



LE RÔLE INFIRMIER DANS LES SOINS DE SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN

ROCHAT Delphine

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : Mme SOBRAL Gina

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU À LAUSANNE EN 2023 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

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

Hes·so

Résumé

Titre – Le rôle infirmier dans les soins de santé sexuelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Contexte – Le cancer du sein est le plus présent chez les femmes dans le monde et également en Suisse. La tumeur cancéreuse mammaire ainsi que ses traitements pharmacologiques ou chirurgicaux créent de multiples effets indésirables dans de nombreux domaines, pour les patientes. Un des domaines particulièrement affectés par ses effets non désirés est celui de la sexualité qui a un impact direct sur la qualité de vie de ses femmes. En tant que professionnel.le de la santé, il est primordial de prendre en compte la santé sexuelle des patientes atteintes d'un cancer du sein afin de leur proposer une prise en charge globale.

Objectif – Le but de cette revue de littérature est d'identifier les interventions infirmières pouvant être mises en place pour maintenir la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Méthode – Revue de littérature de six articles, effectuée à l'aide de deux bases de données : CINAHL et PubMed. Les résultats de ces études ont été analysés à l'aide de la grille de Fortin & Gagnon (2016). Puis, ils ont été mis en perspective en se servant du cadre théorique de la théorie de gestion des symptômes (Eicher et al., 2013).

Résultats – La prise en considération de la santé sexuelle des femmes touchées par une maladie oncologique mammaires est nécessaire. Les interventions proposées pour les difficultés sexuelles rencontrées par ces femmes ont montré des résultats positifs en particulier sur la fonction sexuelle.

Discussion – Les résultats démontrent l'importance des interventions infirmières dans le domaine de la sexualité pour les femmes touchées par un cancer du sein.

Mots-clés – Cancer du sein, oncologie, soins infirmiers, rôle infirmier, interventions infirmières, santé sexuelle, sexualité, fonction sexuelle.

Avertissements

La rédaction, les prises de position, et les conclusions de ce présent travail n'engagent que la responsabilité de son auteure et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du jury ou de la directrice du travail de Bachelor.

J'atteste avoir réalisé seule ce travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles mentionnées dans la liste de références.

Le 2 octobre 2023,

Delphine Léa RoCHAT

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Gina Sobral, enseignante à HESAV et directrice de mon travail de Bachelor, qui durant toute la conception de ce travail, s'est montrée disponible pour un suivi d'excellente qualité, soutenante et de bons conseils.

Madame Déborah Lilla, enseignante à HESAV et directrice de mon projet de travail de Bachelor, qui s'est dévoilée soutenante et fiable, qui pour de merveilleuses raisons n'a pas pu continuer à diriger ce travail.

Madame Anne Bréaud et Madame Magali Serex, bibliothécaires à HESAV, qui ont été d'une aide précieuse lors de la formulation des équations de recherche, avec une disponibilité remarquable.

Je remercie également ma famille, mes amies et amis pour m'avoir soutenue et encouragée pendant cette année et particulièrement, ma sœur Christelle Villeneuve et mes futures collègues Fanny Schaffter et Émilie Moix, pour avoir accepté la relecture de mon travail de Bachelor.

Table des matières

Table des matières	4
Introduction	1
Problématique	3
Concepts	7
Cancer du sein	7
Santé sexuelle et sexualité	10
Rôle infirmier	13
Cadre théorique	16
Métaparadigmes infirmiers et paradigmes	16
La théorie de gestion des symptômes	17
Méthodologie	21
Méthode PICo	21
Recherche sur les bases de données	22
Équation de recherche CINAHL	23
Équation de recherche PubMed.....	23
Les critères de sélection.....	23
Résultats	26
Synthèse des résultats	39
Évaluation des symptômes et de leurs impacts	39
Interventions	41
Effets obtenus par l'intervention	43
Discussion	45
Mise en perspective avec la problématique	45
Mise en perspective avec le cadre théorique	48
Limites du travail	51
Limites méthodologiques	51
Limites de transférabilité	51
Forces du travail	53
Généralisation des résultats	53
Recommandations	54
Conclusion	56
Liste des tableaux et figures	57
Liste des références	58

Liste des abréviations

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

HESAV : Haute École de Santé Vaud

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

IRM : Imagerie par résonance magnétique

OFS : Office fédéral de la statistique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONEC : Organe National d'Enregistrement du Cancer

PLISSIT : Permissive, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy

SHM : Sexual Health Model

STC : Starting The Conversation

Introduction

En tant que professionnelle¹ de la santé, le côtoiement de patientes et patients souffrant de maladies chroniques, telles que les maladies oncologiques, sera quotidien. La prise en soins des personnes, implique une inclusion de la qualité de vie globale qui comprend certains aspects peu pris en compte, comme la santé sexuelle.

Le cancer du sein est celui qui touche le plus les femmes dans le monde et en Suisse, et c'est également celui avec un taux de décès le plus élevé (Organe National d'Enregistrement du Cancer [ONEC], 2021). Toutefois, le taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein, en Suisse, est de 82 % (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2021) ce qui nécessite une prise en charge complète et indispensable de leur qualité de vie qui est influencée par les effets néfastes de la maladie et de ses traitements (Lu et al., 2022).

Les problématiques liées à la sexualité chez les patientes atteintes d'un cancer du sein sont réelles et en touchent une majorité. Les changements induits par les traitements médicamenteux, chirurgicaux ou la maladie elle-même, impactent la santé sexuelle des patientes (Papadopoulou et al., 2019). Il devient donc selon moi important que ces patientes puissent communiquer et recevoir des informations sur les effets du cancer du sein et de ses traitements sur la sexualité, et la mise en place de stratégies efficaces.

Le personnel infirmier se retrouve souvent démuni face à ces besoins spécifiques et intimes. Néanmoins, la sexualité participant au bien-être de l'être humain, l'équipe infirmière doit pouvoir répondre aux besoins des personnes, liés à cet aspect. Le tabou régnant autour de la sexualité commençant à se dissiper, il devient donc clairement d'actualité d'en parler (Papadopoulou et al., 2019).

Ayant un intérêt pour la thématique de la santé sexuelle dans les soins du fait qu'elle soit peu abordée pourtant essentielle, qui plus est lors d'une maladie oncologique, l'orientation vers cette problématique s'est effectuée rapidement. Puis, afin que la problématique soit plus concrète, le type de cancer a été précisé. Mon choix s'est porté sur le cancer du sein chez les femmes au vu de sa présence considérable dans la population Suisse.

Ce travail est une revue de la littérature, dont la ligne directrice est composée de la problématique soit l'épidémiologie des maladies oncologiques et plus particulièrement celle du cancer du sein, les difficultés sexuelles lors d'un cancer du sein chez la femme, et également que leurs causes et les connaissances sur leurs prises en soins. Les concepts principaux évoqués dans ce travail seront définis, ainsi que la théorie infirmière sélectionnée. La méthode utilisée pour la réalisation de la recherche d'articles pour l'entier des écrits ainsi que l'analyse sera expliquée. Puis, une présentation des six articles étudiés sous forme de tableaux sera présente. La synthèse des résultats des six études retenues et analysées, sera réalisée afin d'en extraire à l'aide de la théorie de gestion des symptômes de Larson et al. (1994), Dodd et al. (2001) et Eicher et al. (2013), les données pertinentes liées à la problématique. Puis finalement, une discussion avec la mise en perspective des résultats avec le cadre théorique

¹ L'écriture dans ce travail, précise le féminin et le masculin des termes utilisés.

et la problématique sera effectuée, ainsi qu'une identification des limites et des forces de ce travail, de la généralisation des résultats et des recommandations pour la pratique infirmière

Problématique

Dans le monde, la prévalence de maladies oncologiques ne cesse d'augmenter. En 2018, 18,1 millions de nouveaux cas étaient diagnostiqués et 9,6 millions de décès étaient liés au cancer. À l'échelle internationale, une femme sur six et un homme sur cinq développeront au cours de leur vie un cancer. L'augmentation des cas de pathologies cancéreuses est due à différents facteurs : la croissance démographique, le vieillissement et l'évolution de la prévalence de certaines causes de cancer associées au développement social et économique. Mondialement, le cancer concerne 20 % d'hommes et 16 % de femmes, dont 23,4 % des individus touchés par cette pathologie sont européens, et représentent 20,3 % des décès mondiaux en découlant. Classant le cancer en deuxième place des causes de décès, avec une femme sur 11 et un homme sur huit qui ont décéderont (Centre International de Recherche sur le Cancer [CIRC], 2018). En 2018, la Suisse a recensé 44'751 nouveaux cas de cancer avec 24'403 cas chez des hommes et 20'348 chez des femmes. Cette même année, 17'360 personnes, dont 9'545 hommes et 7'815 femmes, mourraient de la maladie en Suisse (Office fédéral de la statistique [OFS], 2022).

Comme précisé dans l'introduction, le cancer du sein est celui touchant le plus les personnes de sexe féminin et également le plus meurtrier (ONEC, 2021). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a enregistré 2,26 millions de cas de tumeurs malignes du sein en 2018 dans le monde. Vingt-et-un pourcents des nouveaux cas de cancer du sein, concernent les femmes de moins de 50 ans et 46 % celles entre 50 et 69 ans. En Suisse, l'estimation du risque pour une femme, de développer une maladie oncologie mammaire avant l'âge de 70 ans, atteint les 7,6 %. La Suisse demeure l'un des pays où l'incidence du cancer du sein constitue la plus élevée au monde (OMS, 2021) avec 6876 nouveaux cas de cancer du sein en 2021(ONEC, 2021). Trente-deux pourcents des tumeurs malignes diagnostiquées chez les personnes de sexe féminin, affectent le sein. Environ 1'350 patientes en décèdent chaque année, représentant 19 % des morts liées à une pathologie oncologique chez les femmes en Suisse. À cinq ans, les femmes atteintes d'un cancer du sein, ont un pronostic de survie de 70 % dans la majorité des pays du monde et de 82 % en Suisse, ce qui la place sur le podium du meilleur pronostic dans le monde (OMS, 2021).

Les causes principales du cancer du sein restent pour le moment inexplicées. Néanmoins, différents facteurs de risque sont identifiés. Les plus importants sont l'âge, les antécédents familiaux, la prédisposition héréditaire, les facteurs hormonaux, le surpoids, l'alcool et le tabagisme (Ligue contre le cancer, 2021 ; Frikha & Chlif, 2020 ; Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

Avant que le diagnostic de cancer du sein soit posé, certains signes peuvent être visibles, lorsque le cancer est déjà établi depuis un certain temps (Ligue contre le cancer Suisse, 2021 ; Ginsburg et al., 2020) comme un nodule, une rougeur ou une modification de l'anatomie mammaire (Ligue contre le cancer, 2021).

Plusieurs modes de traitement sont envisageables lors d'un cancer du sein. Le traitement choisi résulte d'une prise en compte de différents éléments tels que la localisation de la tumeur, sa taille, les caractéristiques du tissu cancéreux, la présence de métastases et l'atteinte des ganglions lymphatiques (Ligue contre le cancer, 2021). Ainsi qu'une considération des bénéfices-risques afin de limiter les effets non désirés induits par les traitements (Classe et al., 2016). Les actions thérapeutiques proposées aux patientes atteintes d'une tumeur maligne du sein sont, la

chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante, l'hormonothérapie, l'immunothérapie et les thérapies ciblées (Classe et al., 2016 ; Ligue contre le cancer, 2021).

Les atteintes collatérales les plus courantes aux différents traitements proposés sont les douleurs, la fatigue et les changements physiques (Ligue contre le cancer, 2021). Une santé défavorable mais également les effets indésirables des traitements ont des impacts importants sur le bien-être psychologique, social, émotionnel, cognitif et physique des personnes (Hautamäki-Lamminen et al., 2013 ; de Ligt et al., 2019 ; Papadopoulou et al., 2019). Ces changements qu'ils soient physiques, psychiques ou socio-économiques demandent un changement conséquent du mode de vie présent avant le diagnostic pour les malades ainsi que leur famille. Il a été démontré que les complications rencontrées dans le cadre psychosocial peuvent multiplier par deux la gravité des symptômes physiques de la maladie (Javan Biparva et al., 2022).

De plus, l'augmentation du pronostic de survie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein met en lumière l'importance de la prise en compte de l'amélioration de leur qualité de vie (Lu et al., 2022). Les modifications faisant suite au cancer du sein et à ses traitements, ont particulièrement un effet péjoratif sur un domaine faisant partie de la qualité de vie, la sexualité (Arthur et al., 2022 ; Papadopoulou et al., 2019 ; Pinto, 2013). Des études démontrent que la sexualité est l'aspect de la qualité de vie causant le plus de difficultés chez les personnes touchées par une pathologie oncologique du sein (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). En effet, les traitements engendrent de nombreux désagréments comme une ménopause iatrogène, une sécheresse vaginale, des dyspareunies, des modifications de l'anatomie du vagin ou une difficulté à atteindre l'orgasme. Ces complications provoquant une perte de désir sexuel, des problèmes fonctionnels et une insatisfaction sexuelle créent des obstacles à la sexualité et peuvent perdurer dans le temps (Schweizer et al., 2021 ; Ming Chow et al., 2021 ; Hautamäki-Lamminen et al., 2013). La santé sexuelle est affectée chez 60 % des patientes venant de se faire diagnostiquer, chez 64 % des femmes lors des traitements et chez 45 % des patientes après les traitements (Lu et al., 2022). Les inquiétudes concernant l'intimité et la sexualité des personnes soignées mais aussi de leur partenaire nécessitent d'être entendues et une solution doit être proposée. Les interventions dans le champ de la sexualité doivent être aménagées et exposées comme étant non intrusives et faisant partie de la prise en soins globale des patient.e.s (Hahold et Bondil, 2014). La qualité de vie d'une personne prise en soins pour une maladie oncologique peut être renforcée en consolidant sa confiance, son espoir, en évaluant les ressources appropriées, en discutant de l'image corporelle, de l'estime de soi, en évaluant l'impact émotionnel de la maladie et des traitements, de même qu'en se préoccupant de la sexualité (Depke, 2015 ; Schweizer et al., 2021). De nombreuses interventions infirmières ou médicales peuvent être mises en place avec une bonne efficacité (Lu et al., 2022).

Toutefois, plus de la moitié des femmes touchées par un cancer du sein connaissant des obstacles dans leur sexualité n'auraient pas consulté un.e professionnel.le de santé alors qu'elles en ressentaient le besoin (Kedde et al., 2013 ; Den Ouden et al., 2019 ; Ming Chow et al., 2021). Une étude met en évidence que les patient.e.s ont besoin d'information sur les questions de sexualité, mais ces dernier.ère.s ont le sentiment que l'accès à ces informations est inadéquat (Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Dans le cadre hospitalier, la sexualité devient taboue, ce qui rend la discussion compliquée entre les soigné.e.s et les soignant.e.s due à la gêne et l'embarras à aborder le sujet (Gianni et al., 2013). Différents freins à une communication sur la sexualité de la part de l'équipe infirmière sont présents comme le manque de connaissances, de formation et d'expertise, et le sentiment de gêne

de cette thématique qui touche un cadre privé (Hautamäki-Lamminen, 2013 ; Depke, 2015 ; Den Ouden et al., 2019). Les résultats des recherches mettent en avant le devoir important des soins infirmiers dans ce domaine relatif aux soins holistiques et centrés sur la personne (Papadopoulou et al., 2019). Le personnel infirmier est habituellement réceptif aux besoins des malades et s'efforce de faire de son mieux pour leur venir en aide. Cependant, lors de difficultés de santé sexuelle, souvent les patient.e.s ne demandent pas d'aide et n'abordent pas le sujet et les infirmiers et les infirmières sont souvent alliés à leur silence (Schweizer et al., 2021).

Les infirmier.ère.s jouent un rôle clé pour réduire la souffrance induite par les actions thérapeutiques et la maladie chez les personnes ayant un diagnostic de cancer. En effet, le personnel infirmier étant en relation directe et régulière avec les patient.e.s grâce à la multitude de soins et d'entretiens, seraient les soignant.e.s les plus à même pour évoquer la sexualité. Les besoins concernant les aspects de la sexualité lors d'un cancer sont démontrés et les infirmières et infirmiers ont le devoir d'aborder les questions de la santé sexuelle (McLeod et al., 2013). Malgré cela, les propositions en santé sexuelle pour les personnes atteintes d'un cancer demeurent confuses, fractionnées et insuffisantes. Le personnel infirmier prétend qu'il est compliqué d'avoir une discussion sur les soins de santé sexuelle avec les patient.e.s atteint.e.s d'un cancer et donc confie la tâche d'aborder le sujet aux patient.e.s qui ont également des difficultés à l'évoquer (Papadopoulou et al., 2019). Pourtant, la prise en compte des changements sexuels associée à des informations et des interventions de soutien par les professionnel.le.s ont un impact pour les patient.e.s (Den Ouden et al., 2019). De meilleures connaissances aussi bien qu'une compréhension améliorée de la santé sexuelle sont nécessaires pour mettre en évidence les barrières auxquelles les infirmières et infirmiers font face (Depke, 2015).

Toutefois, la thématique du cancer du sein est considérablement discutée dans l'espace public et notamment au mois d'octobre, où les maladies oncologiques du sein sont mises en avant. Depuis plusieurs années, « Octobre Rose », campagne internationale contre le cancer du sein a été mise en place dans le but notamment d'informer la population et de la sensibiliser à la prévention et à la recherche sur le cancer du sein (Recherche suisse contre le cancer, s.d.). Au mois d'octobre, diverses actions de prévention et de sensibilisation sont réalisées en Suisse, comme les portes-ouvertes de centres hospitaliers, des conférences, l'illumination en rose des places principales de certaines villes ou des manifestations sportives. Ou encore à HESAV, qui lors du mois d'octobre 2023, va fournir sur ces différentes plateformes des informations et des conseils sur ce thème. Cette cause mondiale est également présente sur les réseaux sociaux avec par exemple le hashtag « #HautLesSeins » qui encourage les femmes à se faire dépister du cancer du sein ou encore des filtres photos thématiques.

Au vu des éléments exposés quant à la prévalence du cancer du sein chez les femmes en Suisse, et des besoins de prise en considération de la santé sexuelle, ceci amène donc à la question de recherche suivante :

Quelles sont les interventions infirmières visant le maintien de la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ?

Pour pouvoir mieux cibler la question de recherche puis également simplifier la recherche d'articles, l'outil « PICO » a été utilisé.

P – Population/Patient/Pathologie à l'étude : Patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein

I – Intervention/intérêt : Interventions infirmières dans le domaine de la sexualité

Co – Contexte : Services hospitaliers et ambulatoires oncologiques

Concepts

Dans le but de mieux comprendre et expliciter la question de recherche que soulève la problématique, et d'avoir une meilleure interprétation sur la relation entre les divers termes les plus présents, ce chapitre décrit les concepts de cancer du sein, de santé sexuelle et sexualité, de la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein ainsi que le rôle infirmier et ce, plus précisément en oncologie et en santé sexuelle. Un concept « ... est une abstraction, une image mentale que l'on se fait de la réalité ; il fournit un résumé d'un ensemble d'observations ou de caractères distinctifs » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 39). Ce choix de concepts découle des mots-clés principaux de la problématique.

Cancer du sein

Le cancer comprend un large groupe de maladies qui peuvent toucher quasiment tous les organes ou tissus du corps humain. Lors d'un cancer, il y a une croissance cellulaire anormale et ces cellules se multiplient de manière incontrôlée et en abondance (OMS, 2021). Les tumeurs malignes du sein se développent dans les cellules des canaux, des lobules et celles du tissu conjonctif mammaire et provoquent rarement des signes et symptômes. Des métastases peuvent se créer lorsque les cellules cancéreuses vont envahir les tissus mammaires voisins et se propager dans le ganglion lymphatique sentinelle ou à distance en se propageant dans les tissus des autres organes du corps humain par dissémination (OMS, 2021 ; Greenhalgh & O'Riordan, 2018).

Bien que les signes et les symptômes soient exceptionnels, certains signes peuvent toutefois être visibles lors d'une pathologie oncologique affectant le sein, dont notamment, un durcissement ou un nodule indolore dans la région mammaire, un changement des téguments avec une présence de rougeur, une inflammation ou de la « peau d'orange », une modification du mamelon parfois accompagné d'un écoulement avec une possible présence de sang, une modification soudaine de la taille des seins, une inflammation des ganglions axillaires ou péri-claviculaires et une perte de poids non expliquée (Ligue contre le cancer, 2021). La présence d'une grosseur dans le sein ne signifie, cependant, pas toujours que celle-ci est cancéreuse (OMS, 2021). Fréquemment, ces signes apparaissent lorsque le cancer est déjà établi depuis un certain temps. Il n'est donc pas rare, au moment du diagnostic, que les femmes ne présentent ni signe ni de symptôme (Ligue contre le cancer, 2021).

De nombreux facteurs de risque sont mis en cause dans les tumeurs malignes du sein, tels que l'exposition aux radiations ionisantes à des doses élevées avant l'âge de 20 ans, les causes génétiques avec la présence d'antécédents familiaux, l'âge, une ménopause tardive, des premières règles précoces, la nulliparité, l'âge de la première grossesse, la perturbation du rythme circadien en raison du travail de nuit, l'alcool, le tabac, le manque d'activité physique ainsi que le surpoids. Les traitements hormonaux de la ménopause et les contraceptifs oraux influencent eux aussi la menace de développer un cancer du sein. Parmi ces facteurs de risques, certains représentent des comportements modifiables comme la consommation d'alcool et de tabac ou l'absence d'exercice physique, et peuvent être évités alors que d'autres, au contraire, sont inévitables comme les origines génétiques ou la nulliparité (Sancho-Garnier & Colonna, 2019 ; Classe, 2016 ; Frikha & Chlif, 2020).

