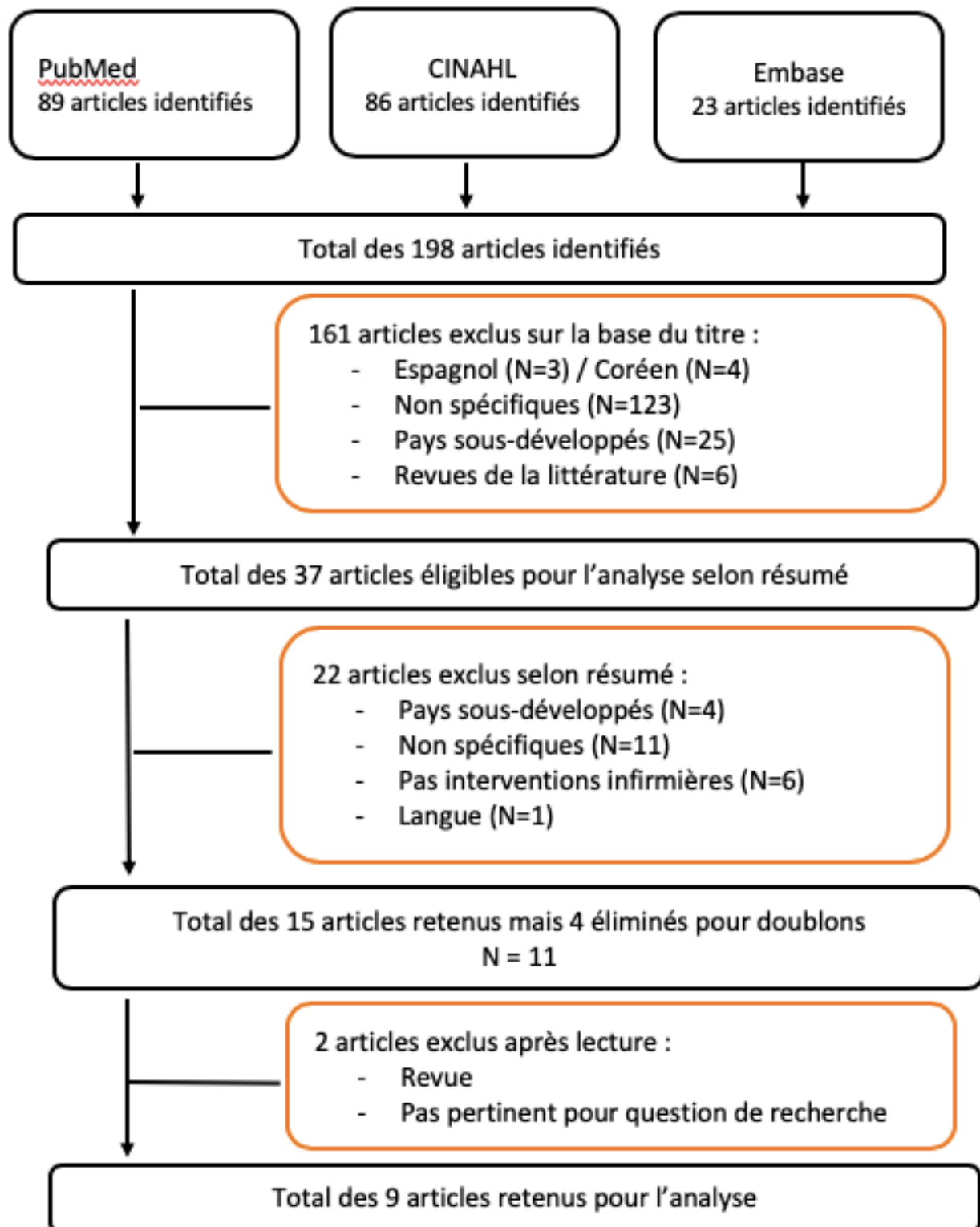
Tableau 4. Équations de recherches

Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
PubMed n°1	(((((breast neoplasms[MeSH Terms]) OR breast cancer[Title/Abstract])) AND spouses/psychology*[MeSH Terms]) AND "Needs Assessment"[MeSH Terms])	10 ans	3 résultats
PubMed n°2	(((((breast neoplasms[MeSH Terms]) OR breast cancer) OR breast tumor)) AND ((spouse[MeSH Terms]) OR caregiver[MeSH Terms])) AND ((nursing care[MeSH Terms]) OR nursing intervention)	10 ans	86 résultats
Cinahl n°1	(breast neoplasms or breast cancer) AND nursing interventions AND (spouses or partner or couples)	10 ans	24 résultats
Cinahl n°2	(breast neoplasms or breast cancer or breast tumor) AND (caregivers or family members) AND (nursing care or nursing interventions)	10 ans	62 résultats
Embase n°1	('breast tumor'/exp OR 'breast cancer') AND spouses AND 'nursing care' AND [2010-2020]/py	10 ans	2 résultats
Embase n°2	('breast tumor' OR 'breast neoplasms') AND spouse AND nursing AND [2010-2020]/py	10 ans	21 résultats

La première partie des recherches a été effectuée durant la semaine du 16 décembre 2019. La seconde partie des recherches d'articles a été menée la semaine du 20 janvier 2020 après le rendez-vous avec Madame Marie Leocadie, directrice du Travail de Bachelor.

5.2. Diagramme de flux

Figure 1. Diagramme de flux



5.3. Articles retenus

Les neufs articles retenus sont les suivants :

- Badger, T., Segrin, C., Pasvogel, A., & Lopez, A. M. (2013). The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(5), 260-265. <https://doi.org/10.1177/1357633X13492289>
- Cheng, T., Jackman, M., McQuestion, M., & Fitch, M. (2014). 'Knowledge is power': Perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3175-3183. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2314-0>
- Cochrane, B., Lewis, F., & Griffith, K. (2011). Exploring a Diffusion of Benefit : Does a Woman With Breast Cancer Derive Benefit From an Intervention Delivered to Her Partner? *Oncology nursing forum*, 38(2), 207-214. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.207-214>
- Duggleby, W., Thomas, J., Montford, K., Thomas, R., Nekolaichuk, C., Ghosh, S.,... & Tonkin, K. (2015). Transitions of male partners of women with breast cancer : Hope, guilt, and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 134-141. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.134-141>
- Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer : Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318231daf0>
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P.,... & Kershaw, T. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 22(3), 555-563. <https://doi.org/10.1002/pon.3036>
- Pinkert, C., Holtgräwe, M., & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients : The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.006>

- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Huhtala, H., & Haunonen, M. (2013). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer - A longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(2), 274-283.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12153>
- Sprung, B. R., Janotha, B. L., & Steckel, A. J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 619-627.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00653.x>

6. RÉSULTATS

6.1. Tableaux comparatifs

Article n°1 : 'Knowledge is power' : Perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
Terry Cheng, Maureen Jackman, Maurene McQuestion, Margaret Fitch. 2014 Toronto, au Canada.	<p><u>Population :</u> Les conjoints de femmes ayant un cancer du sein récemment diagnostiqué.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude exploratoire qualitative.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Recenser les besoins et d'évaluer les besoins perçus et les services préférés des partenaires masculins des femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein.</p>	<p><u>Méthode :</u> Les entretiens ont été menés avec le partenaire masculin seul et ont duré environ 1,5 à 2 heures. Avant cela, un questionnaire test a été effectué sur quatre partenaires masculins. Pour déterminer le meilleur moment d'entretien, deux conjoints ont été interrogés trois mois après l'opération et deux autres six mois après.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Les auteurs ont utilisé une interview semi-structurée</p>	<p>Les maris auraient besoin principalement d'informations concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements - Le rôle qu'ils peuvent avoir ; durant le diagnostic et le traitement, ce qu'ils peuvent faire. - Le bien-être psychologique et émotionnel ; choc et incrédulité, colère, peur, tristesse, impuissance, l'anxiété, dévastation - La compréhension spirituelle - Les ressources communautaires ; questions pratiques sur les finances, le travail et les assurances, ainsi que sur la disponibilité de services d'assistance - Les thérapies alternatives : non médicamenteuses. 	<p>Le biais de sélection car les conjoints recrutés au travers de la femme et avec leur accord.</p> <p>Le niveau d'éducation élevé.</p> <p>L'omission du point de vue de la patiente sur l'expérience. Le point de vue des deux comptes pour une vision complète des besoins.</p> <p>Diversité culturelle trop importante. Si le conjoint avait une culture trop différente des autres, il n'était pas retenu.</p>	<p>Les auteurs insistent bien sur le fait que l'obtention de ces informations est cruciale pour les conjoints et est également légitime.</p> <p>Les hommes de cette étude ont suggéré la création d'un classeur contenant des informations ciblées sur leurs besoins et fourni à tous les hommes lors de la première consultation de leur épouse avec l'équipe médicale.</p>

Article n°2 : Exploring a diffusion of benefit : does a woman with breast cancer derive benefit from an intervention delivered to her partner ?

Auteurs-Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/Recommandations
<p>Cochrane, B. B., Lewis, F. M., & Griffith, K. A.</p> <p>2011</p> <p>Région Nord-Ouest des Etats-Unis</p>	<p><u>Population :</u> Conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein diagnostiqué au cours des six derniers mois (N=9).</p> <p><u>Moyenne d'âge :</u> 52,7 ans</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude transversale avec un devis quantitatif.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Fournir des informations sur les avantages psychosociaux chez la femme atteinte d'un cancer du sein lorsque le conjoint bénéficie d'une intervention psycho-éducative.</p>	<p><u>Méthode :</u> Le conjoint a d'abord participé à l'étude Helping Her Heal (pré-étude). Les femmes ont rempli des questionnaires et les conjoints ont bénéficié d'une intervention psycho-éducative sur le cancer du sein. Les femmes souffrant d'un cancer ont par la suite donné leur point de vue quant à une amélioration possible de leur qualité de vie conjugale.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire d'auto-évaluation - STAI-Y - CES-D - DAS - MIS - Entretiens de sortie 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété d'état (STAI-Y) : grande amélioration pour les femmes mais légère amélioration chez les conjoints. - Humeur dépressive (CES-D) : Nette amélioration chez les femmes contre une légère augmentation chez les conjoints. - Qualité conjugale (DAS) : Légère amélioration pour les femmes comme pour les conjoints. - Qualité conjugale spécifique au cancer du sein (MIS) : Légère amélioration pour les femmes comme pour les conjoints. <p>Toutefois, les femmes ont remarqué une amélioration dans leur vie de couple suite à l'intervention.</p>	<p><u>Selon les auteurs :</u> Taille de l'échantillon trop petite, ne permettant pas une généralisabilité des résultats</p> <p>Diversité de l'échantillon. Uniquement des personnes de couleurs de peau blanche et avec un haut niveau d'éducation</p> <p><u>Selon nous :</u> Peu de précisions concernant les questionnaires pour les femmes.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Cette étude démontre que les femmes souffrant d'un cancer ont montré des bénéfices quant à une intervention délivrée à leurs conjoints. Lors d'un cancer du sein, les femmes passent beaucoup de temps en milieu hospitalier et ressentent une forte fatigue. Faire une intervention directement auprès des conjoints permet à la femme de se reposer tout en bénéficiant des avantages de l'intervention.</p> <p><u>Recommandations :</u> Il serait intéressant de faire un nouvel essai clinique randomisé en se basant sur des échantillons plus conséquents et plus diversifiés afin de tester la différence des bénéfices des interventions.</p>

Article n°3 : Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A 2012 Royaume-Uni	<p><u>Population :</u> Quinze conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein (N=5) ou cancer gynécologique (N=10). <u>Moyenne d'âge :</u> 60 ans</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude qualitative de type longitudinale.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Explorer l'expérience des conjoints en matière de soins à leur épouse atteinte d'un cancer du sein ou gynécologique sur une période d'un an.</p>	<p><u>Méthode :</u> Recueil des informations par le biais d'entretiens en face à face sur quatre périodes de temps. Première période au début des traitements, puis à 3 mois, 6 mois et pour finir à 12 mois du début des traitements. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et se sont déroulés au domicile des patientes. Chaque entretien a été enregistré puis réécouter avant d'être retranscrit.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Utilisation d'un guide d'entretien commençant toujours par une question générale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 0-3 mois : Responsabilité des femmes à annoncer le diagnostic de cancer à leur famille et amis. - 0-6 mois : Impact physique de la prise en soins. C'est atténué par la suite. Manque d'informations sur la maladie et frustrations. - 0-9 mois : apparition des premières difficultés quant au fait de devoir assumer des tâches « féminines » (ménage, cuisine) mais au neuvième mois il se sont habitués à effectuer ces tâches. - 0-12 mois : Difficultés à exprimer leurs émotions et leurs préoccupations à leur entourage ce qui a augmenté leur niveau de détresse émotionnelle. Également un manque de soutien social, une peur de l'incertitude et de perdre leur femme. 	<p><u>Selon les auteurs :</u> Taille de l'échantillon trop petite, ne permettant pas une généralisabilité des résultats.</p> <p>Ne porte pas sur un cancer en particulier mais sur les cancers gynécologiques en général.</p> <p>Le stade de la maladie n'était pas défini, or le stade de la maladie joue un rôle important dans l'expérience des soins au fil du temps.</p> <p><u>Selon nous :</u> Peu de précisions concernant les questions posées et les réactions émotionnelles des conjoints lors des entretiens.</p>	<p><u>Commentaires :</u> Cette étude démontre que les conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein ont également des besoins concernant la prise en soins de leur femme. Permet de mieux comprendre le rôle que les professionnels de la santé peuvent jouer face aux couples dont la femme souffre d'un cancer du sein et ainsi mieux pouvoir les accompagner dans leur quotidien. Une meilleure prise en soins des conjoints permettrait de diminuer les répercussions du cancer sur plusieurs aspects de leur vie quotidienne et donc une meilleure prise en soins de la femme.</p> <p><u>Recommandations :</u> Il serait intéressant de faire une nouvelle étude en se basant sur des échantillons plus conséquents et plus diversifiés.</p>

Article n°4 : The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners.

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
Badger, T., Segrin, C., Pasvogel, A., & Lopez, A. M. 2013 Arizona, États- Unis	<p><u>Population :</u> 52 dyades composées d'une femme atteinte d'un cancer du sein et son partenaire</p> <p><u>Moyenne d'âge :</u> 53 ans</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude qualitative de type longitudinale</p> <p><u>But de l'étude :</u> Tester l'efficacité de deux interventions psychosociales visant à améliorer la qualité de vie des survivantes d'un cancer du sein récemment diagnostiqué et leurs partenaires, en testant deux méthodes de transmissions des informations (téléphonie et vidéophonie)</p>	<p><u>Méthode :</u> Entretiens téléphoniques ou vidéophoniques. Participants assignés au hasard à l'une des trois interventions : éducation sanitaire par téléphone, conseils interpersonnels par téléphone ou conseils interpersonnels par vidéophone. Toutes les femmes ont reçu 8 sessions hebdomadaires contre 4 pour leurs partenaires toutes les deux semaines.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> - Échelle CES-D - Échelle GSDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression : Diminué au fil du temps chez les femmes et chez leur partenaire. - Symptômes physiques : Diminution des symptômes pour tous les participants. - Bien-être social : Augmentation du bien-être social pour les participants des groupes des conseils interpersonnels par téléphone et vidéophone mais pas pour ceux du groupe d'éducation sanitaire par téléphone. - Bien-être spirituel : Augmentation du bien-être spirituel pour les femmes atteintes d'un cancer. Pas d'information concernant les partenaires en raison de la faible fiabilité. 	<p><u>Selon les auteurs :</u> Taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats</p> <p>La technologie utilisée dans cette étude a parfois été problématique avec des difficultés à poursuivre les sessions</p> <p><u>Selon nous :</u> Peu de précisions concernant les questions posées et les sujets abordés dans les différents groupes</p> <p>Ne portait pas uniquement sur le conjoint de la femme malade mais sur les partenaires en générale</p>	<p><u>Commentaires :</u> Une intervention délivrée par téléphone peut avoir des impacts positifs sur la femme malade et sur son partenaire. Même si par téléphone le langage non verbal n'est pas observé cela n'est pas une entrave à une telle intervention.</p> <p><u>Recommandations :</u> Il serait intéressant de faire une nouvelle étude qui testerait plusieurs méthodes de transmission des informations (téléphones intelligents, tablette électronique).</p>

Article n°5 : Needs of relatives of breast cancer patients : The perspectives of families and nurses

