



**Quels sont les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes
chez les femmes atteintes de cancer du sein, pour une meilleure
prise en charge infirmière ?**

CAMILLE DISERENS

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

LEONIE DUBOUX

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : AMELIA DIDIER

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2018 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

RESUME

Titre

Les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein pour une meilleure prise en charge infirmière.

Contexte

Le cancer du sein et ses traitements engendrent de lourdes répercussions physiques et psychosociales chez la femme. L'autogestion des symptômes pourrait être une approche efficace dans le système socio-sanitaire actuel où les maladies chroniques représentent un enjeu majeur.

Objectifs

L'objectif de cette revue est d'identifier les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, à différents stades de la maladie, pour une meilleure prise en charge infirmière.

Méthodes

Les bases de données CINAHL et PUBMED ont été consultées. La recherche documentaire a répertorié 148 articles de 2007 à 2018. Six articles ont été retenus pour la revue de la littérature et considèrent des femmes atteintes de cancer du sein, à différents stades et âges.

Résultats

Les résultats ont permis d'identifier les caractéristiques des patients, le sentiment d'efficacité personnelle et les types d'interventions comme facteurs majeurs influençant l'autogestion des symptômes chez les femmes. Ces facteurs ont été interprétés selon la théorie de l'autogestion des symptômes de Hoffman (2013).

Discussion

L'identification des facteurs par les infirmières peut représenter un bénéfice pour la mise en œuvre d'interventions centrées sur l'autogestion des symptômes. Les interventions futures, dans des contextes chroniques particulièrement, pourraient cibler ces facteurs, dans une finalité de partenariat soignant-soigné. Les limites principales de la revue sont la variabilité des traitements et les caractéristiques des femmes.

Mots-clés

Cancer du sein, symptômes, facteurs, sentiment d'efficacité personnelle, autogestion des symptômes, rôle infirmier.

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

13.07.2018, Camille DISERENS & Léonie DUBOUX

REMERCIEMENTS

Nous tenons particulièrement à remercier les personnes sous-mentionnées, pour le soutien, la guidance, et l'accompagnement offerts durant la rédaction de ce travail :

Mme Amélia Didier, directrice de ce travail de Bachelor, pour son implication et ses remarques constructives à chaque étape de la rédaction, ainsi que sa présence et son soutien.

Mme Corine Schaub, professeure du séminaire Bachelor Thesis 3.1, pour sa disponibilité et son soutien offert durant les périodes de guidance en classe.

Mme Sophie Henchoz, bibliothécaire, pour son aide et son soutien dans la constitution de notre équation de recherche ainsi que la mise en page de ce travail.

Mme Dzemaili Shota, collaboratrice en recherche appliquée et développement, pour le temps consacré à la relecture et ses conseils constructifs.

Nos familles et proches respectifs, pour le temps consacré à la relecture de ce travail et au soutien sans limite qu'ils nous ont démontré.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Problématique.....	2
1.1 Le cancer du sein.....	2
1.1.1 Epidémiologie.....	2
1.1.2 Définition du cancer du sein.....	2
1.1.3 Les traitements du cancer du sein.....	2
1.1.4 Les conséquences du cancer du sein et de ses traitements chez la femme	4
1.1.5 Les conséquences sur la dimension physique.....	4
1.1.6 Les conséquences sur la dimension psychosociale.....	6
1.1.7 Les facteurs d'adaptation au cancer du sein	7
Cadre théorique : la théorie d'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013).....	8
1.1.8 Les interventions perçues comme améliorant le sentiment d'efficacité personnelle.....	9
1.1.9 Les caractéristiques des patients.....	9
1.1.10 Les symptômes.....	10
1.1.11 Le sentiment d'efficacité personnelle pour l'autogestion des symptômes	10
1.1.12 Les comportements d'autogestion des symptômes	10
1.1.13 Le résultat des performances.....	11
Méthodologie.....	12
1.1.14 La stratégie de recherche.....	13
Résultats	15
Synthèse des résultats.....	39
1.1.15 Les caractéristiques des patients.....	39
1.1.16 Le sentiment d'efficacité personnelle.....	42
1.1.17 Les types d'interventions	44
Discussion	47
Conclusion.....	52
Liste de références.....	53
Bibliographie.....	58

INTRODUCTION

Avec 8,8 millions de décès en 2015, le cancer représente la deuxième cause de décès dans le monde. Il est responsable d'environ un décès sur six au niveau mondial avec une répercussion économique non négligeable : en 2010, les coûts annuels liés au cancer ont été estimés à 1160 milliards de dollars (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018). Ainsi, cette maladie chronique très répandue constitue, du fait de ses lourdes conséquences et du nombre de femmes atteintes, un problème de santé publique considérable (Observatoire Suisse de la Santé [OBSAN], 2015).

Chez la femme, c'est le cancer du sein qui est le plus répandu (Daly-Schweitzer, 2008). La première étape difficile et bouleversante est l'annonce du diagnostic, succédée par les traitements et les lourds symptômes qu'ils causent, ainsi que les symptômes imputables directement à la maladie (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, [CHUV], 2018a). Ces symptômes, souvent interreliés, comportent des effets non négligeables sur toutes les dimensions de la qualité de vie de la femme [traduction libre] (Rabin, Heldt, Hirakata, & Fleck, 2008, p.54). La femme se retrouve donc face à un ensemble de symptômes qu'elle subit et qu'elle doit apprendre à gérer au quotidien, tout au long de la trajectoire de sa maladie [traduction libre] (Li, Gao, Yu, Zhu, & Cao, 2016, p.1396).

Le but de ce travail est de mettre en évidence les facteurs qui permettent d'améliorer les comportements d'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein. Après le développement de la problématique, la question de recherche ainsi que le cadre théorique de l'autogestion (Hoffman, 2013) seront présentés. Une stratégie de recherche, en lien avec la question de recherche, permettra de s'appuyer sur des articles scientifiques afin de présenter et discuter les résultats.

PROBLEMATIQUE

Cette partie vise à contextualiser le cancer du sein dans le système de santé actuel, au niveau mondial et en Suisse. Il vise à expliquer ses répercussions et à en dégager les enjeux pour la femme atteinte de cancer du sein.

1.1 Le cancer du sein

1.1.1 Epidémiologie

Le cancer du sein figure parmi les principaux types de cancer chez les femmes. On recense 571'000 décès dans le monde en 2015 (OMS, 2018). En Suisse, le cancer du sein a la plus haute incidence avec 5750 cas pour l'année 2014 (OMS, 2014). Ces statistiques indiquent que le cancer du sein est une pathologie largement répandue à l'échelle mondiale et qu'il représente un réel problème de santé publique. Avant d'investiguer l'impact du cancer du sein chez les femmes, ses causes, son évolution et ses traitements, il est important de définir cette maladie chronique. Le cancer du sein atteint une faible proportion d'hommes, avec une incidence de moins de 1% (Société canadienne du cancer, 2018a), c'est pourquoi nous choisissons d'employer le terme "patientes" ou "femmes" tout au long de notre travail, afin de faciliter la lecture.

1.1.2 Définition du cancer du sein

Le cancer du sein est le résultat de la multiplication anarchique et irrégulière des cellules mammaires, ce qui va fréquemment conduire à une tumeur. Certains cancers évoluent lentement, d'autres sont plus agressifs et ont une évolution rapide. Dans la majeure partie des cas, le cancer va se développer sur une période de plusieurs mois à plusieurs années (Institut national du cancer, n.d. a). On distingue les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Les premières ne vont pas entraîner de métastases et restent localisées avec des contours bien délimités. A contrario, les tumeurs malignes ont des cellules indifférenciées suite à toutes les modifications génétiques qu'elles ont subies. Souvent, elles vont envahir les tissus voisins et créer une tumeur secondaire qu'on appelle métastase (Institut national du cancer, n.d. b).

1.1.3 Les traitements du cancer du sein

Les traitements du cancer du sein vont varier selon le type de cancer et les objectifs à atteindre. Parmi les différents traitements du cancer du sein, il existe la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, et les thérapies ciblées, qui agissent spécifiquement sur certains mécanismes cancéreux (Institut national du cancer, n.d. c). L'objectif des traitements vise à maintenir ou à restaurer

la qualité de vie des personnes atteintes. Cependant, ces traitements sont lourds de conséquences et ont un impact non négligeable sur la qualité de vie des femmes, et ce de manière multidimensionnelle (Brédart & Dolbeault, 2005).

1.1.3.1 La chirurgie

La chirurgie est le meilleur moyen et le traitement de base en cas de cancer du sein, du moins dans ses phases précoces. Elle est fréquemment accompagnée d'autres traitements pour une efficacité accrue et pour minimiser le risque de récives. Ces traitements complémentaires sont choisis en fonction de plusieurs éléments, notamment selon le stade d'évolution du cancer, de ses caractéristiques et du type de chirurgie, à savoir la tumorectomie ou la mastectomie (CHUV, 2018b). La tumorectomie, appelée aussi chirurgie conservatrice, consiste à enlever la tumeur tout en préservant une partie du sein. Cette pratique est souvent complétée par une chimiothérapie ou une radiothérapie. Quant à la mastectomie, une ablation complète du sein est réalisée, avec une possible reconstruction mammaire ultérieure selon les cas cliniques. Une ablation de plusieurs ganglions axillaires peut aussi être nécessaire, si ces derniers contiennent des cellules cancéreuses (CHUV, 2018b ; Ligue contre le cancer, n.d.).

1.1.3.2 La chimiothérapie

La chimiothérapie consiste en un traitement systémique, c'est à dire qu'en pénétrant dans la circulation sanguine, elle atteint toutes les cellules de l'organisme y compris les cellules saines. La chimiothérapie provoque alors l'apparition de nombreux effets secondaires, s'accompagnant de lourdes conséquences chez la femme, qui seront traitées plus loin dans ce travail. Selon la gravité du cancer et ses caractéristiques, la chimiothérapie a plusieurs buts. Elle empêche la prolifération des cellules cancéreuses et vise la diminution du risque de récive, en étant administrée après ou entre deux traitements (chirurgie ou radiothérapie) ou encore en renforçant l'effet d'un autre traitement anticancéreux. Lorsqu'elle est administrée après une chirurgie, on parle de chimiothérapie adjuvante. Avant une chirurgie et pour diminuer la taille de la tumeur, on emploie le terme de chimiothérapie néo-adjuvante (CHUV, 2014 ; CHUV 2018c).

1.1.3.3 La radiothérapie

Afin de compléter le traitement chirurgical, la radiothérapie permet de traiter localement la tumeur et ses environs, ainsi que de potentiels ganglions atteints. Cette intervention sert à prévenir d'éventuelles récives avec une fréquence de traitement individualisée selon l'état clinique de la patiente. En général, la radiothérapie se déroule quotidiennement, et varie d'une à sept semaines selon les cas. Les avantages de la radiothérapie sont la rapidité du traitement et le fait qu'elle ne cause aucune douleur durant la phase aiguë du traitement. Cependant, certains effets secondaires peuvent survenir dans certaines situations

mais n'entraînent généralement que peu de complications sérieuses. Ils disparaissent naturellement à la fin du traitement (CHUV, 2018d).

1.1.3.4 L'hormonothérapie

La progestérone et l'œstrogène sont les hormones principales présentes chez la femme. Dans certains cancers du sein, ces hormones vont renforcer la croissance de la tumeur, c'est pourquoi ce type de cancer est considéré comme hormonosensible. Leurs cellules cancéreuses ont la particularité de présenter des récepteurs hormonaux à leur surface, responsables de cette croissance stimulée. L'hormonothérapie est un traitement spécifique à ces cancers. Elle est généralement prescrite pour cinq ans et vise à inhiber cette stimulation hormonale sur les cellules cancéreuses et ainsi, à empêcher le développement des cellules cancéreuses (Odermatt, Wolfer, & Zaman, 2013 ; Institut national du cancer, n.d. d).

Tous ces traitements, bien que visant un rétablissement et/ou une prolongation de la vie de la personne, comportent des effets indésirables invalidants qui s'ajoutent aux symptômes du cancer du sein. Bien qu'ils augmentent le pronostic de survie, ils induisent de lourdes conséquences chez la femme, car ils vont péjorer sa qualité de vie dans toutes ses dimensions [traduction libre] (Rabin et al., 2008, p.54).

1.1.4 Les conséquences du cancer du sein et de ses traitements chez la femme

Les femmes atteintes de cancer du sein sont confrontées à un nombre important de symptômes, que l'on rassemble souvent sous le terme de groupes de symptômes. Ces derniers sont dus au cancer lui-même, ainsi qu'aux traitements anticancéreux [traduction libre] (Kenne Sarenmalm, Browall, & Gaston-Johansson, 2014, p.732). Ces traitements vont entraîner des répercussions physiques, psychologiques, sociales ou encore professionnelles, forçant la femme à un remaniement et à une adaptation de ses habitudes de vie. Les patientes qui survivent à la maladie doivent aussi s'adapter aux changements de leur image corporelle, suite à la perte d'un sein, à la perte de cheveux, aux changements de poids, ou encore aux modifications dans leurs relations interpersonnelles [traduction libre] (Rabin et al., 2008, p. 54). Les principales conséquences sur les dimensions physiques, psychologiques et sociales sont décrites ci-dessous.

1.1.5 Les conséquences sur la dimension physique

Les conséquences physiques liées au cancer du sein et à ses traitements sont nombreuses et dépendent du type de traitement choisi. Parmi les effets indésirables les plus fréquents et les plus recensés, on retrouve, entre autres, la fatigue, les symptômes gastro-intestinaux, les bouffées de chaleur, l'alopecie, la douleur, ainsi que les réactions cutanées. Les réactions sont très variables d'une personne à une autre, ce qui rend leur gestion souvent difficile (La ligue contre le cancer, 2015). La liste des conséquences

physiques n'est pas exhaustive, c'est pourquoi seuls les symptômes les plus exprimés par les femmes et recensés dans la littérature seront développés.

1.1.5.1 La fatigue

La fatigue figure parmi les effets indésirables les plus importants de la chimiothérapie, dans tous les types de cancer. Ce symptôme subjectif très invalidant est le premier à être exprimé par les femmes, même avant les douleurs et la dépression (Saglier, Beuzeboc, Pommeyrol, & Toledano, 2009). En effet, les médicaments administrés vont induire, entre autres, une toxicité hématologique, particulièrement en diminuant le nombre de globules rouges produits. Cela va donc progressivement engendrer une anémie, qui va être source de fatigue intense (Société canadienne du cancer, 2018b). À ce jour, cette anémie est traitée par de l'érythropoïétine (EPO). Cependant, la fatigue ne disparaît pas totalement et dans plus de 25% des cas, elle va perdurer quelques années après la fin du traitement (Saglier et al, 2009). Même si la fatigue figure parmi les symptômes les plus courants du cancer du sein, son mécanisme exact reste peu connu. Toutefois, elle est souvent reliée à d'autres effets secondaires récurrents, tels que les symptômes gastro-intestinaux, notamment la nausée [traduction libre] (De Jong, Courtens, Abu-Saad & Schouten, 2002, p. 295). D'autre part, les patientes recevant un traitement par endocrinothérapie adjuvante souffrent fréquemment d'insomnies causées par les symptômes de la ménopause, induits par les traitements anticancéreux [traduction libre] (Desai, et al., 2012, p.43).