Actuellement, la méthode de dépistage la plus fiable pour un diagnostic précoce est la mammographie chez les personnes de sexe féminin de plus de 50 ans (Ligue contre le cancer, 2021 ; Jafari et al., 2017). En Suisse, dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein, la fédération Swiss Cancer Screening et la Ligue Suisse contre le cancer recommandent aux femmes âgées entre 50 ans et 74 ans, de réaliser une mammographie chaque deux ans. Dans le canton de Vaud, le programme cantonal propose une mammographie de qualité tous les deux ans, aux personnes de sexe féminin dès 50 ans. L'assurance-maladie de base² participe à la prise en charge financière en tiers payant et exempte la franchise. Seul le quote-part de 10 % est facturé à la patiente, ce qui représente un montant de moins de 20 francs suisses (Unisanté, 2023). Cet outil de diagnostic est aussi utilisé lors de suspicion de tumeur du sein mais il ne suffit pas à lui seul à poser le diagnostic définitif. Afin de confirmer le diagnostic, il est nécessaire de réaliser un ultrason et une biopsie (Ligue contre le cancer, 2021 ; Jafari et al., 2017). Ces examens comportent tout de même des inconvénients comme la douleur et l'irradiation. D'autres méthodes peuvent être également choisies comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou l'utilisation de biomarqueurs néanmoins, toujours en association à d'autres outils (Jafari et al., 2017).

Prises en soins

Généralement le traitement pour un cancer du sein associe plusieurs méthodes afin d'accéder à une guérison ou de pouvoir contrôler la tumeur. Le traitement par chirurgie fait habituellement partie de la première étape (Clere, 2016). Il consiste à réaliser une mastectomie partielle ou totale ou à une tumorectomie. Les techniques utilisées actuellement permettent une approche moins invasive qu'auparavant. En effet, pour que le cancer soit maîtrisé, il est nécessaire d'enlever le tissu tumoral résécable dans sa totalité ou en tout cas d'en enlever au maximum en préservant le plus possible les tissus sains (Ligue contre le cancer, 2021 ; Classe, 2016 ; Lewis et al., 2016 ; Clere, 2016). Lors d'une mastectomie partielle ou totale, ou d'un curage axillaire plusieurs effets secondaires peuvent se manifester dans un laps de temps plus ou moins étendu. Sur le long terme, une modification de l'image corporelle, de l'estime de soi et de la sexualité peuvent être présentes (Yilmaz & Gürler, 2020).

Le but de la radiothérapie consiste à induire des radiations avec différents types de rayons : X, γ ou rayonnement corpusculaire à haute énergie. La précision de l'impact de ces rayons sur les cellules cancéreuses, contribue à préserver au mieux les tissus sains. Toutefois, il n'est pas rare que les tissus périphériques non atteints par la maladie soient touchés. Les dommages que subissent les cellules vont empêcher la réplication cellulaire. Néanmoins, des effets indésirables tels que l'érythème cutané, la fatigue, la douleur, l'inconfort dans la région mammaire avec une modification de l'aspect du sein sont fréquemment présents après un traitement de radiothérapie. Le nombre de séances nécessaires varie en fonction du type de cancer et du traitement choisi (Ligue contre le cancer, 2021 ; Classe, 2016 ; Lewis et al., 2016 ; Clere, 2016).

La chimiothérapie repose sur une admission de cytostatiques et a pour cible de détruire les cellules cancéreuses ou de bloquer leur croissance en bouleversant les phases de division cellulaire. Les cellules saines à division rapide sont donc aussi touchées lors de chimiothérapie, notamment les cellules des muqueuses, sanguines et du système pileux. La préférence de traitement est déterminée en fonction de plusieurs éléments relatifs à la tumeur. Il peut

² L'assurance-maladie de base est obligatoire pour les personnes domiciliées en Suisse. Elle est régie par la Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie (LAMal, RS 832.10).

être administré, selon la molécule choisie, par différentes voies (Ligue contre le cancer, 2021 ; Classe, 2016 ; Lewis et al., 2016 ; Clere, 2016).

Les effets secondaires les plus fréquents liés à la chimiothérapie sont les nausées et les vomissements provoquant une diminution voire une perte d'appétit, une alopecie, des troubles cutanés et des muqueuses, une diminution des leucocytes, des érythrocytes et des thrombocytes augmentant respectivement les risques infectieux, d'anémie avec comme manifestations principales une fatigue et une pâleur et les risques d'hématomes et d'hémorragies, (Di Nardo et al., 2022). Les insomnies et la dépression en association à la fatigue vont agir ensemble et s'aggraver réciproquement et diminuer la qualité de vie. Chez les femmes non ménopausées, certains traitements comme la chimiothérapie et l'hormonothérapie provoquent une perturbation du cycle menstruel avec une irrégularité ou un arrêt des menstruations voire une ménopause iatrogène (Institut National du Cancer, s.d.). Des effets indésirables psychologiques et physiques à la ménopause induite par les traitements contre le cancer du sein sont possibles (Di Nardo et al., 2022). L'arrêt des menstruations est associé à un impact négatif sur la qualité de vie en termes de symptômes génitaux et urinaires et de dysfonctionnement sexuel (Tao et al., 2015). Des altérations telles que l'infertilité, la dégradation de la libido, la perte de cheveux et la fatigue affectant le fonctionnement sexuel et l'image corporelle des femmes (Yilmaz & Gürler, 2020).

Ces changements sont également présents lors de traitement par hormonothérapie (Yilmaz & Gürler, 2020). L'hormonothérapie consiste à administrer des médicaments antihormonaux qui ont pour objectif de réduire ou stopper la production d'hormones ou d'arrêter l'effet stimulant de l'hormone sur la croissance des cellules cancéreuses (Ligue contre le cancer, 2021 ; Classe, 2016 ; Lewis et al., 2016 ; Clere, 2016). L'hormonothérapie peut avoir comme effets non désirés des douleurs articulaires et musculaires (Institut National du Cancer, s.d.) et une fatigue (Di Nardo et al., 2022).

Quant à l'immunothérapie, elle a pour but d'activer ou consolider le système immunitaire et les défenses naturelles du corps. Les produits de synthèse utilisés ont une action sur la croissance de la tumeur en la freinant ou l'arrêtant (Ligue contre le cancer, 2021).

Pour synthétiser, parmi les effets non souhaités les plus courants des divers traitements du cancer du sein se distinguent la fatigue, l'altération de la qualité de vie, la dépression et les troubles sexuels (Jodar et al., 2016). La fatigue présente lors d'un cancer est définie comme « un sentiment pénible, persistant et subjectif de fatigue physique, émotionnelle et/ou cognitive, lié au cancer ou au traitement du cancer, qui n'est pas proportionnel à l'activité récente et interfère avec le fonctionnement habituel » (Di Nardo et al., 2022, p. 1). Les troubles sexuels sont caractérisés par une altération de l'image corporelle, de l'estime de soi et de l'efficacité sexuelle, mais aussi par une atrophie vulvo-vaginale, une dyspareunie (Krychman & Katz, 2012) ou une perte de sensation pouvant également toucher le mamelon après une mastectomie (Bober et al., 2016) générant une perte de libido (Krychman & Katz, 2012).

Bien que les connaissances sur les effets indésirables à la suite des traitements existent, plusieurs études ont conclu que l'information des patientes au cours du suivi pourrait être améliorée. En effet, les patientes se sentent mal préparées à la période qui suit les traitements ignorant souvent leurs effets secondaires et la durée de ceux-ci (de Ligt, 2019). L'impact du cancer du sein sur la sexualité est variable selon plusieurs facteurs tels que la gravité de

la maladie, la relation à l'autre ainsi que le vécu de la sexualité (Institut National du Cancer, s.d.). Les patientes attendent des soignant.e.s un engagement de la discussion sur les questionnements se rapportant à la sexualité mais cela se produit exceptionnellement (Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Lorsque le thème de la sexualité aurait été évoqué, la majorité des femmes mentionnent qu'il a été initié par le personnel soignant car il est difficile pour elles de le faire (Kedde et al., 2013 ; Den Ouden et al., 2019 ; Ming Chow et al., 2021). Selon une étude quantitative, pour 45,7% des 667 participantes, leurs besoins ont été comblés par les informations qu'elles ont eues. Majoritairement, les femmes qui ont pu recevoir de l'information ont préféré la recevoir de la part du personnel infirmier (Den Ouden et al., 2019). Cependant, elles perçoivent que le sujet est tabou car les professionnel.le.s rencontrent des difficultés à parler de sexualité et d'intimité (Den Ouden et al., 2019).

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques pouvant avoir un effet favorable sur les troubles sexuels, comme certains traitements hormonaux, antidépresseurs ou inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5. Toutefois, lors d'un cancer du sein, la plupart de ces traitements sont contre-indiqués pouvant amener à d'autres effets indésirables ou à une diminution des effets désirés des thérapies oncologiques. Des traitements non-médicamenteux sont aussi possibles, comme les hydratants non hormonaux et les lubrifiants vaginaux à base d'eau, pour essayer de réduire la sécheresse vaginale et la dyspareunie. Mais aussi, par exemple, une activité sexuelle régulière jouerait un rôle positif sur l'atrophie vaginale. Outre, les différents produits pharmacologiques ou non, il a été démontré que les interventions psychosociales présentaient des résultats dans la diminution des dysfonctionnements sexuels. Des études mentionnent que les interventions sur le couple et pas que sur la survivante du cancer du sein, ont de meilleures chances d'avoir des améliorations statistiques et cliniques. Néanmoins, les interventions n'incluant pas le conjoint, font état de résultats bénéfiques sur les troubles sexuels (Krychman & Katz, 2012).

Santé sexuelle et sexualité

La santé sexuelle est définie par l'OMS en 2006 comme « ...un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en égard à la sexualité... ». La santé sexuelle n'est pas seulement le fait de ne pas présenter d'infection sexuellement transmissible. Pour maintenir une qualité de vie sexuelle, plusieurs facettes comme l'éducation sexuelle, la satisfaction sexuelle et les droits sexuels, de manière positive et dans le respect doivent être prises en considération (OMS, 2002). La santé sexuelle a été définie par l'OMS comme étant un concept fondamental (OMS, 2002) et la Suisse, reconnaît la santé sexuelle et en fait la promotion (Santé Sexuelle Suisse, 2015). L'association de la sexualité à la santé a permis de mettre en évidence la valeur essentielle du maintien et de la protection de la santé sexuelle des individus (Bolmont et al., 2018).

La sexualité est un aspect essentiel de la vie humaine qui réunit divers éléments sociaux, physiques et psychologiques (Caparrotti et al, 2018 ; Bolmont et al., 2018 ; Paillard, 2021 ; OMS, 2022), y compris les facteurs émotionnels et mentaux faisant partie de l'identité de l'individu (Papadopoulou et al., 2019). Hormis la procréation, la sexualité est considérée comme moyen permettant de s'exprimer, de rencontrer, de créer des relations et des liens (Bolmont et al., 2018). Bien qu'elle comporte de multiples dimensions, toutes les personnes ne les perçoivent ou vivent pas toutes obligatoirement. La sexualité est influencée par de nombreuses raisons comme les origines bio-psycho-sociales, culturelles, se rapportant aux croyances, et également aux facteurs éco-

politiques, juridiques et historiques. Le sexe, l'intimité, le désir, le plaisir, l'érotisme mais aussi, le genre, l'orientation sexuelle et la reproduction font partie de la sexualité. Elle se manifeste sous différentes formes comme les pensées, les fantasmes, les attitudes, les désirs ou encore de nombreuses autres manières (Caparrotti, 2018 ; Paillard 2021 ; OMS, 2022). La libido d'une femme ne comprend pas seulement la capacité à s'engager dans une activité sexuelle, mais aussi les sentiments en rapport à son propre corps, les idées sur l'image corporelle ainsi que la féminité (Yilmaz & Gürlér, 2020). Le fonctionnement sexuel d'une femme, détermine sa capacité à avoir des relations durables, sexuelles et intimes ainsi qu'à les préserver. Le cas échéant, son bien-être tant socio-économique que psychosocial, en est affecté (Daily & Wilson, 2000). Et lors de traitements invalidants ou de maladies, la sexualité est vue comme une diminution ou une altération d'une dimension nécessaire de l'existence humaine (Giami et al., 2013). Une sexualité perturbée peut avoir des répercussions sur le bien-être psycho-émotionnel, physique et social (Papadopoulou et al., 2019), elle est un aspect central de la vie (Santé Sexuelle Suisse, 2015). De plus, des études ont démontré que la libération d'ocytocine, d'endorphine et de sérotonine, liée à l'activité sexuelle aide au sommeil, régule le stress et l'immunité jouant un rôle dans la prévention de la progression du cancer et procure des émotions positives réduisant le risque de dépression (Lu, et al., 2022). Être en santé sexuelle signifie qu'une personne se sente bien à tous les niveaux dans sa sexualité et ce peu importe son âge (Santé Sexuelle Suisse, 2015). La santé sexuelle est affectée chez 60 % des patientes récemment diagnostiquée, chez 64 % des femmes lors des traitements et chez 45 % des patientes après les traitements (Lu et al., 2022).

L'existence d'anxiété, de dépression, d'une dégradation de l'estime de soi et de l'image corporelle ainsi que d'une diminution de l'attrait sexuelle auront des conséquences sur le désir, le plaisir et la jouissance sexuelle (Schweizer et al., 2021). Les patientes affectées par une tumeur maligne du sein souffrant d'une insatisfaction de leur image corporelle sont, jusqu'à deux fois et demie, plus susceptibles d'être bouleversées par une problématique de la fonction sexuelle en comparaison à celles satisfaites de leur image corporelle (Panjari et al., 2011). Plus de 74 % des patientes ont la probabilité de rencontrer un dysfonctionnement sexuel et ce, à tous les stades du cancer du sein confondus (Lu et al., 2022). Une étude portée sur l'image corporelle, a identifié que deux ans après une mastectomie, la perception de l'image corporelle par les survivantes du cancer du sein ne présente pas d'évolution significative (Fallbjörk et al., 2013). À la suite des traitements, le bien-être sexuel des femmes est très peu pris en compte dans leurs prises en charge (Arthur et al., 2022). Les recherches montrent que beaucoup de patientes atteintes d'un cancer du sein ont connu un dysfonctionnement sexuel, une réduction de leur qualité de vie sexuelle, une diminution des sentiments d'attrait sexuel, et des changements significatifs de l'image corporelle découlant de la maladie et de ses diverses possibilités thérapeutiques (Yilmaz & Gürlér, 2020).

Sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein

Les seins sont un symbole de la féminité et lors d'un cancer du sein, la féminité est impactée par les effets non désirés des traitements. Outre la féminité, les seins représentent aussi la maternité et la sexualité (Espíe, 2018 ; Ligue contre le cancer, 2020). Organes sexuels et érotiques, les seins de la femme ont une place dans les relations sexuelles (Ligue contre le cancer, 2020).

L'impact d'une maladie oncologique mammaire sur la sexualité est variable en fonction de sa gravité, de la relation à l'autre ainsi que du vécu de la sexualité (Institut National du Cancer, s.d.). Pendant et après les traitements

oncologiques, les femmes mettent en évidence des effets secondaires ainsi qu'une diminution de leur qualité de vie dont l'aspect le plus touché est la sexualité (Den Ouden et al., 2019) avec une perturbation de la fonction sexuelle, une diminution de la qualité de vie sexuelle et de l'attraction sexuelle ainsi que des transformations significatives de l'image corporelle (Yilmaz & Gürler, 2020). Les traitements contre le cancer du sein peuvent également amener à des problèmes de sécheresse vaginale, de dyspareunie, de raccourcissement du vagin, de difficultés à atteindre l'orgasme et de diminution du désir sexuel, pouvant potentiellement durer longtemps (Ming Chow et al., 2021). Les complications sexuelles rencontrées par les patientes à la suite d'un traitement oncologique ont donc un impact direct et négatif sur leur état de santé sexuelle (Yilmaz & Gürler, 2020). Par exemple, lors d'une chimiothérapie pour un cancer du sein, 91,5 % à 93,5 % des patientes présentent une ménopause iatrogène provoquant de multiples conséquences sur le fonctionnement sexuel (Ravi et al., 2020 ; Tiong et al., 2014). Une étude réalisée par Cairo Notari et al., en 2016, a indiqué qu'en début de prise en charge thérapeutique, sur 62 femmes sexuellement actives avant le traitement, 77,4 % vivent un bouleversement marquant dans leur vie sexuelle et intime, soit près de 48 femmes. Pour 41,9 % de ces patientes, ce changement comporte spécialement une baisse de la fréquence des rapports sexuels et pour 35,5 % d'entre elles à une activité sexuelle absente dont 58,8 % n'ont pas repris une vie sexuelle active après deux ans. Qui plus est, les participantes à l'étude citent avoir rencontré également des dommages tels qu'une altération de spontanéité lors des relations intimes, une perception de honte, une crainte du regard de l'autre et des comportements d'évitement. Seules 22,6 % des patientes ont la même activité sexuelle qu'avant le début du traitement (Cairo Notari et al., 2016). Les difficultés sexuelles et celles touchant à l'image corporelle perçues par les femmes doivent faire l'objet d'une évaluation plus complète à l'aide d'éléments davantage adaptés à la culture, étant donné que l'expérience de chaque femme est individuelle et contextuelle, influencée par l'âge, le stade de la maladie, les traitements et le statut relationnel (Yilmaz & Gürler, 2020).

De multiples études démontrent que les patientes présentant une maladie oncologique du sein manquent d'informations de la part du personnel soignant concernant la sexualité et l'intimité (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). La sexualité étant un sujet personnel, reste encore péniblement abordable de manière ouverte que ce soit avec son ou sa partenaire ou un.e professionnel.le de santé. Pourtant, en discuter clairement permet de faire davantage face aux changements sexuels apparus à la suite du cancer du sein et de ses thérapies (Bolmont et al., 2018). La communication sur l'intimité et la sexualité doit commencer par identifier les patientes qui ont un besoin d'informations et de conseils (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Des outils d'évaluation standardisés mesurant la fonction sexuelle des femmes suivies pour un cancer du sein ont été validés comme *The Female Sexual Function Index (FSFI)* ou *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)*. Cependant, ces instruments demanderaient beaucoup de temps et ne seraient pas utilisés lors des suivis de routine. Des experts internationaux en médecine sexuelle ont collaboré afin d'élaborer une brève liste de contrôle pour faciliter la reconnaissance initiale des problèmes sexuels qui a été adaptée par les membres du Scientific Network on Female Sexual Health and Cancer pour qu'elle puisse être employée comme auto-évaluation ou guide des conversations cliniques. L'utilisation du modèle des 5A (Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange Follow-up) est utile pour la communication sur la santé sexuelle, qui ajoute des éléments au modèle PLISSIT (Permission, Limited information, Specific suggestions, Intensive therapy) (Bober et al., 2016). Le besoin mais aussi le moment idéal pour recevoir des informations sur les thématiques de la sexualité et de l'intimité dépendent de plusieurs facteurs comme le choix du traitement, les besoins et les priorités de la personne en fonction de

l'évolution de la maladie, des symptômes et des effets secondaires (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Pour une majorité de femmes, des informations sur la maladie et les effets non désirés des traitements influençant ou modifiant la sexualité sont suffisantes. Si le thème de la sexualité est abordé régulièrement avec les patientes, celles-ci connaissent qu'il est possible d'en parler au moment où elles le désirent. Pour certaines femmes ayant une tumeur du sein, une prise en charge spécifique des difficultés sexuelles peut être nécessaire (Cairo Notari et al., 2018). Afin de ne pas amplifier ou amener une détresse supplémentaire aux personnes ayant un diagnostic de cancer, il est primordial de prendre en compte leur sexualité (Bolmont, et al. 2018).

Rôle infirmier

Selon Spichiger et al. (2008), les soins infirmiers s'adressent aux individu.e.s ou groupe d'individu.e.s, de tout âge et à tout moment, ayant la bonne santé ou non. Les soins infirmiers englobent des aspects de maintien, promotion et prévention de la santé en s'appuyant sur la relation soigné.e-soignant.e pour fournir des interventions correspondant aux besoins des patient.e.s. Mais aussi, en respectant l'éthique et les préférences des patient.e.s et en se reposant sur la pratique réflexive et l'évidence. Les concepts d'interdisciplinarité et de collaboration que ce soit avec les patient.e.s ou les autres professionnel.le.s sont essentiels (Association suisse des infirmières et infirmiers, s.d.).

Les infirmier.ère.s en oncologie dispensent des soins aux patient.e.s atteint.e.s d'une maladie oncologique aux différentes étapes de la prise en soins (CHUV, 2019). Les approches centrées sur la personne sont devenues fondamentales et nécessaires dans les soins en oncologie. La communication entre le patient ou la patiente et l'équipe multidisciplinaire est un élément indispensable des soins basés sur la relation avec les personnes touchées par le cancer et également pour un travail d'équipe multidisciplinaire efficace. Les infirmier.ère.s en oncologie prodiguent de multiples soins de soutien aux patient.e.s par exemple pour augmenter l'autogestion qui est centrale dans les soins dans ce domaine. L'équipe infirmière en oncologie joue un rôle important dans la coordination des soins en faisant le lien entre les différents professionnels de la santé et le patient. Les soignant.e.s ont la capacité de fournir des mesures de prévention, d'améliorer la qualité de vie et l'expérience des soins des patient.e.s pendant les traitements ou les suivis (Haute école de santé Genève, s.d.). Les interventions infirmières en oncologie visent à augmenter les comportements de vie saine et répondre aux besoins psychosociaux des patient.e.s atteint.e.s de cancer (Young et al., 2020). En Suisse, les infirmier.ère.s spécialisé.e.s en oncologie qui ont suivi une formation en oncologie et en soins palliatifs ont une fonction importante dans la prise en charge des patient.e.s avec un diagnostic de cancer. En effet, leurs connaissances et leurs compétences sur différents sujets se rapportant au cancer sont développées et ont pour mission d'établir, en partenariat avec les patient.e.s et leur famille, des projets de soins en adéquation avec leurs besoins, leurs choix et leur qualité de vie (Haute école de santé Genève, s.d.).