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
Christiane Pinkert, Martina Holtgräwe et Hartmut Remmers 2011 Université de Osnabrueck en Allemagne	<p><u>Population :</u> Les proches d'une personne atteinte d'un cancer du sein.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude descriptive transversale.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Recenser les besoins et le niveau de satisfaction actuel des proches et déterminer quels besoins sont perçus par les infirmières.</p>	<p><u>Méthode :</u> Les infirmières ont été invitées à faire deux choses : remplir le questionnaire sur les soins infirmiers et le renvoyer. Transmettre le questionnaire destiné aux proches d'une patiente atteinte d'un cancer du sein. Les informations ont été recueillies chez 242 proches et 356 infirmières de 150 centres mammaires choisis au hasard.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Les données ont été recueillies grâce à deux questionnaires : Le Critical Care Family Needs Inventory pour les proches et le Needs Met Inventory pour les infirmières.</p>	<p>Les résultats montrent que les proches avaient tout d'abord besoin : de sécurité et de confiance, d'une prise en soins partielle, d'un soutien émotionnel. Pour la satisfaction, les parents trouvent que le besoin de sécurité et de confiance est le plus satisfait, Les besoins les moins satisfaits sont ceux de partenariat de soins et de soutien émotionnel.</p> <p>Pour les infirmières, les souhaits suivants sont les plus importants : 1) recevoir des explications compréhensibles, 2) avoir le sentiment que quelqu'un s'occupe du patient, 3) recevoir une réponse honnête à leurs questions, 4) avoir une personne de contact dans le service et 5) recevoir des informations sur les éventuels effets secondaires du traitement.</p> <p>Les infirmières ont répondu aux besoins qu'elles jugent elles-mêmes importants pour les proches. Les besoins de la catégorie confiance et sécurité sont principalement classés dans les cinq premières places : (1) le sentiment que le patient est pris en soins, (2) des explications compréhensibles, (3) des informations sur le service, (4) une réponse honnête à leurs questions et (5) la transmission d'un sentiment d'espoir.</p>	<p>Les auteurs, n'abordent pas les limites de leur recherche. Cependant, les auteurs auraient pu nommer quelques exemples de questions en plus de la question ouverte de départ.</p>	<p>Chacune de ces pistes pourrait faire l'objet de mises en pratique sur le terrain et d'une meilleure approche dans une prise en soins globale. Prendre un patient en soins dans son entièreté, y compris ses proches. Un futur article pourrait se baser sur les recommandations de cet article-ci et en évaluer les résultats.</p>

Article n°6 : Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
<p>Laurel L. Northouse, Darlene W. Mood, Ann Schafenacker, Gregory Kalemkerian, Mark Zalupski, Patricia LoRusso, Daniel F. Hayes, Maha Hussain, John Ruckdeschel, A. Mark Fendrick, Peter C. Trask, David L. Ronis, and Trace Kershaw</p> <p>2013</p> <p>Etats-Unis, dans plusieurs centres anticancéreux</p>	<p><u>Population :</u> Patientes atteintes d'un cancer du sein, colorectal, du poumon ou de la prostate à un stade avancé et leur soignant principal. En tout, 906 dyades.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Essais cliniques randomisés.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Déterminer si les dyades patient-soignant, affectées au hasard à une intervention dyadique avaient plus de ressources et de meilleurs résultats primaires, déterminer si le risque de détresse et d'autres facteurs antérieurs (par exemple, le sexe, le type de relation dyadique, le type de cancer) ont modéré l'effet du programme sur les résultats.</p>	<p><u>Méthode :</u> Les dyades soignants-soignés ont été réparties en 3 types d'interventions : The original focus program (version longue), the brief focus program (version courte) et condition de contrôle (soins de base). Les données ont été récoltées au départ de l'intervention, après 3 mois, puis 6 mois. Des échelles ont été utilisées afin de mesurer les variables possibles durant l'intervention.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Les patients et les soignants devaient en premier remplir les livrets de questionnaire séparément. Puis, les patients ont fait l'objet d'un dépistage du risque de détresse à l'aide de l'échelle de risque de détresse. Ensuite, les dyades ont été placées dans trois groupes, grâce au processus de randomisation stratifié.</p>	<p>Les patients et leurs soignants qui ont participé aux programmes FOCUS bref ou étendu ont connu une plus grande amélioration des résultats de l'étude que les dyades du groupe témoin.</p> <p>Le programme extensif en six séances a considérablement amélioré l'auto-efficacité des dyades ou leur confiance dans leur capacité à gérer la maladie et les soins qui sont associés. Ce qui laisse penser que des interventions plus longues pourraient être nécessaires pour améliorer l'auto-efficacité.</p> <p>Le programme bref en 3 séances a, en revanche, été suffisant pour améliorer l'utilisation par les soignants et les patients de comportements sains (nutrition, exercice) à une époque où les soignants négligent souvent leur propre santé, alors que l'état du patient se détériore.</p>	<p>Le risque de détresse a été évalué mais le niveau de détresse actuelle ne l'a pas été, ceci constitue donc une limite. Ensuite, un score de risque combiné patient-soignant aurait pu être utilisé et les scores de risques réels des patients également.</p>	<p>Identifier les moyens d'aider les patients à haut risque et leurs soignants, cibler les interventions pour répondre aux besoins dyadiques.</p>

Article n°7 : The lived experience of breast cancer patients and couple distress

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux: Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/Recommandations
B:R Sprung, B.L Janotha & A.J SteckelB. R. 2011 États- Unis	<p><u>Population :</u> Femmes vivant en couple atteintes d'un cancer du sein.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude qualitative</p> <p><u>But de l'étude :</u> Identifier les caractéristiques et la dynamique de couple basées sur le maladie chronique ou mortelle.</p>	<p><u>Méthode :</u> Un échantillon de 12 femmes a été sélectionné Les 12 participantes ont été amenées à parler de leur expérience/vécu concernant leur cancer du sein.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Entretien semi-structuré de 25 - 45 minutes ou d'une discussion de groupe de 90 minutes.</p>	<p>Les résultats principaux portent sur : la réaction émotionnelle de la patiente face au cancer du sein, la réaction émotionnelle du conjoint face au cancer du sein au fil du temps, l'évaluation de l'impact négatif sur la relation, sur les réponses des infirmières et autres professionnels de la santé face à la détresse du couple, les recommandations pour les professionnels de la santé. Après le diagnostic du cancer du sein, des sentiments d'accablement, d'anxiété, de dépression et de colère ont été évoqués par les participantes. Les conjoints ont également décrit avoir eu des réactions anxieuses, réactives ou abusives. Certains ont été touchés par l'hypochondrie et d'autres par l'abus d'alcool, afin de faire face à la maladie de leur partenaire. Certains couples se sont rapprochés, d'autres séparés et d'autres encore ont divorcés suite à la maladie.</p>	<p>Les limites de cette étude résident dans la taille de l'échantillon, qui est jugée petite. Les résultats trouvent ainsi une limite dans leur généralisabilité. Le biais de sélection potentiel est aussi une limite. Les chercheurs en sont toutefois conscients et ont pu le mettre en suspens. Une autre limite est que les couples en détresse étaient moins disposés à participer à l'étude. Cela pourrait entraîner une sous-estimation du niveau réel de détresse de ces derniers.</p>	<p><u>Recommandations :</u> Il faudrait que les problèmes de santé mentale soient dépistés de manière plus cohérente et plus approfondie à chaque phase du traitement du cancer du sein, car les femmes ont des difficultés à parler de l'impact de la maladie aux professionnels de la santé. Il faudrait également que les professionnels de la santé prennent davantage en considération la souffrance silencieuse, car elle peut être présente même si certaines patientes n'abordent pas le sujet.</p>

Article n°8 : The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer – a longitudinal study.

Auteurs- Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux: Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
<p>P. Salonen, A. Rantanen, P.L Kellokumpu-Lehtinen, H. Huhtala & M. Kaunonen</p> <p>2014</p> <p>Dans deux hôpitaux en Finlande</p>	<p><u>Population :</u> Maris/conjoints et autres personnes proches dont la femme est atteinte du cancer du sein.</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude longitudinale (thérapeutique : groupe contrôle et groupe intervention → grille CONSORT).</p> <p><u>But de l'étude :</u> Décrire les changements de qualité de vie dans deux groupes (contrôle VS intervention). Décrire le soutien social reçu des proches. Explorer les facteurs associés aux changements négatifs de la qualité de vie.</p>	<p><u>Méthode :</u> 165 participants (proches = maris/conjoints, enfants, amis), dont 99 dans le groupe intervention et 66 dans le groupe contrôle.</p> <p>QLI-CV : score global de qualité de vie et score sous-échelle pour 1) domaine santé et fonctionnement 2) domaine social et économique 3) domaine psychologique et spirituel 4) domaine familial.</p> <p>→ Satisfaction des différents aspects de la vie et de leur importance respective.</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Questionnaire à remplir de manière autonome, à domicile, avec données anonymes</p>	<p>Groupe intervention : 4) qualité de vie élevée 3) qualité de vie faible 1) qualité de vie faible 2) qualité de vie diminuée</p> <p>Conjoints définis comme principale source de soutien, enfants et amis comme source importante de soutien. 4% ont défini les professionnels de la santé comme soutien. Deux groupes ont relevé des scores élevés de soutien de la part des infirmières. Groupe contrôle : le soutien social de la part des infirmières a augmenté.</p> <p>Changements négatifs augmentent dans le domaine 1), personnes retraitées augmentent globalement dans le domaine 2), proches ont un risque moins élevé de voir leur qualité de vie globale et familiale de subir des changements négatifs que les maris/conjoints</p>	<p>Manque de sensibilité du QLI-CV, absence de mesure de référence avant l'opération du sein, large réseau de proches → absence de différences statistiquement significatives, un suivi plus long aurait amené des différences plus importantes.</p>	<p><u>Recommandations :</u> Les infirmières devraient apprendre à identifier les familles et les proches qui ont le plus besoin de soutien et leur offrir activement leur aide. Les professionnels de la santé devraient systématiquement reconnaître l'importance de soutenir les proches et la famille dans son ensemble.</p>

Article n° 9 : Transitions of Male Partners of Women With Breast Cancer : Hope, Guilt, and Quality of Life.

Auteurs-Année Lieu + pays	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux : Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/Recommandations
W. Duggleby, J. Thomas, K. Struthers Montford, R. Thomas, C. Nikolaichuk, S. Ghosh, C. Cumming & K. Tonkin 2015 États-Unis	<p><u>Population :</u> Maris/conjoints dont la femme est atteinte d'un cancer du sein</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude transversale, transformationnelle et mixte sur des données qualitatives et quantitatives (randomisée)</p> <p><u>But de l'étude :</u> Examiner la qualité de vie des conjoints dont la femme est atteinte du cancer du sein à l'aide de transitions vécues par les conjoints et les stratégies qu'ils ont utilisées pour faire face à ces changements Examiner les variables démographiques, l'auto-efficacité, la culpabilité, l'espoir des proches aidants (conjoints) et la qualité de vie de leur partenaire/femme atteinte d'un cancer du sein</p>	<p><u>Méthode :</u> Échantillon de 98 personnes afin d'évaluer six variables indépendantes (la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein, l'auto-efficacité générale des conjoints masculins, la culpabilité, l'espoir, l'âge et les transitions) et une variable dépendante (qualité de vie des conjoints).</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> 600 questionnaires ont été envoyés par le personnel d'Alberta Cancer Registry (envoi postal randomisé)</p>	<p>La qualité de vie des conjoints a été influencée de manière positive par l'espoir de manière négative par la culpabilité par exemple, de ne pas faire assez ou de ne pas savoir faire face aux demandes des épouses et gérer les transitions en faisant ce qui doit être fait. L'espoir ressort comme une ressource psychosociale essentielle au soutien continu de leurs femmes. L'espoir donne du courage et de la confiance dans leurs capacités à faire face aux situations difficiles. « Faire ce qui doit être fait » a une incidence négative et reflète un engagement minimal dans les soins apportés qui lui-même réduit la qualité de vie.</p>	<p>Des limites ont été trouvées dans l'échantillon et dans la méthodologie. En effet, l'échantillon regroupait plus de conjoints âgés, relativement en bonne santé et avec de bons revenus. Les conjoints en moins bonne santé et avec moins de revenus auraient apporté des résultats différents. La taille de l'échantillon était adéquate, mais si elle était plus large, d'autres variables auraient pu être significatives.</p>	<p><u>Recommandations :</u> Développer diverses stratégies visant à diminuer les sentiments de culpabilité et à encourager l'espoir car cela permettrait d'améliorer les soins psychosociaux et la qualité de vie. Explorer davantage la complexité des transitions pour les conjoints à travers une variété de strates sociales, ainsi que l'impact des transitions sur la qualité de vie. Elaborer des nouvelles interventions et des nouveaux programmes de soutien dans le but d'aider les conjoints.</p>

6.2. Analyse critique des articles retenus

Suite à l'analyse des neufs articles, plusieurs thèmes sont ressortis dont certains ont déjà été développés précédemment dans le chapitre « État des connaissances ». Il a ainsi été convenu de développer quatre thématiques principales qui sont les suivantes :

- Les impacts psychologiques
- Les impacts physiques
- Le besoin de soutien (qualité de vie)
- Les interventions infirmières

6.2.1. Les impacts psychologiques

Il est ressorti de plusieurs articles sélectionnés que le cancer du sein pouvait avoir des impacts et des répercussions psychologiques sur la patiente et son conjoint.

Pour commencer, dans l'étude qualitative de Sprung, Janotha & Steckel (2011), l'impact psychologique est relevé par l'inadéquation du soutien reçu et du soutien souhaité par la femme atteinte d'un cancer du sein. En effet, des recherches démontrent l'importance de la qualité de la relation et soulignent les effets néfastes de la détresse. La détresse psychologique inclut un manque de soutien causé par des réactions trop critiques et des réactions d'évitement accompagnées d'insensibilité de la part des conjoints.

A contrario, Cochrane, Lewis & Griffith (2011) ont mené une étude afin de voir s'il en ressortait un impact positif quant au fait de délivrer une intervention psychosociale aux conjoints plutôt qu'à la patiente. Dans cette étude, il est ressorti que l'intervention avait un bénéfice sur l'anxiété et l'humeur dépressive des femmes. Les conjoints, quant à eux, ont ressenti seulement une légère amélioration des impacts psychologiques auxquels ils ont dû faire face durant la maladie. Si certains conjoints ont montré une forte implication dans le processus de la maladie, d'autres ont, choisi de continuer leur chemin seuls, la difficulté de la situation devenant trop importante.

Selon Sprung et al. (2011), l'insatisfaction et la détresse conjugales sont vécues par les deux membres du couple lorsque l'un fait pression sur l'autre. En effet, certains couples subissent un éloignement, voire un abandon, de la part de l'autre personne. Les couples les plus en détresse ont de faibles capacités à résoudre les conflits et se sentent insatisfaits de leur relation. Certaines participantes ont même témoigné que la détresse était plus difficile à vivre que le cancer en lui-même.

D'après Duggleby et al. (2015), la perte d'espoir est l'un des sentiments auquel sont confrontés certains partenaires. Elle se traduit par un sentiment d'impuissance, un manque de contrôle et une détresse. Certains partenaires ressentent de la culpabilité quant à la maladie et ses

conséquences car ils se sentent impuissants face à tout cela et craignent de ne rien pouvoir faire pour aider leur femme.

Dans l'étude (qualitative) de Sprung et al. (2011), l'une des femmes interviewées a ressenti un sentiment d'accablement, de l'anxiété, de la colère et même une dépression suite au diagnostic. Une autre est passée par plusieurs émotions, comme la peur, l'anxiété et la tristesse à la fin du traitement, tandis que d'autres n'étaient pas conscientes de leurs émotions à l'annonce du diagnostic. Suite à au diagnostic et face aux réactions des femmes, les conjoints ont eu des réactions anxieuses ou négatives. En ayant des réactions comme celles-ci, ils apportent des soins inefficaces et ne répondent pas aux besoins de leur partenaire. Plus précisément, l'anxiété ressentie par l'un affecte l'autre ; elle peut engendrer des changements sur d'autres indicateurs psychologiques, tels que la dépression, la gestion des symptômes et la fatigue. Par exemple, un des conjoints, qui a toujours eu peur des hôpitaux, a développé une hypocondrie à l'annonce du stade IV du cancer de sa femme. Un autre conjoint a indiqué avoir commencé à consommer de l'alcool pour faire face au diagnostic et à la maladie dont est touchée sa femme.

Dans l'étude de Northouse et al. (2013), trois interventions ont été proposées à plusieurs dyades soignant-soigné ; une intervention regroupant les soins de base, une version longue plus détaillée avec davantage d'informations et finalement une plus brève. Les interventions de cette étude ont été faites de manière directe, les programmes courts et longs ont en effet été dispensés à domicile par des infirmières préparées et non par un moyen intermédiaire comme des questionnaires. Les dyades soignant-soigné ayant reçu une intervention courte (brève) et longue (étendue) ont connu une plus grande amélioration des résultats que les personnes ayant uniquement reçu les soins de base. La version étendue de l'intervention de Northouse et al. (2013) a clairement démontré une amélioration au sein de des dyades quant à leurs capacités à gérer la maladie.