1.1.5.2 Les symptômes gastro intestinaux

Les symptômes gastro-intestinaux, tels que les nausées, les vomissements et les diarrhées, correspondent à ce que l'on appelle les symptômes cardinaux, surtout associés à la chimiothérapie (Kenne Sarenmalm & al, 2014, p.731). Ces manifestations peuvent être si importantes qu'elles représentent parfois un motif d'espacement des séances, une non compliance au traitement, voire peuvent même mener à des déficits nutritifs si la femme ne s'alimente plus de manière adéquate. Certaines femmes souffrent même de nausées anticipatoires. Celles-ci peuvent être provoquées par plusieurs facteurs, tel que le souvenir de la dernière séance de chimiothérapie qui avait été mal tolérée, par l'environnement hospitalier ou encore par des odeurs. Malgré leur impact très invalidant sur la qualité de vie des femmes, les symptômes gastro-intestinaux, souvent associés à la fatigue, ressortent comme un groupe de symptômes relativement stable tout au long du traitement chimiothérapeutique [traduction libre] (Jordan, Schaffrath, Jahn, Mueller-Tidow, & Jordan, 2014, pp. 246-247 ; Phligbua et al., 2013, p. 264).

1.1.5.3 Les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleurs ou sudations nocturnes se retrouvent chez plus d'un tiers des patientes sous hormonothérapie. En effet, les œstrogènes n'exercent plus d'action suffisante, ce qui cause des symptômes particulièrement similaires à ceux de la ménopause (CHUV, 2014 ; Odermatt et al., 2013).

Les bouffées de chaleur sont définies comme “des périodes passagères récurrentes de rougissement, de transpiration et de sensation de chaleur, souvent accompagnées par des palpitations et un sentiment d’anxiété, parfois suivies par des frissons” [traduction libre] (Marshall-McKenna et al., 2015, p. 1822). En outre, la chimiothérapie va précipiter l’apparition de la ménopause chez les femmes en stade de pré - ménopause. Ces dernières vont alors expérimenter des bouffées de chaleur plus sévères et plus fréquentes que les autres femmes [traduction libre] (Hoda, Perez, & Loprinzi, 2003, p. 431).

1.1.6 Les conséquences sur la dimension psychosociale

Les conséquences psychosociales du cancer du sein sont nombreuses. La dépression, l’anxiété, le stress, la détresse, les perturbations dans les relations sociales et les difficultés d’adaptation font partie des symptômes fréquemment exprimés par les patientes [traduction libre] (Jassim, Whitford, Hickey, & Carter, 2015, p. 6).

La dépression et l’anxiété sont les conséquences psychologiques les plus fréquentes chez les femmes atteintes de cancer du sein. Dans les six premiers mois suivant l’annonce du diagnostic, le taux majeur de dépression et d’anxiété majeur varie entre 20 et 30%. L’année suivant le diagnostic, 50% des personnes risquent fortement de ressentir de l’anxiété ou de la dépression mais ce taux diminue la deuxième année à 25% [traduction libre] (Jassim et al., 2015, p. 6). Ces deux symptômes sont provoqués par différentes causes, telles que l’angoisse liée au traitement, l’inquiétude quant au pronostic ou à la récurrence de la maladie, l’altération de l’image corporelle suite à la perte d’un sein, la péjoration de la sexualité et de l’attractivité [traduction libre] (Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010, p. 356 ; Karakoyun-Celik, et al., 2010, p. 108). Malgré une diminution de l’anxiété et de la dépression à travers le temps, ces symptômes peuvent perdurer encore 18 mois après la fin du traitement (Vahdaninia et al., p.360).

Dans le cancer du sein et particulièrement lors de mastectomie, les femmes font face à une difficulté bien spécifique : la modification de leur image corporelle [traduction libre] (Li et al., 2016, p.1396). Les seins sont un symbole de féminité, de maternité et de séduction. La femme doit alors apprendre à accepter cette nouvelle image de soi, à reconstruire sa vie suite à ce changement corporel (Nicolleau-Petit, 2009). L’altération de l’image corporelle et de la féminité va par ailleurs contribuer au développement des conséquences psychologiques [traduction libre] (Li et al., p. 1395).

Le cancer du sein va également avoir un impact considérable sur les relations sociales des femmes [traduction libre] (Krigel et al., 2014, p. 335). Dans un contexte de cancer du sein métastatique, les femmes redoutent particulièrement la perte de contrôle sur leurs rôles et leurs relations sociales. La difficulté pour exprimer autour d’elles leurs ressentis face à la maladie les conduisent à un isolement

social qui ne fait qu'augmenter leur détresse [traduction libre] (Krigel et al., p. 335). Elles voient aussi leur rôle changer, tant au niveau professionnel que familial, ce qui péjore d'autant plus leur fragilité [traduction libre] (Krigel et al., p. 337).

1.1.7 Les facteurs d'adaptation au cancer du sein

À n'importe quel stade de la maladie, les répercussions physiques, psychologiques et sociales du cancer du sein vont conduire les femmes à s'adapter pour faire face à cette maladie chronique [traduction libre] (Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen, & Johansen, 2010, p. 827). Elles vont devoir, dès l'annonce du diagnostic, mettre en place des stratégies d'adaptation pour maintenir une qualité de vie acceptable [traduction libre] (Rottmann et al., p. 827). Une gestion optimale des symptômes semble, dès lors, primordiale pour la femme malade. Particulièrement, dans un contexte de maladie chronique comme le cancer du sein, un concept prend toute son importance : l'autogestion, définie selon Richard et Shea (2011) comme « la capacité d'une personne, en association avec sa famille, la communauté et les professionnels de la santé, à gérer des symptômes, des traitements, des changements de vie et les conséquences psychosociales, culturelles et spirituelles des problèmes de santé » [traduction libre] (p. 261). En d'autres mots, la personne se voit davantage responsable de sa prise en soins, car elle met en place des processus de manière consciente, afin de garder le contrôle sur sa maladie et non l'inverse. Ainsi, l'autogestion n'est pas seulement externe à la personne comme dans la gestion des symptômes, mais nécessite des efforts et des facteurs internes, propre à chacun [traduction libre] (Richard & Shea, p. 257).

Dans cette optique et dès l'annonce du diagnostic, les femmes vont recevoir différentes stratégies pour optimiser la gestion de leurs symptômes, selon leurs besoins en apprentissage [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 2). Cependant, les différences entre chaque femme vont engendrer des réactions et des capacités variables face à l'autogestion de leur maladie. Parmi ces différences se trouve le degré de sentiment d'efficacité personnelle que les femmes vont éprouver face à leur situation [traduction libre] (Hoffman, p. 2). Ce dernier se définit comme « les croyances en ses propres capacités d'organiser et exécuter les actions requises pour produire des résultats donnés » [traduction libre] (Richard, & Shea, 2011, p. 259). La nuance ici est l'accent mis sur la perception que la personne se fait de ses capacités personnelles, et non sur ses capacités actuelles.

Ainsi, de par sa structure pluridimensionnelle et ses concepts interdépendants, la théorie d'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013) apparaît comme un outil susceptible d'amener les femmes atteintes de cancer du sein à développer des stratégies d'adaptation, dans une finalité de meilleure emprise sur leur maladie (Hoffman, 2013).

CADRE THEORIQUE : LA THEORIE D'AUTOGESTION DES SYMPTOMES (HOFFMAN, 2013)

Afin de répondre à la question de recherche, ce travail est guidé par la théorie à moyenne portée de l'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013), elle-même reliée à la théorie de l'efficacité personnelle perçue (Bandura, 1997) et à la théorie des symptômes désagréables (Lenz, & Pugh, 1995).

Dans notre société actuelle, les personnes souffrant d'une maladie chronique invalidante vivent de plus en plus longtemps. Ce phénomène est lié entre autres à une plus grande responsabilisation des patients face à leur maladie et par la mise en place de stratégies visant une meilleure gestion de leurs symptômes [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 1). Ces patients sont constamment à la recherche d'informations, tant pour conserver un sentiment de maîtrise sur leur vie, que pour diminuer les symptômes invalidants survenant dans leur quotidien. Les infirmières jouent ainsi un rôle majeur dans ce processus d'accompagnement, en établissant avec les patients des interventions qui intègrent l'autogestion des symptômes dans leur plan de soin. En procédant ainsi, elles placent les patients au centre du projet de soin, en les reconnaissant comme la source de contrôle principale dans la gestion de leur maladie [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 2). L'autogestion a d'ailleurs été identifiée par un institut de médecine comme une des préoccupations majeures pour assurer des soins de qualité dans le système de santé américain [traduction libre] (Hoffman, p. 2). Dans le même ordre d'idée, cinq compétences centrales d'autogestion adaptables à toute personne ont été identifiées : « la résolution des problèmes, la prise de décision, l'utilisation des ressources, le partenariat soignant-soigné et l'acquisition d'actions permettant de gérer l'état de santé » [traduction libre] (Hoffman, p. 3). Tout ceci rejoint la finalité de permettre à la personne de garder ou reprendre la maîtrise sur sa maladie.

Dans la trajectoire d'une même maladie, les patients vont pourtant expérimenter différents symptômes et émotions. Malgré des informations de qualité reçues et des propositions de stratégies pour appréhender leurs symptômes, tous n'ont pas les outils et les ressources nécessaires pour y faire face de manière adaptée. Cette capacité à prévenir, soulager ou encore à diminuer la survenue d'un symptôme découle, entre autres, du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986, cité dans Hoffman, 2013), qui est « la perception de sa propre capacité à mettre en place des comportements visant à atteindre divers types de résultats, telle que la gestion des symptômes » [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 2). Le sentiment d'efficacité personnelle et la perception que la personne se fait de son état de santé sont des antécédents d'activités et de processus d'autogestion.

À travers ce processus dynamique et autonome, les patients doivent alors apprendre à adopter des comportements préventifs pour leur santé, tout au long de leur maladie. Ils apprennent ainsi à devenir plus autonomes dans la gestion de leur maladie et à plus long terme, peuvent constater une amélioration

de leur sentiment d'efficacité personnelle avec un impact positif sur leur qualité de vie globale. C'est d'ailleurs un enjeu principal de l'accompagnement des personnes souffrant de maladie chronique, notamment dans un contexte oncologique, où les symptômes invalidants ont un impact non négligeable sur la qualité de vie globale des personnes. La théorie d'autogestion des symptômes a été construite en utilisant les concepts suivants [traduction libre], Hoffman, 2013, p.3) :

1.1.8 Les interventions perçues comme améliorant le sentiment d'efficacité personnelle

Les personnes pensent, ressentent, se motivent et agissent selon leur sentiment d'efficacité personnelle. Selon la théorie cognitivo-sociale (Bandura, 1986) les personnes sont le résultat de l'interaction entre leur environnement, leur comportement et leurs caractéristiques, qui s'expriment sous forme de cognition, d'affect et de manifestations biologiques. Les croyances concernant son sentiment d'efficacité personnelle sont influencées positivement par quatre grandes sources d'informations définies par Bandura [traduction libre] (Hoffman, 2013, p.4; Richard, & Shea, 2011, p.259) :

1. Les expériences de maîtrise directe (en exécutant une activité).
2. Les expériences indirectes (en observant les autres réussir comme soi-même une activité avec succès).
3. La persuasion verbale ou les influences sociales (en étant influencé à prendre confiance en ses capacités pour atteindre un but).
4. Les états physiologiques et psychologiques et leur interprétation (qui indiquent les ressources personnelles et les vulnérabilités pour atteindre un but).

1.1.9 Les caractéristiques des patients

Ils incluent les caractéristiques physiques, psychologiques et contextuelles. Il est primordial d'évaluer ces caractéristiques, afin de développer un plan de soin individualisé à chaque patient. Cela implique donc de mettre en œuvre des interventions réalistes, sur une courte période de temps, tout en préservant l'autonomie du patient et en le laissant fixer ses propres objectifs, sans quoi une surestimation de ses capacités pourrait impacter négativement sur le sentiment d'efficacité personnelle. De plus, travailler en partenariat avec le patient lui donne l'opportunité d'évaluer lui-même son état physique et psychologique. Le fait de ne pas s'appuyer uniquement sur l'avis du professionnel de la santé va l'amener à se responsabiliser davantage et à développer un meilleur sentiment d'efficacité personnelle pour gérer ses symptômes.

1.1.10 Les symptômes

Expérience subjective vécue par les patients et impactant grandement sur la qualité de vie, les symptômes doivent impérativement être évalués de manière rigoureuse selon leur intensité, leur temporalité, leur détresse causée, leur qualité et leur simultanéité [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 18). Particulièrement dans des contextes de maladies chroniques, les symptômes psychologiques et physiques sont souvent interreliés et surviennent simultanément, prenant la forme de « groupe de symptômes », ce qui a tendance à aggraver la sévérité de chaque symptôme. Un sentiment d'efficacité personnelle élevé apparaît alors ici comme un facteur positif dans une optique de meilleure gestion de ses symptômes.

1.1.11 Le sentiment d'efficacité personnelle pour l'autogestion des symptômes

Le sentiment d'efficacité personnelle dépend des structures socio-structurelles. Les êtres humains sont produits par leur environnement social et le produisent également [traduction libre] (Bandura, 1997, p. VIII préface). Ce sentiment influence l'autogestion des symptômes, car sans ce dernier, une autogestion optimale ne serait pas possible. Afin d'évaluer la capacité d'une personne à gérer ses symptômes, il convient d'en évaluer son interprétation cognitive. La première chose à observer est la manière dont une personne juge une situation potentiellement blessante. La réflexion sur les actions pouvant être mises en place dans cette situation est la deuxième évaluation à faire. Par cette démarche d'anticipation, de mise en avant des ressources et des limites des personnes, les interventions sont ainsi plus ciblées et individualisées. Ainsi, certaines personnes croient parfois avoir un bon sentiment d'efficacité personnelle mais, une fois face à des symptômes invalidants, n'arrivent pas à les gérer et inversement.

1.1.12 Les comportements d'autogestion des symptômes

Toute personne atteinte d'une maladie chronique va adopter des comportements visant à autogérer ses symptômes. La subtilité ici, en tant qu'infirmière, est d'évaluer la manière dont la personne va procéder et non pas lui conseiller une démarche toute faite. Soit les personnes ont une prise de contrôle, soit elles en ont peu, voire pas du tout sur leurs symptômes. Il est alors important d'enseigner aux personnes une façon réaliste d'évaluer leurs symptômes et ainsi d'avoir une prise de contrôle adéquate sur la gestion de ces derniers. « Bandura affirme que les programmes d'autogestion basés sur la théorie du sentiment d'efficacité personnelle sont la clé d'une prise en charge efficace et efficiente des personnes souffrant de maladies chroniques » [traduction libre] (Hoffman, 2013, p. 7).

1.1.13 Le résultat des performances

Le résultat des performances va découler de l'expérience d'autogestion des symptômes de la personne. Les performances sont alors de deux types [traduction libre] (Hoffman, 2013, p.8). D'une part, « les performances fonctionnelles qui regroupent l'activité physique, les activités de la vie quotidienne, les activités sociales et leur interaction, la performance du rôle comme le travail et d'autres rôles associés ». D'autre part, « les performances cognitives, telles que la concentration, la réflexion et les résolutions des problèmes ». Plusieurs barrières freinent l'expression des symptômes des patients, ce qui impacte négativement sur la gestion de ces derniers. La peur de prolonger le traitement, par exemple, peut entraver l'expression des symptômes vécus par les patients [traduction libre] (Hoffman, p.8).

Il paraît important de préciser que selon Hoffman (2013), les comportements d'autogestion des symptômes, ainsi que les interventions permettant d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle font référence à des actions. En revanche les symptômes, le sentiment d'efficacité personnelle, les caractéristiques des patients et le résultat des performances traduisent des états ou des caractéristiques [traduction libre] (p.17).

METHODOLOGIE

La question de recherche de ce travail permet d'investiguer les facteurs favorisant la présence et les comportements d'autogestion chez les femmes atteintes de cancer du sein, à différents stades de la maladie, dans une finalité de prise en charge infirmière centrée sur l'autogestion des symptômes.

La question de recherche est formulée selon PICOT :

P : les femmes atteintes de cancer du sein

I : les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes

C : /

O : l'amélioration des comportements d'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein

T : dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la phase de rémission comprise

La question de recherche PICOT prend la forme suivante : Quels sont les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, pour une meilleure prise en charge infirmière ?