La santé sexuelle est un élément fondamental des soins infirmiers. Les résultats de recherche mettent en avant le rôle conséquent de la discipline infirmières dans ce domaine avec des soins holistiques et centrés sur la personne (Papadopoulou et al., 2019 ; Ming Chow et al., 2021). Les infirmier.ère.s ont une fonction fondamentale dans l'identification d'une image corporelle perturbée et de problèmes sexuels chez les femmes après un traitement chirurgical lors d'un cancer du sein (Yilmaz & Gürler, 2020). Malgré cela, les interventions infirmières en santé sexuelle auprès des personnes en oncologie demeurent confuses, fractionnées et insuffisantes.

Les infirmier.ère.s émettent qu'il est compliqué d'avoir une discussion sur la santé sexuelle avec les personnes prises en soins souffrant d'un cancer et confient cette tâche aux patient.e.s qui ont également des difficultés à évoquer le sujet (Papadopoulou et al., 2019). L'étude de Giami et al. (2013), met en avant plusieurs paradoxes entre le discours et la pratique infirmière. En effet, selon les infirmières qui ont participé à la recherche, la sexualité est un besoin fondamental de l'être humain et participe au bien-être, à la qualité de vie et à l'équilibre de la personne et décrivent la sexualité comme un moyen de communication intime. Pourtant, quand la thématique de la sexualité est plus directement rapportée à la pratique infirmière, qui plus est lors d'un cancer, il devient plus difficile d'en parler (Giami et al., 2013). Les infirmier.ère.s ayant des contacts réguliers et des relations privilégiées avec les patient.e.s sont les meilleures personnes pour parler des questionnements autour de la sexualité (Depke, 2015).

Une étude de la littérature professionnelle et internationale dans la recherche infirmière fait état que dès le début des années quatre-vingt-dix, les infirmières ont publié de nombreuses recherches sur la sexualité avec le développement de savoirs et de protocoles de soins relatifs à la pratique infirmière répondant à la prise en soins des questionnements et des problématiques de la thématique de la sexualité. La potentielle présence de l'érotisation dans le travail et dans les échanges avec les patient.e.s rajoute une difficulté dans le rôle infirmier touchant la santé sexuelle. Néanmoins, si la conception de l'érotisation est plus étendue et comprend aussi les sentiments, les émotions et les réactions non objectives des infirmi.er.ère.s devant les patient.e.s, le vécu et le ressenti des infirmi.er.ère.s ne seront pas exclusivement négatifs. Un deuxième paradoxe est mis en avant dans cette étude. Les infirmières mentionnent que le questionnement sur la sexualité n'est pas présent dans leur pratique, pourtant au cours des entretiens les infirmières parlent de nombreuses situations concernant la sexualité (Giami et al., 2013).

Un grand nombre d'infirmières rencontrent des difficultés à distinguer la portion de la sexualité dans leur travail et à en discuter (Giami et al., 2013). Le personnel infirmier a le sentiment de manquer de formations, de temps, d'endroits appropriés mais craint d'être intrusif, les retenant fréquemment d'aborder le thème de la sexualité. Cependant, les infirmier.ère.s clinicien.ne.s spécialisé.e.s ont des connaissances sur le sujet avec parfois des formations permettant de dépister les éventuels besoins des patientes et pouvant les soutenir et les guider, pouvant être aussi le cas pour certains infirmier.ère.s en oncologie (Cairo Notari et al., 2018). Une étude menée auprès des médecins et du personnel infirmier en oncologie au Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), dont 61% d'infirmiers et infirmières, démontre que 75% d'entre eux n'ont pas reçu de formation spécifique à la sexualité. Le sujet de la sexualité était abordé par sept pourcents très souvent et également par sept pourcents souvent. Pourtant, 81% des soignant.e.s attribuent largement de sens aux préoccupations sexuelles en oncologie (Bolmont et al., 2018).

De plus, une revue systématique et une méta-analyse réalisées en 2022, montrent que les interventions infirmières amélioraient de façon significative la qualité de vie sexuelle des patientes atteintes d'un cancer du sein (Lu et al., 2022). Les études menées par Jalambadani et al. et par Hummel et al., réalisées toutes deux en 2017, respectivement en Iran et aux Pays-Bas ainsi que l'étude de Silva Ferreira et al., réalisée en 2022 au Brésil, montrent que les interventions proposées aux femmes atteintes d'un cancer du sein ont des effets positifs sur leur fonctionnement sexuel. En effet, une intervention d'éducation basée sur la théorie du comportement planifié a démontré que les participantes ayant reçu l'intervention présentaient notamment une amélioration significative de la fonction sexuelle (Jalambadani et al., 2017). Cette amélioration significative était également constatée à la suite

d'une intervention se basant sur la thérapie cognitivo-comportementale sur internet, avec une augmentation du désir, de l'excitation et du plaisir sexuel ainsi que de la lubrification vaginale (Hummel et al., 2017). L'intervention infirmière qui consistait en séances de conseils par « Telenursing » a également démontré une amélioration de la fonction sexuelle comprenant le désir, l'excitation, l'orgasme, la satisfaction et la douleur chez les femmes ayant effectué les séances (Silva Ferreira et al., 2022). Les résultats de l'étude de Hummel et al. (2017), montrent également une diminution des gênes pendant les rapports sexuels, de la détresse sexuelle et des symptômes de ménopause. De plus, l'image corporelle des femmes qui ont suivi l'intervention a montré une meilleure amélioration que celles qui ne l'avaient pas suivie (Hummel et al., 2017). Les interventions infirmières comprennent majoritairement des interventions psychologiques, éducatives et physiques (Lu et al., 2022).

De plus, depuis plusieurs années, des infirmier.ère.s clinicien.ne.s spécialisé.e.s travaillent dans des centres du sein romands ont des connaissances spécifiques à la sexualité avec parfois des formations ce qui contribue à l'identification des potentiels besoins des patientes mais aussi de les soutenir et les conseiller. En outre, certain.e.s infirmier.ère.s en oncologie possèdent également ces connaissances et compétences. De surcroît, des formations continues existent dans le domaine de la sexualité (Cairo Notari, et al., 2018). Ce qui amène à nouveau à la question de recherche suivante : *Quelles sont les interventions infirmières visant le maintien de la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ?*

Cadre théorique

Pour pouvoir relier les concepts ci-dessus à la discipline infirmière et répondre à la question de recherche, un cadre théorique est essentiel. Au vu de la problématique rencontrée dans ce travail, le choix s'est porté sur la théorie de la gestion des symptômes. L'utilisation d'une théorie infirmière permet d'améliorer la compréhension de la problématique mais aussi l'interprétation des résultats en se basant sur les concepts de cette dernière (Fortin & Gagnon, 2016, p. 102). En effet, la perturbation de la santé sexuelle des femmes touchées par un cancer du sein fait suite à de nombreux symptômes et demande aux patientes la mise en place de stratégies afin d'essayer de les faire évoluer de manière positive. Dans ce chapitre, sont évoqués les métaparadigmes infirmiers selon la théorie de la gestion des symptômes, le paradigme où cette théorie se situe, la justification du choix de ce cadre théorique, ainsi que l'explication de celui-ci, de ses concepts fondamentaux et son utilisation dans la pratique infirmière.

Métaparadigmes infirmiers et paradigmes

Les énoncés métaparadigme et paradigme sont régulièrement présents dans la littérature du domaine infirmier. Le métaparadigme se différencie d'un paradigme par sa globalité, sa stabilité et sa philosophie neutre. Les théories infirmières se basent sur quatre métaparadigmes : la personne, l'environnement, la santé et le soin. Depuis de nombreuses années, ces quatre concepts sont mis en avant dans les écrits de différents auteurs de la discipline infirmière. Au fil des années, les définitions de ces concepts ont été ajustées et modifiées afin de s'adapter au mieux au contexte des époques (Pépin et al., 2017, pp. 5-6). Selon Pépin et al. (2017), « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (p. 16).

Le métaparadigme de soin comprend les différentes phases d'accompagnement, de soutien et de facilitation pendant des expériences de santé mais également de fin de vie. Pour comprendre l'expérience de santé d'une personne, celle-ci doit être considérée de manière entière avec sa famille, sa communauté ou la population dont elle est issue ainsi que l'interaction constante de ces dernières avec l'environnement interne et externe. L'expérience de santé est définie par la façon individuelle et propre à chacun, et à sa famille, de vivre les épisodes en lien à la santé (Pépin et al., 2017, pp. 5-17).

Quant au paradigme, ce terme a été introduit par Kuhn (1970), « ... pour désigner les grands courants de pensée, ou façons de voir et de comprendre le monde » (Pépin et al., 2017, p. 29). Les paradigmes amènent un cadre de base pour classer les connaissances d'une discipline. Trois paradigmes sont différenciés reflétant les connaissances, les valeurs et les principes ainsi que les actions infirmières d'une époque. Le paradigme de la catégorisation qui aborde le phénomène comme étant sécable, isolable ou simplifiable. Le paradigme de l'intégration qui se fonde sur la multiplicité d'éléments et de manifestations d'un phénomène et également l'environnement et le contexte dans lequel il s'effectue. Et pour finir, le paradigme de la transformation qui définit un phénomène comme étant une structure ou une structure simplifiée unique en interaction réciproque et simultanée avec le monde qui l'entoure (Pépin et al., 2017, pp. 31-32).

La théorie de gestion des symptômes reprend ces métaparadigmes infirmiers et se situe dans le paradigme de l'intégration. La personne, avec ses différentes caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales, développementales et démographiques pouvant influencer la réponse à l'expérience du symptôme. L'environnement comprenant les conditions et les contextes externes où se développe le symptôme. Incluant l'environnement physique qui appréhende l'environnement privée, professionnel et le lieu institutionnel où la personne est prise en soins. L'environnement social qui englobe le réseau de soutien et les relations interpersonnelles. Et l'environnement culturel qui inclus les croyances et les valeurs de la personne. Puis la santé et la maladie représentant les aspects influençant les symptômes correspondant à l'état de santé d'une personne avec ses facteurs de risque, ses handicaps et les accidents rencontrés (Eicher et al., 2013, p. 16-17).

Cette théorie infirmière est de niveau intermédiaire soit à moyenne portée, ce qui signifie qu'elle s'appuie sur des événements remarquables dans la pratique, la gestion et la formation et soutient à aiguiller le personnel infirmier. De plus, ayant une composition faite de peu de concepts, les théories de moyenne portée sont des cadres théoriques plus précis (Pépin et al., 2017, p. 52). Elle donne un outil d'analyse en utilisant les concepts pertinents à la pratique infirmière et pour la recherche dans le domaine de l'évaluation et le traitement des symptômes (Smith & Liehr, 2018, p. 147).

La problématique de ce travail se rapportant aux signes et symptômes vécus par les femmes vivant avec un cancer du sein, cette théorie donne un cadre théorique utile pour organiser les concepts pertinents. La sexualité des femmes, est impactée par le traitement oncologique et la maladie et des stratégies sont nécessaires pour améliorer leur santé sexuelle. Les équipes infirmières ont pour rôle de prendre en compte la santé sexuelle des patientes et de leur proposer des interventions visant à l'amélioration des difficultés rencontrées. Pour ce faire, des interventions infirmières permettant un changement dans le symptôme, sont prescrites dans l'objectif d'éliminer ou diminuer l'expérience du symptôme.

La théorie de gestion des symptômes

La théorie de gestion des symptômes a été développée par Larson et al., en 1994 à la faculté de l'école d'infirmières de l'Université de Californie à San Francisco afin de permettre d'aborder « l'expérience du patient, ses stratégies de gestion testées ou les résultats souhaités » (Smith & Liehr, 2018, p.147). La théorie infirmière a ensuite été reprise par Dodd et al., en 2001. Dans cette révision, de brèves modifications ont été faites concernant certains aspects des concepts et des domaines de la personne, de l'environnement et de la santé et de la maladie (Smith & Liehr, 2018, p.147). En 2013, Eicher et al., ont proposé une traduction en français de la théorie de gestion des symptômes ainsi que de son schéma.

Cette théorie est composée de trois concepts fondamentaux ; l'expérience du patient face à des symptômes, ses stratégies de gestion pour ses symptômes et les aboutissements obtenus sur ces derniers. Ces concepts ont une interaction continue entre eux et sont influencés par la personne, l'environnement et la santé et maladie (Eicher et al., 2013, p. 18)

Selon Dodd et al., (2001), un symptôme est défini comme le reflet de l'expérience de la personne face à des modifications dans ses fonctions biopsychosociales, ses perceptions et ses connaissances. Un signe est défini

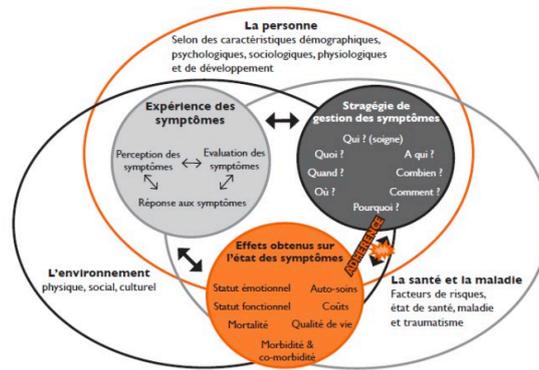
comme une irrégularité montrant une maladie observable par la personne ou par un tiers. Les symptômes et les signes sont des facteurs notables de la maladie et de la santé interagissant avec le fonctionnement physique, mental et social. Les symptômes ne sont pas seulement causés par la maladie elle-même mais aussi par les traitements (Smith & Liehr, 2018, p. 147).

L'expérience du symptôme est une perception, une évaluation et une réponse simultanées à un changement de sensation habituelle. Ce changement peut s'effectuer au niveau de la fréquence à laquelle la personne vit le symptôme, de la gravité du symptôme mais aussi de la détresse associée au symptôme et qui pourrait être modifiées par des interventions. En outre, son expérience peut comprendre plusieurs symptômes synergiques (Smith & Liehr, 2018, pp. 148-149 ; Eicher et al., 2013, pp. 17-18). Les auteurs parlent alors de *symptom cluster* ou groupe de symptômes interreliés apparaissant ensemble, mais séparément des autres symptômes. Lors de *symptom clusters*, il est nécessaire d'en tenir rigueur pour l'évolution des symptômes, la préparation des interventions et leurs évaluations (Eicher et al., 2013, pp.17-19).

Les stratégies de gestion du symptôme ou des symptômes en grappe correspondent à des actions permettant de déjouer, reculer ou minimiser l'expérience du ou des symptômes. Il y a trois procédés permettant aux stratégies d'être efficaces ; la réduction de la fréquence de l'expérience du symptôme, la diminution de la gravité du symptôme ou le soulagement de la détresse associée au symptôme. L'environnement où se trouve la personne lors d'une stratégie de gestion du symptôme va influencer ou modifier le symptôme. Parmi les interventions de gestion du symptôme, peuvent être proposées par exemple une thérapie médicale, une thérapie complémentaire ou la modification de l'environnement. Les patient.e.s ainsi que les soignant.e.s peuvent aussi combiner plusieurs interventions afin d'avoir un meilleur effet sur le ou les symptômes ainsi qu'adapter la stratégie à la personne. La dose, c'est-à-dire « le combien » incluant le temps passé à utiliser une stratégie ainsi que le moment sont également fondamentaux pour ajuster les symptômes dans la pratique infirmières ou la recherche (Smith & Liehr, 2018, pp. 149-150 ; Eicher et al., p. 18). Lorsque la fréquence, la durée et la sévérité sont importantes, la personne va alors déployer des stratégies pour soulager son ou ses symptômes. Les ressources personnelles ou les aides externes vont être mobilisées lors de ces stratégies (Eicher et al., 2013, p. 18).

Les résultats obtenus sur l'état du symptôme sont la réponse à la mise en place d'une intervention en regard des symptômes avec un changement remarquable sur l'état de ce dernier. Ils sont composés d'une diminution de la fréquence ou de l'intensité du symptôme ou encore d'un soulagement de la détresse qui en est associée. Pour évaluer l'efficacité de la stratégie de gestion du symptôme, les résultats doivent être précis et calculables et l'évaluation doit se faire avant et après la mise en œuvre des interventions. Les résultats sont composés du changement manifeste de l'état du ou des symptômes qui peut conduire à une meilleure santé physique et mentale, une qualité de vie améliorée, une diminution du séjour hospitalier, une absence au travail plus courte avec une productivité augmentée et ceci en favorisant les coûts pour la personne, sa famille, le système de santé et son employeur (Smith & Liehr, 2018, pp. 149-151 ; Eicher et al., 2013, p. 18).

Figure 1. Schéma de la théorie de gestion des symptômes. Tiré de Eicher et al., 2013, p. 17



Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013, p.17

Comme le montrent les flèches sur le schéma ci-dessus, les trois concepts principaux ont des interactions simultanées. Les trois concepts exercent une influence les uns sur les autres, ils sont interreliés et ont une réaction réciproque continuellement. Néanmoins, la stratégie de gestion des symptômes ainsi que les effets obtenus sur l'état des symptômes peuvent ne pas se dérouler comme prévu lorsque le malade n'adhère pas aux propositions de stratégies. L'adhérence est un concept secondaire qui détermine la façon dont la personne utilise la stratégie choisie pour modifier le symptôme. L'adhérence peut être perturbée au cours de stratégies trop exigeantes, appliquées incorrectement ou de manière incohérente, ou dû à des aspects provenant des domaines de la personne, de l'environnement ou de la santé et maladie (Smith & Liehr, 2018, p. 151 ; Eicher et al., 2013, pp. 18-19). De plus, la prise en compte des changements dans l'état du symptôme est essentielle car un changement sur l'état du symptôme peut modifier l'adhérence de la personne à la stratégie recommandée. Qui plus est, pour avoir des stratégies de gestion des symptômes d'une bonne efficacité, il est nécessaire que les cliniciens sachent identifier le moment où elles ont la meilleure accueil par les personnes. Mais aussi, à quelle période les résultats et le changement de l'état du symptôme ont la meilleure mesurabilité (Smith & Liehr, 2018, p. 165).

Depuis son introduction, la théorie de gestion des symptômes a permis d'aider à l'organisation des connaissances dans la recherche et la pratique principalement, avec le concept de l'expérience des symptômes en lien avec les métaparadigmes infirmiers. La théorie de gestion des symptômes n'étant pas dans une dimension temporelle hormis le moment où une stratégie est proposée ou commencée, des modifications futures du modèle afin qu'il évolue sont donc possibles. En effet, les auteurs mentionnent qu'une révision de la théorie de gestion des symptômes en la rendant plus claire et plus représentative de la « vraie vie » pourrait améliorer son rôle pour la recherche et la pratique (Smith & Liehr, 2018, p. 165).

Les concepts centraux de la personne, de l'environnement et de la santé et maladie, issus des métaparadigmes infirmiers participent à la variabilité de l'expérience du ou des symptômes. Une patiente ayant un cancer du sein peut par exemple avoir une expérience face au symptôme complètement différente, selon son âge, ses besoins ou ses envies de préserver une activité sexuelle, ses croyances sur la notion d'un symptôme, l'hôpital où elle est soignée et son état de santé actuel ou son diagnostic. De plus, l'expérience du symptôme de cette personne, peut aussi fluctuer, se modifier dans le temps. Selon le modèle théorique les symptômes peuvent être dus aux interventions thérapeutiques, aux traitements médicamenteux et aux atteintes de la maladie elle-même, ce qui se

retrouve chez les patientes lors d'une prise en charge pour une maladie oncologique du sein avec de nombreux symptômes ayant un impact sur leur activité sexuelle. Les symptômes rencontrés par les femmes lors d'un traitement pour un cancer du sein ont une durée, une fréquence et une intensité qui peuvent être très variables selon les options thérapeutiques choisies et la trajectoire de la maladie. Dans la théorie de gestion des symptômes, ce sont des facteurs conséquents à inclure. (Smith & Liehr, 2018, pp. 148-151).

Les personnes éprouvant un panel de symptômes divers usent de nombreuses façons pour les décrire et gèrent majoritairement par eux-mêmes leurs symptômes en mettant en place des stratégies pas toujours fondées ni efficaces. Il est donc prouvé que le personnel soignant doit avoir une communication efficace avec les patient.e.s pour interpréter et admettre l'expérience des symptômes et pouvoir proposer des stratégies de gestion efficaces afin d'avoir un résultat satisfaisant pour la personne. De plus, les soignant.e.s doivent prendre en compte les forces et les limites des patient.e.s dans les domaines de la personne, de l'environnement et de la santé et maladie. Lorsque l'état d'un symptôme est amélioré, la qualité de vie est meilleure et contribue indirectement à diminuer les coûts que ce soit pour la personne et sa famille ou pour la société et le système de santé (Smith & Liehr, 2018, p. 165).