Parallèlement à l'étude de Northouse et al. (2013), l'étude de Badger, Segrin, Pasvogel & Lopez (2013) a montré une diminution de la dépression chez les femmes et leurs conjoints ayant reçu une intervention psychosociale par téléphone ou par vidéophone. En l'occurrence, aucune différence n'a été constatée selon ces deux moyens de communication.

Selon Duggleby et al. (2015), les résultats de l'étude ont démontré que même si certains partenaires n'avaient pas perçu de changement à la suite du diagnostic de leur femme, beaucoup ont évoqué des transitions importantes, notamment dans leurs rôles, leurs responsabilités et leur santé mentale. Les émotions les plus ressenties ont été la peur, la tristesse et l'incertitude. Certains d'entre eux ont évoqué ce qui les aurait aidés à faire face à tous ces chamboulements, alors que d'autres ont en revanche indiqué que rien n'aurait pu les aider.

Dans l'étude de Northouse et al. (2013), certains effets positifs ont été constatés chez les patientes, comme une diminution du désespoir, de la détresse symptomatique et de la dépression. Chez les soignants, une diminution du sentiment de fardeau, une meilleure qualité de sommeil et de vie ont été relevées.

Finalement, selon Duggleby et al. (2015), afin que les femmes aient une meilleure qualité de vie, les conjoints devraient s'engager davantage dans la prise en soins.

Toutes ces réactions sont propres à chacun et démontrent leurs impacts psychologiques face à la maladie à ses inévitables conséquences.

6.2.2. Les impacts physiques

En plus des impacts psychologiques, le cancer du sein peut engendrer des impacts physiques sur la femme qui subit des traitements. Le conjoint peut également se retrouver à devoir faire face à des impacts physiques le concernant indirectement.

Tout d'abord, comme le démontre l'étude de Lopez, Copp & Molassiotis (2012), les conjoints jouent souvent le rôle de soignant auprès de leur femme et se retrouvent ainsi à devoir faire face à des impacts physiques sur leur propre santé. Parallèlement, l'étude de Badger et al. (2013) démontre que les couples ayant reçu une intervention psychosociale, que ce soit par téléphone ou par vidéophone, montrent une amélioration des symptômes physiques au fil du temps.

Ensuite, d'après l'article de Lopez et al. (2012), le rôle de proche aidant demande un grand investissement. Les conjoints peuvent, par conséquent, souffrir de divers symptômes et développer certaines pathologies. Dans l'étude menée durant les trois premiers mois suivant le diagnostic de la maladie de leur femme, les conjoints ont d'abord ressenti de la fatigue, des douleurs et un manque de sommeil. Pour la plupart d'entre eux, cela était dû au fardeau physique des tâches ménagères qui se sont ajoutées aux soins apportés à leur femme. Certains conjoints se sont confiés sur le fait qu'ils n'étaient pas prêts à assumer une charge de travail supplémentaire, comme faire la cuisine ou le ménage. Cette étude montre que la moitié des conjoints a signalé des problèmes de santé tels que des maladies cardiaques, de l'hypertension ou encore une fonction immunitaire réduite suite au nouveau rôle de proche aidant qu'ils ont dû endosser.

D'après l'étude de Salonen, Rantanen, Kellokumpu-Lehthinen, Huhtala & Kaunonen (2013), l'impact de l'altération de la sexualité et de l'image corporelle des patientes atteintes du cancer du sein affecte l'interaction entre les femmes et leur partenaire, et par conséquent, la qualité de vie de leur couple.

Finalement, l'étude de Sprung et al. (2011) relate que les conjoints étaient, pour la plupart, présents pour soutenir leur partenaire durant l'annonce et les premières phases du traitement. Leur présence a été d'autant plus remarquée lorsque la femme s'est vue devoir faire face aux changements corporels. L'une des douze femmes interviewées raconte par exemple qu'avant il lui était impossible de prendre sa douche devant son mari. En guise de soutien, ce dernier l'a donc accompagnée jusqu'à la douche et lui a dit "je veux t'aider", ce qu'elle a trouvé merveilleux (p. 623).

6.2.3. Le besoin de soutien (qualité de vie)

Dans la plupart des articles sélectionnés, la notion de besoin de soutien est principalement ressortie. La raison en est que le soutien et les besoins sont directement liés à la qualité de vie.

Initialement et selon Cheng, Jackman, McQuestion & Fitch (2014), de nombreux participants de l'étude ont suggéré que le système de soins de santé fournisse davantage d'informations répondant à leurs besoins afin de faciliter leur rôle de soignant auprès de leur femme. Si ces besoins sont satisfaits, la qualité de vie du couple est en effet considérablement améliorée, les conjoints étant rassurés et informés.

L'étude de Badger et al. (2013), les participants des deux groupes de conseils interpersonnels ont présenté une augmentation du bien-être social et donc une satisfaction de leurs besoins, peu importe le moyen de communication utilisé. Les participants du groupe d'éducation sanitaire par téléphone n'ont toutefois pas montré une amélioration de leur bien-être et donc une insatisfaction de leurs besoins d'informations.

Ensuite, d'après Pinkert, Holtgräwe & Remmers (2013), il est ressorti que les besoins les moins satisfaits du point de vue des conjoints étaient ceux de partenariat de soins et de soutien émotionnel. Le soutien émotionnel de leur partenaire est d'une grande importance pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, car ce dernier les protège d'une énorme souffrance mentale. Le fait d'être informé de l'impact de la maladie sur le partenariat et la sexualité contribue également au soutien émotionnel. En effet, si ces besoins sont satisfaits, ils améliorent la qualité de vie des malades et de leurs proches.

Selon Salonen et al. (2013), le manque de soutien social, d'aide et de conseils peut diminuer la capacité des proches aidants à soutenir les patientes ; ce qui entraîne une augmentation de la

morbidité psychologique, des symptômes d'anxiété ou de dépression ainsi qu' une détérioration de la qualité de vie.

Selon l'étude de Pinkert et al. (2013), les partenaires des participantes ont indiqué avoir principalement besoin d'un soutien émotionnel afin de se protéger de leur propre fardeau. Plus précisément, les résultats de l'étude démontrent distinctement que les besoins de confiance et de sécurité sont prioritaires pour les proches des patientes atteintes d'un cancer du sein. Cela signifie, entre autres, qu'ils veulent mettre les membres de leur famille entre de bonnes mains, ainsi qu'être informés de manière honnête et compréhensible sur la maladie et les traitements.

Dans l'étude de Cheng et al. (2014), un tableau résume les différents besoins d'informations qu'ont les conjoints. Il s'agit principalement :

- Des traitements
- Du rôle qu'ils peuvent avoir
- Du bien-être psychologique et émotionnel
- De la compréhension spirituelle
- Des ressources communautaires
- Des thérapies alternatives

Ces informations sont nécessaires et exigent des réponses adaptées pour endosser le rôle de proche aidant.

Parallèlement, l'étude de Salonen et al. (2013) évoque que les patientes et leurs proches aidants sont source de vitalité les uns pour les autres. C'est pourquoi, l'inclusion des proches aidants est essentielle pour un traitement optimal afin de garantir un soutien social adéquat et la continuité des soins. Le fait de soutenir à la fois les patientes et leur entourage fait que l'adaptation familiale et la qualité de vie peuvent être plus avantageuses. Quand les proches aidants reçoivent un soutien adapté à leurs besoins, leurs ressources pour soutenir la patiente deviennent optimales. Cependant, l'inconscience et l'insensibilité conduisent au fait que les besoins des proches ne sont pas satisfaits, ce qui peut diminuer leur capacité à soutenir la patiente.

De plus, d'après l'étude de Sprung et al. (2011), et comme évoqué précédemment, l'inadéquation du soutien reçu et du soutien souhaité par la femme atteinte d'un cancer crée un déséquilibre au sein de la relation. Il a été relaté que les conjoints apportaient du soutien surtout lorsque la femme devait faire face à des changements physiques. Au fil du temps, la femme peut toutefois éroder ce soutien à cause de la détresse. En effet, le décalage entre le soutien reçu et souhaité influence de manière significative l'adaptation psychosociale et est lié à une mauvaise adaptation émotionnelle. L'importance de la qualité de la relation est soulignée par le fait que les deux partenaires, s'efforcent de répondre aux besoins de l'autre et soutiennent mutuellement. L'étude retranscrit également

l'importance de savoir comment le couple évalue le stress, la communication et comment il coordonne ses efforts pour faire face à la maladie.

En d'autres termes, si le soutien reçu correspond à celui souhaité, le couple rencontrera certes quelques difficultés, mais les besoins seront mieux palliés et le couple se sentira soutenu mutuellement.

Il ressort principalement de l'étude de Cochrane et al. (2011), concernant la qualité de vie, une amélioration de la vie conjugale. Suite à cette intervention délivrée aux conjoints, les femmes ont constaté une nette amélioration dans leur vie personnelle, ainsi que dans leur vie de couple. Pour les femmes, cette amélioration de la qualité de vie a également un impact sur leur vie personnelle. Cette étude démontre qu'une intervention délivrée aux conjoints permet une satisfaction des besoins de la femme et donc des bénéfices dans leur vie de couple.

Finalement, l'étude de Salonen et al. (2013) décrit la famille et les amis des proches aidants comme étant les ressources les plus importantes de soutien. Selon les chercheurs, l'accès au soutien doit être assuré et le soutien doit être préventif, systématique et basé sur les besoins. Il est ainsi important d'évaluer le soutien social reçu par les proches aidants. Les résultats démontrent en revanche que le soutien apporté par des professionnels soignants se fait rare. Les infirmières ignorent encore souvent le besoin de soutien dont nécessitent les patientes ainsi que leur entourage.

Conjointement à cette étude, Northouse et al. (2013) font ressortir que, bien que le cancer avancé ait de graves répercussions sur la qualité de vie des patientes et de leurs proches, peu d'interventions ont été mises en place pour les aider à faire face à une maladie.

6.2.4. Les interventions infirmières :

Dans l'étude de Sprung et al. (2011), les participantes se sont senties soutenues par les infirmières et les autres professionnels de la santé durant le traitement et tout le suivi. Les interventions soignantes ont toutefois été considérées comme trop peu présentes. Trois des douze participantes ont par exemple eu le sentiment d'être baladées lors du suivi. Elles ne se sont pas senties encadrées ni soutenues par les différents professionnels. Ces derniers ne semblaient en effet pas pouvoir leur proposer de l'aide. Ils les ont alors adressées à d'autres professionnels, comme l'assistante sociale par exemple, qui elle, a demandé ce qu'elle pouvait faire, sans donner de propositions concrètes. L'oncologue cité par l'une des participantes a même proposé d'intensifier le traitement au lieu d'être à l'écoute des inquiétudes de sa patiente, ce qui ne l'a pas du tout rassurée. Parmi celles qui ont été dirigées vers un psychologue, aucune n'a été convaincue par cette démarche et a même jugé l'expérience sans utilité.

D'après Lopez et al. (2012), une intervention infirmière permet de mieux comprendre le rôle que les professionnels de la santé peuvent jouer envers les couples et ainsi savoir vers qui ils peuvent se tourner afin d'être soutenus convenablement et sécuritairement.

Selon Salonen et al. (2013), bien que les résultats de l'étude aient démontré une meilleure qualité de vie grâce aux interventions infirmières, le soutien des professionnels de la santé s'est toutefois fait ressentir comme rare. Les infirmières ignorent parfois ou n'identifie pas le besoin de soutien des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Pour poursuivre avec l'article de Pinkert et al. (2013) il ressort que l'attention et le soutien des infirmières sont presque exclusivement consacrés à la patiente, alors que les proches ont également besoin d'informations. Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières ne sont pas toujours capables d'évaluer et de répondre correctement à ces besoins.

Concernant à l'étude de Sprung et al. (2011), la plupart des participantes ont estimé que l'évaluation des besoins devrait être une partie obligatoire du traitement et qui devrait avoir lieu après l'annonce du diagnostic. Les participantes encouragent les soignants à s'informer davantage et à se sentir plus à l'aise pour poser des questions d'ordre sur la détresse émotionnelle et le couple. De cette façon, les patientes se confieraient avec plus d'aisance.

Selon Pinkert et al. (2013), cela semble ainsi confirmer l'hypothèse selon laquelle le soutien aux familles des patientes atteintes d'un cancer du sein n'est pas une priorité dans les tâches des infirmières. Seul le temps dira si les soins infirmiers axés sur la famille trouveront leur place dans les soins hospitaliers.

En plus de traiter des interventions infirmières, ces différents articles proposent des pistes de réflexion dans le but d'améliorer les soins infirmiers auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein et de leurs conjoints. Certains évoquent seulement des pistes, d'autres proposent des idées concrètes.

A ce propos, l'article de Duggleby et al. (2015) indique que les interventions infirmières devraient être plus précises et axées sur les problématiques des participants. Pour cela, de nouvelles interventions et de nouveaux programmes de soutien devraient être élaborés pour les conjoints ; ceux-ci devraient pouvoir refléter les besoins uniques et permettre de reconnaître la diversité des réponses apportées aux expériences de leurs femmes en matière de cancer du sein.

Selon Pinkert et al. (2013), l'étude devrait contribuer à améliorer les soins axés sur la famille dont la femme est atteinte d'un cancer du sein. L'hypothèse de cette étude est donc de trouver des soins pour la famille afin de l'aider à soutenir la femme atteinte de cette pathologie en faisant une

évaluation subjective des besoins des proches, mais également une évaluation objective de leurs besoins. Le point de vue de l'infirmière devrait donner une idée des besoins des proches qu'elle perçoit, ainsi que les obstacles, les inhibitions et les charges qui créeraient éventuellement une barrière dans la relation des infirmières et des proches aidants.

L'étude de Northouse et al. (2013) démontre que les patients et leur soignant respectif qui ont participé aux programmes FOCUS brefs ou étendus ont connu une plus grande amélioration des résultats que les dyades du groupe témoin. Il est donc nécessaire d'approfondir la recherche sur la quantité d'interventions nécessaires, brèves ou étendues, pour avoir un effet positif sur les résultats des patientes atteintes d'un cancer du sein avancé et de leurs soignants. Ses résultats permettraient de déterminer quelles interventions en matière d'informations et de soutien sont nécessaires afin d'émerger les ressources de la dyade soignant-soigné.

L'étude de Lopez et al. (2012) démontre, quant à elle, que les conjoints ont également des besoins concernant la prise en soins de leur femme. Une meilleure prise en soins de ces derniers permettrait de diminuer les répercussions de la maladie sur plusieurs aspects de leur vie quotidienne. Il est en effet recommandé de mettre en œuvre des stratégies afin d'alléger le fardeau des conjoints, comme par exemple mettre en place une formation pour les couples dans le but d'améliorer les relations conjugales, réduire les détresses psychologiques et l'effort d'adaptation ainsi qu'améliorer l'adaptation sexuelle. A défaut d'informations, les couples vont en principe se renseigner de leur côté et essayer des alternatives pas toujours adaptées. C'est pour cela qu'une formation précise sur la maladie, les soins et les tâches de soins devraient être proposée systématiquement aux patientes et à leur conjoint.

Comme piste dans l'étude de Salonen et al. (2013), les proches des patientes atteintes d'un cancer du sein ont admis avoir besoin d'un soutien plus intensif de la part des infirmières. Cela pourrait se traduire par des interventions planifiées, car il existe un besoin évident d'un protocole d'intervention de soutien axé sur l'amélioration de la qualité de vie de la famille dans son ensemble. Les proches aidants devraient quant à eux, identifier les sources de soutien social et apprendre à communiquer leurs besoins en matière de soutien aux infirmières.

L'étude de Cochrane et al. (2011) permet de montrer qu'une intervention psychosociale en lien avec le cancer du sein délivrée aux conjoints conduit à une nette amélioration de la qualité de vie du couple, et plus particulièrement de la femme. Le fait de délivrer une intervention infirmière aux conjoints en premier lieu plutôt qu'aux femmes permet de les décharger et d'en retirer de nombreux bénéfices (diminution de l'anxiété et de l'humeur dépressive ainsi qu'une amélioration de la qualité conjugale).

Finalement, l'étude de Salonen et al. (2013) a démontré que les interventions infirmières ont permis aux conjoints d'être protégés contre la détresse, car ils ont pu davantage se concentrer sur la maladie et sur l'adaptation de leur femme face à la maladie.

7. DISCUSSION

Dans ce chapitre, la mise en pratique de l'ASFF qui comporte quatre phases, à savoir "Explorer et faire connaissance", "Focaliser", "Exécuter" et "Réviser", a été utilisé comme canevas qui a permis de structurer la base de la discussion.