Afin de cibler la sélection des articles pertinents pour répondre à la question de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été fixés.

Critères d'inclusion	Les femmes atteintes de cancer du sein	Dès l'annonce du diagnostic, phase de traitements et phases de rémission du cancer du sein incluses	Articles en anglais / français	Article de 2018 à 2007, (<11 ans d'ancienneté, (début du travail en 2017)	Articles de sources primaires : études quantitatives, qualitatives, mixtes
Critères d'exclusion	Les hommes atteints de cancer du sein	Avant l'annonce du diagnostic	Articles dans une autre langue qu'anglais / français	Articles avant 2007 (>11 ans, d'ancienneté)	Revue systématiques

1.1.14 La stratégie de recherche

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé les bases de données Cinahl et Pubmed.

Concepts	Mots – clés / descripteurs CINAHL
Cancer du sein	(MH "Breast Neoplasms")
Autogestion des symptômes	(MH "Self-Efficacy") (MH "Self Care") self management
Interventions	(MH "Nursing Interventions") intervention*
Symptômes	Symptom*

Concepts	mots clés / descripteurs PUBMED
Cancer du sein	"Breast Neoplasms"[Mesh:NoExp]
Autogestion	"Self-Management"[Mesh] "Self Efficacy"[Mesh]
Infirmière	Nurs*

Sur Cinahl, notre première équation de recherche était : (MH "Breast Neoplasms") AND ((MH "Self-Efficacy") OR (MH "Self Care") OR self management) AND ((MH "Nursing Interventions") OR intervention*). Cette équation a donné 305 résultats puis avec l'application d'un filtre de restriction d'ancienneté des articles à 10 ans (article le plus ancien datant de 2007), 228 résultats.

Pour affiner la recherche, nous avons rajouté le mot clé « *symptom** ». Notre équation de recherche pour Cinahl est donc la suivante : *_symptom** AND ((intervention* OR (MH "Nursing Interventions"))) AND ((self management OR (MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy"))) AND (MH "Breast Neoplasms"). Cette équation a donné 102 résultats, et avec une restriction à 10 ans (article le plus ancien datant de 2007) le nombre de résultats s'est affiné à 79 résultats.

Nous avons essayé de mettre le focus sur les interventions infirmières dans un premier temps avec cette équation : self management OR (MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy")) AND (MH "Breast Neoplasms") AND (MH "Nursing Interventions"). Elle n'a donné que 19 résultats, et 9 résultats après limitation aux articles de 10 ans et moins. C'est pourquoi dans notre équation de recherche finale, nous avons inclus les interventions dans un sens plus général, afin d'agrandir la recherche.

Sur Pubmed, l'équation de base était: (((("Self-Management"[Mesh]) OR "Self Efficacy"[Mesh])) AND "Breast Neoplasms"[Mesh:NoExp]). Elle a donné 280 résultats et avec la restriction aux articles de 10

ans et moins, 196 résultats. Nous avons ajouté le mot clé « *nurs** » pour mieux orienter la recherche : (((("Self Efficacy"[Mesh]) OR "Self-Management"[Mesh])) AND "Breast Neoplasms"[Mesh:NoExp]) AND *nurs**. Cette équation finale a donné 96 résultats et 69 avec le filtre appliqué (10 ans d'ancienneté et moins), nous l'avons donc retenue pour mener nos recherches d'articles.

Equations de recherches finales	Equation avec les termes	Résultats
Equation de recherche CINAHL	symptom* AND ((intervention* OR (MH "Nursing Interventions"))) AND ((self management OR (MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy")))) AND (MH "Breast Neoplasms")	Résultats : 102 Avec <u>restriction à 10 ans</u> à donc article le plus ancien date de 2007 : <u>79 résultats</u>
Equation de recherche PUBMED	(((("Self Efficacy"[Mesh]) OR "Self-Management"[Mesh])) AND "Breast Neoplasms"[Mesh:NoExp]) AND <i>nurs*</i>	Résultats : 96 Avec <u>restriction à 10 ans</u> donc article le plus ancien date de 2007 : <u>69 Résultats</u>

RESULTATS

Référence article: Shelby, R. A., Edmond, S. N., Wren, A. A., Keefe, F. J., Peppercorn, J. M., Marcom, P. K., Blackwell, K. L., & Kimmick, G. G. (2013). Self-efficacy for coping with symptoms moderates the relationship between physical symptoms and well-being in breast cancer survivors taking adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer* 22:2851–2859. doi:10.1007/s00520-014-2269-1

Pays : Allemagne

Devis et but(s)	Echantillon	Méthode et outils	Résultats
<p><u>Devis :</u> Analyses descriptives et corrélationnelles</p> <p><u>But(s) :</u> Etudier la relation entre le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion des symptômes, les symptômes physiques, et le bien-être fonctionnel/social/émotionnel</p>	<p>N = 112</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> femmes en stade post-ménopausal, avec un cancer hormonoréceptif stade I à IIIa, ayant subi une chirurgie, une chimiothérapie ou une radiothérapie, et actuellement une hormonothérapie.</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p>	<p>Recrutement à l'institut d'oncologie de Duke le jour du rendez-vous médical. Les participantes potentielles ont rempli un formulaire de consentement éclairé et un questionnaire individuel. Elles ont reçu par courrier un numéro de téléphone si besoin d'informations complémentaires sur l'étude ou en cas de déclinement.</p> <p><u>Outils :</u> L'Échelle d'Évaluation de Comorbidité Adulte (ACE-27) a été utilisée pour obtenir des comorbidités au niveau de l'examen du diagramme médical.</p>	<p><u>Association entre les caractéristiques des participantes et les variables à l'étude :</u> Les femmes ayant plus de comorbidités sévères ($p = 0.004$) et étant non-Blanches ($p = 0.03$) ont plus de symptômes physiques. Les femmes plus âgées ont un niveau de bien-être émotionnel élevé ($p = 0.02$) et un niveau de sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.02$).</p> <p>Avoir plusieurs comorbidités sévères ($p = 0.04$) était associé avec un bien-être social diminué. Avoir plusieurs comorbidités sévères ($p < 0.001$) et avoir</p>

<p>Etudier et évaluer l'utilité (ou non) du sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion des symptômes dus à une maladie chronique, ici le cancer du sein.</p>	<p>Traitement chirurgical non terminé (1 femme exclue) Questionnaire d'étude non rempli après avoir consenti à participer à l'étude (12 femmes exclues) <u>Caractéristiques:</u> Sous hormonothérapie pour une durée moyenne de 26 mois Pas de différences significatives parmi les participantes (p = 0.18) Femmes âgées en moyenne de 63.66 ans (ET = 8.91) Ethnie majoritairement blanche : (81.3 %) Les participantes (n = 12) n'ayant pas rempli entièrement les questionnaires de l'étude avaient statistiquement plus tendance à avoir eu une mastectomie (p = 0.05) et moins tendance à avoir suivi une chimiothérapie (p = 0.02)</p>	<p>L'Échelle d'Intensité de Douleur (Tiré de l'échelle de Douleur Abrégée) pour mesurer la douleur; alpha de Cronbach : 0.92 Trois items de l'Inventaire de Fatigue Abrégé; pour mesurer la fatigue ; alpha de Cronbach : 0.93 La Sous-échelle Vasomotrice du Questionnaire Spécifique à la Ménopause dans la Qualité de Vie; pour mesurer les symptômes vasomoteurs ; alpha de Cronbach : 0.90 Le Questionnaire d'évaluation Fonctionnelle de Thérapie (aux Taxanes, 16 items) traitement de chimiothérapie à base de taxanes; pour mesurer la névralgie et l'arthralgie ; alpha de Cronbach : 0.88</p>	<p>suivi un traitement de radiothérapie sont deux éléments associés avec un bien-être fonctionnel plus bas (p = 0.01). Avoir des symptômes physiques plus importants est relié à un bien-être fonctionnel, émotionnel et social diminué (p < 0.05). Un niveau de sentiment d'efficacité personnelle élevé est associé avec un plus grand bien-être fonctionnel, émotionnel et social (p < 0.05). Les femmes ayant un sentiment de sentiment d'efficacité personnelle plus bas ont rapporté des symptômes physiques plus importants (p < 0.05). L'interaction entre les symptômes physiques et le sentiment d'efficacité personnelle est significative (p = 0.009).</p>
--	--	---	---

	<p>Un score général composite de tous ces symptômes a été calculé avec ces 4 outils; alpha de Cronbach pour l'échelle composite: 0.81</p> <p><u>Le sentiment d'efficacité personnelle pour faire face aux symptômes:</u></p> <p>Une version modifiée d'une échelle standard du sentiment d'efficacité personnelle; alpha de Cronbach : 0.93</p> <p><u>Le bien - être fonctionnel, émotionnel et social:</u></p> <p>L'évaluation fonctionnelle générale de la thérapie du cancer; alpha de Cronbach: bien - être social : 0.84, bien - être émotionnel : 0.72, bien - être fonctionnel : 0.87</p>	<p><u>Modèle pour le bien-être fonctionnel:</u></p> <p>Chez les femmes ayant un sentiment d'efficacité personnelle bas, des symptômes physiques en augmentation étaient associés avec un bien - être fonctionnel diminué ($p < 0.001$).</p> <p>L'interaction entre les symptômes physiques et le sentiment d'efficacité personnelle est significative ($p = 0.02$).</p> <p><u>Modèle pour le bien-être émotionnel :</u></p> <p>Chez les femmes ayant un sentiment d'efficacité personnelle bas, des symptômes physiques en augmentation étaient associés avec un bien - être émotionnel diminué ($p < 0.001$).</p> <p><u>Modèle pour le bien-être social:</u></p> <p>L'effet principal pour les symptômes physiques ($p = 0.01$) et le sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.002$) était significatif.</p>
--	---	--

Ethique :

L'étude a été validée par le comité de révision Institutionnel Universitaire. Les participantes ont fourni une preuve de consentement éclairé et les informations concernant leur cancer et leurs comorbidités médicales ont été obtenues dans leurs dossiers médicaux. Les participantes ont reçu un défraiement de 10\$ pour avoir participé à l'étude. Les auteurs ne rapportent aucun conflit d'intérêt.

Recommandations :

Des recherches futures pourraient examiner si une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et de la qualité de vie mènent également à une meilleure compliance au traitement par hormonothérapie adjuvante.

Cette étude émet l'hypothèse que le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle important dans la gestion des symptômes. Cela signifie que la mise en place d'interventions centrées sur l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle pourrait aider les femmes à faire face à leurs symptômes plus efficacement, car elles fournissent des expériences personnelles de maîtrise.

Limites :

L'échantillon était majoritairement blanc et bien instruit, ce qui peut limiter la généralisation à d'autres populations plus diverses. Un grand nombre de femmes dans l'échantillon suivaient déjà un traitement d'hormonothérapie depuis plus de 3 ans. Il est difficile de savoir si des résultats similaires auraient été trouvés chez des femmes en phase initiale d'une thérapie endocrine adjuvante (premiers 12 à 36 mois). Cette étude a uniquement inclus des femmes qui avaient déjà une prescription médicale pour leur traitement adjuvant. Cette étude a inclus une évaluation croisée simple.

Référence article: Huang, C-Y., Guo, S-E., Hung, C-M., Shih, S-L., Lee, L-C., Hung, G-C, Huang, S-H. (2008). Learned Resourcefulness, Quality of Life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. Vol. 37, No. 4, July 2010, Oncology Nursing Forum.			
Pays : Taiwan			
Devis et but(s)	Echantillon	Méthode et outils	Résultats
<p><u>Devis :</u> Étude descriptive et corrélationnelle et prédictive</p> <p><u>But(s) :</u> Investiguer les relations entre la Learned resourcefulness, la qualité de vie, et les symptômes dépressifs.</p> <p>Investiguer les effets directs et indirects de la Learned resourcefulness sur les caractéristiques de la maladie, la qualité de</p>	<p>N = 150</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> Être une femme diagnostiquée d'un cancer du sein, comprendre ou communiquer en chinois /Taiwanais et accepter les méthodes de recherche.</p> <p><u>Caractéristiques :</u> <u>Age:</u> 18 - 65 ans (moyenne: 51.6 ans) <u>Statut :</u> Mariées / concubinage : 77% Veuves : 11% Divorcées : 5% Célibataires : 5% Séparées : 2 % <u>Niveau d'éducation :</u> 0 : 11 %</p>	<p>Le département d'administration a fourni aux auteurs une liste des participantes potentielles pour l'étude provenant de deux hôpitaux au sud de Taiwan.</p> <p>Entretiens individuels entre l'enquêteur principal et chaque participante, d'une durée de 30 minutes dans le département d'oncologie ambulatoire.</p> <p><u>Outils :</u> Les symptômes dépressifs ont été mesurés avec l'échelle du centre des études épidémiologiques sur la dépression ; alpha de Cronbach : 0,94</p>	<p>L'âge des participantes avait une relation faiblement positive avec des symptômes dépressifs ($r = 0.185$, $p = 0.05$) et avait une relation faiblement négative avec la Learned resourcefulness ($p = 0.01$).</p> <p>L'éducation des participantes avait une relation faiblement positive avec leur qualité de vie ainsi que leur santé physique et globale ($r = 0.297$, $p = 0.01$; $r = 0.235$, $p = 0.01$) et avait aussi une relation faiblement positive avec la Learned resourcefulness ($p = 0.01$).</p> <p>Le revenu des ménages a eu une relation négative significative faible avec les symptômes dépressifs, mais des relations faiblement positives avec la santé physique, mentale et la Learned resourcefulness.</p>

<p>vie et les symptômes dépressifs.</p>	<p>Moins de 6 : 28% 6 à 9 : 17% 10 à 12 : 29% Plus que 12 : 13% Pas spécifié : 1% <u>Revenu mensuel (Nouveaux Dollars de Taiwan)</u> Moins de 25'000 : 32% 25,001 à 50'000 : 25% 50'000 à 75'000 : 22% Plus que 75'000 : 21% <u>Stade de la maladie :</u> 0 : 13% I : 27% II : 46% III : 12% IV : 2% <u>Suivant un traitement adjuvant :</u> Oui : 74% Non : 26% <u>Durée moyenne du cancer du sein :</u> 32.88 mois</p>	<p>La Learned resourcefulness_a été mesurée avec le Programme d'Autocontrôle. La qualité de vie en lien avec la santé a été mesurée avec le SF-36®. ; alpha de Cronbach : 0.75 à 0.89</p>	<p>En fonction de la gravité de maladie, les relations négatives étaient évidentes parmi le stade de la maladie et la santé physique (p = 0.01), la santé mentale (p = 0.05). Les symptômes dépressifs des participantes avaient une relation négative modérée avec la Learned resourcefulness (p = 0.01) et des relations négatives modérées avec la santé physique (p = 0.01), mentale (p = 0.01). La Learned resourcefulness avait une relation positive significativement modérée avec la santé physique (p = 0.01) et mentale (p = 0.01). La learned resourcefulness est un fort prédicteur des symptômes dépressifs (p = 0.001).</p>
---	--	--	--

Ethique :

L'étude a été approuvée par les directions des deux hôpitaux du sud de Taiwan. Chaque participante de l'étude a signé un document indiquant son consentement éclairé.

Recommandations :

La détection des symptômes dépressifs par les infirmières pourrait être particulièrement importante chez les patientes ne recevant pas de traitements adjuvants (stade terminal, besoin de soutien additionnel). L'utilisation de la Learned resourcefulness est utile pour les patientes qui luttent pour adapter leur survie. Les infirmières peuvent aider ces patientes à développer des compétences d'autogestion par des stratégies d'auto-assistance et de développement personnel. Les auteurs ont le projet de mettre en place des interventions de Learned Resourcefulness en menant des études prospectives et expérimentales. La finalité serait d'améliorer les comportements de maîtrise chez des patientes atteintes de cancer du sein qui ont des scores élevés de symptômes dépressifs.