Le nombre de personnes atteintes ou susceptibles d'avoir une maladie chronique accompagnée de ses innombrables symptômes, est de plus en plus considérable. Les symptômes faisant suite à une maladie, à des traitements et aux effets indésirables de ces derniers, et de ce fait, mettre l'expérience symptomatologique que vit la personne au départ du processus des soins infirmiers est un défi principal (Eicher et al., 2013, p. 15). Depuis plusieurs années, les recherches dans la pratique infirmière s'appuyant sur la théorie de la gestion des symptômes augmentent. Smith et Liehr. (2018) donnent quelques exemples de recherches se basant sur ce modèle théorique. En 2006, Maag et al., ont synthétisé cette théorie avec d'autres afin de créer un cadre conceptuel pour un plan de formation pour des infirmier.ère.s clinicien.ne.s leader pour permettre aux diplômé.e.s d'évaluer réellement les symptômes des patient.e.s, de mettre en œuvre des stratégies de gestion contribuant à obtenir des résultats influents. Entre 2013 et 2016, 12 études étaient publiées, en lien à l'utilisation de la théorie de gestion des symptômes dans la pratique infirmière. En 2016, Titzer pour déterminer un plan de prise en soins interprofessionnelle globale pour les patient.e.s touché.e.s par un cancer, a pris pour cadre la théorie de gestion des symptômes. Ceci afin que le soignant.e. puisse mieux évaluer l'expérience des symptômes d'une personne. Des instruments, des questionnaires, des guides d'entretien et des listes de contrôle ont été créés à l'aide de cette théorie infirmière. Swenson et al., en 2013, ont procédé à des recherches quant à trouver l'outil le plus favorable pour évaluer, chez les patientes touchées par un cancer du sein, les changements dans les symptômes musculosquelettiques et le fonctionnement physique (Smith & Liehr, 2018, pp. 162-164).

L'équipe infirmière est selon les patient.e.s, une source d'information conséquente concernant leurs symptômes. Le personnel infirmier a pour rôle de disposer d'une excellente communication avec la personne vivant une expérience de symptôme, afin de l'interpréter et de l'accepter pour avoir la possibilité de mettre en place des stratégies de gestion efficaces quant à accéder au résultat le meilleur pour la personne. L'infirmier.ère doit également prendre en compte les forces et les limites des patient.e.s et ce dans les domaines de la personne, de l'environnement et de la santé et maladie (Smith & Liehr, 2018, pp. 164-165).

Méthodologie

Ce travail s'est effectué sur le modèle d'une revue de littérature ayant pour but de reprendre des études antérieures sur une thématique spécifique afin de les analyser et en faire une lecture critique pour mettre en avant les connaissances qui en découlent (Jaillet & Mabilon-Bonfils, 2021). Cette section comprend les différentes étapes de la méthodologie employée pour la conception de ce travail avec la méthode PICo permettant de formuler clairement la question de recherche et la recherche sur les bases de données réalisées à l'aide de mots-clés qui ont permis la conception de deux équations de recherche, chacune utilisée sur une base de données différente ainsi que les critères de sélection utilisés lors de la recherche en lien à la question de recherche. Pour cette revue de littérature, a minima six articles devaient être inclus pour analyse.

Méthode PICo

À partir de la problématique « *Le rôle infirmier dans les soins de santé sexuelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein* » et afin de pouvoir mieux cibler la question de recherche mais également simplifier la recherche d'articles, l'outil PICo a été utilisé. La méthode PICo est un outil permettant de formuler de manière claire une question de recherche. Le « P » de l'acronyme PICo permet de décrire les attributs du patient ou de la patiente comme son âge, son sexe et les obstacles rencontrés dans sa santé. Le « I » est l'intervention choisie, elle peut être dans le champ de la prévention, d'un traitement ou d'un service de santé. Quant au « Co », il définit le contexte dans lequel a lieu l'intervention (Fortin & Gagnon, 2016, p. 475).

P – Population/Patient/Pathologie à l'étude : Patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein

I – Intervention/Intérêt : Interventions infirmières dans le domaine de la sexualité

Co – Contexte : Services hospitaliers et ambulatoires oncologiques

Ce qui a permis de formuler la question de recherche « *Quelles sont les interventions infirmières visant le maintien de la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ?* »

Pour permettre de répondre au mieux à la question de recherche, une recherche documentaire est nécessaire pour donner lieu à une recension des écrits sur le sujet choisi. L'utilisation de deux bases de données a aussi consenti, grâce à la recherche et à la lecture d'articles, à développer la problématique et les concepts attendants (Fortin & Gagnon, 2016, p. 79). La recherche d'articles s'est effectuée en utilisant les bases de données CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) et PubMed. Des mots-clés correspondant à la question de recherche ont été utilisés pour l'élaboration des équations de recherche. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour affiner la recherche d'articles. Puis, la méthode employée pour sélectionner les études est explicitée.

Recherche sur les bases de données

La recherche d'articles a été effectuée à l'aide des bases de données PubMed et CINAHL étant complémentaires, ce qui donne matière à une recherche plus large. La source de données PubMed regroupe des références de la spécialité des sciences biomédicales. Quant à CINAHL, elle recense des articles de périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences de la santé. Pour effectuer des recherches sur cette base de données, le thésaurus *CINALH Subject Heading* est utilisé, regroupant les descripteurs sélectionnés (Fortin & Gagnon, 2016, p. 83).

Le tableau ci-dessous présente les mots-clés extraits de la question de recherche et contribuant à créer les équations de recherche. Les mots-clés ont ensuite été traduits du français à l'anglais ce qui a permis de les convertir ensuite en descripteurs pour les différentes sources de données utilisées.

Tableau 1. Mots-clés et descripteurs utilisés pour les bases de données

Éléments	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs CINAHL	Descripteurs PubMed
Cancer du sein	Cancer du sein	Breast cancer	(MM "Breast Neoplasms") "breast cancer"	"Breast Neoplasms"[MeSH Terms]
Sexualité	Sexualité	Sexuality	(MM "Sexuality")	"Sexuality"[MeSH Terms]"
	Santé sexuelle	Sexual health	(MM "Sexual Health")	Sexual Behavior"[MeSH Terms]
	Dysfonctionnement sexuel	Sexual dysfunction	(MM "Sexual Dysfunction, Female")	"Sexual Health"[MeSH Terms] "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms]
Soins infirmiers	Soins infirmiers	Nursing care	(MM "Nursing Care")	"Evidence-Based Nursing"[MeSH Terms]
	Interventions infirmières	Nursing interventions	(MM "Nursing Interventions")	"Nursing Care"[MeSH Terms]
	Rôle infirmier	Nursing role/role of the nurse	(MM "Nursing Role")	"Nursing"[MeSH Terms]

Les nombreux descripteurs ont ensuite été exploités ensemble à l'aide des « AND » et « OR ». Ce qui a donné lieu à l'élaboration d'une équation de recherche par source de données. Les équations de recherche ont été réadaptées le 20 juillet 2023 avec l'aide précieuse d'une bibliothécaire d'HESAV afin d'obtenir un nombre plus élevé de résultats.

Équation de recherche CINAHL

((MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses+") OR nurs*) AND ((MH "Sexual Dysfunction, Female+") OR (MH "Sexual Dysfunction, Psychological") OR (MH "Sexual Trauma") OR (MH "Sexual Desire Disorders+") OR (MH "Sexual Health") OR (MH "Sexual Behavior+") OR (MH "Attitude to Sexuality+") OR sexual*) AND (MH "Breast Neoplasms+" OR "breast cancer*" OR "breast neoplasm*")

Cette équation a permis d'obtenir le résultat de 125 articles dans la base de données CINAHL, le 20 juillet 2023.

Équation de recherche PubMed

("Sex Counseling"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nurses"[Mesh] OR Nurs*[tiab]) AND ("Breast Neoplasms"[MeSH Terms] OR "Breast neoplasm*"[tiab] OR "Breast cancer*"[tiab]) AND ("Sexual Behavior"[MeSH Terms] OR "Sexual Health"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunction, physiological"[MeSH Terms] OR "Sexuality"[MeSH Terms] OR "sexual*"[tiab])

L'équation de recherche pour la base de données PubMed a donné le résultat de 96 articles, le 20 juillet 2023.

Les critères de sélection

Les critères de sélection comprennent les critères d'inclusion et d'exclusion incluant les caractéristiques essentielles et déterminantes pour préciser la question de recherche (Fortin & Gagnon, 2016, p. 262). Les études utilisées pour répondre à la question de recherche sont issues de sources primaires, ce qui équivaut à un article écrit par l'auteur de l'étude originale (Fortin & Gagnon, 2016, p. 77).

Critères d'inclusion

- Femmes atteintes d'un cancer du sein
- Âgées de plus de 18 ans
- Perturbation de la fonction sexuelle
- Interventions infirmières relatives à la sexualité
- En langue française ou anglaise

Critères d'exclusion

- Interventions non-infirmières

- Articles parus avant 2012

Lors de la recherche d'articles avec pour base les équations de recherche, les études étant en adéquation avec les critères d'inclusion et d'exclusion n'étant pas assez nombreuses, le critère d'exclusion « articles parus avant 2012 », a été modifié à 2011 afin d'élargir les résultats. En regroupant, les résultats des deux bases de données, un total de 221 études correspondaient aux équations de recherche. Les multiples articles ne correspondant pas aux critères de sélection n'ont pas été retenus pour lecture. À la suite d'une lecture détaillée, seules six études concordaient avec la question de recherche et ont été incluses dans ce travail pour analyse.

Articles sélectionnés

Avec les équations de recherche ci-dessus, propres à chacun des bases de données, et en y incluant tous les critères d'inclusion et d'exclusion, les études suivantes ont été retenues :

CINAHL

- Esmkhani, M., Kharaghani, R., Shakibazadeh, E., Faghihzadeh, S., Korte, J., E., & Merghati-Khoei, E. (2021). Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Sexuality and Disability*, 39, 85–96. Springer Science+Business Media. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09661-0>
- Reese, J., B., Sorice, K., A., Pollard, W., Handorf, E., Beach, M., C., Daly, M., B., Porter, L., S., Tulskey, J., A., & Lepore, S., J. (2020). Efficacy of a multimedia intervention in facilitating breast cancer patients' clinical communication about sexual health: Results of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 30, 681–690. <https://doi.org/10.1002/pon.5613>
- Abedini, M., Olfati, F., Oveisi, S., Bahrami, N., Astrologo, L., Chan, Y., H. (2020). Examining the effect of a brief psychoeducation intervention based on self-regulation model on sexual satisfaction for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 47. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101673>

PubMed

- Cieslak, A., Elkins, G., Banerjee, T., Marsack, J., Hickman, K., Johnson, A., Henry, N., L., & Barton, D. (2016). Developing a Hypnotic Relaxation Intervention to Improve Body Image: A Feasibility Study. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 233-241. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E233-E241>
- Decker, C., L., Pais, S., Miller, K., D., Goulet, R., & Fifea, B., L. (2012). Brief Intervention to Minimize Psychosexual Morbidity in Dyads Coping With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 39 (2), 176-185. DOI: [10.1188/12.ONF.176-185](https://doi.org/10.1188/12.ONF.176-185)

- Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., PhD, Kang, H. S., Kang, S. S. The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors. (2011). *Cancer Nursing™*, 34 (2). 142-149. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fab7a>

Ces six études ont ensuite été analysées à l'aide de tableaux. L'élaboration des tableaux employés s'est faite à l'aide de la grille d'analyse d'article de Fortin et al. (Fortin & Gagnon, 2016).

Résultats

Ce chapitre comporte l'extraction des résultats des six articles scientifiques, sous forme de tableaux. L'extraction en ce format favorise une meilleure visualisation des résultats présents dans les études. Les tableaux sont composés du devis, de l'échantillon, de la méthode, des résultats, des recommandations, des considérations éthiques ainsi que des limites.

Les six articles sélectionnés et traités dans ce travail, sont des études quantitatives. L'étude d'Esmkhani et al., réalisée en Iran, en 2021, est une recherche quantitative descriptive et comparative, effectuée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé à trois bras. La recherche de Ciesak et al., de 2016, réalisée aux États-Unis, est de type quantitatif de faisabilité. Les études de Decker et al. (2012) et de Jun et al. (2011) faites respectivement aux États-Unis et en Corée du Sud sont des recherches quantitatives quasi-expérimentales. Concernant la recherche effectuée par Reese et al. aux États-Unis en 2020, il s'agit d'une étude quantitative descriptive et comparative accomplie à l'aide d'un essai contrôlé randomisé. Quant à l'étude d'Abedini et al, conçues en 2020, en Iran, il s'agit d'une recherche quantitative réalisée à l'aide d'un essai clinique contrôlé randomisé.

Esmkhani, M., Kharaghani, R., Shakibzadeh, E., Faghihzadeh, S., Korte, J., E., & Merghati-Khoei, E. (2021). Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Sexuality and Disability*, 39, 85–96. Springer Science+Business Media. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09661-0>

Pays : Iran

Devis et but	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Recherche quantitative descriptive et comparative, effectuée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé à trois bras.</p> <p>But Comparer les effets du modèle <i>PLISSIT</i> et du <i>Sexual Health Model</i> sur la qualité de vie sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein.</p>	<p>Échantillon Composé à l'aide de la méthode d'échantillonnage de commodité. 75 femmes atteintes d'un cancer du sein recrutées en 2016 et 2017 au Mehraneh Charity Cancer Center et à l'hôpital Valiasr de Zanjan en Iran. Sa taille se base sur l'étude de Rostamkhani et al. de 2015, avec un alpha de 5% et un bêta de 10%. Pour chaque groupe, 21 participantes étaient nécessaires. 25 participantes ont été sélectionnées pour chaque groupe compte tenu du taux d'abandon estimé à 20%.</p> <p>Critères d'inclusion Mariées, 20 à 50 ans, score inférieur à 11 au questionnaire de détresse sexuelle, min. 3 mois après le traitement chirurgical ou chimiothérapeutique, ayant pas suivi d'éducation formelle sur les questions sexuelles durant les 6 derniers mois, pas d'antécédents de maladie mentale diagnostiquée avant le cancer du sein, pas d'antécédents de consommation de drogues ou d'alcool.</p> <p>Critères d'exclusion Rechute du cancer du sein, hospitalisation pendant l'intervention, grossesse, initiation d'une pharmacothérapie psychiatrique pendant l'intervention.</p> <p>Caractéristiques connues</p>	<p>Instruments de mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liste de contrôle démographique et clinique ; âge, statut matrimonial, éducation, urbanité, emploi, nombre d'enfants, antécédents de toxicomanie, statut ménopausique, statut du traitement et maladie. - Questionnaire sur la détresse sexuelle. La validité et la fiabilité du questionnaire révisé ont été calculées par Leonard et al. (2008) et Azimi et al. (2014). - Questionnaire standard de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement afin d'évaluer la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein (EORTC QLQ-C30V.3), avec 30 questions basées sur 5 aspects fonctionnels et 9 aspects symptomatiques du cancer. - Le questionnaire standard EORTC QLQ-BR23.V.3, avec 23 questions avec des échelles fonctionnelles de la fonction sexuelle, du plaisir sexuel, de l'image corporelle, de l'espérance de vie et la santé globale. Et des échelles de symptômes du cancer. La validité et la fiabilité ont été confirmées en Iran avec un coefficient alpha de Cronbach compris entre 63 et 95 %. <p>Intervention Deux types d'approches de conseil ; <i>PLISSIT</i> et <i>Sexual Health Model</i> (SHM). Pour l'intervention <i>PLISSIT</i>, il s'agissait de donner aux femmes la permission de soulever leurs problèmes sexuels liés au cancer du sein, leur fournir des informations limitées sur les problèmes sexuels liés au cancer du sein et les traitements pertinents et leurs effets secondaires, faire des suggestions spécifiques avec une évaluation approfondie et fournir une thérapie intensive. 1 à 3 séances ont été organisées selon les besoins sur un problème spécifique afin de fournir des solutions et informations limitées. Pour l'intervention SHM, il s'agissait d'un atelier de 6h sur la santé sexuelle, avec des groupes de 12-13 personnes. L'atelier est composé de 10 sections éducatives visant à assurer des relations sexuelles saines, des discussions sur les questions sexuelles, l'identité culturelle et sexuelle, l'anatomie, les fonctions et tendances sexuelles, les relations sexuelles sûres, les soins de santé sexuelle, les défis sexuels, l'image corporelle, l'imagination et l'excitation sexuelles, et les sentiments positifs à l'égard des tendances sexuelles. Après l'étude, les participantes du groupe contrôle ont reçu les coordonnées nécessaires pour avoir de l'aide en cas de problèmes sexuels.</p> <p>Collecte de données Les participantes ont rempli les instruments de mesure avant les interventions, 6 et 12 semaines après. Pour celles qui ne pouvaient pas écrire dû à une mastectomie, qui ne voulaient pas écrire, qui préféraient parler et celles qui étaient illettrées, les outils ont été remplis lors d'un entretien en personne.</p> <p>Analyse des données</p>	<p>Données socio-démographiques L'âge moyen pour le groupe <i>PLISSIT</i> était de 38,12 ans, 40,4 ans pour le groupe SHM et 41,04 ans pour le groupe témoin. L'âge du conjoint dans le groupe <i>PLISSIT</i> était de 42,3 ans, 45,28 ans pour le groupe SHM et 43,6 ans pour le groupe témoin. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour l'âge, l'âge de l'époux ou les autres variables démographiques.</p> <p>Traitement thérapeutique Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes, elles étaient traitées au Tamoxifène ou à l'Herceptin.</p> <p>Problèmes sexuels de l'époux Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.</p> <p>Altération de la qualité de vie À T0, elle était principalement liée au plaisir sexuel, à la fonction sexuelle et à l'espérance de vie dans les 3 groupes.</p> <p>Qualité de vie À T1, le score moyen le plus bas dans les trois groupes était lié à la variable de l'image corporelle. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour les échelles de qualité de vie à T0, T1 et T2. Mais semblait un peu plus importante dans le groupe SHM.</p> <p>Fonction sexuelle, plaisir sexuel, espérance de vie et état de santé général Se sont améliorés de manière statistiquement significative à T1 et T2 dans les trois groupes de l'étude, (P<0,001).</p>	<p>Recherches futures Une augmentation du nombre de séances de conseil, l'inclusion du conjoint dans les réunions et le conseil psychologique parallèlement au conseil sexuel pourraient améliorer les résultats. D'autres études dans le domaine semblent nécessaires. L'intervention a eu lieu après la fin du traitement, lorsque la personne était mentalement distraite des questions sexuelles. Les auteurs suggèrent qu'il serait préférable d'évaluer son effet avant le début du traitement.</p> <p>Implications pour la clinique Les auteurs n'en mentionnent pas.</p>

	<p>Âge, âge du mari, nombre d'enfant, années de mariage, emploi de la participante et de son mari, éducation de la participante et du mari, problèmes sexuels chez le mari, traitement médical.</p>	<p>Les variables quantitatives ont été vérifiées à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Les caractéristiques démographiques quantitatives et les échelles de qualité de vie ayant une distribution normale ont été comparées par ANOVA, et les variables ayant une distribution anormale ont été comparées à l'aide du test de Kruskal-Wallis entre les trois groupes. Dans tous les groupes, la différence des échelles de qualité de vie a été comparée à l'aide du test de Friedman entre les différentes phases de l'étude. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 20.</p>	<p>Image corporelle À T1 et T2, les groupes témoin et SHM n'avaient pas de changement significatif. Pour le groupe PLISSIT, elle avait diminué de manière significative (P = 0,011).</p>	
<p>Éthique Les participantes à l'étude ont donné leur consentement éclairé par oral et écrit. L'étude a été expliquée aux participantes par le chercheur en expliquant les objectifs et les méthodes. Les participantes pouvaient se retirer à tout moment de l'étude. Une préservation des données obtenues à partir des échantillons a été faite. L'étude ne comportait donc aucun risque pour la santé des patientes et des bénéficiaires pouvait en être tirés. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université des sciences médicales de Zanjan en Iran. Et une autorisation a été obtenue par les autorités de la clinique du cancer de Zanjan, ainsi que la permission du vice-président de la recherche.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs L'impossibilité d'inclure les conjoints dans les séances, les considérations culturelles relatives aux discussions sur la sexualité et l'exactitude des réponses aux questionnaires remplis par les participantes</p> <p>Autres limites perçues L'inclusion uniquement de femmes hétérosexuelles et mariées, le statut de ménopause ou de menstruation des femmes n'est pas connu et les causes influençant l'image corporelle, la fonction et le plaisir sexuels des participantes ne sont pas détaillées. La méthode utilisée pour stocker et enregistrer les données n'est pas spécifiée. Les auteurs n'évoquent pas les implications pour la pratique clinique.</p>				