7.1. Phase 1 : Explorer et faire connaissance

Durant cette première phase, l'infirmière fait connaissance avec le patient et ses proches. C'est à ce moment que se font les échanges d'informations. Cela permet de créer une relation de confiance entre les professionnels de la santé et le patient ainsi que ses proches. Une fois la relation de confiance établie, le patient peut se confier plus facilement.

Il faut ensuite constamment rechercher les forces du patient et non pas se focaliser sur ses déficits. Le fait de questionner le patient sur les ressources qu'il mobilise permet de faire émerger ses forces et également la vision de son entourage. Il faut ainsi travailler avec les forces de ce dernier. Il est nécessaire de travailler avec la personne mais ne pas faire pour la personne. Dans cette phase, l'infirmière et le patient sont tous les deux des apprenants (et non pas voir). L'infirmière n'est pas une enseignante, elle a pour rôle de valoriser les actes du patient lorsque ceux-ci sont positifs.

Ces bases permettent un partenariat de collaboration qui a pour but de favoriser l'autonomisation du patient. L'infirmière doit voir le patient comme une personne et non pas comme une maladie ou un cas intéressant. Elle doit s'investir dans la relation afin de comprendre ce que la personne est en train de traverser (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Comme le démontre l'étude de Bagot & Tourneur-Bagot (2010) sur la pertinence de procéder à une éducation thérapeutique pour les femmes souffrant d'un cancer du sein, il est essentiel et indispensable d'obtenir des informations sur la vie privée, professionnelle et sociale de la patiente. Les représentations et le positionnement de l'entourage face à la maladie sont également à prendre en considération dans le but de créer un partenariat de collaboration. Il est aussi important pour les soignants d'être soucieux des croyances et des besoins des patientes afin qu'elles puissent se montrer actives dans le processus de la maladie.

Dans l'étude de Sprung et al. (2011), les participants et la littérature recommandent une évaluation et des interventions adaptées pour les femmes atteintes d'un cancer du sein et leur conjoint. En effet, l'évaluation est qualifiée comme le premier pas vers l'identification d'un mauvais fonctionnement psychosocial afin de promouvoir des interventions propices et adéquates.

Selon Cheng et al. (2014), savoir prendre le temps de connaître les besoins est nécessaire pour entreprendre des interventions infirmières dans le but d'obtenir de bons résultats. Les besoins des partenaires dont la femme est atteinte d'un cancer du sein résultent généralement des changements que subit cette dernière ainsi que des conséquences de la maladie. Par conséquent, la réponse à ces besoins doit être traitée par les différents professionnels de la santé. L'importance de ces besoins devrait ainsi être davantage présente dans la littérature. Au début de cette étude, un questionnaire a été distribué afin de pouvoir connaître les couples sélectionnés. Des informations sur le diagnostic et les traitements de la femme atteinte du cancer du sein ont été demandées. Des questions sur la vie de couple, leur intimité, ce qu'ils pensent de cette expérience, comment ils vivent cela et divers autres items ont été posées.

Cela a permis de connaître correctement les participants et renvoie donc à la première phase de l'ASFF. L'importance de faire connaissance avec le patient semble être primordiale quant au bon déroulement d'une prise en soins et permet ainsi de mettre en place des interventions appropriées et donc d'obtenir des résultats positifs.

L'article de Lopez et al. (2012) ne traite pas spécifiquement des étapes présentes dans cette première phase. Il ressort toutefois que les conjoints ont certains besoins qui n'ont pas été analysés au préalable par les infirmières, ce qui les a, par la suite, mis en difficulté dans la prise en soins de leur femme. Pour eux, il serait intéressant que les infirmières prennent en considération dès le début leurs besoins personnels ainsi que leurs questionnements afin qu'ils se sentent prêts à accompagner leurs femmes dans les différentes étapes et processus de la maladie.

7.2. Phase 2 : Focaliser

Durant cette deuxième phase, l'infirmière se focalise sur la principale préoccupation du patient, ses buts, ses intentions, les facteurs déclenchants, son désir de changer et son intention d'agir sur l'aide à apporter dans l'accomplissement de ses buts les coûts et les avantages (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Selon Libert et al. (2006), l'évaluation des besoins psychosociaux des patientes démontre que les préoccupations de ces dernières en ce qui concerne l'aide qu'elles ont reçue ou non de la part

des soignants, ont été décrites dans l'étude. Pour le besoin d'informations par rapport à leur maladie, l'aide reçue comparée à l'aide voulue n'était pas égale. Les patientes ont principalement souhaité l'aide des infirmières concernant les difficultés médicales physiques, les interactions avec l'équipe médicale et les conséquences des traitements. Il est également très important de détecter leur détresse émotionnelle le plus rapidement possible et de relever les difficultés par lesquelles passent ces dernières.

D'après Libert (2006), "cette étude montre donc la nécessité d'organiser la prise en charge des difficultés psychosociales des patients afin de répondre à la diversité de leurs difficultés, et ce notamment, en les informant sur les aides professionnelles dont ils peuvent bénéficier" (p.472).

Selon l'étude de Bagot & Tourneur-Bagot (2010), il faut procéder de manière progressive en ce qui concerne les principales préoccupations et compétences que la patiente souhaite acquérir et les buts à atteindre. Par exemple, si la patiente doit avoir recours à de la chimiothérapie et qu'elle est inquiète pour cela, le fait de lui donner progressivement des informations détaillées permet de favoriser la qualité de vie, le confort et l'amélioration de la gestion des effets secondaires.

7.3. Phase 3 : Exécuter

Dans cette troisième phase et après avoir mis en avant les buts et les objectifs du patient, il s'agit d'exécuter ces derniers, c'est-à-dire mettre en œuvre un plan, trouver des solutions provisoires ou définitives afin d'appliquer ces objectifs et pouvoir les atteindre. Ceci fait en accord et en lien avec les forces et les ressources du patient. La famille, le patient et le soignant collaborent ensemble lors de cette phase afin de se soutenir mutuellement (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Dans les différents articles primaires du présent travail, les interventions infirmières sont souvent ressorties comme peu présentes pour le couple.

Selon Pinkert et al. (2013), les interventions infirmières sont principalement ciblées sur la patiente et moins sur le conjoint ou le couple dans sa globalité. A ce jour, il est donc encore difficile pour l'infirmière de répondre correctement aux besoins de ces derniers.

Il est démontré que peu d'interventions infirmières sont mises en place pour soutenir le couple dont la femme est atteinte d'un cancer du sein. Les professionnels de la santé devraient par conséquent être davantage formés à ces situations afin d'être plus présents pour les couples et pas seulement pour les femmes.

Quant à l'étude de Sprung et al. (2011), elle démontre qu'une évaluation globale devrait être systématiquement effectuée après l'annonce du diagnostic, ce qui deviendrait une phase indispensable du suivi. Les divers professionnels de la santé sont encouragés à s'informer davantage et à disposer de plus d'aisance pour traiter des questions de l'ordre de la détresse émotionnelle et conjugale.

Dans l'étude de Cochrane et al. (2011), les résultats démontrent que les forces des conjoints participent aux profits dont les femmes ont pu bénéficier. En effet, le fait que les conjoints aient été impliqués dans l'étude leur a permis de tirer certains bénéfices de la situation, comme ressentir un soulagement de pouvoir se reposer davantage ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

A contrario, selon Zimmermann (2015), les interventions délivrées aux couples sont diverses et variées. Elles se basent sur l'approche dyadique, l'adaptation et l'ajustement des couples et comprennent l'évaluation de la maladie, la communication et l'auto-efficacité dyadique. Une intervention sur l'adaptation des couples face à la maladie permet une réduction du stress, mais également une amélioration de l'intimité et de la confiance au sein du couple. Toutefois, les bénéfices des interventions psychosociales sont incertains. Certaines études montrent une amélioration et des effets positifs sur la qualité des relations et l'adaptation psychosociale alors que d'autres montrent des faits contradictoires. Il convient de préciser que les études sont souvent effectuées avec des échantillons populationnels de petite taille et ne sont donc pas forcément généralisables.

7.4. Phase 4 : Réviser

Cette quatrième phase permet de faire un point sur l'état de la situation, les progrès qui ont été effectués, les étapes qu'il reste à accomplir, ce qui a été appris et ce qu'il reste encore à apprendre. En d'autres termes, cette phase permet d'identifier les objectifs atteints et non-atteints, repréciser ces derniers et consolider le tout. L'infirmière réévalue également les ressources disponibles en matière de forces (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Selon l'article de Dauchy & Rouby (2006), une bonne connaissance des répercussions psychologiques du cancer du sein chez la femme permet de diriger les professionnels de la santé vers les trois propositions suivantes : "interroger plus systématiquement les patientes sur leur vécu psychologique, sans attendre l'apparition de conséquences socio-familiales ou de signes de détresse psychologique majeurs" (p.326), "proposer précocement une aide psychologique lorsque d'autres facteurs de risque (antécédents de difficultés psychologiques ou psychiatriques, absence

de soutien social ou existence de difficultés financières, etc.) s'associent aux facteurs de risque du jeune âge" (p.326) et enfin "être vigilants lors des phases actives du traitement (notamment lorsque celui-ci entraîne un retentissement fonctionnel majeur), mais également rester présents lorsque la femme est confrontée à la reprise d'enjeux profondément identitaires pour elle comme la fécondité, la maternité, la reprise de la sexualité, la possibilité de poursuite d'une vie professionnelle accomplie" (p.326). Ces trois hypothèses permettent d'évaluer, de consolider et d'aménager la situation et les ressources de la patiente et de son entourage.

8. CONCLUSION

En conclusion, cette revue de littérature a permis de mettre en lumière les différents aspects des impacts du cancer du sein sur le couple. Ont également pu être mis en avant les besoins, souvent non-dits, du conjoint ou principal proche aidant. Les forces que deux personnes peuvent déployer de leur couple sont précieuses et vont être très importantes afin de se soutenir mutuellement dans une épreuve comme celle du cancer du sein.

Les interventions infirmières mises en place pour apporter du soutien aux couples se font rares et peu nombreuses. Les couples se retrouvent vite seuls et peuvent ainsi se sentir abandonnés. En conséquence, davantage de recherches dans le domaine devraient être effectuées. Dans l'espoir que ce travail puisse apporter une éventuelle clairvoyance aux professionnels de la santé et puisse les aider à apporter leur soutien aux couples faisant face au cancer du sein, nous sommes conscientes que certains éléments peuvent être approfondis et réévalués ultérieurement.

8.1. Apports et limites du travail

8.1.1. Apports

La sélection des articles a été effectuée sur la base de divers pays développés permettant ainsi de lier étroitement les résultats avec le système de santé européen.

De plus, le travail ici présenté apporte des informations concernant sur les divers besoins du couple. Peu de travaux ont été réalisés à ce sujet et ainsi peu d'interventions infirmières sont mises en place comme le constatent plusieurs articles. Ce travail apporte une certaine importance aux conjoints qui deviennent proches aidants face à la maladie. Leur nouveau rôle et leurs besoins ne sont pourtant pas assez mis en avant. Le cancer du sein devient un combat auquel les couples font face ensemble.

Le cancer du sein ayant diverses conséquences sur la femme et son conjoint, il est important que l'infirmière les prenne en considération à l'aide de différentes interventions infirmières individualisées. La prévention faisant partie intégrante du rôle infirmier, les impacts négatifs pourraient être diminués grâce à ces interventions, et ainsi augmenter la qualité de vie.

Concernant la réalisation de ce travail, en dépit de certaines difficultés rencontrées liées aux différentes méthodes de travail du trio, la dynamique de groupe a su être maintenue et des solutions concernant les différents obstacles ont pu être apportées. L'entraide a été présente tout au long de ce travail et a ainsi permis la construction de cette revue de littérature.

8.1.2. Limites

Le travail ne répond que partiellement à la question de recherche dû à certaines limites rencontrées. En effet, les réponses apportées sont très diversifiées qu'elles ne pourraient être concrètes. Les neuf articles sélectionnés ont amené de nombreuses réponses et recommandations que d'autres articles n'auraient pas forcément relevées. Ainsi, la multitude de réponses possibles ne permet qu'une réponse partielle à la question de recherche. Toutefois, le contenu de ces articles étant bien souvent similaire, la variété de la discussion a été quelque peu restreinte. De ce fait, peu de nouveaux éléments ont pu être confrontés dans la discussion.

Une seconde limite rencontrée concerne le diagramme de flux. En effet, les doublons ont été enlevés après l'identification des 198 articles. Les recherches ayant été effectuées de façon individuelle, ce n'est qu'au moment d'établir le diagramme de flux que les titres des articles ont été comparés, et ainsi été reconnus comme doublons.

Une troisième limite est le fait qu'il n'y ait pas de précision quant à un contexte spécifique, comme par exemple le contexte hospitalier, car ce dernier n'apporte aucun changement aux forces et aux besoins des couples lors d'une épreuve comme le cancer du sein.

Dans le PICO, dans la catégorie Outcome, le thème adaptation psychologique est ressorti. Le thème qualité de vie aurait pu être utilisé, mais pour avoir une bonne qualité de vie, il faut en premier s'adapter psychologiquement à la situation, c'est pourquoi le thème d'adaptation psychologique a été priorisé.

8.2. Recommandations

8.2.1. Clinique

Il existe, à Genève, différentes associations qui ont pour but d'accompagner les patientes souffrant d'un cancer du sein. Il semble toutefois intéressant de parler de deux associations en particulier ; L'OTIUM et l'AVAC. Ces dernières s'engagent dans la lutte contre le cancer et dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades ainsi que de leur famille. L'AVAC propose huit sessions de deux heures afin de faire émerger les ressources qui permettraient une meilleure qualité de vie. Parallèlement, l'OTIUM a pour objectif d'apporter un soutien psychologique et efficace. Pour cela, cette association offre des cours collectifs, des thérapies individuelles ou encore divers ateliers.

Des brochures contenant des informations concernant la maladie, les effets secondaires et les traitements devraient être systématiquement données aux patientes lors des premiers rendez-vous. Il faudrait, par ailleurs, prévoir cela en plusieurs langues afin de faciliter la compréhension de chacune.

D'un point de vue personnel, il serait intéressant d'effectuer un entretien motivationnel dans le but d'évaluer et de comprendre les besoins et les désirs, mais également les forces des patientes et de leurs proches. Il faudrait également tenir compte des disponibilités et des limites des conjoints quant à leur rôle de proche aidant.

De plus, il pourrait être proposé aux patientes et à leur conjoint de participer à des ateliers dans un cadre intime et personnel dans l'objectif d'apprendre à redécouvrir son/sa partenaire différemment. Pour ce faire, un intervenant externe serait présent pour les accompagner et les guider tout au long de cet atelier.

Une dernière recommandation qui paraîtrait essentielle serait d'organiser une rencontre entre une patiente actuellement atteinte d'un cancer du sein et une "ancienne patiente", aujourd'hui rétablie, afin de pouvoir échanger et obtenir des conseils.

8.2.2. Recherche

Concernant les recommandations en lien avec la recherche, il est vrai que le fait d'effectuer des statistiques sur des échantillons plus grands que ceux utilisés permettrait de généraliser d'une façon plus concrète les données collectées. Comme stipulé précédemment, chaque personne est unique et réagit de façon différente à cette maladie.

Il serait également pertinent de réaliser une évaluation des bénéfices des interventions infirmières proposées précédemment dans le but d'objectiver ce qui a pu améliorer ou non la qualité de vie et certains autres aspects liés à la maladie.

8.2.3. Enseignement

A propos de l'enseignement formatif, les aspects psychologiques liés à la féminité ainsi que ses conséquences et les changements sur la vie de couple devraient être davantage mis en avant. Dans l'enseignement, la théorie ressortant principalement, les aspects fondamentaux du vécu humain sont peu abordés. Des ateliers devraient donc être mis en place afin d'aller à la rencontre de ces femmes et qu'elles puissent témoigner de leur vécu individuellement. Cela permettrait aux étudiants d'être sensibilisés à cet aspect-là, en plus d'être à jour au niveau théorique.

Du fait que les conjoints sont souvent les principaux proches aidants, il serait également intéressant d'aller à leur rencontre et d'être attentifs à leur vécu. Ils pourraient informer les étudiants des besoins primaires qu'ils ont ressenti en matière de soutien.

En parallèle, un atelier plus théorique avec des simulations pourrait être dispensé afin de voir comment les étudiants soutiendraient les conjoints et les conseils qu'ils leur apporteraient.

Enfin, un cours pourrait être proposé avec des intervenants externes faisant partie d'associations diverses afin d'informer les futurs professionnels des associations qui existent et des valeurs qu'elles défendent. Dans leurs futures vies professionnelles, les étudiants pourraient sensibiliser les couples aux associations mettraient en avant leur rôle de promoteurs de la santé.