Limites :

Devis de recherche croisé : difficile de conclure que la Learned resourcefulness et la qualité de vie ont une relation causale. Échantillon de commodité : potentiel biais de l'étude, car généralisation des résultats limitée. De plus, échantillon volontaire : pourrait être insuffisamment représentatif de la population (biais à la validité externe). Le type de traitement/chirurgie devrait être plus spécifique pour faire des comparaisons.

Référence article: Carpenter, K. M., Stoner, S. A., Schmitz, K., McGregor, B. A., Doorenbos, A. Z. (2012). An online stress management workbook for breast cancer. *J Behav Med* 37:458–468. doi: 10.1007/s10865-012-9481-6

Pays : USA

Devis et but(s)	Echantillon	Méthodes, intervention et outils	Résultats
<p><u>Devis</u></p> <p>2 groupes (contrôle et intervention) x 3 moments donnés (base, 10 semaines, 20 semaines), randomisé.</p> <p><u>But(s) :</u></p> <p>Le but du projet était de développer une intervention de gestion de stress comportementale cognitive en ligne pour des femmes atteintes de cancer du sein à un stade précoce et évaluer son efficacité en utilisant un groupe randomisé.</p>	<p>N = 132</p> <p><u>Caractéristiques :</u></p> <p>19% ont un statut minoritaire racial ou ethnique</p> <p>68 % sont mariées en partenariat établi</p> <p>45 % travaillent à plein temps</p> <p>67 % ont terminé leurs études à l'université</p> <p>94 % ont été opérées de leur cancer du sein</p> <p>45 % ont suivi un traitement de chimiothérapie,</p> <p>49 % ont suivi un traitement de radiothérapie</p> <p>Au moment du diagnostic du cancer du sein, 19 % étaient au</p>	<p>Les participantes ont été recrutées à l'échelle locale et nationale en utilisant des ressources en ligne et publiées, des annonces via courrier électronique, des sites Web faisant de la publicité pour des essais cliniques, des forums en ligne, le bouche à oreille, des flyers distribués dans des groupes d'entraide locales (ainsi que des présentations dans ces groupes) et des organisations communautaires.</p> <p>La plupart des femmes (113 de 132) ont été recrutées via un courrier électronique à "l'Armée Love/Avon", un registre de recherche sur le cancer du sein.</p>	<p>Les femmes aléatoirement réparties dans le groupe "intervention" ont démontré un sentiment d'efficacité personnelle augmenté à l'évaluation des 10 semaines, soutenant la première hypothèse.</p> <p>Les femmes dans le groupe "intervention" ont maintenu des gains du sentiment d'efficacité personnelle de la semaine 10 à la semaine 20, tandis que ceux dans le groupe témoin montraient des niveaux plus bas jusqu'à l'obtention de l'accès au manuel en ligne.</p> <p><u>Résultats primaires :</u></p> <p>Un effet multivarié pour la condition (condition = être dans le groupe "intervention" ou "contrôle") a été révélé ($p = 0.33$). L'effet principal de la condition est significatif pour :</p>

<p><u>Hypothèses :</u></p> <p>1. A la 10ème semaine, en prenant en compte les scores de base comparés à ceux du groupe “contrôle”, le groupe “intervention” aurait des scores de résultats primaires plus élevés.</p>	<p>stade 0, 38 % étaient au stade 0, 33 % étaient au stade 0 et 11 % étaient au stade 0 III.</p> <p>20 % ont suivi un traitement (chimio ou radiothérapie) au moment de l'étude.</p> <p><u>Age :</u> 25 à 73 ans (moyenne : 50.9 ans).</p>	<p>Les participantes ont rempli les questionnaires de base en ligne et ont ensuite été randomisées dans le groupe “intervention” ou le groupe “contrôle” sur une base calculée informatiquement.</p>	<p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du cancer (p = 0.019).</p> <p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion de la mauvaise humeur / mauvais état d'esprit (p = 0.007).</p>
<p>2. De plus, à la 10ème semaine, le groupe “intervention” reporterait des scores plus élevés de résultats secondaires que le groupe “contrôle”.</p>	<p><u>Critères d'inclusion :</u> Femmes adultes anglophones diagnostiquées au cours des 18 derniers mois avec un cancer du sein de stade 0, I, II, III, relatant une détresse au minimum modérée, ayant un accès à Internet et au téléphone adéquat.</p> <p>La détresse modérée était estimée à au moins 5 sur 10 sur le Thermomètre de Détresse</p>	<p>Le groupe “intervention” a immédiatement reçu l'accès à tous les chapitres du Manuel de Gestion du Cancer. Le groupe “contrôle” a reçu l'accès au Manuel de Gestion du Cancer après avoir rempli l'évaluation des 10 semaines.</p>	<p>En prenant en compte les données de base et en les compilant avec les scores des semaines 10 et 20: Le sentiment d'efficacité personnelle pour gérer le cancer et la mauvaise humeur était plus élevé dans le groupe “intervention” que dans le groupe “contrôle” (p < 0.05).</p>
<p>3. A la 20ème semaine, après que les deux groupes aient pu tester l'intervention, les différences entre résultats primaires et secondaires seraient atténuées.</p>	<p>Entre le début de l'étude et la 10ème semaine, toutes les participantes ont reçu 2 appels téléphoniques à domicile afin d'évaluer leur niveau de détresse et soutenir leur engagement dans cette étude. Les assistants de recherche ont évalué le niveau de détresse en leur faisant remplir une échelle appelée le</p>	<p><u>Résultats secondaires :</u> En prenant en compte les données de base et en les compilant avec les scores des semaines 10 et 20 pour la condition :</p> <p>Les résultats varient significativement dans les niveaux de symptômes post - traumatiques à la semaine 10 (p < 0.05) mais pas à la semaine 20.</p>	<p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du cancer (p = 0.019).</p> <p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion de la mauvaise humeur / mauvais état d'esprit (p = 0.007).</p> <p>En prenant en compte les données de base et en les compilant avec les scores des semaines 10 et 20: Le sentiment d'efficacité personnelle pour gérer le cancer et la mauvaise humeur était plus élevé dans le groupe “intervention” que dans le groupe “contrôle” (p < 0.05).</p> <p><u>Résultats secondaires :</u> En prenant en compte les données de base et en les compilant avec les scores des semaines 10 et 20 pour la condition :</p> <p>Les résultats varient significativement dans les niveaux de symptômes post - traumatiques à la semaine 10 (p < 0.05) mais pas à la semaine 20.</p>

	<p>(Hegel et d'autres., 2006), ou 6 de 16 à l'Échelle de Stress Perçue à 4 items, ou 7 de 20 sur une liste de contrôle d'adjectif brève à 5 items semblable au Profil Des États d'Humeur qui a été utilisé dans le travail précédent avec des groupes CBSM (Cognitive Behavioural Stress Management) pour des personnes atteintes de cancer du sein.</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <p>Souffrir d'un autre type de cancer que le cancer d'un sein ou d'une récurrence de cancer du sein.</p> <p>La taille de l'échantillon est justifiée sur une base statistique.</p>	<p>“thermomètre de la détresse”. 10 semaines après avoir rempli les premiers questionnaires de base, chaque participante a reçu par courrier électronique un lien pour un questionnaire d'évaluation. 115 femmes (87 %) l'ont rempli.</p> <p>Le groupe “intervention” gardait son accès au manuel.</p> <p>Le groupe “contrôle” a reçu l'accès après avoir rempli l'évaluation des 10 semaines.</p> <p>Chaque début de semaine, les femmes recevaient un courrier électronique pour les encourager à commencer le prochain chapitre du manuel en leur rappelant de quelle thématique il sera question et en leur demandant un retour sur les exercices de la semaine précédente.</p>	<p>Parmi les résultats secondaires, les symptômes post-traumatiques liés au cancer ont diminué à la semaine 10 dans le groupe “intervention”, mais pas dans le groupe “contrôle”. À la semaine 20, le groupe témoin a montré une réduction comparable des symptômes post-traumatiques. Aucune différence significative n'a été trouvée pour le bien-être social ou fonctionnel, et l'intervention n'a pas augmenté l'affect positif.</p>
--	--	---	--

		<p><u>Outils :</u></p> <p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du cancer a été mesurée avec l'Inventaire du Comportement relié au Cancer v 2.0; alpha de Cronbach : 0.945</p> <p>Le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion de la mauvaise humeur a été mesurée avec l'Échelle de Régulation de la Mauvaise Humeur; alpha de Cronbach : 0.902</p> <p>Les symptômes post-traumatiques reliés au cancer ont été mesurés avec l'Échelle Révisée de l'Impact des Évènements; alpha de Cronbach : 0.920</p> <p>Les bien-être sociaux et fonctionnels ont été mesurés avec l'Évaluation Fonctionnelle de la Thérapie du Cancer du Sein; alpha de Cronbach</p>	
--	--	--	--

		<p>pour le bien-être social et fonctionnel était respectivement 0.833 et 0.839.</p> <p>Les affects ont été mesurés avec la forme abrégée du Programme des Affects Positifs et Négatifs; alpha de Cronbach : 0.844</p>	
<p><u>Ethique :</u></p> <p>Toutes les procédures ont été approuvées par un comité de révision. Elles ont également reçu un défraiement pour leur participation à l'étude.</p> <p><u>Recommandations :</u></p> <p>Etant donné que les exercices de relaxation font partie de l'intervention testée et que les effets de la relaxation sur la sphère psychologique et biologique sont actuellement inconnus, des recherches futures sur ce manuel devraient considérer un moyen de suivre ces données. Des recherches avancées devraient comparer le manuel a un traitement "actif" ou un contrôle d'attention.</p> <p>Les effets à long terme de ces interventions doivent être étudiés pour voir si les femmes sont capables de maintenir de tels changements positifs, et pour étudier si une intervention comme le manuel de Gestion du Cancer permet de diminuer l'incidence de dépressions et d'autres complications chez les patients atteints de cancer.</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>La majorité de l'échantillon vient du registre de recherche sur le cancer du sein ("l'Armée Love/Avon"), ces femmes étaient enclines à participer à l'étude et à aider d'autres femmes souffrant de la même maladie. Cela peut réduire la généralisation des résultats à la communauté plus élargie de femmes touchées par le cancer du sein. Il y a également un manque de contrôle actif durant l'étude. En ligne les chercheurs pouvaient suivre la participation des femmes mais le nombre de participantes ayant fait les exercices de relaxation et comment elles les ont faits ne peut pas être vérifié.</p>			

Référence article : Blacklock, R., Rhodes, R., Blanchard, C., & Gaul, C. (2008). Effects on Exercise intensity and self-efficacy on state anxiety with breast cancer survivors. <i>Oncology nursing forum</i> . Vol. 37, n°2. 206-212.			
Pays : Canada			
Devis et but(s)	Echantillon	Méthodes, interventions et outils	Résultats
<p><u>Devis</u> Pilote expérimental : un groupe de survivantes du cancer du sein vs. un groupe de femmes sans diagnostic de cancer du sein</p> <p><u>But(s) :</u> Déterminer si l'exercice intense réduit l'état d'anxiété et si cette diminution est reliée à l'échantillon (survivantes d'un cancer du sein vs. femmes sans diagnostic de cancer), à l'intensité de l'exercice (léger vs. modéré) et les interactions possibles entre l'échantillon et l'intensité de l'exercice.</p>	<p>N = 50</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> Avoir plus de 18 ans et être physiquement capable de supporter une activité légère à modérée (selon questionnaire PAR-Q). Les survivantes étaient celles qui avaient reçu avant un diagnostic de cancer du sein et avaient depuis fini leurs traitements.</p> <p>25 survivantes de cancer du sein : Age moyen : 59 ans.</p> <p>25 femmes sans diagnostic de cancer : Age moyen : 56 ans.</p>	<p>Pose d'affiches de recrutement dans des centres de soutien locaux du cancer du sein, dans des centres communautaires et de récréation, et des hôpitaux.</p> <p>1. Pré-test. Les participantes réparties de manière aléatoire pour un exercice léger ou modéré ont complété les questionnaires pour évaluer leur sentiment d'efficacité personnelle et leur état d'anxiété avant l'exercice (pré-exercice).</p> <p>2. Test. Les participantes ont pédalé pendant 20 minutes, à 60 tours/minutes (rythme cardiaque mesuré chaque 2 min, résistance ajustée selon HRR).</p>	<p><u>Réponse de la première hypothèse :</u> <u>Etat d'anxiété :</u> Effet majeur concernant la temporalité ($p < 0.01$) : anxiété diminue à travers la période d'exercice mais pas de changement sur l'anxiété par rapport à l'intensité de l'exercice ($p > 0.01$) et pas de changement significatif entre les deux groupes ($p > 0.05$). Différences significatives entre pré et post exercice ($p < 0.01$) avec test post Hoc.</p> <p><u>Sentiment d'efficacité personnelle :</u> Effet majeur concernant la temporalité ($p < 0.01$) mais pas d'interaction entre intensité de</p>

<p>Explorer si les changements dans le sentiment d'efficacité personnelle et l'état d'anxiété s'influencent mutuellement (selon la théorie cognitivo-sociale).</p>		<p>3. Fin du test. Les participantes ont complété les questionnaires pour évaluer leur sentiment d'efficacité personnelle et leur état d'anxiété directement après l'exercice (post-exercice), ont fait une pause, pédalé 2 minutes, assises 8 minutes et ont complété les 2 questionnaires une 3ème fois (après l'exercice).</p> <p><u>Outils</u> : Rythme cardiaque évalué avec un monitoring cardiaque et le degré d'effort perçu par le "Borg Rating of perceived exertion (RPE) scale" (participantes ont dû estimer leur propre perception d'effort possible durant l'exercice. Critère de validité modéré ($r = 0.6$).</p> <p>State anxiety inventory" (SAI) :10 items pour évaluer l'état d'anxiété; alpha de Cronbach : 0.71.</p>	<p>l'exercice et les groupes : Sentiment d'efficacité personnelle augmenté durant l'exercice mais aucune différence entre l'intensité ou le fait d'avoir eu un cancer ou non. Analyse post Hoc : différence significative entre pré et post exercice ainsi que pré et après exercice ($p < 0.01$).</p> <p>Vu qu'aucune différence entre les 2 groupes : les deux populations ont été regroupées pour garder une puissance dans les analyses.</p> <p><u>Réponse de la deuxième hypothèse</u> : réciprocity significative pour anxieux et le sentiment d'efficacité personnelle (pour pré-exercice avec intensité légère : erreur de type II ($p < 0.05$) et post exercice avec intensité modérée ($p < 0.05$).</p>
--	--	--	---

		<p>“Self-efficacy questionnaire” (SEQ) : pour évaluer le sentiment d’efficacité personnelle; alpha de Cronbach : 0.91.</p>	
<p><u>Ethique:</u> L’ étude a reçu l’approbation du comité d’éthique de l’université. Les femmes ont reçu un formulaire de consentement, une autorisation médicale d’un médecin permettant de participer à deux périodes d’exercice intense, le questionnaire PAR-Q et un questionnaire sur les données démographiques et médicales.</p> <p><u>Recommandations :</u> Refaire des études pour approfondir le sujet, notamment des études avec des personnes au départ avec un haut niveau d’anxiété (patients souffrant de cancer et suivant un traitement/ patients moins sportifs et moins confiants dans leurs performances). Focalisation des recherches sur des exercices de longue durée ou avec des personnes connues pour avoir un niveau haut d’anxiété ou un niveau bas de sentiment d’efficacité personnelle.</p> <p><u>Limites :</u> Variables démographiques et psychologiques ont peut-être plus d’impact sur l’état d’anxiété que le diagnostic de cancer. La présence de maladie psychique, d’autres cancers et la récurrence des cancers n’a pas été contrôlée, ce qui aurait pu influencer les résultats. La période écoulée depuis le diagnostic aurait pu atténuer l’anxiété attendue pour le groupe en rémission d’un cancer du sein.</p> <p>L’utilisation répétée (x3) des questionnaires aurait pu permettre plusieurs essais pour les participantes. Cependant, elles n’étaient aucunement informées sur l’intensité de l’exercice avant l’échauffement et ne connaissaient pas les hypothèses de l’étude.</p> <p>Les résultats pourraient ne pas être attribués à l’exercice en général mais seulement à une période en particulier. Toutefois, les résultats montrent une relation négative entre activité physique et exercice, donc probable que cela puisse s’appliquer à l’exercice en général. L’étude a peut-être attiré des personnes qui aiment l’activité physique (possible biais) ce qui aurait pu influencer sur le sentiment d’efficacité personnelle.</p>			