Référence article				
Cieslak, A., Elkins, G., Banerjee, T., Marsack, J., Hickman, K., Johnson, A., Henry, N., L., & Barton, D. (2016). Developing a Hypnotic Relaxation Intervention to Improve Body Image: A Feasibility Study. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 43(6), 233-241. https://doi.org/10.1188/16.ONF.E233-E241				
Pays : États-Unis				
Devis et buts	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Recherche quantitative de faisabilité.</p> <p>Buts Déterminer : - Si le contenu de l'intervention était significatif pour les femmes - Si les femmes pouvaient terminer l'intervention - Sur quels résultats en matière de santé sexuelle l'intervention pouvait avoir le plus grand impact.</p>	<p>Échantillon 11 femmes ayant survécu à un cancer du sein dont une femme ayant survécu à un cancer du sein et gynécologique. Le recrutement et la participation se sont déroulés de novembre 2014 à février 2015 fait par l'équipe de recherche de l'Université Baylor à Waco, par le biais d'annonces et de recommandations dans les cliniques médicales de Waco et par l'équipe de recherche de l'école d'infirmières de l'université du Michigan à Ann Arbor dans la clinique du cancer du sein du Comprehensive Cancer Center de l'université du Michigan. La participation à l'étude était proposée à toutes les patientes des deux lieux répondant aux critères de sélection. La taille de l'échantillon n'est pas justifiée.</p> <p>Critères d'inclusion 21 ans ou plus, antécédents de cancer du sein ou cancer gynécologique à n'importe quel stade, signale une diminution de leur santé sexuelle, souhaite de participer à une intervention portant spécifiquement sur l'image de soi et corporelle, et statut de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group de 2 ou mieux.</p> <p>Critères d'exclusion</p>	<p>Instruments de mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>The Impact of Treatment Scale</i> pour mesurer le stress lié aux changements corporels (Frierson, Thiel, & Andersen, 2006). L'échelle a été testée et validée et le coefficient alpha de Cronbach était > à 0,9. - <i>The Sexual Self-Schema Scale</i> afin d'évaluer la vision que chaque femme a d'elle-même en tant qu'être sexuel (Andersen, Woods, & Copeland, 1997 ; Carpenter, Andersen, Fowler, & Maxwell, 2009 ; Cyranowski, Aarestad, & Andersen, 1999 ; Cyranowski & Andersen, 2000). Elle a été testée et validée et le coefficient alpha de Cronbach était de 0,76. - <i>The Female Sexual Function Index</i> pour évaluer le désir, l'excitation, la satisfaction, l'orgasme, la lubrification et la douleur. Validé pour une série de questions sexuelles, avec un alpha de Cronbach > à 0,9 pour la fiabilité interne. - <i>Patient or Subject Global Impression of Change</i> (Guy, 1976), pour évaluer le changement de l'état général depuis le début de l'intervention et la satisfaction globale à l'égard de l'intervention. Les questions portent sur l'amélioration des sentiments à l'égard de leur corps et sexualité. Les réponses ont été utilisées pour déterminer l'importance clinique d'une intervention (Hudson et al., 2009 ; Hurst & Bolton, 2004 ; Liu et al., 2015 ; Srikrishna, Robinson, & Cardozo, 2010). - Questionnaire d'auto-évaluation sur les effets secondaires afin de prendre en compte les expériences négatives liées à l'intervention pour évaluer les changements dans l'anxiété, l'irritation, le stress et la qualité de vie. Le questionnaire a été développé par les chercheurs à l'aide d'échelles analogiques numériques validées (Giorgi et al., 1996 ; Hyland & Sodergren, 1996). - Questionnaire de 2 questions pour évaluer les niveaux d'anxiété et confort corporel. Ce questionnaire a été développé par les chercheurs. - Questionnaire sur les données démographiques <p>Intervention Elle a été développée en collaboration avec deux auteurs (Elkins et Barton). Elle s'est déroulée sur 5 semaines, avec des séances hebdomadaires de 40 à 60 minutes dont 25 minutes pour l'hypnose. La participante commençait par se concentrer sur un point, puis guidé par une induction hypnotique utilisant le rythme, le comptage et l'imagerie pour faciliter une relaxation profonde. Des scripts détaillés ont été employés. Chaque séance d'hypnose</p>	<p>Données socio-démographiques L'âge moyen des femmes était de 47,36 ans. Le nombre moyen de mois depuis le diagnostic était de 44,2 mois et le nombre moyen de mois depuis que les préoccupations concernant l'image de soi ont commencé après le diagnostic était de 28 mois. 10 patientes étaient caucasiennes et une d'une autre ethnicité. 10 participantes sur 11 étaient mariées.</p> <p>Satisfaction de l'effet de l'intervention sur leur sexualité 9 participantes sur 11, ont indiqué être satisfaites.</p> <p>Évolution de leurs sentiments sur leur corps Toutes les participantes disaient s'être senties au moins un peu mieux dans leur corps, dont 6 s'être sentie moyenne ou très bien dans leur corps.</p> <p>Sentiments liés à la sexualité Une participante a indiqué qu'ils n'avaient pas changé et pour les 10 autres, une amélioration a été observée, dont 7 se sentaient un peu mieux par rapport à leur sexualité.</p> <p>Impact of Treatment Scale S'est amélioré pour 10 des 11 participantes au cours de l'intervention, avec un changement statistiquement significatif entre le score de base et celui de la semaine 5, avec une p valeur à 0,004.</p> <p>Sexual Self-Schema Scale A montré une amélioration pour 9 des 11 femmes au cours de l'intervention</p>	<p>Recherches futures D'autres études supplémentaires sont nécessaires avant de mettre en œuvre un plan d'intégration de cette intervention dans la pratique. Une étude pilote contrôlée randomisée de plus grande envergure dans un seul établissement est en cours. Le nombre de séance a été réduit. Le recrutement, il faudrait davantage de patientes ayant un cancer gynécologique pour évaluer également les effets dans cette population. Si l'intervention s'avère efficace dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé plus large, il sera prévu de mettre au point une version entièrement auto-administrée afin d'améliorer la diffusion et l'accès. Étant donné qu'il s'agissait d'une étude de faisabilité visant principalement à déterminer si le contenu de l'intervention était suffisant pour répondre aux mesures des résultats, des essais cliniques plus rigoureux sont nécessaires avant de pouvoir déterminer définitivement le rôle de l'hypnose pour l'image corporelle. Les suggestions d'amélioration faites par les participantes, concernaient le processus d'intervention, en ayant plus de temps entre les sessions avec le thérapeute afin de pouvoir passer plus de temps avec chaque fichier audio à la maison avant de</p>

	<p>Diagnostic d'épisode dépressif majeur, trouble anxieux aigu, psychose ou schizophrénie.</p> <p>Caractéristiques connues Âge, nombre de mois depuis le diagnostic, nombre de mois que les inquiétudes sur l'image de soi ont commencé après le diagnostic, ethnicité, statut relationnel et cancer sein/sein et gynécologique.</p>	<p>a été enregistrée sans données d'identification et gravée sur un CD pour la participante afin de s'entraîner. Les thérapeutes qui participaient à l'intervention, ont eu une formation à l'hypnose par un hypnothérapeute certifié ainsi qu'un éducateur en hypnose, co-auteur de cet article. L'exécution de l'intervention a été contrôlée par l'hypnothérapeute et pour assurer la similitude entre les deux lieux, des appels ont été effectués.</p> <p>Collecte de données Avant l'intervention, les participantes ont complété le questionnaire démographiques et les instruments <i>Impact of Treatment Scale</i>, <i>Sexual Self-Schema Scale</i>, <i>Female Sexual Function Index</i>, et le questionnaire sur les effets secondaires. Entre les séances, les participantes ont noté dans un journal, les jours où elles s'étaient exercées et les raisons si elles ne l'avaient pas fait et rempli le questionnaire sur les effets potentiels de l'intervention. Après les 5 semaines, les participantes ont rempli les questionnaires et pouvaient faire des suggestions sur les points à améliorer de l'intervention.</p> <p>Analyse des données : Le programme SPSS® version 22.0 a été employé pour saisir les données.</p>	<p>mais n'était pas statistiquement significative.</p> <p>Female Sexual Function Index S'est amélioré entre le début et la semaine 5 pour toutes les participantes, avec un changement moyen statistiquement significatif, avec une p valeur < 0,001. Surtout, la sous-échelle « satisfaction » a montré un changement statistiquement significatif au cours des 5 semaines avec une p valeur à < 0,001.</p> <p>Pratique à domicile Une participante a dit difficile de trouver le temps et que le temps et l'effort demandés n'en valaient pas la peine. 4 ont estimé qu'il était facile de trouver du temps et y parvenaient assez bien. En moyenne, les femmes ont pratiqué l'hypnose à domicile 4,6 jours par semaine, soit une moyenne de 90 minutes hebdomadaire.</p>	<p>passer à l'étape suivante de l'intervention.</p> <p>Implications dans la pratique infirmière Le personnel infirmier en oncologie étant les premiers professionnels de santé à entendre parler des préoccupations en matière de santé sexuelle ou d'image corporelle, fournir des informations pour les aider à apprendre comment approcher et diriger les femmes avec un cancer et un changement négatif dans la santé sexuelle, l'image corporelle ou l'image de soi pourrait avoir un impact profond sur la qualité de vie perçue par chaque femme. Les infirmières peuvent être formées de manière compétente à l'hypnose.</p>
<p>Éthique Un consentement éclairé par écrit a été donné par toutes les participantes. L'étude a été approuvée par <i>The institutional review boards at the University of Michigan Health System</i> et <i>Baylor University</i>. Les données de l'étude ont été dépersonnalisées avec l'attribution d'un numéro d'étude à chaque patiente et ont été sauvegardées sur des disques durs protégés par mot de passe et conformes au <i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i> et accessible qu'au personnel de recherche approuvé par <i>The institutional review boards</i>. Les données ont été nettoyées après leur collecte dans chaque site, puis combinées. L'étude ne comportait aucun risque direct pour les femmes y participant et pouvait même y avoir des bénéfices.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs La petite taille de l'échantillon, l'échantillonnage de commodité et l'absence de randomisation dans un groupe de contrôle. L'homogénéité de l'ethnicité avec essentiellement des femmes caucasiennes et mariées. L'accessibilité et la distance, du lieu où se déroulait l'intervention pouvaient aussi être un obstacle pour certaines participantes.</p> <p>Autres limites perçues L'inclusion uniquement des participantes qui avaient signalé une diminution de leur santé sexuelle. L'orientation sexuelle des femmes n'est pas mentionnée ainsi que leur statut de ménopause ou de menstruation.</p>				

Référence article				
Decker, C., L., Pais, S., Miller, K., D., Goulet, R., & Fifea, B., L. (2012). Brief Intervention to Minimize Psychosexual Morbidity in Dyads Coping With Breast Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> 39 (2), 176-185. DOI: 10.1188/12.ONF.176-185				
Pays : États-Unis				
Devis et but	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Étude quantitative quasi-expérimentale</p> <p>But - Développer une intervention brève, conçue pour minimiser l'incidence de la morbidité psychosexuelle au sein de la dyade, secondaire à la maladie et d'en évaluer la faisabilité et l'acceptabilité. - Déterminer l'ampleur de l'effet nécessaire pour un essai clinique randomisé ultérieur en tant qu'étape suivante, pour évaluer l'efficacité de l'intervention développée dans cette étude de faisabilité.</p>	<p>Échantillon 65 femmes hétérosexuelles et leur partenaire recrutées au Indiana University Simon Cancer Center à Indianapolis aux États-Unis. La taille de l'échantillon n'est pas justifiée.</p> <p>Biais de participation Aisance des couples à discuter des questions d'intimité et de sexualité.</p> <p>Critères d'inclusion Relation depuis un an ou plus, partenaire disposé à participer, diagnostic de cancer du sein de stade I-III au cours des neufs derniers mois, âgée de 20 à 59 ans, pré ou péri ménopausées.</p> <p>Critères d'exclusion Les auteurs n'en mentionnent pas.</p> <p>Caractéristiques connues Âge, durée de la relation, stade du cancer du sein, ethnicité et niveau éducationnel.</p>	<p>Instruments de mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Heatherington Intimate Relationship scale</i> (Davis et al., 1988) pour évaluer l'intimité avec 19 items, avec un score total allant de 19 à 76. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,91. - <i>Watts Sexual Functioning scale</i> (Greendale et al., 1996) pour évaluer le fonctionnement sexuel à l'aide de 15 items et un item sur l'importance de l'activité sexuelle, avec un score total de 16 à 80. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,8 pour les survivantes, 0,6 pour les partenaires et 0,75 pour un échantillon combiné. - <i>Dyadic Adjustment Scale</i> (Spanier, 1976) pour évaluer la qualité globale de la relation avec 32 items répartis avec un score total de 0 à 143. La fiabilité et la validité ont été démontrées. - <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977) et <i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger et al., 1970) pour mesurer la réaction émotionnelle avec 40 items au total avec des scores de 20 à 80. Leur validité et leur fiabilité ont été démontrées. - <i>Ways of Coping Checklist</i> (Lazarus et al., 1984) pour évaluer les stratégies d'adaptation avec 4 sous-échelles soit 63 items, avec des scores de 0 à 252 Le coefficient alpha de Cronbach des sous-échelles était entre 0,83 et 0,88. - <i>Body Image Scale</i> pour évaluer la perception de soi des survivantes, avec 15 items. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,87 (Fife et al., 1994). - <i>Mastery Scale</i> (Pearlin & Schooler, 1978; Ross & Sastry, 1999) pour évaluer le niveau de contrôle personnel (contrôle de leur vie actuelle et de leur avenir) avec 7 items. La validité et la fiabilité ont été démontrées avec un alpha de Cronbach de 0,82. - <i>Symptomatology Index</i> (Fife et al., 2000) pour évaluer le degré de symptomatologie, soit la fréquence et l'interférence avec la vie quotidienne, avec 17 items avec des scores de 17 à 76. L'alpha de Cronbach pour la fréquence était de 0,87 et 0,9 pour l'interférence. - <i>Questionnaire d'évaluation</i> en 16 points, portant sur les avantages tirés de la participation à l'intervention, avec des scores totaux de 16 à 161 et élaboré spécifiquement pour cette étude et rempli uniquement à T2 par les deux membres du couple. <p>Les instruments ont été remplis individuellement par les survivantes et leur partenaire à T1, T2 et T3. Hormis <i>Body Image Scale</i> et <i>Symptomatology Index</i> complétés par les survivantes uniquement.</p> <p>Intervention Basée sur la théorie des systèmes (Cox & Paley, 1997 ; Sameroff, 1994), avec pour concept principal que les personnes vivant dans une relation ne vivent ni ne résolvent les effets d'une crise, telle que le cancer du sein, indépendamment l'une de l'autre. Les séances se déroulaient soit en face à face soit par téléphone, duraient environ 60 minutes, à 2-3 semaines d'intervalle. Elles se basaient sur un manuel élaboré par les chercheurs et durant la phase d'intervention, des réunions mensuelles avaient lieu entre les chercheurs pour discuter de l'intervention et des problèmes rencontrés. L'intervention comprenait des discussions et présentations avec des exercices. La session 1 était sur la</p>	<p>Combinaison des résultats des deux groupes d'intervention N'ayant pas différence significative entre les deux groupes d'intervention, les résultats ont été combinés pour les analyses comparatives avec le groupe témoin.</p> <p>Intimité À T1 les groupes avaient presque des résultats similaires avec une légère augmentation pour les partenaires du groupe témoin. À T2 et T3, le groupe témoin présente une diminution alors que le groupe intervention a maintenu le même niveau.</p> <p>Fonctionnement sexuel Reste en majorité égal durant toute l'intervention pour le groupe intervention alors que le groupe témoin présente à T2 une diminution et un retour au résultat de base à T3. Pour les partenaires de chaque groupe, les résultats sont similaires.</p> <p>Adaptation dyadique des survivantes Les groupes ont des résultats similaires à T1 puis une diminution pour le groupe témoin alors que le groupe intervention a maintenu ses résultats.</p>	<p>Recherches futures Les chercheurs recommandent un essai d'efficacité afin de pouvoir estimer la taille de l'échantillon nécessaire.</p> <p>Implications pour la pratique infirmière L'étude met en évidence la difficulté qu'ont les femmes et leur partenaire à aborder les questions sexuelles liées au cancer du sein et la gêne éprouvées à poser des questions aux professionnels. Les obstacles rencontrés par les médecins et infirmières à évoquer ce sujet majorent ce problème. Il est donc nécessaire de discuter des moyens par lesquels les infirmières peuvent améliorer le niveau de confort des patientes étant les membres de l'équipe soignante les plus à même de le faire.</p>

		<p>communication efficace. La session 2 était sur l'intimité et fonctionnement sexuel face au cancer. La session 3 était sur les stratégies d'adaptation efficaces pour la gestion du stress. Pour compléter son contenu, la brochure <i>Sexuality and Fertility After Cancer for Women</i> (American Cancer Society) et le livre <i>Breast Cancer Husband</i> (Marc Silver) ont été fournis. Un contrôle de qualité et respect du contenu et du format de l'intervention a été fait.</p> <p>Collecte de données La méthode de collecte des données n'est pas décrite par les auteurs.</p> <p>Analyses des données Un examen de la distribution de toutes les variables et une vérification de la distribution normale et de la variance pour chaque groupe a été réalisé. Les statistiques descriptives ont été calculées pour les survivantes et les partenaires séparément. L'analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées a été réalisée pour examiner l'effet de l'intervention sur les variables significatives de l'expérience du cancer du sein. L'ANOVA à mesures répétées et/ou le test de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour détecter les différences significatives à T1 sur toutes les variables. La faisabilité de l'intervention a été évaluée en calculant les pourcentages de ceux qui ont consenti, par la rétention des participants ou les taux d'achèvement pour les trois sessions d'intervention, et par les réponses à la mesure de l'acceptabilité et de la satisfaction des participantes.</p>	<p>Image corporelle Au fil du temps, le groupe intervention avait une image plus positive que le groupe témoin.</p> <p>Anxiété des partenaires Le groupe intervention avait d'abord un moins bon résultat que le groupe témoin. Puis, l'anxiété des partenaires a augmenté entre T1 et T2 pour le groupe témoin et a diminué pour le groupe intervention.</p> <p>Questionnaire d'évaluation de satisfaction Les résultats se situaient entre 83 et 100% pour les deux groupes.</p>	
<p>Éthique Le protocole de l'étude a été examiné et approuvé par le conseil d'examen institutionnel et le comité d'examen scientifique du centre de cancérologie Simon de l'université de l'Indiana. Les couples participants ont consenti à participer à l'étude. Ils ont reçu une description de ce qu'impliquait leur participation. L'anonymisation des participants ne permet pas de pouvoir les identifier. L'étude et ses interventions n'ont pas porté préjudice à la santé des participants, des bénéfices pourraient en être tirés.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs La recherche n'a pas été conçue comme un essai d'efficacité randomisé et contrôlé, et les ressources disponibles ont limité le nombre de participants pouvant être inclus. Le sujet de l'intervention étant sensible, le recrutement a constitué un défi et l'assignation aléatoire n'a pas été utilisée.</p> <p>Autres limites perçues Critères d'exclusion non mentionné par les auteurs, inclusion uniquement des femmes pré ou péri ménopausées et hétérosexuelles et ayant un partenaire fixe. La méthode de collecte et d'enregistrement n'est pas précisée ainsi dont la manière que les couples ont consenti à participer. Les résultats ne sont pas présentés à l'aide de chiffres.</p>				

Référence article				
Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., PhD, Kang, H. S., Kang, S. S. The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors. (2011). <i>Cancer Nursing</i> TM , 34 (2). 142-149. https://doi.org.10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a				
Pays : Corée du Sud				
Devis et buts	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Recherche quantitative quasi-expérimental.</p> <p>Buts Développer un programme de recadrage de la vie sexuelle pour les survivantes du cancer du sein et d'étudier son effet sur l'intimité conjugale, l'image corporelle et la fonction sexuelle (intérêt sexuel, dysfonctionnement, satisfaction).</p>	<p>Échantillon 45 femmes atteintes d'un cancer du sein recrutées dans un hôpital universitaire de Séoul, et assignées au hasard soit au groupe d'intervention et contrôle. La taille de l'échantillon a été calculée avec la méthode de Cohen.</p> <p>Critères d'inclusion Mariées, 30 à 59 ans, vivant avec leur mari, cancer de stade I à III, 1 à 5 ans après la chirurgie mammaire et fin de la chimiothérapie adjuvante.</p> <p>Critères d'exclusion Reconstruction mammaire, récurrence, participant à des groupes de soutien.</p> <p>Caractéristiques connues Âge, religion, occupations, éducation, revenus mensuels du couple, stade du cancer, type de chirurgie, temps écoulé depuis la chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, plan de reconstruction mammaire, menstruations actuelles préopératoires et</p>	<p>Instruments de mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Marital Intimacy Questionnaire</i>, pour mesurer l'intimité conjugale, avec 8 items. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,8923 et 0,9224 dans les études antérieures et de 0,87 dans la présente étude. - 3 items de la sous-échelle d'image corporelle du <i>Body image subscale from the Cancer Rehabilitation Evaluation System questionnaire (CARES)</i>, pour mesurer l'image corporelle. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,83 dans l'étude originale et de 0,85 dans la présente étude. - La mesure de la fonction sexuelle s'est faite avec plusieurs instruments. L'intérêt sexuel a été mesuré à l'aide de la sous-échelle d'intérêt sexuel à 4 items <i>CARES</i> avec un alpha de Cronbach de 0,80 dans l'étude originale et de 0,76 dans la présente étude. Le dysfonctionnement sexuel a été mesuré avec les 4 items de la sous-échelle de dysfonctionnement sexuel <i>CARES</i>. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,88 dans l'étude originale et de 0,85 dans la présente étude. La satisfaction sexuelle a été mesurée avec <i>the sexual satisfaction scale developed for Korean women</i>, qui a 17 items et le coefficient alpha de Cronbach était de 0,91 dans l'étude originale et de 0,96 dans la présente étude. - Questionnaire pour les caractéristiques de la maladie et de la vie sexuelle <p>Intervention : Pour l'élaboration du programme, une analyse de la littérature et les résultats des entretiens d'une étude préliminaire ont fourni les concepts potentiels. Le cadre conceptuel de Ganz et al., (1999) Le cadre conceptuel propose que les traitements du cancer du sein, y compris la mastectomie, la chimiothérapie, la radiothérapie et la thérapie antihormonale, influencent les changements dans la vie sexuelle des survivantes du cancer du sein. À leur tour, ces changements dans leur vie sexuelle sont censés affecter les dimensions relationnelles, psychologiques et physiologiques telles que l'intimité conjugale, l'image corporelle et la fonction sexuelle. L'intervention comprenait les aspects physiques, psychologiques et relationnels, validée par un groupe d'experts. L'intervention s'est déroulée sur 6 séances hebdomadaires de 2h, ayant pour thèmes principaux la relaxation, la perception des problèmes, l'exposition, la résolution des problèmes, l'acceptation et le recadrage. Elles étaient dispensées à l'hôpital par le chercheur principal pour assurer la cohérence et en groupe de 10 maximum. 6 semaines après l'étude, le groupe témoin pouvait participer à une intervention pendant 2h et avoir des conseils sur demande.</p> <p>Collecte des données La collecte s'est effectuée du 6 août au 5 octobre 2007. La collecte s'est faite grâce aux questionnaires remplis avant et après l'intervention. Pour le groupe</p>	<p>Démographiques Les groupes étaient similaires, au début de l'étude. L'âge moyen du groupe expérimental était de 45,7 et 46,2 ans pour le témoin, p valeur 0,81. 71% avaient une religion, p valeur 0,67, 80% étaient femmes au foyer, p valeur 0,72 et 76% avaient terminé plus que l'école secondaire, p valeur 0,10. Le revenu familial mensuel moyen était de 3'440'000 wons (2866\$), p valeur 0,36.</p> <p>Liés à la maladie La majorité étaient à un stade précoce (I-II), p valeur 0,57 et avaient subi une mastectomie, p valeur 0,45. Le temps écoulé depuis l'intervention chirurgicale était en moyenne de 33,5 mois. Plus de la moitié avaient subi une radiothérapie, p valeur 0,46 et p valeur 0,70 pour la thérapie antihormonale. La plupart prenaient du tamoxifène et n'envisageaient pas de reconstruction mammaire, p valeur 0,46. 71,1% avaient des cycles menstruels réguliers avant le traitement, p valeur 0,67 et 82,2% étaient actuellement ménopausées, p valeur 0,14.</p> <p>Vie sexuelle Les rapports sexuels ont repris en moyenne 5 mois après l'intervention, p valeur 0,57, avec une diminution globale de la fréquence, p valeur 0,73. Deux tiers des femmes ont noté une gêne pendant les rapports sexuels, p valeur 0,57. Les groupes étaient similaires au début de l'étude pour l'intimité conjugale p valeur 0,25, image corporelle p valeur 0,35, intérêt sexuel p valeur 0,95, dysfonction sexuelle p valeur 0,85 et satisfaction sexuelle p valeur 0,90. De légères améliorations ont été constatées pour l'intimité conjugale, de l'image corporelle et de l'intérêt sexuel après l'intervention, mais pas de différence significative. Le groupe intervention a montré</p>	<p>Recherches futures Une intégration des facteurs culturels dans le cadre conceptuel pourrait expliquer l'impact de la culture sur la sexualité, et notamment comprendre l'interaction entre les croyances culturelles et les caractéristiques sexuelles des femmes coréennes.</p> <p>Pour la pratique infirmière Cette étude est significative car elle a permis de tester le premier programme d'intervention infirmière mis au point pour aider les survivantes coréennes du cancer du sein à identifier leurs problèmes sexuels et à</p>