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aloulou, S., El Mahfoudi, A., El Omrani, A., & Khouchani, M. (2015). Facteurs liés au diagnostic tardif du cancer du sein : Expérience du CHU Mohammed VI Marrakech. *The Pan African Medical Journal*, 21(162). <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.162.4363>
- Bonduelle, P., Dupré, C., & Filhol, J. (2004). *Dossier de presse - Étude Face/Novartis*. Accès https://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/etudes/dp_face.pdf
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. *Nursing Research*, 56(1), 44–53. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.162.4363>
- Badger, T., Segrin, C., Pasvogel, A., & Lopez, A. M. (2013). The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(5), 260-265. <https://doi.org/10.1177/1357633X13492289>
- Bagot, J.-L., & Tourneur-Bagot, O. (2010). Pertinence de l'éducation thérapeutique dans le cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 4(1), 21-25. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0249-3>
- Belcher, A. J., Laurenceau, J.-P., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer : Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology*, 30(6), 665-673. <https://doi.org/10.1037/a0024705>
- Boughey, J. C., Hoskin, T. L., Hartmann, L. C., Johnson, J. L., Jacobson, S. R., Degnim, A. C., & Frost, M. H. (2015). Impact of reconstruction and reoperation on long-term patient-reported satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy. *Annals of surgical oncology*, 22(2), 401-408. <https://doi.org/10.1245/s10434-014-4053-3>
- Brédart, A., Swaine Verdier, A., & Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 1(1), 24-30. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0001-9>

- Bultz, B. D., Specia, M., Brasher, P. M., Geggie, P. H., & Page, S. A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9(4), 303-313. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4<303::aid-pon462>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<303::aid-pon462>3.0.co;2-m)
- CHUV. (2018). *Chimiothérapie*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/oncologie/onc-home/patients-et-familles/la-maladie-et-ses-traitements/traitements/chimiotherapie/>
- CHUV. (2018). *Hormonothérapie*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/oncologie/onc-home/patients-et-familles/la-maladie-et-ses-traitements/traitements/hormonotherapie/>
- CHUV. (2018). *La chirurgie*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/les-traitements/la-chirurgie/>
- CHUV. (2019). *Le cancer du sein*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/>
- CHUV. (2018). *Le dépistage*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/le-diagnostic/le-depistage/>
- CHUV. (2014). *Les traitements médicamenteux du cancer du sein*. Accès https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cse/documents/2.se_oncomed_general.pdf
- Cheng, T., Jackman, M., McQuestion, M., & Fitch, M. (2014). 'Knowledge is power': Perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3175-3183. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2314-0>
- Clemmens, D. A. (2009). The significance of motherhood for adolescents whose mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 571-577. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.571-577>
- Cochrane, B., Lewis, F., & Griffith, K. (2011). Exploring a Diffusion of Benefit : Does a Woman With Breast Cancer Derive Benefit From an Intervention Delivered to Her Partner? *Oncology nursing forum*, 38(2), 207-214. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.207-214>
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : Au coeur de la discipline et de la profession* Montréal : Gaëtan Morin.

Dauchy, S., & Rouby, P. (2006). *Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme jeune*. Accès http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9814/SFSPM_2006_13_322.pdf?sequence=1

Dekeuwer-Défossez, F., Donval, A., Jeammet, P., & Rouland, N. (2001). *Inventons la famille*. Paris : Bayard.

Domaison, S., Sordes-Ader, F., Auclair, C., Gironde, M., Bézy, O., & Rogé, B. (2012). Étude longitudinale du fonctionnement familial, de la détresse psychologique et des stratégies d'adaptation chez des patientes traitées pour un cancer du sein et leurs conjoints, lorsque des enfants jeunes vivent au sein de la famille : Résultats de la première évaluation. *Psycho-Oncologie*, 6(3), 163-168. <https://doi.org/10.1007/s11839-012-0382-2>

Duggleby, W., Thomas, J., Montford, K., Thomas, R., Nikolaichuk, C., Ghosh, S.,... & Tonkin, K. (2015). Transitions of male partners of women with breast cancer : Hope, guilt, and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 134-141. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.134-141>

Fekih-Romdhane, F., Henchiri, H., Ridha, R., Labbane, R., & Cheour, M. (2019). Niveau de détresse psychologique et de fardeau perçu chez les conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein. *L'Encéphale*, 45(2), 190-192. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.003>

Frost, M. H., Hoskin, T. L., Hartmann, L. C., Degnim, A. C., Johnson, J. L., & Boughey, J. C. (2011). Contralateral prophylactic mastectomy : Long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. *Annals of Surgical Oncology*, 18(11), 3110-3116. <https://doi.org/10.1245/s10434-011-1917-7>

Futura Santé. (2020). *Cytostatique*. Accès <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-cytostatique-2657/>

Gottlieb, L. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Canada : De Boeck.

HUG. (2019). *Radiothérapie*. Accès <https://www.hug.ch/oncologie/radiotherapie>

- Hummelsberger, M., & Fuzibet, J.-G. (s. d.). *Anémie et thrombopénie chez les patients atteints d'un cancer*. Accès http://www-sop.inria.fr/epidaure/personnel/Pierre-Yves.Bondiau/e-cancerologie/DU/cours/14_anemie_thrombopenie/anemie_thrombopenie.pdf
- Info Cancer. (2020). *Les sels de platine*. Accès <http://www.arcagy.org/infocancer/traitement-du-cancer/traitements-systemiques/chimiotherapie/les-medicaments/les-alkylants/les-sels-de-platine.html/>
- Institut national du cancer. (s. d.). *Estime de soi - L'image du corps*. Accès <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Estime-de-soi>
- Institut national du cancer. (s. d.). *Fatigue et cancers*. Accès <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Fatigue-et-cancers>
- Institut national du cancer. (s. d.). *Sexualité*. Accès <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Sexualite>
- Libert, Y., Merckaert, I., Étienne, A.-M., Farvacques, C., Liénard, A., Messin, S.,... & Razavi, D. (2006). Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer : Une étude nationale belge. *Oncologie*, 8(5), 465-476. <https://doi.org/10.1007/s10269-006-0439-6>
- La ligue contre le cancer. (2015). *Impact social du cancer*. Accès https://www.ligue-cancer.net/article/28020_impact-social-du-cancer
- La ligue contre le cancer. (2015). *Le cancer du sein; Carcinome mammaire*. Accès <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/le-cancer-du-sein-carcinome-mammaire-022071012111.pdf>
- Ligue contre le cancer. (s. d.). *Le cancer du sein*. Accès <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-sein/>
- Ligue suisse contre le cancer. (2018). *Le cancer en Suisse: Les chiffres*. <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

Ligue contre le cancer. (s. d.). *Les thérapies ciblées*. Accès <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/traitements/les-therapies-ciblees/>

Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer : Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318231daf0>

McGill Ingram School of Nursing. (2019). *Laurie Gottlieb*. Accès <https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>

Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological Impact of Alterations in Sexuality, Fertility, and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners. *Revista De Investigacion Clinica*, 69(4), 204-209. <https://doi.org/10.24875/ric.17002279>

Mino, J.-C., & Lefevre, C. (2016). Mieux comprendre l'expérience de l'activité physique après un cancer grâce à la philosophie de la santé. *Santé Publique*, 101-107. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0101>

Nasiri, A., Taleghani, F., & Irajpour, A. (2012). Men's sexual issues after breast cancer in their wives : A qualitative study. *Cancer Nursing*, 35(3), 236-244. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822d48e5>

Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P.,... & Kershaw, T. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 22(3), 555-563. <https://doi.org/10.1002/pon.3036>

Office fédéral de la statistique. (2018). *Cancer*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>

Office fédéral de la statistique. (2018). *Cancers spécifiques*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs/spezifische.html>

Panes-Ruedin, B. (2011). *Couples et cancer du sein : L'expérience de la sexualité*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/files/1614/4830/0620/MemBPR.pdf>

- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., & Pugnaire, G. (2015). *Modèle McGill: Une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Pinkert, C., Holtgräwe, M., & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients : The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.006>
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Canada : Chenelière Éducation.
- Petrie, W., Logan, J., & DeGrasse, C. (2001). Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1601-1607. Accès <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11759307/>
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254. Accès <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>
- Revue Médicale Suisse. (2005). *Le carcinome hépatocellulaire : Une approche multidisciplinaire*. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-24/30494>
- Rietveld, M. J. A., Peters, E. J., Husson, O., Ploos van Amstel, F. K., Kamm, Y., Sijtsema, S.,... & Ottevanger, P. B. (2019). Psychometric properties of the 45-item supportive care needs survey-partners and caregivers—Dutch (SCNS-P&C45-D) in partners of patients with breast cancer. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0092-7>
- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Huhtala, H., & Haunonen, M. (2013). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer - A longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(2), 274-283. <https://doi.org/10.1111/ecc.12153>
- Société canadienne du cancer. (s. d.). *Facteurs de risque du cancer du sein*. Accès <https://www.cancer.ca/443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/risks/?region=on>

- Société canadienne du cancer. (s. d.). *Gérer les symptômes et les effets secondaires*. Accès <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/?region=qc>
- Soylar, P., & Genç, M. F. (2016). The Treatment Approach and Social Support Needs for Patients with Breast Cancer. *The Journal of Breast Health*, 12(2), 56-62. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2753>
- Sprung, B. R., Janotha, B. L., & Steckel, A. J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 619-627. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00653.x>
- Stulz, A., Boinon, D., Dauchy, S., Delalogue, S., & Brédart, A. (2014). Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein : Perceptions des comportements de soutien du conjoint. *Bulletin du Cancer*, 101(7), 690-697. <https://doi.org/10.1684/bdc.2014.1951>
- Taquet, A. (2005). Les enfants des patientes atteintes d'un cancer du sein : Expérience à l'Institut Bordet. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(2), 96-101. <https://doi.org/10.1007/s10332-005-0063-5>
- Taquet, A. (s. d.). *Pouvoir rester encore une mère lorsqu'on est atteinte d'un cancer du sein*. Accès <https://canceretpsychologie.be/wp-content/uploads/2014/09/Tir%c3%a9-%c3%a0-part-n%c2%b055-POUVOIR-ENCORE-ETRE-UNE-MERE.pdf>
- Tercyak, K. P., Mays, D., DeMarco, T. A., Sharff, M. E., & Friedman, S. (2012). Results of an Online Community Needs Assessment for Psychoeducational Interventions Among Partners of Hereditary Breast Cancer Previvors and Survivors. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.1847>
- Tremblay, N., Roy, O., & Lecocq, A. (2017). Dépistage systématique de la détresse : Portraits et regards croisés sur les perceptions des différents acteurs, perspectives cliniques et de recherche - Partie 1. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(3), 211-223. <https://doi.org/10.5737/23688076211223>
- Vanlerenberghe, E., Sedda, A.-L., & Ait-Kaci, F. (2015). Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bulletin du Cancer*, 102(5), 454-462. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.008>

- Walsh, S., Manuel, J., & Avis, N. (2005). The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.1.80>
- Yeo, W., Kwan, W. H., Teo, P. M. L., Nip, S., Wong, E., Hin, L. Y., & Johnson, P. J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13(2), 132-139. <https://doi.org/10.1002/pon.777>
- Zahlis, E. H., & Lewis, F. M. (2010). Coming to grips with breast cancer : The spouse's experience with his wife's first six months. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 79-97. <https://doi.org/10.1080/07347330903438974>
- Zimmermann, T. (2015). Intimate Relationships Affected by Breast Cancer : Interventions for Couples. *Breast Care*, 10(2), 102-108. <https://doi.org/10.1159/000381966>

10. ANNEXES

10.1. Body Image Scale

Echelle d'image corporelle – version F : Traduction-adaptation du questionnaire "Body Image Scale". Ce questionnaire vous propose de nous faire part de la façon dont vous percevez votre apparence physique et les changements causés par votre maladie ou ses traitements. Veuillez lire chaque proposition attentivement et entourer la réponse qui correspond le mieux à votre sentiment, durant la semaine qui vient de s'écouler

	Pas du tout	Un peu	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous sentie gênée par votre apparence physique ?	1	2	3	4
2. Vous êtes-vous sentie physiquement <i>moins</i> séduisante du fait de la maladie ou du traitement ?	1	2	3	4
3. Vous êtes-vous sentie <i>mécontente</i> de votre apparence, une fois habillée ?	1	2	3	4
4. Vous êtes-vous sentie <i>moins</i> féminine du fait de la maladie ou du traitement ?	1	2	3	4
5. Avez-vous eu du mal à vous regarder nue ?	1	2	3	4
6. Vous êtes-vous sentie sexuellement <i>moins</i> attirante du fait de la maladie ou du traitement ?	1	2	3	4
7. Avez-vous évité les gens parce que votre apparence vous gênait ?	1	2	3	4
8. Avez-vous ressenti le traitement comme une atteinte à votre corps ou une mutilation ?	1	2	3	4
9. Vous êtes-vous sentie <i>mécontente</i> de votre corps ?	1	2	3	4
10. Avez-vous été <i>mécontente</i> de la cicatrice laissée par l'opération ?	1	2	3	4

Non applicable :

* In: Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S (2001) A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer 37(2): 189-97.

10.2. Fiches de lecture

10.2.1. Fiche de lecture 1

Référence

Cochrane, B. B., Lewis, F. M., & Griffith, K. A. (2011). Exploring a diffusion of benefit : Does a woman with breast cancer derive benefit from an intervention delivered to her partner? *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 207-214. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.207-214>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans la région pacifique Nord-ouest des Etats-unis

- Les objectifs pratiques :

L'objectif est de fournir des informations sur les avantages psychosociaux des femmes souffrant d'un cancer du sein, dont leurs conjoints ont bénéficié d'une intervention psycho-éducative basées sur l'expérience du cancer du sein (p.207).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Mettre en évidence les bénéfices auprès de femmes souffrant d'un cancer du sein et dont les conjoints ont reçu une intervention psycho-éducative sur le cancer du sein.

- Question de recherche :

Est-ce qu'une femme avec un cancer du sein a des bénéfices lorsque son conjoint se voit délivré une intervention psycho-éducative

- Hypothèse de travail :

Une intervention ciblée sur les conjoints permettrait de faire diminuer les impacts qui découlent d'un cancer du sein que ce soit sur la femme ou sur la vie de couple.

- Cadre théorique de la recherche

Cet article se base sur la théorie de Gottlieb. En effet nous pouvons voir que le but de l'intervention est de faire ressortir les forces du couple en se basant sur uniquement sur une intervention délivrée aux conjoints.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de l'intérêt d'une intervention délivré à son conjoint directement sur la femme.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données

Les auteures ont utilisé des questionnaires d'auto-évaluation standardisé pour récolter les données auprès des femmes et un questionnaire démographique comprenant des questions sur le diagnostic et les traitements du cancer du sein ainsi que des interviews pour les conjoints.

- Population de l'étude

Neuf couples dont la femme souffre d'un cancer du sein et dont le conjoint a bénéficié de l'intervention Helping Her Heal sur 44 ont accepté de participer à l'étude.

Les trois critères de sélection étaient :

- ✓ Femme ayant reçu un premier diagnostic de cancer du sein local ou régional au cours des six derniers mois
- ✓ Vivant dans la grande région du nord-ouest des USA
- ✓ Cohabiter dans une relation engagée d'au minimum 6 mois avec un partenaire disposé à participer à l'étude

En page 210 un tableau présente le profil des neuf couples interviewés.

- Type de devis

Il s'agit d'une recherche qualitative de type transversale.

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Un tableau présenté en page 211 récapitule les thèmes ainsi que les résultats selon les quatre grands thèmes de l'étude.

Quatre grands thèmes et sous-thèmes ont été analysés selon différentes échelles, à savoir :

- ✓ L'anxiété : huit femmes sur neuf ont montré une amélioration de leur anxiété. Cependant pour les conjoints les résultats étaient plus variables avec uniquement un homme présentant une amélioration de son anxiété
- ✓ L'humeur dépressive : huit femmes sur neuf ont montré une amélioration de leur humeur dépressive. Cependant pour les conjoints les résultats étaient plus variables avec uniquement un homme présentant une amélioration de son humeur dépressive.
- ✓ La qualité conjugale : Chez huit femmes, la qualité conjugale ne s'est que légèrement améliorée suite à l'intervention. Chez uniquement une femme il n'y a eu aucune amélioration. Chez les conjoints, six d'entre eux ont montré une amélioration post intervention.
- ✓ La qualité conjugale spécifique au cancer du sein : les résultats ont montré une amélioration que ce soit chez les femmes comme chez leurs conjoints

- Conclusions générales :

Cette étude a démontré des améliorations statistiques de l'anxiété, de l'humeur et de la qualité conjugale. Les femmes ont décrit des avantages concernant la communication et le soutien de leur partenaire

1.4 Ethique

L'étude a été approuvée par l'examen institutionnel de la Division des sujets humains de l'Université de Washington, et tous les participants ont donné leur consentement éclairé et signé.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de mieux appréhender notre rôle face aux couples dont la femme souffre d'un cancer du sein et ainsi de mieux pouvoir les accompagner dans leur quotidien. L'intervention auprès des conjoints a permis de faire ressortir les besoins nécessaires à la femme et aux conjoints afin de faire diminuer l'anxiété, l'humeur dépressive et améliorer la qualité de vie conjugale. Ces éléments nous permettent de guider notre pratique

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'une des principales limites de l'étude est la taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats à la population et qui mériteraient une approche quantitative. Les participants étaient tous de race blanche et très instruits avec uniquement des relations à long terme.