<p>Référence article : Loprinzi, P. D., Cardinal, B. J. (2011). Self-efficacy mediates the relationship between behavioral processes of change and physical activity in older breast cancer survivors. <i>Breast Cancer</i> (2013) 20:47–52. doi : 10.1007/s12282-011-0298-x</p>			
<p>Pays : USA</p>			
Devis et but(s)	Echantillon	Méthodes, outils	Résultats
<p><u>Devis</u> Devis longitudinal, pour analyser des relations causales entre les variables à l'étude : processus comportementaux, sentiment d'efficacité personnelle, activité physique.</p> <p><u>But(s) :</u> Déterminer dans quelles mesures les femmes en rémission du cancer du sein utilisent des processus comportementaux qui ont</p>	<p>N = 69</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> Femmes en phase de rémission du cancer du sein (à un stade variable de la maladie et ayant suivi des traitements de chimiothérapie / radiothérapie / les deux, avant l'étude).</p> <p><u>Caractéristiques de l'échantillon :</u> <i>Age moyen</i> : 71.5 ans <i>Ethnie</i> : blanc 98.2 % <i>Niveau d'éducation</i>: Ecole secondaire 20.6 % Bachelors 25.8 % Formation post - graduée 29.3% <i>Mariées</i> : 62.1% <i>Statut professionnel</i> :</p>	<p>Les participantes ont rempli des questionnaires évaluant leurs processus comportementaux, et leur sentiment d'efficacité personnelle à la base, et rempli un questionnaire indiquant l'activité physique reportée 6 mois plus tard. Les participantes ont été recrutées dans le Registre des personnes atteintes de Cancer de l'Etat d'Oregon et par des approches communautaires. Des courriers ont été envoyés chez les femmes potentiellement éligibles à l'études.</p> <p><u>Outils :</u> Processus comportementaux : Une mesure de 15 items analysant chaque processus comportemental (utilisation d'une échelle de Likert, 1 à 5). Validité et fiabilité de</p>	<p>Association positive et significative avec les comportements d'activité physique (p = 0.01).</p> <p>Association positive et significative avec le sentiment d'efficacité personnelle (p = 0.001).</p> <p>Le sentiment d'efficacité personnelle montre une association positive et significative avec l'activité physique (p = 0.03).</p> <p>Les processus comportementaux ne sont pas significativement associés avec l'activité physique (p = 0.15).</p>

été associés à une activité physique.	Retraitée 79.3% Mis -temps 13.8% Au chômage 1.7% <u>IMC (indice masse corporelle)</u> : En surpoids 43.5% Obèse 31.9% <u>Sous hormonothérapie</u> : 17.2% <u>Stade du cancer du sein</u> : 0 : 13.8% I : 51.7% IIa : 20.7% IIb : 8.6% IIIa : 5.2% Mois depuis le diagnostic de cancer du sein : (%) 82.4	l'échelle confirmée par les auteurs; alpha de Cronbach : 0.79 Sentiment d'efficacité personnelle: Une mesure de 18 items (utilisation d'une échelle de Likert, 1 à 5). Validité et fiabilité de l'échelle confirmée par les auteurs; alpha de Cronbach : 0.93 Activité physique auto - reportée: Le questionnaire du programme modèle des activités communautaires de santé pour les seniors : "Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS) questionnaire". Validité et fiabilité de l'échelle confirmée par les auteurs.	L'effet indirect des processus comportementaux sur l'activité physique à travers le sentiment d'efficacité personnelle était significatif (p = 0.04). Ces résultats suggèrent que le sentiment d'efficacité personnelle influence l'activité physique. Chaque item du sentiment d'efficacité personnelle étaient associés positivement et significativement avec l'activité physique (p < 0.05) excepté pour les items suivants: Je suis seul. Je dois faire de l'exercice/sport seul. Je n'ai pas accès un équipement de sport. Je voyage. Ma salle de gym est fermée. Mes amis ne veulent pas que je fasse de l'exercice physique.
Examiner les interrelations entre les processus comportementaux, le sentiment d'efficacité personnelle et l'activité physique chez ces femmes en phase de rémission du cancer du sein.	Suivant un traitement de radiothérapie avant l'étude : 88.2% Suivant un traitement de chimiothérapie avant l'étude : 39.7%		

Ethique :

L'approbation éthique a été obtenue par le conseil de révision institutionnel, et le consentement éclairé écrit de chaque participante recueillie avant leur participation à l'étude.

Recommandations :

La prévalence d'utilisation des processus comportementaux chez les femmes âgées en phase de rémission du cancer du sein est basse, pour presque la moitié des stratégies disponibles. Les professionnels de la santé pourraient donc se révéler être un vecteur logique de tels processus comportementaux.

Les résultats montrent que les femmes âgées en phase de rémission du cancer du sein pourraient être informées du bénéfice de l'activité physique et que le fait d'employer de telles stratégies peut faciliter leur comportement face à l'activité en général et donc augmenter leur confiance liée à l'exercice.

Les résultats montrent que le mécanisme par lequel le sentiment d'efficacité personnelle relié à l'exercice est augmenté se fait au travers des processus comportementaux de changement, suggérant que les interventions ciblées sur l'exercice devraient viser à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle relié à l'exercice en enseignant des compétences comportementales en lien avec l'exercice (inscription dans des groupes de soutien, se fixer des objectifs). Les professionnels de la santé sont des éléments facilitateurs dans ce processus.

Peu de femmes en phase de rémission du cancer du sein ont des amis qui les encouragent à faire de l'exercice avec eux, ou elles ne se joignent pas à eux. Ainsi, les professionnels de la santé pourraient aider à faciliter les comportements axés sur l'activité physique chez les femmes en phase de rémission du cancer du sein en leur enseignant des compétences comportementales (s'inscrire dans un groupe de soutien par exemple).

Limites :

Taille d'échantillon relativement petite, manque de diversité ethnique, utilisation d'un questionnaire d'auto - évaluation sur les comportements liés à l'activité physique.

Référence article : Schulman-Green, D., & Jeon, S. (2015). Managing Cancer Care: a psycho-educational intervention to improve knowledge of care options and breast cancer self-management. <i>Psycho-Oncology</i> , 26, 173-181. doi: 10.1002/pon.4013			
Pays : USA			
Devis et but(s)	Echantillon	Méthode	Résultats
<p><u>Devis :</u></p> <p>Devis avant-après à groupe unique, devis quasi-expérimental (étude mixte), avec un protocole à 2 mois.</p> <p><u>But(s) :</u></p> <p>L'étude teste la faisabilité et l'acceptabilité du Managing Cancer Care (MCC) parmi un échantillon de femmes atteintes de cancer du sein non métastatique (stage I-III).</p>	<p>N = 105 (ayant fait le post test)</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <p>Femmes âgées de 21 ans ou plus, parlant anglais, avec un diagnostic de cancer du sein de stade I, II ou III et un pronostic d'au moins 3 mois.</p> <p><u>Caractéristiques de l'échantillon :</u></p> <p><u>Moyenne d'âge:</u> 52.3 (SD = 10.4)</p> <p><u>Niveau d'éducation:</u> 64.7% collège ou plus</p> <p><u>Mariées :</u> 61.9%</p> <p><u>Caucasiennes:</u> 78.1%</p> <p><u>Stade de cancer du sein :</u></p> <p>Stade I : 20 (19%)</p>	<p>Recrutement des participantes dans une clinique de perfusion de cancer du sein d'un hôpital oncologique. Après la récolte de données du pré-test, l'équipe de recherche a donné aux participantes le MCC et une très brève orientation sur les différents modules.</p> <p>Un mois plus tard, les chercheurs ont appelé les participantes pour vérifier leur utilisation du MCC. La récolte de données du post-test a été prévue 1 mois après le téléphone. Réalisation d'une interview semi-structurée avec chaque participante immédiatement après la récolte de données du post-test. Ces dernières ont dû</p>	<p><u>Caractéristiques démographiques/cliniques:</u></p> <p>Âge avancé associé avec anxiété plus basse mais seulement en contrôlant pour le revenu et l'éducation: (p = 0.0303).</p> <p>Revenu plus élevé significativement corrélé avec une meilleure communication médicale (p = 0.0035) et moins d'incertitude (p = 0.0025) même après contrôle pour l'âge et l'éducation (p = 0.0107).</p> <p>Education associée négativement avec la dépression (p = 0.0396) mais pas significatif après avoir contrôlé pour âge et revenu.</p> <p>Stade III de la maladie associé avec une meilleure connaissance des options de soin (p = 0.0319) et une plus grande incertitude. (p = 0.0139) Ces</p>

<p>L'étude vise à tester l'habilité du MCC à améliorer les résultats primaires de gestion "médicale" (connaissance des options de traitement) et gestion "comportementale" (rôle d'autogestion, compétence en communication du langage médical et la gestion des transitions) et les résultats secondaires de gestion "émotionnelle" (anxiété, dépression, incertitude, sentiment d'efficacité personnelle).</p>	<p>Stade II : 59 (56.2%) Stade III : 26 (24.8%)</p> <p><u>Temps moyen depuis diagnostic initial:</u> 4 mois (SD = 2.5)</p> <p>Toutes les participantes recevaient un traitement.</p>	<p>évaluer chacune les modules du MCC sur le contenu et sur le format (1 à 10).</p> <p><u>Collecte des données démographiques et cliniques suivies de 6 mesures de résultats :</u></p> <p>Le test de connaissance des options de traitement a été validé dans la présente étude.</p> <p>Échelle modifiée (par les auteurs, permission reçue) de préférences de contrôle : pour mesurer les rôles actuels et désirés d'autogestion.</p> <p>Sous-échelle des patients de l'échelle de compétences en communication médicale : pour mesurer la perception des participantes quant à leurs compétences de communication en langage médical.</p> <p>Echelle de mesure des transitions dans le cancer: validée dans cette étude, évaluer</p>	<p>résultats sont restés significatifs après le contrôle du nombre de symptômes ($p = 0.0241$; $p = 0.0094$).</p> <p>Expérimenter plus de symptômes est associé significativement avec une plus grande anxiété ($p < 0.0001$), plus de dépression ($p < 0.0001$), moins de sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.0001$), plus de transitions ($p = 0.0020$) et des gestions des transitions de moins bonne qualité ($p = 0.0063$).</p> <p>Tous ces résultats sont restés significatifs après avoir pris en compte les stades du cancer ($p < 0.01$).</p> <p><u>Corrélations de base entre les résultats:</u></p> <p>Une meilleure connaissance des options de soins est significativement associée avec une meilleure communication du langage médical ($p = 0.0047$), moins d'incertitude ($p = 0.0560$), et moins de transitions ($p = 0.0261$). Une meilleure communication du langage médical</p>
--	--	--	--

<p>Le but est exploratoire et vise à investiguer dans quelle mesure les facteurs démographiques et cliniques diminuent l'intensité des effets du MCC.</p> <p><u>Hypothèse:</u> L'utilisation du MCC peut améliorer le pré-test (avant-après) sur la connaissance des options de soins, le rôle actuel et désiré d'autogestion, la communication en langage médical, la gestion des transitions et le sentiment d'efficacité</p>	<p>le degré/quantité de changements que les femmes ont expérimenté pour des transitions et comment elles géraient chaque changement.</p> <p>Echelle de l'hôpital d'anxiété et de dépression : évaluer l'anxiété et la dépression.</p> <p>Echelle d'incertitude dans la maladie : en regard de la maladie, du pronostic, du traitement.</p> <p>Échelle du sentiment d'efficacité personnelle dans la maladie chronique : mesurer le sentiment d'efficacité personnelle dans l'autogestion du cancer.</p>	<p>significativement associé avec moins d'incertitude ($p = 0.0022$), un plus grand sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.0176$) et une meilleure gestion des transitions ($p = 0.0314$).</p> <p>Expérimenter à la fois plus de transitions et une moins bonne gestion de celles-ci associées avec : plus de dépression ($p = 0.0074$; $p = 0.0005$) et plus d'anxiété ($p = 0.0003$; $p = 0.0006$)</p> <p><u>Changements à travers le temps :</u> Les chercheurs ont observé des améliorations significatives dans la connaissance des options de soins ($p = 0.0005$) et le rôle désiré dans l'autogestion c'est à dire qu'avec le temps, les participantes désiraient un rôle plus actif dans l'autogestion ($p = 0.0177$).</p> <p>Parmi les participantes moins compétentes pour le langage médical à la base (Medical competence scale < 100) : observation d'une amélioration significative de cette communication avec le temps ($p = 0.0449$).</p>
---	---	--

<p>personnelle et réduirait l'anxiété, la dépression et l'incertitude.</p>		<p>Changements dans le sentiment d'efficacité personnelle varient selon stades du cancer: Patientes stades II et III augmentent leur sentiment d'efficacité personnelle, tandis que stade I diminuent leur sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.0413$).</p> <p><u>Associations parmi les changements dans les résultats: entre résultats primaires et secondaires post-intervention et après contrôles des scores de base et des infos démo et cliniques :</u></p> <p>Les compétences en communication à la base sont associées à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (0.056 +/- 0.020).</p> <p>L'expérience de plus de transitions à la base associée à une augmentation de l'anxiété (0.500 +/- 0.182) et une diminution du sentiment d'efficacité personnelle (-0.141 +/- 0.061).</p> <p>Une meilleure gestion des transitions à la base associée à une diminution de l'anxiété (-0.618 +/-</p>
--	--	--

			<p>0.186) et à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. (0.200 +/- 0.068)</p> <p>Une amélioration de la gestion des transitions est associée à une diminution de l'anxiété (-0.542 +/- 0.153), diminution de la dépression (-0.348 +/- 0.170), diminution de l'incertitude (-1.924 +/- 0.512) et une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (0.228 +/- 0.052).</p> <p>Données qualitatives sur tous les modules décrites ailleurs.</p>
<p><u>Ethique :</u> Approbation par le Comité de Recherches Humaines à l'université de Yale.</p> <p><u>Recommandations :</u> MCC peut être utilisé de nombreuses façons dans des contextes cliniques. Les professionnels de la santé (notamment oncologues et infirmières en oncologie) ont souvent des temps limités pour initier des discussions avec les patients sur les modules du MCC. Il est essentiel que les patients reçoivent ce MCC chez leur oncologue ou dans les centres de radiothérapie, ce qui permettrait aux patients de choisir les modules qui les intéressent et d'en discuter ensuite avec les professionnels de la santé. Ou alors, les professionnels de la santé pourraient donner le MCC aux patients comme "devoirs" ce qui pourrait être discuté à la prochaine consultation.</p> <p>Les infirmières ou les assistants sociaux pourraient utiliser le MCC pour structurer des groupes de soutien ou des séances d'éducation thérapeutique.</p> <p>Les professionnels de la santé en soins palliatifs pourraient aussi l'utiliser : avant ou après rdv avec la famille pour renforcer les discussions sur le sujet.</p>			

Le MCC n'est pas spécifique au cancer du sein. Avec peu de modifications, il peut être utilisé pour d'autres populations souffrant de différents cancers et chez des personnes ne souffrant pas de cancer.