	caractéristiques de la vie sexuelle postopératoire.	<p>contrôle, les questionnaires ont été envoyés par courrier aux participantes avec un taux de retour de 76,7%.</p> <p>Analyses des données Pour variables catégorielles, des tests χ^2 et Fischer ont été réalisés. Pour les continues, un t test a été utilisé pour de tester les différences entre les groupes. Un test de Kolmogorov-Smirnov a été employé pour vérifier la distribution normale des variables, et les t tests pour l'hypothèse des différences dans les changements pré-test/post-test entre les groupes. Les données ont été analysées par SPSS (SPSS Inc, Chicago, Illinois).</p>	<p>une amélioration du dysfonctionnement et satisfaction sexuels après l'intervention, alors que celui de contrôle a montré une détérioration. Cependant, seule l'évolution de la satisfaction sexuelle était statistiquement significative entre les groupes, p valeur < 0,001.</p>	recadrer leur vie sexuelle.
<p>Éthique Obtention d'approbation du comité d'examen institutionnel. Les participantes du groupe d'intervention ont reçu un bref résumé de l'objectif et des procédures de l'étude, et un consentement éclairé a été obtenu. Pour le groupe de contrôle, la participation à l'étude a été confirmée par téléphone, et le consentement éclairé ainsi que le questionnaire ont été envoyés par courrier avec une enveloppe de retour affranchie. L'anonymisation ne permet pas de pouvoir identifier les participantes à l'étude. L'étude et son intervention, n'ont comporté aucun risque pour la santé. Des bénéfices peuvent en être tirés. Les participantes ont reçu à la fin de l'étude, un certificat d'appréciation et des cadeaux d'une valeur de 20\$.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs La petite taille de l'échantillon, le temps écoulé de 1 à 5 ans depuis le traitement adjuvant et l'homogénéité ethnique, ne permettent pas de généraliser les résultats de l'étude. L'inclusion des partenaires n'a pas pu être faite en raison de faisabilité.</p> <p>Autres limites perçues L'inclusion uniquement des femmes hétérosexuelles, mariées et vivant avec leur mari. L'ethnicité des participantes ainsi que le statut de ménopause ou menstruation ne sont pas connus. L'impact culturelle sur la sexualité des femmes.</p>				

Référence article				
Reese, J., B., Sorice, K., A., Pollard, W., Handorf, E., Beach, M., C., Daly, M., B., Porter, L., S., Tulsy, J., A., & Lepore, S., J. (2020). Efficacy of a multimedia intervention in facilitating breast cancer patients' clinical communication about sexual health: Results of a randomized controlled trial. <i>Psycho-Oncology</i> , 30, 681–690. https://doi.org/10.1002/pon.5613				
Pays : États-Unis				
Devis et buts	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Recherche quantitative et comparative à l'aide d'un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Buts Évaluer une intervention multimédia appelée <i>Starting the Conversation (STC)</i>, visant à faciliter la communication clinique des patientes atteintes d'un cancer du sein sur la santé sexuelle, dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Hypothèses Effets significatifs sur les croyances des femmes en matière de communication sur la santé sexuelle (auto-efficacité et attentes de résultats), et sur leur communication sur la santé sexuelle lors des visites cliniques post-intervention. Et évaluer les effets de l'intervention sur l'auto-efficacité des femmes en matière d'interactions cliniques, les</p>	<p>Échantillon 144 femmes ayant un diagnostic de cancer du sein, recrutées dans un centre oncologique de Philadelphie (États-Unis) de juin 2018 à juillet 2019. Une randomisation par bloc générée par ordinateur a été employée.</p> <p>Critères d'inclusion Adultes, cancer du sein sans importance pour le stade, traitement actif ou l'avoir terminé depuis moins de 10 ans, suivi et accord que l'entretien clinique soit enregistré.</p> <p>Critères d'exclusion Non-anglophone, score ECOG >2, dysfonctionnement cognitif manifeste, troubles psychiatriques ou maladie physique ou mentale grave.</p> <p>Caractéristiques connues Âge, date du diagnostic, ethnicité, statut relationnel,</p>	<p>Instruments de mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la proportion de rencontres cliniques post-formation au cours desquelles le patient a posé une question relative à la santé sexuelle qui comprend les comportements de communication clinique et la communication clinique sur la santé sexuelle (activité sexuelle, fonction sexuelle, relations, préoccupations sexuelles générales, image corporelle). Elle était évaluée par « oui » si la première discussion à ce sujet a été abordée par la patiente et « non » si personne n'a abordé le sujet. Ces données obtenues lors de rencontres cliniques étaient enregistrées, transcrites et codées par des assistants de recherche formés et aveugles. La fiabilité était de $\geq 0,60$ au coefficient alpha de Cronbach. - Questionnaire sur l'auto-efficacité à aborder leurs préoccupations de santé sexuelles et la conviction de discuter de santé sexuelle avec son clinicien qui aboutirait à des résultats positifs. Il a été élaboré conformément aux lignes directrices de la théorie sociale cognitive par une équipe transdisciplinaire. Elles ont été utilisées dans des études similaires et ont une excellente fiabilité avec un coefficient alpha de Cronbach $\geq 0,97$. - <i>Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions</i>, pour évaluer l'efficacité générale pour les interactions cliniques et permis d'obtenir des réponses à des questions clés liées à la santé. La fiabilité était très bonne avec un alpha de Cronbach égal à 0,89. - Questionnaire sur les obstacles à la communication en santé sexuelle, adapté d'une étude antérieure pour évaluer les obstacles perçus par les femmes. La fiabilité était très bonne avec un alpha de Cronbach égal à 0,88. - <i>The PROMIS SexFS Brief Profile Version 2.0</i>, pour évaluer la fonction et l'activité sexuelle avec les items lubrification, inconfort vaginal, satisfaction et intérêt. Et l'item de dépistage de l'activité sexuelle pour évaluer toute activité sexuelle avec ou sans partenaire lors des 30 derniers jours. Les scores ont été adaptés selon la moyenne de la population américaine d'adultes sexuellement actifs. Elle a été utilisée avec succès chez les femmes avec un cancer du sein. - <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale anxiety and depressive symptoms</i> pour évaluer la détresse psychologique avec une bonne fiabilité avec un alpha de Cronbach de 0,86 et 0,83. - <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer Short Form</i>, pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, évaluant le bien-être physique et fonctionnel, et les symptômes spécifiques au cancer du sein. La fiabilité était bonne avec un alpha de Cronbach de 0,89. - Les données cliniques ont été obtenues par l'examen des dossiers et les socio-démographiques par le biais des enquêtes de référence. <p>Intervention L'intervention <i>Starting the Conversation (STC)</i>, consistait en un diaporama vidéo de 20 minutes avec narration et manuel d'accompagnement fournissant des informations et une formation aux compétences pour communiquer avec les prestataires au sujet des préoccupations sexuelles. Le contenu a été déterminé par des groupes de discussion et guidé par les principes de la théorie cognitive sociale. Les participantes ont reçu un guide de ressources contenant des informations sur les ressources institutionnelles et externes sur la santé sexuelle et la ménopause. Les cliniciens ont consenti à ce que les rencontres soient</p>	<p>Données démographiques et auto-évaluations Elles avaient un bon équilibre dans les groupes avec des p valeurs > 0,16.</p> <p>Comportements de communication clinique Différence significative entre les groupes. Le groupe intervention avait plus de chances d'aborder le sujet avec une p valeur de 0,04 et plus de chance de poser une question sur la santé sexuelle avec une p valeur de 0,01. 59% des 127 rencontres cliniques comprenaient une discussion sur la santé sexuelle dont 45% entreprise par la patiente.</p> <p>Auto-efficacité et attentes en matière de résultats Différence significative entre les groupes, en faveur du groupe intervention avec une plus grande efficacité personnelle moyenne avec une p valeur de 0,02 post-intervention et 0,009 à 2 mois. Pour les attentes en matière de résultats, il n'y avait pas</p>	<p>Recherches futures Des études devraient examiner les effets de l'intervention sur la fonction sexuelle et l'activité sexuelle. Ainsi qu'examiner si les effets se maintiennent sur une période plus longue et lors de visites cliniques multiples, et prendre en compte les besoins des femmes issues de groupes sous-représentés en matière de santé sexuelle.</p> <p>Implications cliniques Les résultats démontrent qu'une intervention relativement brève de communication sur la santé sexuelle peut avoir des effets positifs sur les questions de santé sexuelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein lors du suivi de routine. Étant donné que les soignants n'engagent que rarement ce sujet, un engagement accru des patientes sur la santé sexuelle, pourrait influencer la communication des</p>

<p>obstacles perçus à la communication en matière de santé sexuelle, la fonction et l'activité psychologique (symptômes d'anxiété et de dépression) et la qualité de vie liée à la santé.</p>	<p>niveau éducationnel, statut professionnel, orientation sexuelle, statut de la ménopause, stade de la maladie, type de chirurgie et suivi chimiothérapie et actuel.</p>	<p>enregistrées et ont reçu du matériel éducatif sur les questions sexuelles liées au cancer du sein. Les participantes ont été assignées au hasard aux groupes avec une randomisation par bloc générée par ordinateur, avec stratification par maladie métastatique et éducation. Le biostatisticien de l'étude a généré la séquence de randomisation et le responsable de l'étude a assigné manuellement les patientes aux conditions en utilisant la séquence. Les participantes du groupe de contrôle ont reçu uniquement le guide de ressource.</p> <p>Collectes de données Elle s'est effectuée jusqu'en octobre 2019. Les participantes ont rempli les questionnaires d'auto-évaluation immédiatement après s'être inscrites en ligne, post-intervention et à 2 mois. Les rencontres post-intervention ont été enregistrées et analysées.</p> <p>Analyse des données Les femmes des deux groupes ont été comparées sur le plan démographique au début de l'étude à l'aide de <i>t tests</i> et <i>Chi-squares tests</i> et pour les mesures des résultats à l'aide d'une approche fondée sur l'intention de traiter. Des modèles mixtes linéaires ont testé les effets des interventions sur l'auto-efficacité et les attentes en matière de résultats au fil du temps, en tenant compte de la nature longitudinale des données à l'aide d'effets aléatoires hiérarchiques. Des transformations de puissance de Box-Cox ont été utilisées pour réduire l'asymétrie. Pour évaluer les effets de l'intervention, une interaction entre le temps et le traitement a été incluse. Des modèles de régression logistique à effets mixtes ordinaux, avec un regroupement, ont été utilisés pour l'analyse de sensibilité. Des Fisher's exact tests ont permis de vérifier l'hypothèse selon laquelle les comportements des patientes en matière de communication différaient entre les groupes. Des modèles de régression logistique à effets mixtes avec des intercepts aléatoires ont été utilisés. En ce qui concerne le fait de soulever le sujet, seules les rencontres informatives ont été incluses.</p>	<p>de différence significative.</p> <p>Activité sexuelle Au moment du suivi, le groupe intervention était sexuellement plus actif que le groupe témoin avec une p valeur de 0,04.</p> <p>Anxiété À 2 mois, différence significative en faveur du groupe intervention avec une p valeur de 0,04.</p>	<p>soignants, mais cela devrait être examiné de manière empirique. De plus, les résultats prouvent que les avantages potentiels sur la santé sexuelle se reflètent sur le bien-être psychologique par exemple et donc que le sujet devrait être plus abordé par les professionnels de santé.</p>
<p>Éthique Les participantes ont reçu un lien vers des formulaires de consentement en ligne pour l'auto-inscription et ont donné leur accord pour que les entretiens soient enregistrés. Les cliniciens participants ont consenti à ce que les rencontres avec soient enregistrées. Le protocole de l'étude a été approuvé par le <i>Fox Chase Institutional Review Board (IRB Protocol #14-833)</i> et inscrit de manière prospective sur <i>clinicaltrials.gov</i> (entrée #NCT03624972). Les patientes ont reçu des cartes-cadeaux de 20\$ pour avoir répondu à chaque enquête de l'étude et les cliniciens ont reçu des cartes-cadeaux de 50\$.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs Période de suivi relativement courte et homogénéité de l'échantillon non représentatif de tous les groupes ethniques et minorités sexuelles.</p> <p>Autres limites perçues L'inclusion de participantes ayant terminé leur traitement depuis moins de 10 ans. Les besoins liés à la sexualité peuvent relativement être différents selon le nombre d'année post-traitement.</p>				

Référence article				
<p>Abedini, M., Olfati, F., Oveisi, S., Bahrami, N., Astrologo, L., Chan, Y., H. (2020). Examining the effect of a brief psychoeducation intervention based on self-regulation model on sexual satisfaction for women with breast cancer: A randomized controlled trial. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 47. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101673</p> <p>Pays : Iran</p>				
Devis et but	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p>Devis Recherche quantitative à l'aide d'un essai clinique contrôlé randomisé.</p> <p>But Examiner l'effet d'une brève intervention psychoéducatrice basée sur le modèle d'autorégulation pour améliorer la satisfaction sexuelle des femmes ayant reçu un diagnostic formel de cancer du sein.</p>	<p>Échantillon 80 femmes, recrutées dans la clinique d'oncologie de l'hôpital Qazvin en Iran, de février 2017 à septembre 2018, ayant un cancer du sein à différents stades et suivant une chimiothérapie ou thérapie combinée. Pour la taille, l'hypothèse émise était que l'intervention aurait une <i>cohen's d value</i> de 0,8, une puissance de 90% et un écart bilatéral de 5%, avec un taux d'attrition de 20%.</p> <p>Critères d'inclusion 18 à 55 ans, mariées, diagnostic formel de cancer du sein et capables de communiquer avec les assistants de recherche.</p> <p>Critères d'exclusion Antécédents de troubles sexuels, maladie mentale aiguë, maladie physique et avoir déjà reçu une psychothérapie ou des conseils.</p> <p>Caractéristiques connues Statut éducationnel du couple, emploi du couple, statut économique, stade du cancer, type de traitement, habitation, âge du couple, durée du</p>	<p>Instruments de mesure - Questionnaire socio-démographique - <i>Index of Sexual Satisfaction (ISS; Hudson et al., 1981)</i>, auto-évaluation avec 25 items qui mesure le degré ou l'ampleur de la discorde sexuelle ou de l'insatisfaction d'une personne dans sa relation intime avec son partenaire. Une cohérence interne suffisante avec un alpha de Cronbach de 0,91 (Larson et al., 1998). La fiabilité et la validité ont été évaluées suffisantes (Bahrami et al., 2016)</p> <p>Intervention Le programme d'éducation a été conçu selon les hypothèses du modèle d'autorégulation. L'intervention comprenait 3 séances individuelles de 60 à 90 minutes. Le contenu psychoéducatif a été conçu, sur la base des entretiens initiaux, en 3 séances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séance 1 : évaluation de la perception du cancer du sein chez les participantes, évaluation de la fréquence et la satisfaction des rapports sexuels et l'influence du cancer du sein sur la sexualité et les solutions qu'ils auraient pour améliorer les rapports sexuels, exercices de maîtrise de soi et encouragement à adopter des comportements positifs, psychoéducation sur les fausses idées, pleine conscience. Les participantes ont reçu un livret pour améliorer leur compréhension de la maladie. - Séance 2 : résumé des sujets abordés à la session 1, psychoéducation individuelle sur les rapports sexuels et les méthodes pour augmenter le plaisir sexuel lors des rapports, discussion sur les méthodes contraceptives et mythes sur les rapports sexuels et promotion de la positivité du corps. - Séance 3 : évaluation des améliorations de la satisfaction sexuelle actuelle après la formation avec une discussion sur leurs difficultés et préoccupations actuelles concernant leur satisfaction sexuelle, évaluation post-formation en complétant le questionnaire <i>ISS</i>. <p>Les participantes ont été assignés au groupe intervention ou contrôle par randomisation en bloc avec des blocs de deux tailles. Un programme de gestion statistique en ligne a été utilisé pour générer la séquence de randomisation, effectué par un assistant de recherche qui n'était pas impliqué dans l'essai et aveugle. En fonction de la séquence d'attribution, les blocs A ou B ont été numérotés séquentiellement dans des enveloppes scellées opaques et remises par l'assistant de recherche au début de l'étude.</p> <p>Collecte des données Les participantes des deux groupes ont d'abord rempli le questionnaire démographique et l'<i>ISS</i> lors de leur admission à l'hôpital. Avant de commencer l'intervention, elles ont dressé la liste de leurs principales préoccupations concernant leur cancer en vue d'interventions futures. Les deux groupes ont rempli l'<i>ISS</i> 1, 2 et 3 mois après leur admission.</p> <p>Analyse des données Elle s'est effectuée avec le logiciel <i>Statistical Package for Social Sciences (version 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA)</i>. Les effets de la formation, les différences entre les groupes ont été évaluées à l'aide du <i>Chi-square/Fischer's exact test</i> pour les variables catégorielles et du <i>t-test</i> indépendant pour les variables numériques. Des analyses de mesures répétées ont été effectuées pour évaluer la</p>	<p>Données démographiques Similarité entre les groupes avec un âge moyen de 44,13 ans dans le groupe intervention et 42,94 ans dans le groupe contrôle.</p> <p>Traitements reçus 30 patientes dans le groupe intervention et 27 dans celui de contrôle ont reçu une thérapie combinée.</p> <p>Satisfaction sexuelle Au fil du temps, différence significative pour le groupe intervention avec une p valeur inférieure à 0,05. Alors que le groupe contrôle, montre une péjoration avec une p valeur inférieure à 0,05.</p>	<p>Recherches futures Étant donné la taille de l'échantillon qui était minimale, il faudrait pour les futures études des échantillons plus grands.</p> <p>Implications pour la pratique Les résultats montrent que l'utilisation du modèle d'autorégulation est une stratégie efficace pour améliorer la satisfaction sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein. De plus, elle est peu coûteuse.</p>

	mariage, nombre de mois depuis le diagnostic, nombre d'enfants, soutien social.	tendance de la satisfaction sexuelle dans le temps. Des modèles linéaires généraux ont été utilisés pour comparer les scores de satisfaction sexuelle entre les groupes afin d'évaluer les différences après 1 et 3 mois, tout en tenant compte des variables démographiques et de base. La signification statistique de ces analyses a été fixée à $P < 0,05$.		
<p>Éthique L'étude a été approuvée par le comité d'éthique affilié à l'université de Qazvin en Iran (n° IR.QUMS.REC.1396.360). Les participantes ont été informées des objectifs et procédures de l'étude avant de signer un formulaire de consentement éclairé. Elles ont été informées que leur participation était volontaire et n'affecterait pas les soins médicaux. La confidentialité a été préservée en menant cette étude dans une zone isolée de l'hôpital et dans des bureaux confinés.</p> <p>Limites identifiées par les auteurs Les participantes ont commencé l'étude avec des états physiques et émotionnels faibles et prédisposés. Au besoin, les séances ont été reportées pour assurer le bien-être.</p> <p>Autres limites perçues Seules les femmes mariées et hétérosexuelles peuvent y participer. Les auteurs ne précisent pas la méthode d'enregistrement et de stockage des données. Les résultats de la satisfaction sexuelle des patientes auraient pu être plus détaillés avec les différents items que comprend l'instrument qui a été utilisé pour l'évaluation. L'impact de la culture et de la religion islamique sur la sexualité des femmes en Iran.</p>				

Synthèse des résultats

Une synthèse des résultats, consiste à un résumé des études retenues et donne l'occasion de faire une corrélation de leurs résultats. Les articles sélectionnés puis analysés répondent à la question de recherche : « *Quelles sont les interventions infirmières visant le maintien de la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ?* ». Cette synthèse s'effectue selon les bases des concepts de la théorie de la gestion des symptômes, soit l'expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes.