2.3 Pistes de réflexion :

Les résultats étant prometteur, il serait intéressant de faire un nouvel essai clinique randomisé en se basant sur des échantillons plus conséquents et plus diversifiés afin de tester la différence des bénéfices des interventions. Cela permettrait de fournir des preuves sur la nécessité de se concentrer sur des interventions ciblées aux conjoints au lieu de d'alourdir le fardeau des femmes atteinte du cancer du sein. Ces dernières doivent déjà se rendre à un certain nombre de rendez-vous, c'est pourquoi une intervention délivrée au patient leur permettrait un peu de répit

10.2.2. Fiche de lecture 2

Référence

Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: Experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318231daf0>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans un grand centre d'oncologie spécialisé du Royaume-Uni

- Les objectifs pratiques :

L'objectif est d'explorer l'expérience des conjoints en matière de soins à leurs épouses atteintes d'un cancer du sein ou gynécologique sur une période d'un an

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Exploration de l'expérience des conjoints en matière de soins à leurs épouses malades

- Question de recherche :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Qu'elles-sont les besoins spécifiques et le soutien dont ont besoins les conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein ou d'un cancer gynécologique ?

- Hypothèse de travail :

La mise en place d'une formation en couple lors d'un cancer permettrait d'améliorer les relations de couple, réduire la détresse psychologique et l'effort d'adaptation et également améliorer l'adaptation sexuelle. Une formation sur la maladie et les soins devraient être fournie aux patientes et aux conjoints.

- Cadre théorique de la recherche

Cet article se base sur la théorie de Gottlieb en faisant ressortir les forces de la famille. Il est démontré qu'actuellement lors de maladie, les proches deviennent les soignants principaux une fois le retour à domicile. Le fait que se soit le conjoint en première ligne dans la prise en soin de sa femme malade renforcent les liens dans le couple.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de l'expérience vécue par les conjoints dont la femme est atteinte d'un cancer du sein ou gynécologique.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont recueilli les informations par le biais d'entretiens en face à face sur quatre périodes de temps. Première période au début des traitements, puis à 3 mois, 6 mois et pour finir à 12 mois du début des traitements.

- Population de l'étude

Quinze conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein (N=5) ou cancer gynécologique (N=10). L'âge moyens des conjoints est de 60 ans avec un niveau d'éducation relativement élevé. Cinq conjoints à la retraite, huit en emploi à plein temps et deux qui ne travaillent pas.

- Type de devis

Il s'agit d'une étude qualitative de type longitudinale.

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Un tableau présenté en page 405 montre les principaux impacts selon la période de l'étude.

Les résultats sont répartis selon les différentes périodes de la prise en charge :

- ✓ 0-3 mois : Les conjoints ont pris la responsabilité d'annoncer le diagnostic de cancer à leur famille et amis.
- ✓ 0-6 mois : L'impact physique de la prise en charge de leurs épouses tel que la fatigue, la douleur, le stress ou encore la perte de sommeil durant les 3 premiers mois. A 6 mois, l'impact physique n'était plus aussi important due à une certaine habitude des conjoints à prodiguer les soins. C'est également à cette période que les conjoints ont ressenti un manque d'informations sur la maladie et ont ressenti de la frustration.
- ✓ 0-9 mois : au début de la maladie, les conjoints ont rencontré des difficultés quant au fait de devoir assumer des tâches féminines (ménage, cuisine) mais au neuvième mois il se sont habitués à effectuer ces tâches.
- ✓ 0-12 mois : Les conjoints ont exprimé des difficultés à exprimer leurs émotions et leurs préoccupations à leur entourage ce qui a augmenté leur niveau de détresse émotionnelle. Ils ont également fait part d'un manque de soutien social et une peur de l'incertitude et de perdre leur femme.

- Conclusions générales :

Cette étude a démontré les besoins qu'éprouve les conjoints de femme souffrant d'un cancer et d'une préparation aux changements de rôle qu'ils vont vivre.

1.5 Ethique

« Après approbation du comité d'éthique, les patientes atteintes de cancer du sein et de cancer gynécologique dans un grand centre d'oncologie spécialisé du Royaume-Uni, c'est-à-dire quelques semaines après le diagnostic et avant le début du traitement, ont été approchées dans un premier temps. Si les patients y consentaient, il leur était demandé d'identifier le principal soignant responsable de la poursuite des soins à domicile. Il leur était demandé de présenter l'étude à leurs soignants et de nous donner leur consentement pour contacter leur soignant ». (p.404)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de mieux comprendre le rôle que les professionnels de la santé peuvent jouer face aux couples dont la femme souffre d'un cancer du sein et ainsi de mieux pouvoir les accompagner dans leur quotidien. Une meilleure prise en charge des conjoints permettrait de diminuer les répercussions du cancer sur plusieurs aspects de leur vie quotidienne. Il est nécessaire de mettre en place des stratégies afin d'alléger le fardeau que vivent les proches. Ces éléments nous permettent de guider notre pratique afin de mieux accompagner les conjoints de femme souffrant d'un cancer.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'une des principales limites de l'étude est la taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats à la population et qui mériteraient une approche quantitative. L'étude ne portait pas uniquement sur un cancer en particulier mais sur les cancers gynécologiques en général. Le stade de la maladie n'était pas défini, cependant le stade de la maladie joue un rôle important dans l'expérience des soins au fil du temps.

2.3 Pistes de réflexion :

Les résultats étant prometteur, il serait intéressant de faire une nouvelle étude en se basant sur des échantillons plus conséquents et plus diversifiés afin de tester les différentes expériences vécues. Il serait également intéressant de mettre en place des interventions spécifiques tel que des formations pour les conjoints, puis par la suite effectuer é nouveau une étude afin de voir la pertinence et les bénéfices d'une telle intervention.

10.2.3. Fiche de lecture 3

Référence

Badger, T., Segrin, C., Pasvogel, A., & Lopez, A. M. (2013). The effect of psychosocial interventions delivered by telephone and videophone on quality of life in early-stage breast cancer survivors and their supportive partners. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(5), 260-265.
<https://doi.org/10.1177/1357633X13492289>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée en Arizona aux États-Unis

- Les objectifs pratiques :

L'objectif de l'étude est de tester l'efficacité de deux interventions psychosociales visant à améliorer la qualité de vie des survivantes d'un cancer du sein récemment diagnostiqué et leurs partenaires, en testant deux méthodes de transmissions des informations (téléphonie et vidéophonie)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Tester l'efficacité de deux interventions effectuées avec deux méthodes de transmissions des informations (téléphonie et vidéophonie)

- Question de recherche :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Est-ce que des interventions psychosociales peuvent améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs partenaires et quel sera la méthode de transmissions la plus appréciée ?

- Hypothèse de travail :

La mise en place d'une intervention psychosociale délivrée par téléphone permettrait aux femmes souffrant d'un cancer du sein ainsi qu'à leurs conjoints d'être mieux accompagné tout au long du processus de la maladie.

- Cadre théorique de la recherche

L'article se base sur les besoins des femmes et des conjoints.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept utilisé dans l'étude est l'amélioration de la qualité de vie.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données

Les données ont été récoltées par le biais d'entretien téléphonique ou vidéophonie. Les participants ont été assignés au hasard à l'une des trois interventions : éducation sanitaire par téléphone, conseil interpersonnel par téléphone ou conseil interpersonnel par vidéophone. Chaque participant a été évalué à trois reprises, après le recrutement (T1), après les 8 sessions (T2) et pour finir 8 semaines après l'étude (T3). Toutes les femmes ont reçu 8 sessions hebdomadaire contre 4 pour leurs partenaires toutes les deux semaines. Toutes les sessions ont duré environ 30 minutes.

La dépression a été mesurée à l'aide de l'échelle CES-D, la détresse associée aux symptômes physiques a été évaluée avec l'échelle GSDS, le bien-être social et spirituel ont également été évalués avec des échelles spécifiques. La méthode de transmission des informations a également été évaluée.

- Population de l'étude

52 dyades composées d'une femme atteinte d'un cancer du sein et son partenaire. A la fin de l'étude il restait seulement 41 dyades.

Les critères de sélection étaient :

- ✓ Femme ayant reçu un diagnostic de cancer du sein durant l'année
- ✓ Recevoir un traitement
- ✓ Plus de 21 ans
- ✓ Partenaire disposé à participer à l'étude

En page 263 un tableau présente les caractéristiques démographiques des participants

- Type de devis

Il s'agit d'une étude qualitative de type longitudinale.

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Un tableau et les différents graphiques présenté en page 264 montre les principaux résultats.

Les résultats sont répartis selon la méthode de transmission de l'informations et les principaux symptômes évalués :

- ✓ Dépression : Les symptômes de dépression ont diminué au fil du temps chez les femmes et chez leurs partenaires.
- ✓ Symptômes physiques : Diminution des symptômes pour tous les participants.
- ✓ Bien-être social : Augmentation du bien-être social pour les participants des groupes des conseils interpersonnels par téléphone et vidéophone mais pas pour ceux du groupe d'éducation sanitaire par téléphone. L'augmentation du bien-être social la plus importante a été dans le groupe des conseils interpersonnels par téléphone.
- ✓ Bien-être spirituel : Augmentation du bien-être spirituel pour les femmes atteintes d'un cancer. Pas d'information concernant les partenaires en raison de la faible fiabilité.
- ✓ Méthode d'information : Une majorité des participants a dit préférer une intervention psychosociale délivrée par téléphone plutôt que par vidéophonie.

- Conclusions générales :

Cette étude démontre qu'une intervention psychosociale délivrée par téléphone a des bénéfices sur la qualité de vie des femmes souffrant d'un cancer du sein et de leurs partenaires.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique approprié.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de voir qu'une intervention délivrée par téléphone peut avoir des impacts positifs sur la femme malade et également sur son partenaire. Même si par téléphone le langage non verbal n'est pas observé cela n'est pas une entrave à une telle intervention.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'une des principales limites de l'étude est la taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats à la population et qui mériteraient une approche quantitative. L'étude ne portait pas uniquement sur le conjoint de la femme malade, mais sur les partenaires en générale (la moitié de l'échantillon était les conjoints des femmes). La technologie utilisée dans cette étude a parfois été problématique avec des difficultés à poursuivre les sessions.

2.3 Pistes de réflexion :

Les résultats étant prometteur, il serait intéressant de faire une nouvelle étude qui testerait plusieurs méthodes de transmissions des informations (téléphone intelligents, tablette électronique)

10.2.4. Fiche de lecture 4

Référence

Pinkert, C., Holtgräwe, M., & Remmers, H. (2011). Needs of relatives of breast cancer patients : The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 81-87.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.006>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été faite à l'université de Osnabrueck en Allemagne.

- Les objectifs pratiques :

« Cette étude devrait contribuer à améliorer les soins axés sur la famille pour les femmes atteintes d'un cancer du sein. » p.82

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Recenser les besoins et le niveau de satisfaction actuel des proches. Mais également de faire une évaluation externe des besoins des proches, du point de vue d'une infirmière.

- Question de recherche :

N'est pas nommée en tant que tel mais peut être déduite. Hypothèse : Quelles interventions axées sur la famille peuvent être mises en place afin de soutenir la femme atteinte d'un cancer du sein ?

- Hypothèse de travail :

« L'étude devrait contribuer à améliorer les soins axés sur la famille pour les femmes atteintes d'un cancer du sein ». p.82

- Cadre théorique de la recherche

L'article se base sur la philosophie de Gottlieb qui avance que la famille forme un équilibre, un tout et qui est synonyme d'appartenance à ses membres. L'impact d'une telle maladie va alors impacter et déséquilibrer toute la famille.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les proches ont également besoin de soutien afin de pouvoir eux même soutenir la patiente atteinte du cancer du sein.

Le principal concept est celui du soutien et les auteurs nous le rappellent plusieurs fois en page 82. « Pour pouvoir offrir ce soutien, les proches ont également besoin d'aide », « les partenaires de ces patientes ont principalement besoin d'un soutien émotionnel afin de se protéger de leur propre fardeau.. » etc.

1.3 Méthodologie de la recherche :

- Outil pour la récolte de données :

Les données ont été recueillies grâce à deux questionnaires : Le Critical Care Family Needs Inventory pour les proches et le Needs Met Inventory pour les infirmières.

- Population de l'étude :

Les informations ont été recueillies chez 242 proches et 356 infirmières de 150 centres mammaires choisis au hasard.

La sélection des centres de soins mammaires s'est faite à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS, dans lequel les 281 centres de soins mammaires certifiés au moment de l'enquête ont reçu un numéro aléatoire. Les centres de soins mammaires des 150 premières places ont été inclus dans l'étude, par ordre croissant. Les parents et les infirmières ont été recrutés dans ces centres. La randomisation a été appliquée pour réduire les biais systématiques.

Critères de sélection :

- ✓ Les proches devaient être touchée de près par un cancer du sein
- ✓ Les proches devaient avoir rendu visite à la patiente au moins une fois à l'hôpital
- ✓ Ils devaient être âgés d'au moins 18 ans.

En page 84, un tableau présente le profil des infirmières questionnées.

○ Type de devis :

Il s'agit d'une recherche quantitative de type transversale ou chaque personne a répondu une seule fois à un questionnaire. A la page 82, « Chaque infirmière et parent a reçu une fiche d'information demandant la participation et assurant l'anonymat et le volontariat, un questionnaire avec des instructions pour le remplir et une enveloppe préaffranchie adressée au groupe de recherche ».

1.4 Présentation des résultats

○ Principaux résultats de la recherche :

Le tableau 3 présenté en page 85 récapitule les valeurs moyennes de l'évaluation de la satisfaction des besoins par les proches.

Les cinq besoins qui ont été le moins satisfaits par les proches sont les suivants 1) parler de sentiments négatifs tels que la rage et la culpabilité, 2) avoir la possibilité de participer aux processus de prise de décision concernant les soins du patient, 3) s'informer sur l'impact de la maladie sur la vie familiale, 4) parler de sujets religieux et 5) être informé de l'impact de la maladie sur le partenariat et la sexualité.

Les quatre besoins les plus importants des proches et selon les infirmières également qui ressortent dans les résultats sont :

- Recevoir une réponse honnête à leurs questions
- Recevoir des informations sur les éventuels effets secondaires du traitement
- Avoir la possibilité d'aider le patient dans son soutien pratique
- Avoir la possibilité de participer aux processus de décision concernant les soins au patient

○ Conclusions générales :

Dans cette étude, nous pouvons constater que les proches des femmes ayant un cancer du sein ont multiples besoins variés et primordiaux, au même titre que les patientes, afin de permettre un bon soutien de leur proche malade. Cependant, grâce aux questionnaires remplis par les infirmières nous remarquons que les proches ne sont pas toujours pris en compte dans la prise en charge. Les infirmières montrent avoir des lacunes quant à répondre aux besoins de ces derniers.

1.5 Éthique

« Les infirmières et les parents ont été assurés par écrit du caractère volontaire de la participation et de l'anonymat. L'envoi en port payé des questionnaires remplis directement à l'équipe de recherche, sans adresse de retour, a préservé l'anonymat pour les deux groupes. L'étude a été soumise au comité d'éthique de l'université d'Osnabrueck, qui l'a approuvée ». (p.82)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet tout d'abord de mieux comprendre les besoins des proches d'une femme atteinte d'un cancer du sein qui sont satisfaits lors d'une prise en charge. Puis, il s'agit de comprendre par la suite les besoins qui sont, par conséquent, les moins satisfaits.

Ensuite, grâce à ces questionnaires nous pouvons voir les besoins les importants décrit par les proches.

En seconde partie, nous avons également le point de vue des infirmières. Elles nous expliquent de par le questionnaire, quels sont pour elles, les besoins dont les proches ont besoin.

Cet article nous permet donc d'apporter de la matière à notre question de recherche.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Les auteurs, à aucun moment dans l'article n'abordent les limites de leur recherche.

Cependant, les auteurs auraient pu nommer quelques exemples de questions mis à part la question ouverte de départ.

2.3 Pistes de réflexion :

Dans le dernier paragraphe intitulé « Conclusion » (p. 86), les auteurs nous proposent plusieurs pistes de réflexion. Ils se demandent si avec le temps les soins axés sur la famille se développeront grâce à la modification de la loi sur les soins infirmiers.