Limites :

Devis quasi-expérimental : groupe unique avant-après : Ce genre de devis, avec l'absence d'un groupe de comparaison, le rend vulnérable aux obstacles à la validité interne. Relation cause à effet limitée : Actuellement, le MCC est utilisé dans une essai contrôle pilote randomisé avec une cible visée de 50% de participation minimum et un protocole de 3 mois qui inclut le rapport des résultats des familles et des données sur l'utilisation des soins de santé.

Le manque de changements peut être relié à la courte durée du protocole, car il est plus probable que cela prend plus que 2 mois pour adopter de nouvelles stratégies d'autogestion.

D'autres recherches sont nécessaires pour investiguer si certains aspects de l'autogestion, comme l'anxiété ou la dépression sont des médiateurs ou des modérateurs des autres aspects de l'autogestion.

Le MCC en version imprimée peut être un avantage mais aussi un désavantage dans le sens que dans son format actuel, il n'y a pas d'accès à une application ou une autre plateforme sur internet.

La mesure des résultats reflète l'autoévaluation de l'autogestion des participantes en comparaison à ce qu'elles faisaient réellement : il est nécessaire d'avoir des mesures objectives de l'autogestion et de tester le MCC sur une plus longue période de temps, et avec un échantillon plus large et plus diversifié (incluant des hommes).

SYNTHESE DES RESULTATS

Les résultats ont permis d'identifier des facteurs répondant à la question de recherche "Quels sont les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein pour une meilleure prise en charge infirmière ?"

Les articles traitent de différents types d'études s'adressant à diverses populations de femmes atteintes de cancer du sein, à plusieurs moments de la trajectoire de la maladie. D'une part, des études ont comparé et mis en avant plusieurs types de facteurs facilitant la présence des symptômes, et d'autre part les facteurs favorisant une meilleure autogestion des symptômes chez les femmes. D'autres études ont fait ressortir les types d'interventions favorisant une autogestion des symptômes plus optimale. Ces facteurs sont exposés sous forme de thématiques et ont été reliés par la suite à notre cadre théorique qui est la théorie d'autogestion des symptômes de Hoffman (2013).

Les facteurs identifiés dans les articles sont les caractéristiques des patients, le sentiment d'efficacité personnelle et les types d'interventions. Ils sont exposés comme les thématiques présentées ci-après.

1.1.15 Les caractéristiques des patients

Les caractéristiques des patients sont un facteur prédominant dans les résultats qui ont un potentiel de médiation dans la présence des symptômes et dans l'autogestion de ceux-ci. Ces facteurs sont les suivants : l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, les stades du cancer, le traitement, les symptômes existants, les comorbidités et l'ethnie.

1.1.15.1 Facteurs socio-démographiques

L'âge

Les articles (Huang et al., 2008 ; Schulman-Green et al., 2015 ; Shelby et al., 2013) ont permis de mettre en évidence une relation directe entre l'âge, l'anxiété, et le processus d'autogestion des symptômes. Toutefois, les résultats ne sont pas unanimes sur le sens de cette relation entre l'article de Huang et al. (2008) qui constate qu'un âge avancé va induire davantage de symptômes dépressifs ($p = 0.05$), tandis que l'article de Schulman-Green et al. (2015) met en évidence qu'un âge avancé est associé à une anxiété plus basse ($p = 0.0303$). De plus, Shelby et al. (2013) montrent que l'âge représente un facteur important dans l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, mettant en évidence que plus la moyenne d'âge augmente, plus la valeur du sentiment d'efficacité personnelle est élevée ($p = 0.02$). Ce facteur est donc à prendre en compte mais à adapter en fonction de la situation individuelle de la femme. En effet, Hoffman (2013) met en avant dans son cadre théorique que les caractéristiques des patients, ici l'âge,

sont influencées par - et influencent - les symptômes, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les interventions permettant d'améliorer ce sentiment.

Le revenu

Le revenu est un facteur influençant les symptômes (Huang et al. 2008), l'incertitude et les compétences en communication médicale (Schulman-Green et al. 2015). En effet, Huang et al. (2008) constatent une diminution des symptômes dépressifs chez les patientes ayant un revenu plus élevé. Dans un autre ordre d'idées, un revenu plus élevé est apparu comme facteur favorisant une meilleure communication du langage médical ($p = 0.0035$) avec un effet sur le sentiment d'efficacité personnelle (Schulman-Green et al. 2015). Le revenu représente ainsi un facteur diminuant la présence des symptômes chez les femmes, tout en réduisant l'incertitude et en augmentant les compétences en communication médicale des femmes. De ce fait le revenu est un facteur à considérer pour adapter la prise en charge infirmière. En effet, selon Hoffman (2013), le revenu est considéré comme une caractéristique contextuelle indispensable à prendre en compte dans le processus d'autogestion des symptômes. Le revenu va ainsi influencer positivement les symptômes et le sentiment d'efficacité personnelle des femmes, ce qui va leur permettre une meilleure autogestion de leurs symptômes.

Le niveau d'éducation

Le niveau d'éducation, quant à lui, est un facteur influençant de façon favorable les symptômes, particulièrement la dépression. Autrement dit, plus le niveau d'éducation est élevé, moins les femmes souffriront de symptômes dépressifs ($p = 0.0396$) (Schulman-Green et al., 2015). Le niveau d'éducation représente ici un facteur positif à part entière dans la diminution des symptômes dépressifs, indépendamment des autres facteurs sociodémographiques.

1.1.15.2 Facteurs liés à la maladie

Les stades du cancer

L'article de Huang et al. (2008) indique que plus le stade du cancer est avancé, plus la santé physique ($p = 0.01$), et mentale ($p = 0.05$) diminuent. Paradoxalement, Schulman-Green et al. (2015) avancent un point intéressant sur le lien positif entre le stade de la maladie et le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, à travers le temps, les patientes ayant un cancer de stade II et III augmentent leur sentiment d'efficacité personnelle, alors que les femmes ayant un cancer de stade I présentent un degré de sentiment d'efficacité personnelle moins élevé ($p = 0.0413$). Ceci peut être expliqué par le fait que les femmes souffrant d'un cancer du sein de stade III ont une meilleure connaissance des options de soins

($p = 0.0319$), bien qu'elles soient face à une plus grande incertitude ($p = 0.0139$) (Schulman-Green et al., 2015). Ces résultats sont, par ailleurs, restés significatifs même après avoir pris en compte le nombre de symptômes. Cela laisse donc supposer que le stade de la maladie a une influence notable sur la connaissance des options de soins, malgré le fait que les femmes ressentent plus d'incertitude et expérimentent davantage de symptômes. Un stade avancé de la maladie suggère donc une meilleure confiance des femmes en leurs propres capacités pour adopter des comportements d'autogestion des symptômes. Hoffman (2013) considère le stade de la maladie comme une caractéristique physiologique qui, comme les autres caractéristiques des patients, aura une influence réciproque sur l'ensemble du processus d'autogestion.

Les traitements

Le traitement adjuvant (hormonothérapie) ainsi que le revenu mensuel sont perçus comme des prédicteurs significatifs des symptômes dépressifs chez les femmes atteintes de cancer du sein (Huang et al., 2008). Dans cet article, les femmes sous traitement adjuvant et ayant un revenu bas expérimentent plus de symptômes dépressifs. En somme, le traitement adjuvant, influencé par un facteur significatif, ici un revenu faible, engendre des symptômes psychologiques (dépression) plus importants chez les femmes sous traitement adjuvant que chez les femmes ne suivant pas ce traitement. Ainsi le facteur sociodémographique (revenu) est relié au facteur lié à la maladie (traitement). Le lien avec le cadre théorique (Hoffman, 2013) est explicite, car il met en évidence l'influence réciproque entre les caractéristiques des patients et les symptômes, qui vont avoir une répercussion sur le sentiment d'efficacité personnelle.

Les symptômes existants

Dans l'article de Schulman-Green et al. (2015), une accumulation de symptômes va induire une plus grande anxiété ($p < 0.0001$), plus de dépression ($p < 0.0001$), moins de sentiment d'efficacité personnelle ($p = 0.0001$), plus de transitions ($p = 0.0020$) et une gestion des transitions de moins bonne qualité ($p = 0.0063$) chez les femmes, sans que les stades du cancer n'influencent ces résultats ($p < 0.01$). En d'autres mots, que cela soit à un stade précoce ou avancé du cancer, le fait de présenter de nombreux symptômes simultanément va engendrer des répercussions psychologiques chez la femme et parallèlement, impacter négativement sur sa confiance en ses capacités pour autogérer ses symptômes. L'accumulation de symptômes peut être reliée à la notion de « groupes de symptômes » abordés dans la problématique où ces derniers sont liés tant au cancer qu'aux traitements anticancéreux [traduction libre] (Kenne Sarenmalm et al., 2014). En effet, ces groupes de symptômes apparaissent souvent de façon simultanée dans un contexte de maladie chronique, ce qui induit de lourdes conséquences dans toutes les dimensions

de la femme et donc une péjoration de son état de santé général, rendant l'autogestion des symptômes d'autant plus complexe.

Les comorbidités et l'ethnie

Les comorbidités et l'ethnie apparaissent également comme des facteurs interreliés influençant l'autogestion des symptômes. En effet, les femmes ayant plus de comorbidités sévères ($p = 0.004$) et étant non - Blanches ($p = 0.03$) présentent davantage de symptômes physiques (Shelby et al. 2013). Le cadre théorique (Hoffman, 2013) va dans le même sens en postulant que la présence des symptômes influence le sentiment d'efficacité personnelle pour l'autogestion des symptômes. En tenant compte des résultats et en se basant sur la théorie, il est permis d'avancer que les comorbidités, combinées à l'ethnie, représentent un facteur induisant plus de symptômes physiques chez les femmes et présuppose donc qu'elles auront une moins bonne autogestion de leurs symptômes.

Pour conclure sur les symptômes existants, la théorie d'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013) postule que les symptômes, interprétés selon leur durée, leur intensité, la détresse qu'ils provoquent, leur qualité et leur simultanéité vont influencer d'une part, le sentiment d'efficacité personnelle, et par le fait même, les comportements d'autogestion des symptômes (et vice – versa). D'autre part, ces symptômes sont influencés par les caractéristiques des patients, qui sont physiologiques, psychologiques et contextuelles. Ainsi, les facteurs sociodémographiques et liés à la maladie se retrouvent dans la théorie de Hoffman (2013) sous la forme de caractéristiques des patients.

La présence des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein ainsi que la manière dont elles vont gérer ces symptômes est donc influencée par divers facteurs recensés dans les articles, notamment par les facteurs sociodémographiques et les facteurs reliés à la maladie. Parmi eux, un autre facteur majeur ressort dans plusieurs articles et influence la présence des symptômes ainsi que l'autogestion de ces derniers : ce facteur est le sentiment d'efficacité personnelle.

1.1.16 Le sentiment d'efficacité personnelle

1.1.16.1 Facteur comportemental

Shelby et al. (2013) montrent que la présence de symptômes physiques associés à l'hormonothérapie (douleur, fatigue, bouffées de chaleur, hypersudations nocturnes, névralgie et arthralgie) est influencée par le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, Shelby et al. (2013) constatent que les femmes ayant un sentiment d'efficacité personnelle diminué rapportent des symptômes physiques plus importants ($p < 0.05$). De plus, chez ces femmes, l'augmentation des symptômes physiques est associée à un bien être

fonctionnel ($p < 0.001$) et émotionnel ($p = 0.02$) diminué. À l'inverse, un sentiment d'efficacité personnelle élevé est associé à un plus grand bien être fonctionnel, émotionnel et social ($p < 0.05$) chez les femmes atteintes de cancer du sein. Shelby et al. (2013) mettent ainsi en évidence la relation significative entre les symptômes physiques et le sentiment d'efficacité personnelle : la relation entre les symptômes physiques et le bien-être fonctionnel ($p = 0.009$), ainsi qu'entre les symptômes physiques et le bien-être émotionnel ($p = 0.02$) va dépendre du sentiment d'efficacité personnelle.

Un parallèle peut être fait avec le concept « résultat des performances » issu de la théorie d'autogestion des symptômes. En effet, selon Hoffman (2013), le résultat des performances (fonctionnelles et/ou cognitives) va résulter de l'expérience de l'autogestion des symptômes des femmes, lui-même influencé par le sentiment d'efficacité personnelle, par les caractéristiques des patients et par les symptômes. Ainsi, il semblerait que le sentiment d'efficacité personnelle s'impose ici comme un facteur favorable au processus d'autogestion des symptômes, en ayant un impact positif sur les symptômes physiques d'une part, et sur le bien être des femmes (fonctionnel et émotionnel) d'autre part. Loprinzi et al. (2011) vont dans le même sens en décrivant une association positive et significative du sentiment d'efficacité personnelle avec l'activité physique ($p = 0.03$), en mettant en évidence que le sentiment d'efficacité personnelle possède un rôle de médiateur dans la pratique d'une activité physique ($p = 0.04$) chez les femmes atteintes de cancer du sein. En d'autres mots, un sentiment d'efficacité personnelle élevé à la base favoriserait les comportements d'autogestion des symptômes, car les femmes présentant un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé au départ, semblent plus à même de s'engager dans une activité physique que les femmes présentant un sentiment d'efficacité personnelle plus bas. De plus, les résultats montrent que malgré le fait d'être stressée, d'être déprimée ou anxieuse, les femmes gardent confiance en leurs capacités pour s'engager dans une activité physique ($p < 0.05$) (Loprinzi et al., 2011).

Toutefois, dans certaines situations, le sentiment d'efficacité personnelle n'a pas suffisamment d'impact pour que les femmes entreprennent une activité physique. C'est le cas, selon Loprinzi et al. (2011), lorsqu'elles se retrouvent seules, que leurs amis ne les soutiennent pas ou encore par manque d'organisation. Les infirmières auraient ici un rôle important dans l'accompagnement de ces femmes, notamment en planifiant des exercices physiques en partenariat avec les femmes atteintes de cancer du sein, afin de renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle et donc leur autogestion des symptômes.

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle semble être un facteur influençant positivement l'engagement des femmes dans une activité physique mais paraît également avoir un rôle modérateur dans la présence des symptômes, en les diminuant. De plus, il est lui-même influencé par certaines caractéristiques des patients, telle qu'une bonne communication des femmes dès le départ (Schulman-Green et al., 2015). Hoffman (2013) postule que le sentiment d'efficacité personnelle va influencer les

interventions permettant d'améliorer ce sentiment, au travers d'expériences de maîtrise directe (en exerçant une activité physique notamment).

De plus, Hoffman (2013) insiste sur le fait que les caractéristiques des patients (physiologiques, psychologiques et contextuelles) nécessitent d'être évaluées de manière rigoureuse par l'infirmière, afin de cibler les interventions réalisables pour la personne en fonction de ses besoins et de ses ressources. L'élaboration d'un projet de soin réaliste et individualisé permet ainsi d'éviter une surestimation des capacités, ici de la femme atteinte de cancer du sein, en limitant le risque de diminuer son sentiment d'efficacité personnelle. En reprenant les caractéristiques recensées dans les études, il est donc fortement envisageable que l'âge, l'ethnie, les comorbidités, le revenu, le niveau d'éducation, les traitements, le stade de la maladie et les symptômes existants représentent des facteurs favorisant d'une part la présence des symptômes physiques et psychologiques chez les femmes atteintes de cancer du sein. D'autre part, ils sont considérés comme des facteurs impactant sur la manière dont les femmes vont gérer leurs symptômes. Ces facteurs semblent alors primordiaux à considérer, dans le processus d'autogestion des symptômes. Selon Hoffman (2013), les caractéristiques des patients vont influencer et ce réciproquement, le sentiment d'efficacité personnelle pour l'autogestion des symptômes, les interventions perçues comme améliorant ce sentiment, les symptômes, ainsi que le résultat des performances tant fonctionnelles que cognitives.