Évaluation des symptômes et de leurs impacts

Les réponses aux symptômes sont multiples telles qu'une insatisfaction sexuelle, une baisse de libido, une perte d'intérêt sexuel, des problèmes fonctionnels (Schweizer et al., 2021 ; Ming Chow et al., 2021 ; Hautamäki-Lamminen et al., 2013) ou encore une péjoration de l'image corporelle, de l'estime de soi et de l'efficacité sexuelle (Krychman & Katz., 2012). Les changements faisant suite à la maladie et à ses traitements altèrent la qualité de vie de nombreuses femmes touchées par une maladie oncologique mammaire et particulièrement le domaine de la sexualité (Arthur et al., 2022 ; Papadopoulou et al., 2019 ; Pinto, 2013). Dans l'ensemble des études, les chercheurs ont utilisé des instruments de mesure afin d'évaluer les symptômes et leurs impacts sur la santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein. Chaque recherche emploie une à dix échelles, au total 30 outils de mesure sont mobilisés dans cette revue de littérature (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedinin et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Le tableau 2 offre une meilleure visualisation des instruments utilisés en les classant par concept.

Selon Lu et al. (2022), 74 % des femmes touchées par un cancer du sein ont la potentialité d'être affectées par un dysfonctionnement sexuel (Lu et al., 2022). Le fonctionnement sexuel, un aspect fréquemment perturbé, a été évalué par les auteurs des six études à l'aide de neuf échelles distinctes, dont la fiabilité et la validité ont été testées et sont satisfaisantes. Les outils de mesure utilisés pour l'évaluation de ce concept, comprennent des items tels que le plaisir sexuel, l'excitation, le désir, la satisfaction, l'orgasme, la lubrification ou encore la douleur (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedinin et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). L'intimité faisant partie intégrante de la sexualité (Caparrotti, 2018 ; Paillard 2021 ; OMS, 2022) a été mesurée dans deux des six études (Jun et al., 2011 ; Cieslak et al., 2016).

L'image corporelle majoritairement perturbée lors d'un cancer du sein en lien par exemple à la perte de cheveux ou à la mastectomie (Yilmaz & Gürler, 2020), a été évaluée dans quatre des six études. Pour ce faire, les chercheurs ont employé quatre instruments fréquemment utilisés (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Esmkhani et al., 2021) et un instrument développé pour l'étude par ses chercheurs (Cieslak et al., 2016). La qualité de vie dont la sexualité fait partie qui est souvent affectée par les maladies oncologiques du sein et les effets indésirables des traitements (Arthur et al., 2022 ; Papadopoulou et al., 2019 ; Pinto, 2013), a été appréciée dans deux études. Des échelles reconnues ont été utilisées avec des items comprenant les aspects fonctionnels et symptomatiques du cancer (Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les symptômes anxieux et dépressifs peuvent entraîner des conséquences sur le désir, le plaisir et la satisfaction sexuelle (Schweizer et al., 2021). Ils

ont été mesurés dans trois des six études (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Reese et al., 2020). Trois des instruments étant souvent employés pour l'évaluation des de l'anxiété et de la dépression présentent une fiabilité et une validité satisfaisantes (Decker et al., 2012 ; Reese et al., 2020). Quant au quatrième, il a été conçu par les chercheurs pour l'étude (Cieslak et a., 2016).

Tableau 2. Instruments de mesure utilisés dans les études

Concepts	Instruments de mesure	Jun et al., 2011	Decker et al., 2012	Cieslak et al., 2016	Abedin et al., 2020	Reese et al., 2020	Esmkhani et al., 2021	Nbre d'outils
Fonction sexuelle	<i>Questionnaire standard EORTC QLQ-BR23.V.3</i>						X	9
	<i>The Female Sexual Function Index</i>			X				
	<i>Watts Sexual Functioning scale</i>		X					
	<i>The sexual satisfaction scale developed for Korean women</i>	X						
	<i>The Cancer Rehabilitation Evaluation System questionnaire</i>	X						
	<i>The PROMIS SexFS Brief Profile Version 2.0</i>					X		
	<i>Index of Sexual Satisfaction</i>				X			
	<i>Questionnaire sur la détresse sexuelle</i>						X	
	<i>The Sexual Self-Schema Scale</i>			X				
Intimité	<i>Heatherington Intimate Relationship scale</i>		X					2
	<i>Marital Intimacy Questionnaire</i>	X						
Image corporelle	<i>Questionnaire standard EORTC QLQ-BR23.V.3</i>						X	4
	<i>Body Image Scale</i>		X					
	<i>Body image subscale from the Cancer Rehabilitation Evaluation System questionnaire</i>	X						
	<i>The Impact of Treatment Scale</i>			X				
	<i>Questionnaire développé par les chercheurs</i>			X				
Qualité de vie	<i>Questionnaire standard EORTC QLQ-C30V.3</i>						X	2
	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer Short Form</i>					X		
Anxiété et dépression	<i>Questionnaire développé par les chercheurs</i>			X				4
	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>		X					
	<i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory</i>		X					
	<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale anxiety and depressive symptoms</i>					X		
Contrôle personnel	<i>Mastery Scale</i>		X					1
Symptômes	<i>Symptomatology Index</i>		X					2
	<i>Échelle non précisée</i>						X	
Relation de couple	<i>Dyadic Adjustment Scale</i>		X					1
Obstacles à la communication en santé sexuelle	<i>Questionnaire adapté d'une étude antérieure</i>					X		1
Stratégies d'adaptation	<i>Ways of Coping Checklist</i>		X					1
Évaluation des changements post intervention	<i>Patient or Subject Global Impression of Change</i>			X				3
	<i>Questionnaire élaboré par les chercheurs</i>		X			X		
	<i>Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions</i>					X		
Nombre total d'instruments		4	10	6	1	6	4	30

Une étude a apprécié le niveau de contrôle personnel de la vie actuel et de l'avenir ainsi que la qualité globale de la relation avec une échelle comprenant des items tels que la satisfaction, la cohésion et le consensus dyadique (Decker et al., 2012). Des outils mesurant la symptomatologie ont été employés dans deux études (Decker et al., 2012 ; Esmkhani et al., 2021).

L'utilisation de ces nombreux outils de mesure par les auteurs des six études reflètent les changements perçus par les femmes dès le diagnostic du cancer du sein, au cours des traitements médicaux ou chirurgicaux avant que les interventions proposées par les chercheurs aient été mises en place mais permet également d'évaluer les effets des interventions sur ces items (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Interventions

La deuxième partie de cette synthèse, reprend les interventions proposées par les chercheurs faisant lien avec le concept de stratégie de gestion du symptôme de la théorie infirmière employée dans ce travail. Les auteurs des six études évoquent l'importance de la mise en place d'interventions efficaces sur les symptômes affectant la santé sexuelle des patientes traitées pour un cancer du sein (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les chercheurs ont donc conceptualisé leur étude afin d'atteindre un but ayant un impact sur la sexualité des femmes atteintes d'une tumeur du sein. Dans le but d'avoir une visualisation optimale des interventions procurées par les chercheurs des six études, le tableau 3 a été élaboré.

Comme le montre le tableau 3, les interventions dispensées dans les six études se sont basées sur des cadres théoriques, conceptuels ou sur des modèles (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les différentes interventions mises en place dans les études, ont été réalisées pour la majorité par des entretiens en présentiel (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). L'une s'est déroulée par téléphone (Decker et al., 2012) et une autre, avait une première partie qui se déroulait à domicile avec la visualisation d'une vidéo (Reese et al., 2020). Les interventions présentées n'ont pas toutes été dirigées par des équipes infirmières néanmoins, moyennant parfois une brève formation, toutes les interventions peuvent être réalisées par un infirmier ou une infirmière.

Quatre interventions se pratiquaient de manière individuelle (Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021), deux en groupe (Jun et al., 2011 ; Esmkhani et al., 2021) et une en couple (Decker et al., 2012). La durée des interventions a été indiquée par la plupart des auteurs, elle se situait entre trois et 12 heures par intervention. Cependant, la durée de l'intervention individuelle se basant sur le modèle PLISSIT n'est pas précisée par les auteurs (Esmkhani et al., 2012).

Tableau 3. Composantes des interventions

	Jun et al., 2011	Decker et al., 2012	Cieslak et al., 2016	Abedini et al., 2020	Reese et al., 2020	Esmkhani et al., 2021		
Approche	Cadre conceptuel de Ganz et al.	Théorie des systèmes	Thérapie corps-esprit	Modèle d'auto-régulation	Théorie cognitive sociale	Modèle PLISSIT	Sexual Health Model	
Format	Groupe	Couple	Individuel	Individuel	Individuel	Individuel	Groupe	
Présentiel	X	X	X	X	X	X	X	6
Téléphonique		X	X					2
À domicile					X			1
Durée	6 x 2h	3 x 1h	4 x 1h + 1 appel	3 x 1h à 1h30	Vidéo de 20 min.	1 à 3 séances	1 x 6h	
Composantes								
Éducation / Informations / Conseils	X	X	X	X	X	X	X	6
Discussion	X	X	X	X	X	X	X	6
Évaluation			X	X	X	X		4
Supports (brochures, CD, ...)		X	X	X	X			4
Multimédia	X				X			2
Exercices	X	X	X	X	X			5
Relaxation	X		X					2
Relaxation hypnotique			X					1
Fournir une consultation spécialisée						X		1
Pratique à domicile			X	X				2

Concernant les éléments composant les interventions, la discussion, l'éducation, les informations et les conseils étaient présents dans les sept interventions (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Au cours de l'intervention, une évaluation des problématiques sexuelles a été réalisée dans quatre des sept interventions (Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Quatre des sept interventions comprenaient la fourniture aux participantes de supports comme des livres, des brochures ou des CD's (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020). Les interventions procurées par Jun et al. (2011) et Reese et al. (2020) se sont appuyées sur la visualisation d'une vidéo. Cinq des six auteurs ont inclus des exercices dans leur intervention (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020). Les interventions mises en place par Jun et al. (2011) et par Cieslak et al. (2016) comprenaient de la relaxation dont de la relaxation hypnotique pour une des deux interventions (Cieslak et al., 2016). L'intervention élaborée par Esmkhani et al. (2021) se basant sur le modèle PLISSIT offrait aux participantes une consultation spécialisée pour les difficultés sexuelles si elles en ressentaient le besoin (Esmkhani et al., 2021). Pour finir, deux interventions proposaient de pratiquer à domicile les compétences acquises lors des interventions (Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020).

Effets obtenus par l'intervention

Pour terminer la synthèse, cette troisième partie évalue les effets des interventions proposées dans les études analysées, correspondant au concept des effets obtenus sur l'état des symptômes de la théorie de gestion des symptômes. Le but premier des interventions effectuées dans les six études, est d'avoir des conséquences positives sur certains symptômes afin d'améliorer la qualité de vie sexuelle des participantes. Les résultats de chaque étude montrent les effets obtenus sur l'état des symptômes, à la suite des stratégies de gestion des symptômes instaurées, qui sont les interventions.

Cette revue de littérature se basant uniquement sur des études quantitatives et afin de permettre une meilleure présentation des résultats, le tableau 4 a été réalisé avec les résultats bénéfiques des interventions sur différents concepts.

Tableau 4. Résultats positifs des interventions sur les concepts évalués dans les études

Variables	Différences significatives	Différences mais non significatives
Fonction sexuelle	Decker et al., 2012 Cieslak et al., 2016 Esmkhani et al., 2021	Jun et al., 2011
Satisfaction sexuelle	Jun et al., 2011 Cieslak et al., 2016 Abedini et al., 2020	
Intérêt sexuel		Jun et al., 2011
Plaisir sexuel	Esmkhani et al., 2021	
Activité sexuelle	Reese et al., 2020	
Image corporelle	Cieslak et al., 2016 Esmkhani et al., 2021	Jun et al., 2011 Decker et al., 2012 Cieslak et al., 2016
Vision d'elle-même tant qu'être sexuel		Cieslak et al., 2016
Intimité		Jun et al., 2011 Decker et al., 2012
Anxiété	Reese et al., 2020	
Adaptation dyadique		Decker et al., 2012
Espérance de vie et état de santé global	Esmkhani et al., 2021	
Auto-efficacité	Reese et al., 2020	
Chances d'aborder le sujet et poser une question sur la santé sexuelle	Reese et al., 2020	
Effets ou impacts de l'intervention sur leur sexualité ou leur relation	Cieslak et al., 2016	Decker et al., 2012
Faisabilité de pratiquer à domicile		Cieslak et al., 2016

Les résultats ci-dessus montrent que la majorité des interventions ont eu des effets positifs sur la fonction sexuelle ou la satisfaction sexuelle des patientes atteintes d'un tumeur du sein avec des résultats statistiquement significatifs soit une p valeur³ < 0,05 (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ;

³ La p valeur est employée pour déterminer le seul de la significativité statistique d'un résultat (Fortin & Gagnon, 2016, p. 420).

Esmkhani et al., 2021). Après la participation aux interventions une différence significative est également présente pour le plaisir sexuel (Esmkhanie et al., 2021) ainsi qu'une différence mais non significative pour l'intérêt sexuel (Jun et al., 2011). Les résultats de l'étude de Reese et al. (2020) ne présentent pas d'évaluation du fonctionnement sexuel ou de la satisfaction sexuelle. Toutefois, les résultats démontrent une différence statistiquement significative en faveur des participantes du groupe d'intervention sur l'activité sexuelle (Reese et al., 2020).

Lors d'une intervention, l'évaluation de la vision que chaque femme a d'elle-même en tant qu'être sexuel, a montré une amélioration mais pas statistiquement significative pour les femmes du groupe d'intervention (Cieslak et al., 2016). Quatre études présentent des résultats positifs pour leur intervention sur l'image corporelle des patientes ayant participé à l'intervention (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Esmkhani et al., 2021). Les résultats de deux études concernant l'intimité post-intervention, montrent des effets positifs (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012). L'intervention établie par Decker et al. (2012), qui incluait la dyade montre une meilleure adaptation dyadique des participantes ayant suivi l'intervention que celles faisant partie du groupe témoin (Decker et al., 2012). À la suite de l'intervention proposée par Esmkhani et al (2021), le groupe y participant a montré une amélioration statistiquement significative sur l'espérance de vie et l'état de santé globale (Esmkhani et al., 2021). Une des études montre une différence significative sur l'anxiété en faveur des femmes du groupe d'intervention (Reese et al., 2020). Pour finir, une étude a mesuré l'auto-efficacité post-intervention, qui montre une différence significative en faveur du groupe d'intervention (Reese et al., 2020). L'étude de Reese et al. (2020) évaluait également après l'intervention les barrières de communication avec des résultats statistiquement significatifs pour le groupe d'intervention. En effet, les patientes ayant participé à l'intervention avaient plus de chances d'aborder le sujet de la santé sexuelle ainsi que plus de chances de poser une question sur la santé sexuelle à leur clinicien, ne comparé aux femmes du groupe témoin (Reese et al., 2020).

Les participantes aux interventions de deux études, ont mesurés les effets ou les impacts de cette dernière sur leur sexualité ou leur relation. Les résultats présentent une différence significative pour l'étude de Decker et al. (2012) et des résultats positifs mais sans différence significative pour l'étude de Cieslak et al. (2016) qui a également évalué la faisabilité de pratiquer l'intervention à domicile avec des résultats favorables.

Discussion

L'objectif de cette revue de littérature est de mettre en évidence le rôle infirmier dans les soins de santé sexuelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Ce qui a conduit à la question de recherche suivante : « *Quelles sont les interventions infirmières visant le maintien de la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ?* ». Ce chapitre a pour but de discuter de la question de recherche et de la théorie de gestion des symptômes en les corrélant individuellement aux résultats des six études qui ont été traitées. La première partie est donc la mise en perspective avec la problématique et la mise en perspective avec le cadre théorique. La seconde partie comprend l'évocation des limites rencontrées lors de la construction de ce travail et celles de transférabilité. La dernière partie de ce chapitre, traite de la généralisation des résultats, des recommandations pour la pratique infirmière et pour les recherches futures.

Mise en perspective avec la problématique

Selon Lu et al. (2022), plus de 74 % des femmes touchées par un cancer du sein sont potentiellement concernées par un dysfonctionnement sexuel quel que soit le stade du cancer (Lu et al., 2022). Cependant, dans l'échantillon de deux articles traités dans ce travail, l'inclusion des femmes s'est faite uniquement jusqu'au stade III (Decker et al., 2012 ; Jun et al., 2011). D'ailleurs, dans les échantillons de quatre études, les stades du cancer du sein sont connus et comportent un panel très variable d'une étude à l'autre, cependant, aucune corrélation n'est faite entre les stades de la maladie et les résultats des échelles de mesure (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020). Deux autres études ne mentionnent pas le stade du cancer de leurs participantes (Esmkhani et al., 2021 ; Cieslak et al., 2016).

Quatre des six études ont inclus des femmes adultes ayant des âges allant de 18 à 59 ans (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Abedini et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021) et deux études, des femmes dès 21 ans mais ne mentionnent pas d'âge limite (Cieslak et al., 2016 ; Reese et al., 2020). L'âge moyen des participantes des six études est de 44,43 ans (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Pourtant, en Suisse, seuls 21 % des nouveaux cas de tumeur maligne mammaire touchent les femmes de moins de 50 ans et l'âge moyen au moment du diagnostic est de 61 ans (OMS, 2021).

Le fonctionnement sexuel des femmes atteintes d'un cancer du sein est en partie influencé par une éventuelle ménopause induite par les traitements chimiothérapeutiques ou hormonothérapeutiques. La ménopause iatrogène touche plus de 90 % des patientes (Ravi et al., 2020 ; Tiong et al., 2014) et provoque un impact négatif sur la qualité de vie dû aux symptômes génitaux et urinaires ainsi qu'au dysfonctionnement sexuel (Tao et al., 2015). Pourtant, les auteurs de deux études ne citent pas les traitements médicamenteux qu'ont reçus leurs participantes et qui pourraient ou non amplifier les problèmes sexuels (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016). Deux autres études montrent que certaines participantes n'ont pas eu recours à une chimiothérapie ou une hormonothérapie. Toutefois aucune comparaison n'a été faite entre les femmes qui ont reçu une chimiothérapie ou pas (Reese et al., 2020 ; Abedini et al., 2020). Deux études ont été menées auprès de femmes ayant toutes eu un traitement par chimiothérapie ou hormonothérapie (Jun et al., 2011 ; Esmkhani et al., 2021). De plus, seules trois des études citent

leur considération pour le statut ménopausique des participantes (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Reese et al., 2020). Une étude s'est développée uniquement avec des femmes pré ou péri ménopausées (Decker et al., 2012). L'étude de Reese et al., (2020) évoque le statut menstruel actuel des femmes avec 106 femmes ménopausées sur 144 (Reese et al., 2020). Quant à l'étude de Jun et al., (2011), les auteurs intègrent le statut menstruel préopératoire avec 13 femmes ménopausées sur 45 et le statut actuel des menstruations avec 37 patientes ménopausées et 8 avec un cycle irrégulier sur 45 femmes. Pourtant, la ménopause iatrogène peut engendrer des effets indésirables tant sur le plan physique que psychologique (Di Nardo et al., 2022).

Les traitements administrés lors d'un cancer du sein ont de nombreux effets néfastes comme une diminution de la qualité de vie, des symptômes dépressifs, une fatigue et des troubles sexuels qui sont les plus courants (Joder, 2016). La qualité de vie a été évaluée dans deux études (Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Dans trois des six études les symptômes dépressifs et anxieux des femmes ont été estimés à l'aide d'échelles (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Reese et al., 2020). Alors que ces symptômes associés à la fatigue s'aggravent réciproquement et altèrent la qualité de vie des femmes (Institut National du Cancer, s.d.). Quant à la fatigue, pouvant exercer une influence sur le fonctionnement sexuel et l'image corporelle des femmes (Yilmaz & Gürler, 2020), elle n'a été évaluée dans aucune des études. La fonction sexuelle, elle a été mesurée par les auteurs des six études à l'aide de multiples instruments de mesure (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

La mastectomie qu'elle soit partielle ou totale peut modifier l'image corporelle, l'estime de soi et la sexualité des femmes (Yilmaz & Gürler, 2020). L'évolution de l'image corporelle des survivantes même deux ans après l'opération ne présente pas d'amélioration significative (Fallbjörk et al., 2013). Malgré cela, seule une étude sur six s'intéresse à savoir si leurs participantes ont eu recours à une mastectomie. Les femmes recrutées dans cette étude étaient 35 sur 55 à avoir eu une mastectomie partielle, totale ou bilatérale (Jun et al., 2011). L'image corporelle a été évaluée par les chercheurs dans quatre des six études (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Esmkhani et al., 2021). Alors que les patientes présentant une insatisfaction de leur image corporelle sont potentiellement jusqu'à deux fois et demie plus touchées par un dysfonctionnement sexuel (Panjari et al., 2011).

Le moment propice pour recevoir des informations sur sexualité n'est pas identique pour chaque femme. Celui-ci varie en fonction des traitements, de leurs effets secondaires, des symptômes et surtout des besoins et des priorités de la personne et selon le vécu de la trajectoire de la maladie (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Ces caractéristiques exercent aussi une influence sur les perturbations de la sexualité et de l'image corporelle qui sont également variables en fonction de l'âge et du statut relationnel (Yilmaz & Gürler, 2020). Les effets non désirés des traitements qui provoquent des obstacles à la sexualité peuvent durer dans le temps (Schweizer et al., 2021 ; Ming Chow et al., 2021 ; Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Il n'y a donc pas un meilleur moment pour intervenir.