« Les résultats de cette étude peuvent fournir des informations importantes pour le développement de concepts de soins infirmiers axés sur la famille. Il pourrait s'agir de percevoir les familles comme une extension du patient, de planifier intentionnellement les contacts avec les familles, de développer des services spéciaux pour les familles, par exemple la consultation, de rendre l'information disponible et enfin de former les compétences des infirmières en matière de conseil et de soutien ». (p.86)

L'article a le mérite d'être lu dans la mesure où il pourra guider les infirmières lors de situation de quelconques maladies chroniques où les proches sont d'un grand soutien pour le patient.

Chacune de ces pistes pourraient faire l'objet de mises en pratiques sur le terrain et d'une meilleure approche dans une prise en soins globale. Prendre un patient en soins dans son entièreté, comprenant ses proches.

Un prochain article pourrait se baser sur les recommandations de cet article-ci et en fournir les résultats.

10.2.5. Fiche de lecture 5

Référence

Cheng, T., Jackman, M., McQuestion, M., & Fitch, M. (2014). 'Knowledge is power' : Perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3175-3183. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2314-0>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

A la classe d'enseignement de la chirurgie du sein avant l'admission dans un grand centre urbain de lutte contre le cancer à Toronto, au Canada. (p.2)

- Les objectifs pratiques :

« L'objectif de cette étude exploratoire qualitative était d'évaluer les besoins perçus et les services préférés des partenaires masculins des femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein » (p.1)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les besoins perçus et les plus recherchés par les conjoints dont la femme est atteinte d'un cancer du sein.

- Question de recherche :

« Quelles sont les expériences des partenaires masculins de femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein » ? (p.2)

- Hypothèse de travail :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Cette étude pourrait faire ressortir les besoins non satisfaits et les services les plus importants pour les maris devant soutenir leur femme ayant un cancer du sein.

« Soutenir l'activité de soins du cancer vers des interventions cliniques pour traiter ces parties. Les besoins des citoyens se font attendre depuis longtemps ». (p.8)

- Cadre théorique de la recherche

L'article se base sur le concept du besoin. Les maris ont leurs propres préoccupations personnelles liées au cancer du sein de stade précoce de leur femme et ils demandent de l'aide pour répondre à leurs inquiétudes.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de besoins des conjoints en matière de soutien. « De nombreux participants ont suggéré que le système de soins de santé fournisse des informations répondant à leurs besoins pour faciliter leur rôle de soignant de leur femme ». (p.1)

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données :

Les auteurs ont utilisé une interview semi-structurée téléphonique et la justifient en page 2. En effet, le questionnaire a été créé afin d'avoir des informations tels que : « ...leurs perceptions de son impact sur la vie familiale, les enfants, les relations conjugales et le travail ; les significations qu'ils

attribuent à cette expérience ; comment ils ont fait face ; vers qui ils se tournent pour obtenir de l'aide ; et quels types d'aide seraient utiles ».

- Population de l'étude :

Les conjoints de femmes ayant un cancer du sein récemment diagnostiqué. « Les partenaires n'ont pas été recrutés pour l'étude si l'une des participantes refusait que son partenaire soit contacté ». (p.2)

Les quatre critères de sélection étaient :

- Hommes, âgés de 18 ans et plus
- Avoir des épouses qui sont des patientes externes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein
- Être capable de comprendre et de parler l'anglais
- Être capable de fournir un consentement éclairé, verbal et écrit.

A la page 3, un tableau du processus de recrutement est présenté et en page 4, les échantillons démographiques.

- Type de devis :

Il s'agit d'une étude exploratoire qualitative où le chercheur cherche à évaluer la qualité des services rendu par des infirmières perçus par les conjoints.

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Un diagnostic de cancer du sein va avoir un impact non seulement sur la femme atteinte mais aussi sur le conjoint, qui, avec son rôle de proche aidant va avoir besoin également d'informations et de ressources.

Le tableau 2 présenté en page 5 résume les thèmes des différents besoins d'informations qu'auraient les conjoints.

Les maris auraient besoins principalement d'informations concernant :

- Les traitements
- Le rôle qu'il peut avoir
- Le bien-être psychologique et émotionnel
- La compréhension spirituelle
- Les ressources communautaires
- Les thérapies alternatives

- Conclusions générales :

« Le diagnostic de cancer du sein a considérablement affecté les partenaires masculins, créant le besoin de services de soutien comprenant des informations sur une variété de sujets ». (p.1)

« Pour ces partenaires, le diagnostic de leur femme a entraîné un "changement de statut", l'engloutissant dans des pensées et des émotions stressantes ». (p.6)

1.5 Éthique

« Les interviews ont été enregistrées et transcrites mot pour mot. Les transcriptions ont été vérifiées par rapport aux bandes audio pour en assurer l'exactitude. Elles ont été codées individuellement ». (p.2)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de mieux comprendre les besoins d'informations spécifiques pour le conjoint et qui leur permettra d'être eux aussi soutenu dans leur nouveau rôle de proche aidant,

qui demande lui aussi, du soutien. Cet article répond donc en grande partie à notre travail et permet d'apporter du contenu à l'analyse de nos articles.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Plusieurs limites ont été relevées dans cet article par les auteurs. Le biais de sélection en était une. Les conjoints ont été recruté grâce au cours de chirurgie mammaire auquel assistait leur femme et ont été contacté uniquement par l'accord de la femme, beaucoup ont refusé. Il y avait également le niveau d'éducation qui se devait d'être élevé. L'omission du point de vue de la patiente sur l'expérience de son mari est une autre limite, en effet leur point de vue est important pour une vision plus complète des besoins. Et enfin, si le mari avait une diversité culturelle trop importante, il n'était pas retenu.

2.3 Pistes de réflexion :

Dans le dernier paragraphe intitulé « Clinical implications » p. 8, les auteurs insistent bien sur le fait que l'obtention de ces informations est cruciale pour les conjoints et est également une légitimité.

Les hommes de cette étude ont suggéré la création d'un classeur d'information contenant des informations ciblées sur leurs besoins et fourni à tous les hommes lors de la première consultation de leur épouse avec l'équipe médicale. (p.7 et 8)

Dans cette étude les conjoints ne suggéraient pas un groupe de soutien qui soit basé uniquement sur eux et leurs besoins. De par leur diversité culturelle, ils préféraient se baser sur leurs ressources personnelles.

Chacune de ces recommandations pourraient faire l'objet de recherches futures. Des recherches concernant un regroupement d'interventions infirmières pourraient être réalisé.

10.2.6. Fiche de lecture 6

Référence

Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Hayes, D. F., Hussain, M., Ruckdeschel, J., Fendrick, A. M., Trask, P. C., Ronis, D. L., & Kershaw, T. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 22(3), 555-563. Accès <https://doi.org/10.1002/pon.3036>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :
L'université du Michigan (site de coordination).

- Les objectifs pratiques :
« Il est nécessaire d'approfondir la recherche sur la dose d'intervention (brève ou étendue) nécessaire pour avoir un effet positif sur les résultats des patients atteints d'un cancer avancé et de leurs soignants. La recherche doit également examiner si le niveau de détresse des patients (élevé par rapport à faible) modère l'effet de l'intervention sur les résultats ». (p.2)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :
Déterminer si les dyades patient-soignant, affectées au hasard à une intervention dyadique avaient plus de ressources et de meilleurs résultats primaires, déterminer si le risque de détresse et d'autres facteurs antérieurs (par exemple, le sexe, le type de relation dyadique, le type de cancer) ont modéré l'effet du programme sur les résultats.

- Question de recherche :
N'est pas mentionnée mais nous pouvons imaginer :
Quels programmes d'interventions infirmières peuvent être bénéfiques et faire émerger les ressources chez une dyade soignants-soigné atteint d'un cancer avancé ?

- Hypothèse de travail :
N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Devrait-on démontrer les interventions infirmières nécessaires au soutien des personnes atteintes de cancer et leur soignant.

- Cadre théorique de la recherche
Cette étude a été menée sur la théorie du stress et du coping

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :
Les principales notions abordées dans cet article sont avant tout les interventions infirmières mises en place pour le bien-être de la dyade et ainsi en faire ressortir les ressources. Le risque de détresse psychologique est également abordé ainsi que la qualité de vie.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données :
Les patients et les soignants devaient remplir les livrets de questionnaire séparément. Puis, les patients ont fait l'objet d'un dépistage du risque de détresse à l'aide de l'échelle de risque de détresse. Ensuite, les dyades ont été placées, grâce au processus de randomisation stratifié, dans trois groupes.

- Population de l'étude :

Patients atteints de cancer du sein, colorectal, du poumon ou de la prostate à un stade avancés et leur soignant principal.
En tout, 906 dyades.

Les six critères de sélection des patients étaient :

- Diagnostic de cancer avancé du sein, colorectal, du poumon ou de la prostate (c'est-à-dire de stade III ou IV)
- S'ils se trouvaient dans un délai de six mois après avoir reçu un nouveau diagnostic de cancer avancé, la progression d'un cancer avancé, ou changement de traitement pour celui-ci.
- Une espérance de vie \geq de six mois
- L'âge de 21 ans ou plus
- La présence d'un aidant familial disposé à participer
- Le fait d'habiter dans un rayon de 75 miles des centres anticancéreux participants

Les soignants étaient choisis s'ils étaient âgés de 18 ans ou plus et identifiés par les patients comme leur principal soignant (c'est-à-dire celui qui leur prodigue des soins émotionnels et/ou physiques).

- Type de devis :

Essais cliniques randomisés

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Les dyades soignants-soignés ont été réparties en 3 types d'interventions : The original focus program (version longue), the brief focus program (version courte) et condition de contrôle (soins de base). Des échelles ont été utilisées afin de mesurer les variables possibles durant l'intervention. (Le risque de détresse émotionnelle, les données démographiques, les antécédents médicaux, etc.)

« Les données ont été obtenues au départ avant l'intervention (temps 1), après l'intervention à trois mois après le départ (temps 2) et à six mois après le départ (temps 3). Les programmes court et long ont été dispensés à domicile par des infirmières préparées à la maîtrise pendant l'intervalle de trois mois entre l'évaluation initiale et l'évaluation de la deuxième phase. Les données ont été recueillies par une équipe distincte d'infirmières de recherche, aveugles aux affectations de groupe des dyades ». (p.3)

La plupart des effets ont été constatés après 3 mois seulement. Le risque de détresse a représenté très peu d'effets de modération.

Les patients et leurs soignants qui ont participé aux programmes FOCUS bref ou étendu ont connu une plus grande amélioration des résultats de l'étude que les dyades du groupe témoin (voir le tableau 2).

Le programme extensif en six séances a considérablement amélioré l'auto-efficacité des dyades ou leur confiance dans leur capacité à gérer la maladie et les soins qui y sont associés, ce qui laisse penser que des interventions plus longues pourraient être nécessaires pour améliorer l'auto-efficacité. Le programme bref en 3 séances, en revanche, a été suffisant pour améliorer l'utilisation par les soignants et les patients de comportements sains (nutrition, exercice) à une époque où les soignants négligent souvent leur propre santé, alors que l'état du patient se détériore.

- Conclusions générales :

« Comme les programmes Brief et Extensive ont eu presque le même nombre d'effets, nous ne pouvons pas dire qu'une dose d'intervention était meilleure que l'autre pour les dyades confrontées

à un cancer avancé. Les résultats suggèrent plutôt que la dose d'intervention optimale peut dépendre du résultat visé par le changement ». (p.7)

« Le programme étendu et le programme court ont tous deux aidé les dyades à mieux faire face à la situation en diminuant leur recours à l'évitement (c'est-à-dire le déni), qui est souvent lié à une moins bonne adaptation au cancer. Les deux programmes ont également aidé les dyades à maintenir leur qualité de vie sociale (c'est-à-dire le soutien de la famille et des amis) ». (p.7)

1.5 Éthique

« Les dyades intéressées par l'étude ont été contactées par le personnel de recherche et, si elles souhaitent y participer, ont été programmées pour une première visite à domicile. Au cours de cette visite, les participants ont signé des formulaires de consentement approuvés par les conseils d'examen institutionnels du centre de cancérologie du patient et de l'université du Michigan (site de coordination), puis ont rempli des questionnaires de base ». (p.3)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de voir grâce à de réelles interventions, et non juste grâce à des questionnaires, ce qui apporte réellement un bien aux patients et donc aussi au proche aidant. Il nous permet de déterminer quelles interventions (informations et soutien) sont nécessaires afin d'émerger les ressources de la dyade.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Le risque de détresse a été évalué mais le niveau de détresse actuelle ne l'a pas été, ceci constitue une des limites. Ensuite, un score de risque combiné patient-soignant aurait pu être utilisé et les scores de risque réels des patients également.

2.3 Pistes de réflexion :

Les résultats suggèrent que lorsque des interventions sont proposées aux patients atteints d'un cancer avancé et à leurs proches aidants en tant qu'unité de soins, la capacité d'adaptation, l'auto-efficacité et certains aspects de la qualité de vie des individus peuvent être maintenus, voire améliorés. Dans la pratique actuelle, seuls les besoins des patients sont systématiquement pris en compte ; les soignants sont souvent laissés à eux-mêmes pour obtenir les informations et le soutien nécessaires à la prestation de soins complexes à domicile. Nos conclusions indiquent également que des interventions plus courtes, nécessitant moins de ressources professionnelles, peuvent permettre d'atteindre certains de ces résultats.

Pour des recherches futures, il faudrait identifier les moyens d'aider les patients à haut risque et leurs soignants, cibler les interventions pour répondre également aux besoins dyadiques.

10.2.7. Fiche de lecture 7

Référence

Sprung, B. R., Janotha, B. L. & Steckel A. J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 619-627. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00653.x

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été effectuée aux États-Unis.

- Les objectifs pratiques :

Identifier les caractéristiques et la dynamique de couple sur fond de maladie chronique ou mortelle

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

L'expérience vécue par les patientes atteintes d'un cancer du sein et la détresse vécue par le couple suite à la maladie

- Question de recherche :

N'est pas mentionnée, car il s'agit d'une étude qualitative.

- Hypothèse de travail :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Exemple : La détresse de la femme atteinte d'un cancer du sein peut, à long terme, éroder le soutien de son partenaire malgré les divers et complexes moyens par lesquels ces derniers l'offrent et le reçoivent, car le soutien reçu n'est pas le soutien souhaité (p.620).

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteures présentent en page 620 la théorie de l'attachement de Bowlby, qui vise à comprendre les comportements permettant d'atteindre et maintenir une proximité avec un autre individu se traduisant par des liens présents et actifs tout au long de la vie.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de la signification de l'attachement. En effet, le style d'attachement est un prédicteur majeur pour le soutien social et de soins. L'attachement sécurisant représente un faible niveau d'anxiété et d'évitement.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données

Les auteures ont utilisé la « méthode de l'entretien semi-structuré », d'une durée variant de 25 à 45min, et la justifient en regard du type de recherche. Elles ont également utilisé la discussion de groupe (90min) pour recueillir les expériences des participantes.

- Population de l'étude :

Un échantillon de 12 femmes a été sélectionné ; 7 participantes ont été amenées à parler de leur expérience/vécu à propos de leur cancer du sein lors d'un entretien semi-structuré de 25-45min et 5 lors d'une discussion de groupe de 90min.

Le critère de sélection était :

- ✓ Patients suivant une psychothérapie privée avec un co-enquêteur et/ou dans un groupe indépendant à but non-lucratif de soutien aux personnes atteintes d'un cancer du sein

En page 622, le tableau 2 présente le profil des participantes interviewées.

- Type de devis :

Il s'agit d'une recherche qualitative de type phénoménologique où « les auteures ont exploré les expériences vécues par les patientes atteintes d'un cancer du sein ». (p.621)

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Les trois principaux thèmes abordés dans les entretiens sont :

- ✓ Réaction émotionnelle quant au cancer du sein au fil du temps : sentiments d'accablement, d'anxiété, de dépression et de colère ont été évoqués par les participantes. Certaines se sont même senties abandonnées par leur conjoint.
- ✓ Réaction émotionnelle du conjoint quant au cancer du sein au fil du temps : réactions anxieuses, réactives ou abusives. En l'occurrence, les personnes anxieuses, intrusives ou contrôlantes apportent des soins inefficaces et ne répondent pas aux besoins du partenaire. Certains conjoints ont été touchés par l'hypochondrie, d'autres par l'abus d'alcool, d'autres encore ont décrit une fatigue voire une dépression à la suite de l'annonce de la maladie.
- ✓ Évaluation de l'impact négatif sur la relation de couple : certains couples se sont rapprochés, d'autres séparés et d'autres divorcés. Les résultats démontrent que les couples les plus touchés par la détresse ont de faibles capacités pour résoudre les conflits, se sentent insatisfaits quant à la relation, détiennent un degré plus élevé de conflit et d'hostilité et diffèrent dans leurs perceptions et leurs attentes à l'égard de la maladie.