1.1.17 Les types d'interventions

Les types d'interventions peuvent être considérés comme des facteurs importants dans l'autogestion des symptômes. En effet, pour mieux cibler les interventions il convient de cerner celles qui sont les plus à même de favoriser une meilleure autogestion des symptômes. Cela nécessite donc une adaptation des interventions aux symptômes vécus par les femmes. L'article de Loprinzi et al. (2011) met déjà en avant l'impact positif du sentiment d'efficacité personnelle dans l'engagement des femmes à entreprendre une activité physique. En partant d'un autre angle, Blacklock et al. (2008), Carpenter et al. (2012) et Schulman-Green et al. (2015) constatent que les symptômes psychologiques tels que l'incertitude, la dépression et l'anxiété se voient influencés par différents types d'interventions : physique ou psycho-éducatifs.

1.1.17.1 Intervention de type psychologique

L'article de Carpenter et al. (2012) décrit une intervention de gestion de stress comportementale cognitive sous forme de module en ligne pour des femmes atteintes de cancer du sein à un stade précoce. Carpenter et al. (2012) ont comparé les effets pour la condition (le fait d'appartenir au groupe "intervention" ou au groupe "contrôle") et ont constaté que l'effet principal de la condition était significatif pour le sentiment d'efficacité personnelle pour la gestion du cancer ($p = 0.019$) et la gestion

de la mauvaise humeur ($p = 0.007$). En d'autres mots, le bénéfice de l'intervention a pu être mis en évidence, car le sentiment d'efficacité personnelle pour gérer le cancer et la mauvaise humeur étaient plus élevés dans le groupe "intervention" que dans le groupe "contrôle" ($p < 0.05$). De plus, les symptômes post-traumatiques liés au cancer ont diminué à la semaine dix dans le groupe "intervention", mais pas dans le groupe "contrôle". Ces symptômes post – traumatiques sont décrits par Carpenter et al. (2012) comme : l'évitement, l'hypervigilance et les pensées intrusives. Le groupe qui a pu tester l'intervention dès le début de l'étude a donc montré des niveaux de sentiment d'efficacité personnelle plus élevés, ainsi que des symptômes post - traumatiques diminués en comparaison au groupe "contrôle" qui a seulement eu accès au module en ligne dix semaines après. L'intervention, ici de type psychologique, semble être un facteur favorable à l'autogestion des symptômes, par l'intermédiaire d'une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle des femmes atteintes de cancer du sein.

1.1.17.2 Intervention de type physique

Du point de vue de Blacklock et al (2008), c'est l'activité physique qui est considérée comme un facteur prépondérant dans l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et dans la diminution de l'anxiété. Les chercheurs (Blacklock et al. 2008) ont en effet constaté, qu'à travers la période d'exercice, le sentiment d'efficacité personnelle augmente ($p < 0.01$) et que l'anxiété diminue ($p < 0.01$), sans changement significatif entre le groupe de femmes en rémission d'un cancer du sein et les femmes n'ayant pas eu de cancer. Ce résultat positionne, d'une part, l'activité physique comme un facteur nécessaire à considérer dans une optique d'amélioration de l'autogestion des symptômes par l'intermédiaire de l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et de la diminution de l'anxiété. Par ailleurs, ce résultat soulève une hypothèse de généralisation de l'activité physique à d'autres populations souffrant de maladie chronique, étant donné qu'il n'existe pas de différence entre le groupe de femmes atteintes de cancer du sein et les femmes ne souffrant pas de cette maladie.

1.1.17.3 Intervention de type psycho – éducationnel

Les interventions de type psycho-éducatif permettent aux femmes de mieux gérer l'anxiété, la dépression et l'incertitude liée aux transitions qu'elles expérimentent. Ces transitions sont des périodes de changements incontournables et font partie intégrante du quotidien de la femme atteinte de cancer du sein, qui subit d'importantes modifications durant la trajectoire de la maladie. Le type d'intervention psycho-éducative permet parallèlement aux femmes d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle. En effet, selon Schulman-Green et al (2015), lorsque les femmes expérimentent davantage de transitions, elles constatent être plus anxieuses et voient leur sentiment d'efficacité personnelle diminuer. Par ailleurs, l'intervention de type psycho-éducatif contribue à une amélioration significative dans la connaissance des options de soins des femmes ($p = 0.0005$) et dans leur rôle désiré dans l'autogestion des symptômes. Autrement dit, avec le temps, les participantes désirent un rôle plus actif dans l'autogestion ($p = 0.0177$), car elles possèdent une meilleure connaissance des options de

soins et, semblerait-il aussi, une meilleure emprise sur leur cancer. Ces résultats laissent croire que le temps peut être considéré comme un facteur dans l'intervention de type psycho-éducationnelle.

Ainsi, il existe plusieurs types d'interventions permettant d'améliorer le processus d'autogestion des symptômes. Un des concepts majeurs de la théorie d'Hoffman (2013) englobe les interventions permettant d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. En allant plus loin, Hoffman (2013) met en évidence quatre grandes sources d'informations relatives aux croyances liées au sentiment d'efficacité personnelle, notamment : les expériences de maîtrise directe, les expériences de maîtrise indirectes, les influences sociales et les états physiologiques et psychologiques (Hoffman, 2013, p.4; Richard & Shea, 2011, p.259). Des références aux expériences de maîtrises directes peuvent être faites avec l'activité physique (Blacklock et al., 2008), une meilleure connaissance des options de soins (Schulman-Green et al., 2015) et la gestion de stress comportementale de Carpenter et al., 2012. L'activité physique peut, par ailleurs, être apparentée aux expériences indirectes de maîtrise selon Hoffman (2013) : le fait d'observer d'autres femmes effectuer un exercice physique pourrait renforcer la confiance d'une femme en ses capacités. Il en va de même pour la persuasion verbale qui passe, entre autres, par l'encouragement mutuel et le partage d'expériences. L'interprétation des états physiologiques et psychologiques (Hoffman, 2013, p.4; Richard & Shea, 2011, p.259) a été abordée dans l'article de Carpenter et al. (2012), où les participantes avaient la possibilité d'échanger à propos de leurs ressentis personnels sur une plateforme de discussion en ligne, bénéficiant ainsi d'expériences de maîtrise indirectes et potentiellement de persuasion verbale, en gagnant ainsi confiance en leurs capacités personnelles.

À l'issue de la synthèse des résultats, plusieurs facteurs apparaissent comme influençant l'ensemble du processus d'autogestion des symptômes, en ayant un impact sur plusieurs concepts de la théorie d'Hoffman (2013) tels que les symptômes, les caractéristiques des patients, le sentiment d'efficacité personnelle et les types d'interventions permettant d'augmenter ce sentiment. Le cadre théorique a permis de structurer et de mettre en évidence l'interrelation entre les facteurs issus des articles et les concepts théoriques. Cela a ainsi guidé et affiné notre réflexion sur l'organisation et la prise en charge infirmière centrée sur l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, à différents stades de la maladie. La discussion portera sur les implications concrètes de ces facteurs dans la prise en charge de la maladie et le soutien à l'autogestion des symptômes.

DISCUSSION

La finalité de ce travail a été de mettre en évidence les facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes souffrant de cancer du sein. Les facteurs recensés dans les articles ont pu aisément être interprétés avec la théorie de l'autogestion des symptômes d'Hoffman (2013), car ils s'apparentent eux-mêmes aux concepts de ce cadre théorique. Les résultats et le cadre théorique ont permis de mettre en évidence des facteurs qui influencent considérablement, d'une part la présence des symptômes et d'autre part leur autogestion, ainsi que les interventions qui soutiennent l'autogestion.

La théorie de l'autogestion des symptômes d'Hoffman (2013) indique qu'une autogestion des symptômes optimale ne peut être atteinte que si le projet de soin est individualisé et créé en collaboration avec le patient. Pour ce faire, le rôle de l'infirmière paraît primordial, car il est de la responsabilité infirmière d'accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques, comme le cancer, en prenant en compte leurs caractéristiques. De plus, comme le rappelle la théorie d'Hoffman (2013), il est primordial de considérer les caractéristiques des patients atteints de maladies chroniques, et ce pendant toute la durée de la maladie, afin de constituer un projet de soin personnalisé, adapté en tout temps. Pour rappel, les caractéristiques des patients influencent l'ensemble du processus d'autogestion des symptômes et apparaissent donc comme des facteurs importants à considérer.

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, il apparaît comme un prérequis pour une meilleure autogestion des symptômes mais d'un autre côté, les femmes ayant à la base un niveau de sentiment d'efficacité personnelle élevé présentent moins de symptômes dès le début de la maladie. Une question se pose alors à ce stade de notre travail avec une implication possible pour la pratique clinique : *Les femmes réussissent-elles mieux à gérer leurs symptômes ou bien leurs symptômes sont-ils diminués dès le départ grâce à leur sentiment d'efficacité personnelle ?* Autrement dit, soit le sentiment d'efficacité personnelle permet aux femmes de mieux gérer leurs symptômes, soit ce sentiment prévient l'apparition des symptômes. Bien que le sentiment d'efficacité personnelle soit un état acquis et vécu par la personne, il n'en reste pas moins qu'il doit être appris et travaillé. C'est pourquoi les interventions infirmières ont un rôle central, pour guider la personne, afin de lui permettre d'évaluer elle-même son efficacité personnelle et de développer des réelles stratégies d'autogestion (Hoffman, 2013).

Au vu de nos résultats, il paraît évident qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé permet effectivement une meilleure autogestion des symptômes, donc hypothétiquement une diminution des symptômes à la base. Le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur qui peut être travaillé et développé en partenariat avec les femmes atteintes de cancer du sein. Les interventions infirmières devraient-elles dès lors s'articuler systématiquement autour du sentiment d'efficacité personnelle ? Ce

type de prise en charge pourrait être une amorce efficace pour promouvoir l'autogestion des symptômes chez les personnes atteintes de cancer.

Actuellement au CHUV, certaines infirmières sont spécialisées dans la prise en soin des femmes atteintes de cancer du sein. Ces infirmières cliniciennes référentes portent le nom de *breast care nurse* (BCN) (CHUV, 2018e). En effet, leur rôle s'articule autour de l'accompagnement des femmes atteintes de cancer du sein et de leurs proches, dès l'annonce du diagnostic jusqu'à trois mois après la fin des interventions et traitements. En outre, elles interviennent systématiquement à la demande des patientes en leur apportant soutien et informations, afin d'assurer un suivi global qui réponde individuellement à leurs besoins.

Les compétences spécifiques propres à ces infirmières en font des piliers dans le suivi global de toute femme souffrant d'un cancer du sein, de par la prise en soin individualisée à chaque patiente. Outre leurs compétences en oncologie, elles possèdent également des connaissances dans d'autres domaines, tels que la chirurgie, la sexologie et la psychologie. Parallèlement, les *breast care nurse* sont responsables de prendre contact avec tout service d'aide, notamment la Ligue contre le cancer, afin d'offrir aux femmes un soutien régulier basé sur leurs besoins et leurs attentes spécifiques (CHUV, 2018e).

Dans une optique d'autogestion des symptômes, les *breast care nurse* apparaissent donc comme primordiales, afin de cibler et d'adapter leurs interventions dans l'accompagnement des femmes atteintes de cancer du sein. Comme nous l'avons vu, chaque femme possède des capacités différentes pour gérer ses symptômes et sa maladie, de par plusieurs facteurs. C'est pourquoi il est indispensable de démarrer chaque prise en soin en considérant pleinement, les limites, ressources et besoins de ces femmes. Dans cette optique, l'infirmière n'adopte alors pas un rôle de suppléante mais bien celui d'accompagnatrice et de conseillère, où la patiente reste l'actrice principale de sa prise en soin.

Bien que les articles exploités dans ce travail semblent davantage centrés sur les symptômes psychologiques des femmes (anxiété, dépression et incertitude), les interventions qu'ils ont décrites varient dans leurs approches, autant physiques que psychologiques. Les interventions de type physique, tout comme celles de type psycho-éducatif, ont une influence bénéfique au niveau psychologique. Cela signifie qu'une intervention, même ciblée sur l'aspect physique, aura une influence générale pour l'autogestion des symptômes chez la femme atteinte de cancer du sein. Cette donnée pourrait indiquer des pistes sur les types d'intervention à proposer pour une meilleure prise en charge infirmière. Evidemment, le type d'intervention doit prendre en compte les caractéristiques des patients/tes et leur sentiment d'efficacité personnelle à la base. Par exemple, il serait utile de faire une évaluation initiale des caractéristiques des femmes atteintes de cancer du sein et de leur sentiment d'efficacité personnelle.

En effet, cela permettrait de personnaliser davantage les interventions infirmières dès le début de la prise en charge.

Les résultats centrés sur l'autogestion des symptômes et directement liés aux interventions infirmières étaient relativement rares, et nous ont donné un nombre de résultats limité. C'est pourquoi nous avons ciblé nos recherches sur les facteurs favorisant une autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, afin de permettre une ouverture par la suite sur l'organisation et la prise en charge infirmière possible. Les types d'interventions que nous avons relevés comme facteurs favorisant une autogestion des symptômes (physique, psycho-éducatrice) ont été testés en partenariat avec les femmes atteintes de cancer du sein. Les résultats reflétaient parfois uniquement l'autoévaluation des femmes et donc leurs propres perceptions. En effet, les chercheurs n'avaient pas toujours de regard objectif sur ce que les femmes avaient réellement fait. Cela pourrait donc constituer un biais dans la généralisation de nos résultats (biais à la validité externe).

Malgré un cadre théorique récent et peu d'interventions faites sur ce sujet, notre travail présente une force intéressante. En effet, la majorité de nos études (de type corrélationnel) ont pu mettre en évidence différents facteurs permettant d'élargir notre réflexion sur les interventions infirmières possibles et leurs bénéfices pour les femmes atteintes de cancer du sein.

La généralisation des résultats est limitée pour différentes raisons : premièrement, la majorité des femmes dans les articles est caucasienne, ce qui amène à un manque de diversité ethnique et donc à une représentativité amoindrie. De plus, la variabilité des traitements anticancéreux et des stades de la maladie cancéreuse ne permet pas de généraliser les résultats à un type de population en particulier. En effet, les populations à l'étude souffrent de cancer à des stades variés et suivent des traitements différents. Certains échantillons sont également composés de femmes en phase de rémission du cancer du sein. La moyenne d'âge des populations à l'étude dans les articles (Blacklock et al., 2008 ; Carpenter et al., 2012 ; Huang et al., 2010 ; Loprinzi et al., 2011 ; Schulman-Green et al., 2015 ; Shelby et al., 2013) variait de 50.9 à 71.5 ans. Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser les résultats à une population de femmes plus jeunes. Toutefois, dès la rédaction de notre question de recherche, nous avons pris ce critère en considération. Au niveau de la méthodologie, les auteurs ont recruté les participantes de diverses manières : directement dans les services d'oncologie ambulatoire (Shelby et al., 2013 ; Huang et al., 2008 ; Blacklock, 2008, Schulman-Green et al. 2015) ou par exemple dans des registres publiques ou des associations communautaires (Carpenter, 2012 ; Loprinzi, 2011).

Il nous paraît important de considérer la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, spécifiquement le cancer du sein dans ce travail. L'infirmière agit en tant que collaboratrice au même niveau que la patiente, elle - même experte de sa

situation (Hoffman, 2013). Grâce à la mise en évidence des facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, des pistes pour d'éventuelles futures interventions infirmières généralisées aux pathologies de type oncologique peuvent être développées.