- Conclusions générales :

Elles peuvent se retrouver à la page 625 dans le paragraphe intitulé « Discussion ». Les participantes évoquent la nécessité d'une évaluation et d'interventions à la suite du diagnostic. L'évaluation est, en effet, la première étape pour identifier un mauvais fonctionnement psychosocial afin de promouvoir des interventions convenables.

Il a également été retranscrit un manque de connaissances des ressources psychosociales de la part des professionnels de la santé et ainsi une peine à orienter les patientes dans des structures adéquates.

- Particularité ou originalité de l'étude :

L'intérêt avec ce type de devis est de laisser parler les personnes afin de découvrir ce qu'elles vivent. Elles ont la possibilité de s'exprimer pleinement et d'aborder tous les sujets, sans avoir la contrainte d'un questionnaire encadré.

1.5 Ethique

Le consentement a été obtenu par un co-enquêteur inconnu de l'un des groupes de personnes. Une fois que la patiente a donné son consentement, un RDV séparé a été pris avec cette dernière pour participer soit à un seul entretien semi-structuré, soit à un groupe de discussion, le tout dans un cadre privé.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de mieux comprendre le vécu d'une femme atteinte d'un cancer du sein ainsi que toutes les émotions qu'elle peut ressentir au cours de la maladie.

Les interviews ont permis de mettre en visibilité les expériences vécues par chacune des participantes, en faisant émerger leurs ressentis ainsi que les besoins qu'ils nécessiteraient de la part des professionnels de la santé.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Les limites de cette étude se trouvent, d'une part, dans la taille de l'échantillon, qui est jugée petite. Les résultats trouvent ainsi une limitation dans leur généralisabilité.

Le biais de sélection potentiel est, d'autre part, une des limites, mais les chercheurs en sont conscients et ont pu le mettre en suspens.

Une autre limite est que les couples en détresse étaient moins disposés à participer à l'étude, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation du niveau réel de détresse chez ces derniers.

2.3 Pistes de réflexion :

Dans le dernier paragraphe intitulé « Implications pour la pratique » (p. 626), les auteures nous proposent plusieurs pistes :

- Chaque participant a clairement exprimé la recommandation que les problèmes de santé mentale soient dépistés de manière plus cohérente et plus approfondie à chaque phase du traitement du cancer du sein. Cette recommandation est due au fait que les participantes ont exprimé une certaine difficulté à exprimer l'impact de la maladie auprès des professionnels de la santé.
- Les résultats de cette étude suggèrent que les professionnels de la santé doivent être sensibles à la "souffrance silencieuse" qui existe pour certaines patientes et qu'il est nécessaire d'intégrer des méthodes cohérentes pour identifier et répondre aux besoins des couples en détresse après un diagnostic de cancer du sein.

Chacune de ces recommandations pourraient faire l'objet de recherches futures.

Même si les résultats de cette étude ne sont pas généralisables, il est recommandé de mener des études supplémentaires sur l'impact de la détresse que vivent les couples et sur les interventions possibles à ce fait.

10.2.8. Fiche de lecture 8

Référence

Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Huhtala, H. & Kaunonen M. (2014). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer – a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23, 274-283. doi:10.1111/ecc.12153

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :

L'étude a été effectuée en Finlande au sein de deux hôpitaux (p.276)

- Les objectifs pratiques :

1. Décrire les changements de qualité de vie dans deux groupes (contrôle VS intervention)
2. Décrire le soutien social reçu des proches
3. Explorer les facteurs associés aux changements négatifs de la qualité de vie

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

La qualité de vie des conjoints/proches dont la femme est atteinte d'un cancer du sein et le soutien qu'ils reçoivent

- Question de recherche :

N'est pas mentionnée, mais nous pouvons imaginer :

« Comment les proches perçoivent-ils le soutien social reçu de la part des infirmières quant aux changements de qualité de vie à la suite d'un cancer du sein nouvellement diagnostiqué ou opéré ? »

- Hypothèse de travail :

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Exemple : L'implication des proches est essentielle pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein dans le but de garantir un soutien social adéquat et la continuité des soins. En effet, la qualité de vie est d'autant plus efficace lorsque les besoins de la patiente ainsi que ceux de sa famille sont soutenus (p.275).

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs présentent en page 275 la théorie de Ferrans. En effet, le cadre théorique est basé sur la définition de la qualité de vie de Ferrans et sur la théorie du soutien social de Kahn.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les principales notions de cet article sont les changements de qualité de vie dans deux groupes (contrôle VS intervention), le soutien social que reçoivent les proches ainsi que les facteurs associés aux changements négatifs de la qualité de vie.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données :

Les auteurs ont utilisé la méthode d'un questionnaire ; que chaque femme a dû le remplir indépendamment à domicile avec des données anonymes.

- Population de l'étude :

Au total, 165 participants ont été sélectionnés pour l'étude, dont 99 faisant partie du groupe intervention et 66 du groupe contrôle. Tous sont des proches vivant avec une femme atteinte du cancer du sein ; soit leurs conjoints/maris, enfants ou même amis proches/collègues.

Les deux critères de sélection étaient les suivants :

- ✓ Patientes âgées entre 18 et 75 ans
- ✓ Cancer du sein nouvellement diagnostiqué ou opéré

- Type de devis :

Il s'agit d'une recherche quantitative de type thérapeutique. C'est une étude longitudinale où les participants ont été attribués de manière quasi-aléatoire.

« [...] Les participants ont été recrutés entre août 2004 et mai 2007 dans deux hôpitaux finlandais par des infirmières, et les patients ont été attribués de manière quasi-aléatoire dans les groupes intervention contrôle. La première intervention de soutien a été effectuée 1 semaine après l'opération du cancer du sein (évaluation de base) et la seconde intervention de soutien a été menée par un soutien en face-à-face d'un physiothérapeute 6 mois après l'opération du cancer du sein (évaluation de suivi) ». (p.276)

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Un tableau présenté en page 278 récapitule les thèmes et sous-thèmes décrivant l'expérience des changements de qualité de vie des proches dont une femme est atteinte du cancer du sein.

Comme le relèvent les auteurs, toujours en page 278, quatre grands thèmes et sous-thèmes ont émergé, à savoir :

- ✓ Domaine santé et fonctionnement : qualité de vie médiane dans le domaine de santé et fonctionnement assez faible au moment du suivi, mais uniquement dans le groupe intervention
- ✓ Domaine social et économique : qualité de vie dans le domaine socio-économique a diminué de manière significative dans le groupe intervention
- ✓ Domaine psychologique et spirituel : la qualité de vie médiane la plus faible dans le domaine psychologique et spirituel
- ✓ Domaine familial : qualité de vie médiane la plus élevée dans le domaine familial

Les maris/conjoints ont été élus comme le meilleur soutien par les femmes, même si les enfants et les amis/collègues ont été décrits comme une ressource importante. Un faible pourcentage, soit 4%, a évoqué les professionnels de la santé comme leur personne ressource/de soutien. Par ailleurs, l'aide apportée par les infirmières a créé une différence presque significative dans les 6 mois dans le groupe contrôle.

L'étude affirme l'importance de considérer la famille dans son ensemble plutôt que de se focaliser uniquement sur le patient en question (cf. femme atteinte du cancer du sein).

En effet, le soutien mutuel dans le contexte familial augmente le bien-être et la qualité de vie. En l'occurrence, le soutien des professionnels de la santé a été évoqué comme rare, car seulement quelques proches se sont sentis soutenus par ces derniers. En effet, les infirmières peuvent encore ignorer ou ne pas identifier le besoin de soutien des patients atteintes du cancer du sein.

- Conclusions générales :

Elles peuvent se retrouver dans le paragraphe intitulé « Conclusions » en page 281, à savoir que cette étude a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la qualité de vie et le soutien social chez les conjoints dont la femme souffre d'un cancer du sein. Ce résultat met au défi les professionnels de la santé de reconnaître les besoins d'affection et d'affirmation des proches aidants (conjoints). En effet, ils nécessitent d'un soutien plus intensif de la part des infirmières, en planifiant des interventions par exemple, car il existe un besoin évident d'un protocole d'intervention axé sur l'amélioration de la qualité de vie de la famille dans son ensemble.

1.5 Ethique

« Une fiche d'information, annexée au questionnaire, a été envoyée aux proches en expliquant le but de l'étude et assurant aux patientes et à leurs proches que la participation était volontaire et

que les données étaient traitées de manière confidentielle et anonyme. Les infirmières ont demandé aux participants s'ils étaient prêts à participer à l'étude en remplissant des formulaires de consentement. Les patientes ont rempli le formulaire à l'hôpital et les proches à la maison. Il a été clairement indiqué que les proches étaient libres d'interrompre l'étude à tout moment ». (p.276)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article nous permet de mieux appréhender notre rôle face aux couples dont l'un est atteint du cancer du sein et donc de mieux pouvoir les accompagner dans leur quotidien.

Les questionnaires ont permis de mettre en visibilité les changements de la qualité de vie avec ou sans intervention de la part de professionnels de la santé, avec notamment la mise en évidence des quatre grands thèmes (domaine santé et fonctionnement, domaine social et économique, domaine psychologique et spirituel, domaine familial). Ces éléments nous permettent de guider notre pratique infirmière et de souligner l'importance du soutien que peuvent apporter les infirmières lors d'un cancer du sein.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Une des limites est le manque de sensibilité du QLI-CV ; il peut avoir permis de détecter l'absence de différences significatives entre les groupes dans un délai de 6 mois. Par conséquent, il se peut que des différences plus faibles n'aient pas été trouvées et donc malheureusement ignorées.

Une autre limite de l'étude est l'absence de mesure de référence avant la chirurgie du cancer du sein, qui peut, entre autres, limiter la validité de l'évaluation de la qualité de vie ainsi que la compréhension des changements de la qualité de vie et du soutien social reçu dans son ensemble. La dernière limite de l'étude est qu'un grand nombre d'autres facteurs significatifs examinés dans cette étude pourraient avoir influencé l'absence de différences statistiquement significatives au cours de la période de 6 mois. Toutefois, un suivi plus long aurait pu donner lieu à des différences plus importantes dans la qualité de vie des proches.

2.3 Pistes de réflexion

Dans le dernier paragraphe intitulé « Pertinence pour la pratique clinique » (p.281), les auteurs nous proposent plusieurs pistes :

- ✓ Les infirmières devraient apprendre à identifier les familles et les proches qui ont le plus besoin de soutien et leur offrir activement leur aide.
- ✓ Les professionnels de la santé doivent systématiquement reconnaître l'importance de soutenir les proches et la famille dans son ensemble. Ils ont un rôle important à jouer pour soutenir les patientes atteintes d'un cancer du sein ainsi que leur entourage, en améliorant leur bien-être et leur qualité de vie à long terme.

Mais peut-on tenir compte de ces pistes, sachant que notre système de santé en Suisse n'est pas forcément le même qu'en Finlande ?

10.2.9. Fiche de lecture 9

Référence

Duggleby, W., Thomas, J., Struthers Montford, K., Thomas, R., Nekolaichuk, C., Ghosh, S., Cumming, C. & Tonkin K. (2015). Transitions of Male Partners of Women With Breast Cancer : Hope, Guilt, and Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 134-141. doi: 10.1188/15.ONF.134-141.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- Le lieu de l'étude :
L'étude a été menée aux États-Unis.

- Les objectifs pratiques :
 1. Examiner la qualité de vie des conjoints dont la femme est atteinte du cancer du sein avec les types de transitions vécues par les conjoints et les stratégies qu'ils ont utilisé pour faire face à ces changements.
 2. Examiner les variables démographiques, l'auto-efficacité, la culpabilité et l'espoir des proches aidants (conjoint) et la qualité de vie de leurs partenaires/femmes atteintes d'un cancer du sein.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :
Qualité de vie des partenaires dont la femme est atteinte d'un cancer du sein

- Question de recherche :
N'est pas mentionnée, mais nous pouvons imaginer : « Quels sont les changements et transitions vécus par les conjoints après le diagnostic du cancer du sein de leur épouse ? »

- Hypothèse de travail :
N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Exemple : Suite à l'annonce de diagnostic du cancer du sein de leur femme, les conjoints sont passés par diverses transitions, telles que leur changement de rôle, le sentiment d'impuissance et de détresse suite à la perte d'espoir ainsi que la culpabilité, affectant ainsi leur qualité de vie.

- Cadre théorique de la recherche :
Pas de cadre théorique de la recherche mentionné.

1.3 Méthodologie de la recherche

- Outil pour la récolte de données :
Les auteures ont récolté les données de cette étude grâce à des questionnaires. Annexés à ces derniers, une lettre d'introduction à l'étude, des formulaires démographiques, une enquête qualitative ouverte et un chèque cadeau de 5\$ pour un café.

- Population de l'étude :
98 conjoints dont la femme est atteinte d'un cancer du sein.
Les critères de sélection étaient :

- ✓ Femmes atteintes d'un cancer de stade 1 à 3
- ✓ Conjoint vivant avec la femme (atteinte du cancer du sein)
- ✓ Âge > 18 ans
- ✓ Participants capables de lire l'anglais

- Type de devis :

Il s'agit d'une recherche quantitative de type transversale, transformationnelle et mixte sur des données qualitatives et quantitatives. Les participants ont été sélectionnés de manière randomisée.

1.4 Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

Le tableau 3 présenté en page 138 récapitule les thèmes décrivant l'expérience des transitions vécues par les conjoints.

Comme le relèvent les auteures, trois grands thèmes ont émergé, à savoir :

- ✓ Espoir : a positivement influencé la qualité de vie des conjoints
- ✓ Culpabilité : a négativement influencé la qualité de vie des conjoints
- ✓ Qualité de vie : a été influencée négativement par la méthode utilisée pour gérer les transitions en « faisant ce qui doit être fait ».

- Conclusions générales :

Elles peuvent se retrouver dans le paragraphe intitulé « Conclusions » en page 140, à savoir que « cette étude a été un premier pas vers la compréhension des transitions vécues par les conjoints des femmes atteintes d'un cancer du sein et leur influence sur qualité de vie. La suggestion que les conjoints ont une meilleure qualité de vie en s'engageant davantage dans la prise en charge de leurs épouses, et qu'ils se sentent moins coupables et avoir plus d'espoir, donne un aperçu de la meilleure façon pour développer des moyens de soutenir cette population.

- Particularité ou originalité de l'étude :

La recherche est basée principalement sur l'espoir, la culpabilité et la qualité de vie.

1.5 Ethique

« Le retour des enquêtes impliquait un consentement éclairé » (p.135).

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article nous permet de mieux appréhender notre rôle face aux couples dont l'un est atteint du cancer du sein et donc de mieux pouvoir les accompagner dans leur quotidien.

Les réponses ont permis de faire ressortir les changements et les transitions subis au sein du couple à la suite d'un cancer du sein.

Les recommandations détiennent également une importance quant aux soins infirmiers. Les pistes données par les auteures, et précédemment évoquées, sont à explorer dans de futures recherches afin d'améliorer la prise en soins infirmière à l'égard de femmes atteintes d'un cancer du sein ainsi que de leurs conjoints authentiquement présents.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites de cette étude ont été trouvées dans l'échantillon et dans la méthodologie. En effet, l'échantillon regroupait plus de conjoints âgés, donc relativement en bonne santé et avec de bons revenus. Les conjoints en moins bonne santé et avec des revenus moindres auraient apporté des résultats différents.

La taille de l'échantillon était adéquate, mais si elle était plus large, d'autres variables auraient pu être significatives.

En outre, l'étude était transversale ; par conséquent, les changements dans les transitions et la qualité de vie au fil du temps n'ont pas été déterminés.

2.3 Pistes de réflexion

Dans le dernier paragraphe intitulé « Implications pour les soins infirmiers » (p. 140), les auteures nous proposent plusieurs pistes :

- Identifier formellement les conjoints avec un risque élevé d'avoir des difficultés à gérer leurs transitions. La création d'évaluations de la culpabilité et de l'espoir serait une première étape pour établir la demande de soutien psychosocial.
- Développer diverses stratégies visant à diminuer les sentiments de culpabilité et à encourager l'espoir permettrait également d'améliorer les soins psychosociaux et la qualité de la vie.
- Explorer davantage la complexité des transitions pour les conjoints à travers une variété de strates sociales, ainsi que l'impact des transitions sur la qualité de vie.
- Élaborer des nouvelles interventions et des nouveaux programmes de soutien dans le but d'aider les conjoints ; refléter les besoins uniques et reconnaître la diversité des réponses apportées aux expériences de leurs conjointes quant au cancer du sein.

Chacune de ces recommandations pourraient faire l'objet de recherches futures.

Une future recherche pourrait par exemple être effectuée avec une taille plus importante de l'échantillon.

La nature de la recherche devrait être longitudinale plutôt que transversale, car les principaux indicateurs de la qualité de vie changent au fil du temps.