Comme l'indique le plan d'études cadre de la filière de formation en Soins infirmiers de la Haute Ecole Spécialisée de la Suisse occidentale [HES - SO] (2012), un/e infirmier/ère niveau Bachelor exerce divers rôles. Dans un contexte d'affection chronique tel que le cancer du sein, le rôle de promoteur/promotrice de la santé fait appel à des compétences spécifiques mobilisables dans l'optique d'améliorer l'autogestion des symptômes chez les patientes. L'infirmière, grâce à ses compétences, collabore avec les patients et les proches pour développer des plans de soins et des "stratégies éducatives" (HES - SO, 2012, p. 23). Cela fait écho au cadre théorique (Hoffman, 2013) en renforçant l'importance de guider la personne dans l'évaluation de son sentiment d'efficacité personnelle et des actions qu'elle peut entreprendre, dans une finalité d'autogestion des symptômes.

Les infirmières en oncologie doivent sans cesse développer des compétences en matière de promotion de la santé. Une compétence clé est le soutien aux individus et aux communautés « dans leur investissement pour leur qualité de vie » (HES - SO, 2012, p.27). Le rôle de promoteur/promotrice de la santé promeut selon nous le développement de l'autogestion des symptômes, et encourage les patients et leurs proches à « utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible » (HES - SO, 2012, p.27). Cet aspect du rôle infirmier fait référence de manière explicite à la théorie de l'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013). Le fait que l'infirmière encourage les patients et leurs proches à entreprendre des actions, en fonction de leur propre jugement et avec les moyens qu'ils ont à disposition est un élément encourageant le développement du sentiment d'efficacité personnelle. Ces actions et l'utilisation de moyens disponibles sont comparables aux interventions perçues comme augmentant le sentiment d'efficacité personnelle (Hoffman, 2013). Les actions entreprises font écho aux comportements d'autogestion, auxquels l'infirmière doit porter une attention particulière afin d'adapter son rôle en fonction des besoins des patients. Cette dimension est importante dans le cadre d'une prise en charge ayant pour objectif l'augmentation de l'autogestion des symptômes, car les patients doivent apprendre à développer une autonomie liée à leur maladie chronique en partant de leurs connaissances et comportements déjà mis en place (Hoffman, 2013).

L'exemple d'un type d'intervention présenté dans notre synthèse pourrait, selon nous, être adapté et généralisé en tant qu'intervention infirmière. En effet, ce type d'intervention psycho-éducatif mériterait, selon nous, une attention particulière de par ses effets bénéfiques chez les femmes atteintes de cancer du sein. Le personnel infirmier pourrait utiliser une telle intervention afin de structurer des séances d'éducation thérapeutique ou des groupes de soutien dans un contexte de soins ambulatoires.

Des recherches futures sur les différents types d'interventions infirmières visant à augmenter l'autogestion des symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein, et plus généralement dans un contexte de maladie chronique, pourraient être favorables à la pratique des soins infirmiers dans notre contexte socio – sanitaire.

En Suisse, les maladies chroniques touchent 2,2 millions de personnes, avec un coût matériel en 2011 dépassant les 51 milliards de francs. (OBSAN, 2015). De plus, il s'avère que « plus les niveaux d'éducation, de revenus et de statut professionnel sont bas, plus le risque d'affections chroniques est élevé. » (OBSAN, p.21). Cette donnée place les maladies chroniques comme un problème de santé majeur en Suisse en démontrant leur relation avec les facteurs influençant l'autogestion des symptômes, ici les caractéristiques sociodémographiques, faisant référence à notre cadre théorique (Hoffman, 2013). Notre travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie et non pas d'augmentation du nombre d'années à vivre, tout en faisant face aux problèmes de financement des réformes en politique sanitaire (OBSAN, 2015).

Nous émettons l'hypothèse, au vu de la situation socio-sanitaire actuelle en Suisse et des points avancés dans notre travail, que les interventions centrées sur l'autogestion des symptômes seraient, à long terme, profitables au système de santé helvétique. De plus, elles pourraient s'accompagner d'une réduction des coûts de la santé au travers de la responsabilisation des personnes malades, en les incitant à une meilleure autogestion de leurs pathologies.

Une prise en charge efficace de la maladie chronique nécessite une implication des personnes malades, et l'OBSAN (2015) précise qu'une « part importante du processus d'intégration de la maladie réside dans l'autogestion du malade, dans son aptitude à développer une stratégie lui permettant de maîtriser son mal comme il gère ses activités et ses obligations quotidiennes, et à ajuster celles-ci à l'évolution de celui-là » (p.22). De ce fait, la mise en place et le perfectionnement d'interventions centrées sur une autogestion des symptômes sont bénéfiques, non seulement pour les femmes atteintes du cancer du sein mais également pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Il est important de préciser que pour élargir une telle prise en charge aux autres maladies chroniques, il s'agira de mettre en place des interventions adaptées à chaque type de maladie.

CONCLUSION

Le cancer du sein et ses traitements représentent une réelle problématique socio-sanitaire de par leur incidence et leurs impacts multidimensionnels. Cette affection chronique oblige les personnes qu'elle atteint à subir une modification drastique de leur vie quotidienne.

Cette revue de littérature a permis d'identifier différents facteurs ayant un impact sur l'autogestion d'une maladie chronique, qui est ici le cancer du sein. Ces facteurs peuvent également avoir une influence sur la présence des symptômes liés à ce type de cancer et ses traitements.

Finalement, ce travail participe à la mise en évidence d'éléments pour guider la prise en charge et le développement d'interventions infirmières optimales grâce à l'articulation des résultats issus des articles avec la théorie de l'autogestion des symptômes (Hoffman, 2013). En effet, les facteurs (caractéristiques des patients, sentiment d'efficacité personnelle et types d'interventions) ressortis des articles ont pu être mis en relation avec les concepts du cadre théorique.

En conclusion, nous estimons que ces interventions peuvent apporter une valorisation du rôle infirmier dans la prise en charge des patients chroniques, car le métier d'infirmière est unique dans le sens où il apporte une proximité prolongée entre soignant et soigné. Ce rôle central pourrait permettre à l'infirmière de détecter prématurément des facteurs favorisant l'autogestion des symptômes chez ses patients. Il serait donc, selon nous, de la responsabilité des infirmières de saisir cette opportunité afin de se mettre au même niveau que les patients pour créer un véritable partenariat basé sur des objectifs de soins élaborés en collaboration.

LISTE DE REFERENCES

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentie-Hall
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New-York, Amérique: Freeman
- Blacklock, R., Rhodes, R., Blanchard, C., & Gaul, C. (2008). Effects on Exercise intensity and self-efficacy on state anxiety with breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*. Vol. 37, n°2. 206-212.
- Brédart, A., & Dolbeault, S. (2005). Evaluation de la qualité de vie en oncologie: I- Définitions et objectifs. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. Numéro 1. 7-11. DOI 10.1007/s10332-005-0047-5
- Carpenter, K. M., Stoner, S. A., Schmitz, K., McGregor, B. A., Doorenbos, A. Z. (2012). An online stress management workbook for breast cancer. *J Behav Med* 37:458–468. doi: 10.1007/s10865-012-9481-6
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2014). Les traitements médicamenteux du cancer du sein. Repéré à http://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cse/documents/2.se_oncomed_general.pdf
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018a). Centre du sein : Le parcours de soins. Repéré à <http://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/le-parcours-de-soins/>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018b). Centre du sein : La chirurgie. Repéré à <http://www.chuv.ch/centredusein/cse-patients-cancer-traitements-chirurgie.htm>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018c). Chimiothérapie. Repéré à http://www.chuv.ch/oncologie/onc_home/onc-patients-familles/onc-maladie-et-traitements/onc-la_maladie_et_ses_traitements_les_traitements/onc-maladie-et-traitements-chimiotherapie.htm
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018d). Centre du sein: La radiothérapie. Repéré à <http://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/les-traitements/la-radiotherapie/>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018e). Centre du sein : L’infirmière clinicienne référente. Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/le-centre-en-bref/notre-equipe/linfirmiere-clinicienne-referente-pour-le-cancer-du-sein/>

Daly-Schweitzer, N. (2008). *Cancérologie clinique*. Paris, France: Elsevier Masson

De Jong, N., Courtens, A-M., Abu Saad, H-H., & Schouten, H-C. (2002). Fatigue in Patients With Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Review of the Literature. *Cancer Nursing*, Vol. 25, No. 4, 283-297.

Desai, K., Mao, J. J., Su, I., DeMichele, A., Li, Q., Xie, S. X., & Gehrman, P. R. (2012). Prevalence and risk factors for insomnia among breast cancer patients on aromatase inhibitors. *Support Care Cancer* 21, 43–51. doi:10.1007/s00520-012-1490-z

Haute Ecole Spécialisée de la Suisse occidentale [HES - SO]. (2012). Plan d'études cadre - Bachelor 2012 - Filière de formation en Soins infirmiers. Repéré à [http://www.hesav.ch/docs/default-source/relations-internationales-docs/formation-de-base-docs/si_plan_etudes_cadre_bachelor_2012.pdf?sfvrsn=2](http://www.hesav.ch/docs/default-source/rerelations-internationales-docs/formation-de-base-docs/si_plan_etudes_cadre_bachelor_2012.pdf?sfvrsn=2)

Hoda, D., Perez, D-G., Loprinzi, C-L. (2003). Hot Flashes in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal*, Volume 9, Number 5, 431– 438.

Hoffman, A. J. (2013). Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nurs.* 1-19. doi:10.1097/NCC.0b013e31824a730a

Huang, C-Y., Guo, S-E., Hung, C-M., Shih, S-L., Lee, L-C., Hung, G-C, Huang, S-H. (2008). Learned Resourcefulness, Quality of Life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. Vol. 37, No.4, July 2010, *Oncology Nursing Forum*.

Institut National du Cancer. (n.d. a.) Le cancer du sein: Points clés. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>

Institut National du Cancer. (n.d. b). Les maladies du sein. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein>

Institut National du Cancer. (n.d. c.). Traitements. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>

Institut National du Cancer. (n.d. d). Hormonothérapie. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>

- Jassim, G.A., Whitford, D.L., Hickey, A., & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5*. 1-110. doi: 10.1002/14651858.CD008729.pub2
- Jordan, K., Schaffrath, J., Jahn, F., Mueller-Tidow, C., & Jordan, B. (2014) Neuropharmacology and Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients with Breast Cancer. *Breast Care, 9*, 246–253. doi :10.1159/000366300
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol, 27*, 108-113. DOI 10.1007/s12032-009-9181-4
- Kenne Sarenmalm, E., Browall, M., & Gaston-Johansson, F. (2014). Symptom Burden Clusters: A Challenge for Targeted Symptom Management. A Longitudinal Study Examining Symptom Burden Clusters in Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, vol.47, 4*, 731-741. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.012>
- Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. (2014). “Cancer changes everything!” Exploring the lived experience of women with metastatic breast cancer. *International Journal of Palliative Nursing, Vol 20, N°7*, 334-342.
- La ligue contre le cancer. (2015). Effets indésirables des traitements contre le cancer du sein. Repéré à <https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein/#8>
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-rang theory of unpleasant symptoms: An update. *Adv Nurs Sci, 19*, 14-27.
- Li, J., Gao, W., Yu, L-X., Zhu, S-Y., & Cao, F-L. (2016). Breast-related stereotype threat contributes to a symptom cluster in women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing, 26*, 1395–1404, doi: 10.1111/jocn.13698
- Ligue contre le cancer. (n.d.). La chirurgie (opération). Repéré à <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/traitements/la-chirurgie-operation/>
- Loprinzi, P. D., Cardinal, B. J (2011). Self-efficacy mediates the relationship between behavioral processes of change and physical activity in older breast cancer survivors. *Breast Cancer (2013) 20*:47–52. doi : 10.1007/s12282-011-0298-x

- Marshall-McKenna, R., Morrison, A., Stirling, L., Hutchison, C., Rice, A. M., Hewitt, C., Paul, L., Rodger, M., Macpherson I. R., McCartney, E. (2015). A randomised trial of the cool pad pillow topper versus standard care for sleep disturbance and hot flushes in women on endocrine therapy for breast cancer. *Support Care Cancer*, 24, 1821–1829. doi:10.1007/s00520-015-2967-3
- Nicolleau-Petit, V. (2009). Les séquelles psychoaffectives après le traitement d'un cancer du sein. *La lettre du Sénologue.*, n°44. 31-33.
- Odermatt, R., Wolfer, A., & Zaman, K. (2013). Hormonothérapie dans le cancer du sein: efficacité et effets adverses. *Revue médicale suisse*, numéro 9, 1090-1094.
- Observatoire Suisse de la Santé (2015). *La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015.* Repéré à https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2014). Cancer Country Profile - Switzerland. Repéré à http://www.who.int/cancer/country-profiles/che_en.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Cancer : Principaux faits:* Auteur. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
- Phligbua, W., Pongthavornkamol, K., Knobf, T.M., Junda, T., Viwatwongkasem, C., & Srimuninnimit, V. (2013). Symptom Clusters and Quality of Life in Women with Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy. *Volume 17, no 3.* 249-267.
- Rabin, E. G., Heldt, E., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 53–57. doi: 10.1016/j.ejon.2007.06.003
- Richard, A-A., Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43:3, 255–264. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Rottmann, N., Dalton, S.O., Christensen, J., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Qual Life Res.* 827-836. DOI 10.1007/s11136-010-9653-1

- Saglier, J., Beuzeboc, P., Pommeyrol, A., & Toledano, A. (2009). *Cancer du sein : Question et réponses au quotidien*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Schulman-Green, D., & Jeon, S. (2015). Managing Cancer Care: a psycho-educational intervention to improve knowledge of care options and breast cancer self-management. *Psycho-Oncology*, 26, 173-181. doi: 10.1002/pon.
- Shelby, R. A., Edmond, S. N., Wren, A. A., Keefe, F. J., Peppercorn, J. M, Marcom, P. K, Blackwell, K. L., & Kimmick, G. G. (2013). Self-efficacy for coping with symptoms moderates the relationship between physical symptoms and well-being in breast cancer survivors taking adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer* (2014) 22:2851–2859. doi:10.1007/s00520-014-2269-1
- Société canadienne du cancer. (2018a). Cancer du sein chez l'homme. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/breast-cancer/breast-cancer-in-men/?region=on>
- Société canadienne du cancer. (2018b). *Anémie*. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/anemia/?region=qc>
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, volume 45, 355-361.

BIBLIOGRAPHIE

- Brettes, J – P., Marthelin, C., Gairard, B., Bellocq, J – P. (2007). *Cancer du sein*. Issy – les – Moulineaux, France : Elsevier Masson SAS.
- Lewis, S., Willis, K., Yee, J., Kilbreath, S. (2016). Living Well? Strategies Used by Women Living With Metastatic Breast Cancer. *Qualitative Health Research*, Vol. 26 (9) 1167–1179. doi : 10.1177/1049732315591787
- Goldberg, J., Hinchey, J., Feder, S., Schulman-Green, D. (2016). Developing and Evaluating a Self - Management Intervention for Women With Breast Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 38(10) 1243–1263. doi: 10.1177/0193945916650675.
- Marieb, E. N., & Hoen, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines (9^{ème} éd., version française)*. Montréal (Québec), Canada : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Marolla, M., & Guérin, R. (2006). *Oncologie et soins infirmiers (3^{ème} éd.)*. Rueil – Malmaison, France : Éditions Lamarre.
- Speck, R. M, DeMichele, A., Farrar, T. J., Hennessy, S., Mao, J. J., Stineman, M. G., Barg, F. K. (2012). Scope of symptoms and self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients. *Support Care Cancer* 20:2433–2439. doi : 10.1007/s00520-011-1365-8