Les chercheurs des six études ont inclus des femmes à différentes périodes après le diagnostic (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Dans une étude, le diagnostic devait avoir été établi moins de 9 mois avant (Decker et al., 2012) alors qu'une autre avait pour critère d'inclusion que les participantes devaient avoir terminé le traitement de chimiothérapie ou de

chirurgie au moins trois mois avant l'étude. Toutefois, les auteurs ne citent pas le temps écoulé depuis le diagnostic (Esmkhani et al., 2021). Dans trois des six études, les auteurs mentionnent le temps moyen en mois depuis le diagnostic du cancer du sein, soit 10,18 mois (Abedini et al., 2020), 44,20 mois (Cieslak et al., 2016) et 43,80 mois (Reese et al., 2020). Quant à l'étude de Jun et al. (2011), les chercheurs n'évoquent pas la durée passée depuis l'annonce du diagnostic. Cependant, les patientes avaient été opérées entre 13 à 60 mois avant l'étude (Jun et al., 2011).

L'inclusion du partenaire dans l'intervention testée par les chercheurs a été faite dans une étude. Les résultats montrent une réduction de l'anxiété au fil du temps des partenaires qui ont bénéficié de l'intervention. Alors que le groupe témoin montrait une augmentation dans le temps de l'anxiété des conjoints même s'ils partaient avec un score plus bas que le groupe d'intervention (Decker et al., 2012). Selon Habold & Bondil (2014), les craintes des partenaires concernant l'intimité et de la sexualité doivent être entendues et prises en charge (Habold & Bondil, 2014). L'étude menée par Esmkhani et al. (2021), évoque que les possibles problèmes sexuels chez le conjoint pourraient réduire l'effet de l'intervention. En outre, l'ensemble des époux ont rapporté en avoir avec majoritairement une baisse de libido pour 57 % et un problème d'éjaculation précoce pour 12 % d'entre-eux (Esmkhani et al., 2021). Malgré son importance, la discussion se rapportant à la sexualité dans le couple reste assez difficile (Bolmont et al., 2018).

Les barrières de communication sur la sexualité sont également présentes lorsqu'il faut en parler avec des professionnel.le.s de santé bien que cela consent à une meilleure appréhension des changements sexuels (Bolmont et al., 2018). Les survivantes du cancer du sein attendent de la part du personnel de santé qu'il engage cette conversation mais cela se fait rarement (Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Selon l'étude de Den Ouden et al. (2019), les femmes ayant reçu des informations, sont une majorité à préférer les recevoir par des infirmiers ou infirmières (Den Ouden et al., 2019). Une étude des six études avait pour but d'évaluer l'effet de son intervention sur la communication clinique des patientes sur la santé sexuelle. Les participantes du groupe d'intervention ont montré des résultats significatifs par rapport au groupe témoin, avec plus de chance d'aborder le sujet ainsi que de poser des questions sur la santé sexuelle. En comparaison, les femmes participant à l'intervention étaient sexuellement plus actives avec une différence significative par rapport aux femmes du groupe témoin (Reese et al., 2020).

Le bien-être sexuel reste peu pris en compte dans la prise en charge des femmes touchées par un cancer du sein (Arthur et al., 2022). Pour ce faire, la communication sur l'intimité et la sexualité doit commencer par identifier les patientes qui ont besoin d'information et de conseils (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Pour cela, de nombreux instruments de mesure existent tels que les différentes échelles utilisées pour évaluer la fonction sexuelle dans les six études (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Quant au personnel infirmier, il incarne une fonction importante dans la santé sexuelle (Papadopoulou et al., 2019 ; Ming Chow et al., 2021), par exemple pour l'identification d'une image corporelle perturbée et de problèmes sexuels après une mastectomie (Yilmaz & Gürler, 2020).

Il est important de considérer la sexualité des patient.e.s en oncologie afin de ne pas péjorer leur détresse (Bolmont, et al. 2018). La problématique de ce travail démontre que les interventions infirmières en santé sexuelle en oncologie demeurent confuses, fractionnées et insuffisantes (Papadopoulou et al., 2019). En effet, les infirmières

ayant participé à une recherche voient la sexualité comme un besoin fondamental qui participe au bien-être, à la qualité de vie et à l'équilibre de la personne. Toutefois, dans la pratique infirmière et particulièrement en oncologie, il devient plus compliqué pour elles d'en parler (Giami et al., 2013). Les interventions effectuées ayant attrait à la sexualité, montrent qu'elles améliorent la fonction et la satisfaction sexuelle des patientes atteintes d'un cancer du sein. Il est donc important de développer des interventions pour cette population (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Seules trois des interventions des six études ont été dispensées par des infirmières cliniciennes ou praticiennes (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Reese et al., 2020). L'intervention qui incluait de l'hypnose a nécessité de former l'infirmière à cette pratique. Toutefois, il n'est pas rare que le personnel infirmier soit formé à l'hypnose (Cieslak et al., 2016). Concernant les trois autres études, une intervention était dispensée par une sexologue ainsi qu'une professionnelle compétente dans l'application du modèle PLISSIT (Esmkhani et al., 2021). Deux des six études ne mentionnent pas la profession des personnes qui ont effectués l'intervention (Jun et al., 2011 ; Abedini et al., 2020). Néanmoins, ces interventions sont à la portée du personnel infirmier. Qui plus est, les auteurs de l'étude de Jun et al. (2011) font majoritairement partie du département de soins infirmiers d'une université et citent que leur intervention offre une participation active du personnel infirmier à l'amélioration de la santé sexuelle des survivantes du cancer du sein (Jun et al., 2011).

La participation des femmes atteintes par une pathologie oncologique du sein, aux interventions montre des résultats positifs sur l'effet qu'elles ont sur la sexualité (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedinin et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les interventions effectuées avaient pour but d'améliorer la satisfaction sexuelle (Abedini et al., 2020), l'intimité, l'image corporelle et la fonction sexuelle (Jun et al., 2011), la qualité de vie sexuelle (Esmkhani et al., 2021), de faciliter la communication sur la santé sexuelle (Reese et al., 2020), de déterminer sur quel aspect de la santé sexuelle l'intervention aurait le plus d'impact (Cieslak et al., 2016), ou encore, de diminuer au sein du couple, l'incidence de la morbidité psychosexuelle due au cancer du sein (Decker et al., 2012). Pourtant, si le sujet de la sexualité est abordé régulièrement les patientes connaissent la possibilité d'en parler quand elles veulent (Cairo Notari et al., 2018).

Mise en perspective avec le cadre théorique

La théorie de gestion des symptômes décrit trois concepts principaux ; l'expérience du patient ou de la patiente face à des symptômes, les stratégies de gestion et les résultats obtenus sur ses symptômes. La personne, l'environnement et la santé et la maladie exercent des effets sur ces derniers qui sont en interaction constante (Eicher et al., 2013, p. 18). En outre, les symptômes ne sont pas uniquement dus à la maladie elle-même mais font également suite aux traitements (Smith & Liehr, 2018, p. 147). La sexualité des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein est impactée par la maladie oncologique ainsi que par ses traitements, tels que la chirurgie ou la chimiothérapie (Arthur et al., 2022 ; Papadopoulou et al., 2019 ; Pinto, 2013). Les six études traitées dans ce travail, évaluent d'abord l'impact des symptômes sur plusieurs concepts, puis proposent une intervention soit une stratégie de gestion et pour finir, les chercheurs mesurent les résultats obtenus sur les différents concepts afin d'estimer les effets de l'intervention sur les symptômes ou changements ressentis par les participantes (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedinin et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Le personnel infirmier est considéré par les personnes soignées comme une base d'information importante pour leurs symptômes. Des interventions infirmières efficaces doivent donc être instaurées et pour ce faire, il est important que les infirmiers et les infirmières identifient et acceptent les symptômes de la personne (Smith & Liehr, 2018, pp. 164-165). Les forces et les limites dans les domaines de la personne, de l'environnement et de la santé et maladie doivent également être intégrées à la prise en soins car elles ont un impact sur la variabilité de l'expérience du symptôme (Smith & Liehr, 2018, pp. 148-151).

Un des concepts primordiaux est l'expérience du symptôme qui est une perception, une évaluation et une réponse simultanées à un changement de sensation habituelle (Smith & Liehr, 2018, pp. 148-149 ; Eicher et al., 2013, pp. 17-18). Cette expérience du symptôme est présente chez toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein et présentant un dysfonctionnement sexuel. Les changements sont par exemple une ménopause iatrogène, une sécheresse vaginale, une dyspareunie, une modification de l'anatomie du vagin ou encore un obstacle à atteindre l'orgasme et engendrent une perte de désir, des difficultés fonctionnelles et une insatisfaction sexuelle (Schweizer et al., 2021 ; Ming Chow et al., 2021 ; Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Des symptômes peuvent être interreliées et apparaître ensemble donnant alors des groupes de symptômes dont il faut tenir compte lors de leur évaluation mais aussi lors de la préparation des interventions et l'évaluation de ces dernières (Eicher et al., pp. 17-19). Les six études ont évalué les changements sur différents concepts influençant la sexualité des femmes depuis le diagnostic oncologique. Les concepts sont composés de plusieurs items et reprennent une partie des symptômes vécus par les femmes atteintes d'un cancer du sein (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Pour ce faire, de nombreux outils de mesure, ont été utilisés tels que des échelles ou des questionnaires mesurant par exemple la fonction sexuelle (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021) ou l'image corporelle (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Esmkhani et al., 2021).

Néanmoins, l'expérience d'une patiente face au symptôme peut être influencée par de nombreuses caractéristiques telles que les aspects physiologiques, psychologiques, sociales, démographiques mais aussi par l'environnement où se développe le symptôme qu'il soit physique, social ou culturel et également par des aspects influençant le symptôme tels que les facteurs de risque et ses handicaps (Eicher et al., 2013, pp. 16-17). L'ensemble des chercheurs ont élaboré des questionnaires socio-démographiques afin d'avoir connaissance de certains de ses facteurs (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les caractéristiques connues telles que l'âge, le niveau d'éducation ou encore le statut économique, de plusieurs études sont équilibrées entre le groupe d'intervention et témoin pour une des six études (Decker et al., 2012) et sans différence significative quatre des études (Jun et al., 2011 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Toutefois, aucune corrélation entre les résultats obtenus lors des évaluations pré et post-intervention et les différentes caractéristiques des femmes (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Par exemple, concernant l'environnement globale des patientes, il n'est pas possible de savoir son influence sur les symptômes des femmes. En effet, pour l'environnement culturel, malgré la variation des pays où ont été réalisées les recherches, la plupart des études avaient des participantes aux cultures très homogènes.

Deux des études ont été réalisées en Iran, les auteurs ne détaillent pas l'ethnicité des femmes, néanmoins, elles se sont déroulées uniquement dans un hôpital iranien (Abedini et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). De plus, une d'entre elle indique comme but de recherche la comparaison de deux interventions sur la qualité de vie des femmes iraniennes atteintes d'un cancer du sein (Esmkhani et al., 2021). Trois des recherches se sont déroulées aux États-Unis avec pour deux d'entre elles une majorité de participantes caucasiennes (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016). Quant à la troisième étude faite aux États-Unis, les femmes étaient pour 67 % caucasiennes et pour 27 % afro-américaines (Reese et al., 2020). Une recherche a été effectuée en Corée du Sud, l'ethnicité des participantes n'est pas précisée. Toutefois, les auteurs mentionnent pour but l'évaluation des effets de l'intervention sur l'intimité conjugale, l'image corporelle et la fonction sexuelle parmi les survivantes coréennes du cancer du sein (Jun et al., 2011).

Le concept suivant comprend les stratégies de gestion du ou des symptômes qui sont les actions permettant la diminution ou la disparition de l'expérience du ou des symptômes en réduisant sa fréquence et sa gravité et en soulageant la détresse qui en est liée (Smith & Liehr, 2018, pp. 149-150 ; Eicher et al., p. 18). Quand la fréquence, la durée et la sévérité du symptôme sont conséquentes, la personne va mettre en place des stratégies afin de le soulager en mobilisant ses ressources personnelles ou externes (Eicher et al., 2013, p.18). Les interventions proposées par l'équipe infirmière sont des ressources externes et font partie des stratégies possibles. Les interventions testées dans les six études sont diverses, néanmoins, elles ont pour cible commune d'avoir un effet positif sur les changements dus à la maladie et à ses prises en charge thérapeutiques, rencontrés par les femmes atteintes d'un cancer du sein (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Selon la théorie de gestion des symptômes, afin de bénéficier de stratégies d'une bonne efficacité, il est nécessaire que les cliniciens sachent identifier le moment propice au meilleur accueil de la stratégie par les patients. Mais aussi à quelle période les résultats et le changement de l'état du symptôme ont la meilleure mesurabilité (Smith & Liehr, 2018, p. 165). Comme mentionné dans la mise en perspective avec la problématique, il n'y a pas de bon ou mauvais moment pour aborder le sujet de la sexualité.

Les interventions proposées dans ce travail ont d'ailleurs toutes eu un effet positif sur la fonction sexuelle de leurs participantes malgré qu'elles se soient déroulées à divers moments post-diagnostic (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Les symptômes que présentent les femmes suivies pour une maladie oncologique du sein ont une durée, une fréquence et une intensité qui peuvent être très changeantes en fonction des traitements et du vécu de la maladie. Selon la théorie de gestion des symptômes, ce sont des facteurs nécessaires à prendre en compte (Smith & Liehr, 2018, pp. 148-151). Les chercheurs des six études, bien qu'ils aient évalués les concepts induisant des changements dans la sexualité des femmes, ne citent pas la durée, fréquence et intensité des changements (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Seule une étude mentionne la durée des inquiétudes liées à l'image corporelle des femmes qui était en moyenne de 28 mois (Cieslak et al., 2016).

L'évaluation de l'état du symptôme, concept important de la théorie de gestion des symptômes, permet d'identifier les résultats obtenus faisant suite à l'intervention fournie (Smith & Liehr, 2018, pp. 149-151 ; Eicher et al., 2013,

p. 18). À la suite de chaque intervention effectuée, les auteurs des six études ont évalué l'effet de cette dernière sur les changements perturbant la sexualité des survivantes du cancer du sein. La mesure des résultats a été réalisée avec de nombreux instruments d'évaluation correspondant aux différents concepts (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Bien que les résultats des échelles puissent montrer les effets des interventions qu'ils soient positifs ou négatifs, il est important que les patientes puissent à l'aide d'outils de mesure faire une évaluation globale des changements depuis l'intervention. Trois des six études ont donc évalué l'évolution des changements post-intervention à l'aide de trois outils de mesure (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Reese et al., 2020).

Limites du travail

L'écriture de cette revue de littérature a donné matière à regard critique des six études qui ont été incluses. Ce qui a permis de constater et mettre en évidence diverses limites tant méthodologiques que de transférabilité.

Limites méthodologiques

La première limite méthodologique est la petite quantité d'articles présents sur les bases de données CINAHL et PubMed, correspondant à la problématique. De ce fait, la recherche s'est effectuée non pas dans les dix dernières années mais les 11 dernières. Cela peut montrer que, malgré un sujet d'actualité, fréquemment évoqué dans l'espace public et dans les milieux hospitaliers, la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein, reste encore régulièrement non prise en compte. De plus, seuls les articles traitant du cancer du sein ont été inclus et une inclusion d'articles concernant la sexualité lors d'autres maladies oncologiques aurait pu être intéressante avec de potentielles interventions infirmières pouvant être applicables aux femmes touchées par un tumeur mammaire.

La deuxième limite est le fait que seules des études quantitatives ont été incluses dans cette revue de littérature. Des études qualitatives auraient pu contribuer à un apport différent et complémentaire avec plus de détails dans les réponses des participantes. Néanmoins, le fait que seules des études quantitatives aient été retenues, donne lieu à une comparaison optimale des résultats des six études et donc d'une meilleure généralisation de ceux-ci.

Une troisième limite a été identifiée relative à l'origine des études. En effet, les six études retenues n'ont pas été réalisées en Suisse ou en Europe. Aucune étude correspondant aux critères de sélection effectuée dans notre pays ou dans un pays européen n'a été trouvée. Cette limite peut impacter la transférabilité et la généralisation des résultats obtenus dans les études.

La dernière limite méthodologique identifiée est la langue des articles. Les six études incluses étaient de langue anglaise et ont été traduites. Bien qu'une attention particulière ait été faite lors de la traduction, de possibles biais de traduction ont pu avoir lieu.

Limites de transférabilité

Premièrement, cinq des six études comprenaient uniquement des femmes hétérosexuelles et souvent mariées ou en couple (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Seule l'étude de Reese et al. (2020), a recruté des patientes appartenant aux minorités sexuelles. Néanmoins, le nombre de participantes venant de la communauté LGBTQIA+⁴ reste faible avec trois femmes homosexuelles et une femme bisexuelle sur un échantillon de 144 femmes (Reese et al., 2020). Cette limite peut donc poser un problème pour la généralisation des résultats car la sexualité ne concerne pas seulement les femmes hétérosexuelles étant en couple, mais aussi toutes les autres orientations sexuelles et les femmes ayant une vie sexuelle active sans pour autant avoir un statut de couple. De plus, une des six études comprenait également les conjoints (Decker et al., 2012) ce qui met en évidence une potentielle limite supplémentaire et renvoie à un questionnaire qui est l'inclusion des partenaires ou non dans les interventions infirmières proposées aux femmes atteintes d'un cancer du sein.

La deuxième limite identifiée se rapporte aux lieux, pays et établissements, où les études ont été réalisées. Deux des études se sont déroulées en Iran (Esmkhani et al., 2021 et Abedini et al., 2020). L'Iran étant considéré comme un pays à majorité islamique n'accorde possiblement pas la même place aux problèmes sexuels des femmes. Les approches proposées pourraient différer avec un pays tel que la Suisse, bien qu'elle présente une diversité culturelle. En outre, quatre des six études ont été effectuées dans un seul établissement, ce qui suggère que les résultats ne sont potentiellement pas applicables à plus grande échelle (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020).

Une limite supplémentaire identifiée est en lien avec le statut de la ménopause des participantes. En effet, seules deux études ont évalué la présence d'une ménopause chez les femmes (Jun et al., 2011 ; Reese et al., 2018), alors que les effets de certains traitements induisent une ménopause iatrogène impactant sur la sexualité (Tao et al., 2015). Inclure des femmes ménopausées et des femmes non ménopausées dans une seule et même étude et leur proposer la même intervention peut biaiser les résultats des effets de cette dernière sur certains aspects.

La quatrième limite est relative aux récoltes de données effectuées. En effet, les auteurs de trois des six études ne précisent pas la méthode utilisée pour l'enregistrement et le stockage des données récoltées (Abedini et al., 2020 ; Decker et al., 2012 ; Esmkhani et al., 2021). Cela engendre donc un questionnement sur l'éthique des études et crée un obstacle à la généralisation.

La dernière limite constatée concerne les critères de sélection. L'étude réalisée par Decker et al. (2012) ne précise pas les critères d'exclusion des participantes, ce qui peut potentiellement avoir une incidence sur l'étude (Decker et al., 2012). Une des six études a inclus dans sa recherche uniquement les femmes qui avaient signalé une diminution de leur santé sexuelle (Cieslak et al., 2016). Il mériterait de connaître si ce signalement a été fait par les participantes de leur plein gré ou lorsqu'un.e professionnel.le de santé a abordé le sujet. Au vu des barrières de communication dans le domaine de la sexualité entre les patientes et le personnel soignant, les femmes ayant un cancer du sein sont très peu à évoquer le sujet d'elles-mêmes. De ce fait, peut-être que certaines femmes touchées par des troubles sexuels n'ont pas osé parler de leurs difficultés lors de leur suivi oncologique et n'ont donc pas été incluses dans l'étude, ce qui limite la généralisation des résultats.

⁴ Abréviation désignant toutes les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers, intersexes, asexuelle ou ayant une autre orientation sexuelle ou une identité de genre minoritaire.

Forces du travail

L'élaboration de cette revue de littérature a donné l'occasion de mettre en évidence des forces. De plus, ce travail a permis de répondre à la question de recherche en proposant diverses interventions pouvant être effectuées par les équipes infirmières afin d'optimiser le maintien de la sexualité des femmes atteintes d'une tumeur mammaire.

Bien qu'aucune étude ait été réalisée en Suisse, la moitié des études sélectionnées ont été effectuées aux États-Unis, pays qui comporte des similitudes socio-économiques avec la Suisse, contribuant à la généralisation des résultats. De plus, si des interventions sont possibles dans des pays n'ayant pas le même statut social, économique et culturel que la Suisse, elles sont donc largement envisageables sur le territoire helvétique qui est multiculturel.

La similarité des résultats post-intervention des six études montre une cohérence de l'efficacité des interventions sur la sexualité des patientes diagnostiquées d'un cancer du sein. Qui plus est, les six études ont été menées uniquement chez cette population. L'inclusion d'autres types de cancer aurait pu créer des biais car ils n'ont pas tous le même impact sur la sexualité et l'image corporelle.

Pour finir, la dernière force identifiée réside dans le choix du cadre théorique. En effet, l'utilisation de la théorie de gestion des symptômes a permis de renforcer la recension des écrits particulièrement concernant les symptômes rencontrés par les femmes lors d'un cancer du sein et de ses traitements médicamenteux et chirurgicaux. De plus, le cadre théorique de gestion des symptômes a contribué à soutenir les résultats des articles traités et ce, malgré que les études ne se basent pas sur cette théorie et donc ne reprennent pas tous les aspects de celle-ci.

Généralisation des résultats

Le premier élément qui donne la possibilité d'une généralisation est que les six études incluses dans cette revue de littérature sont de type quantitatif et ont de multiples similitudes dans leur réalisation avec par exemple, une évaluation des concepts à plusieurs temps soit majoritairement avant, pendant et après l'intervention. De plus, les résultats post-intervention montrent des effets positifs sur la fonction sexuelle des survivantes du cancer du sein, ce qui montre l'efficacité des interventions en lien à la sexualité chez cette population (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Les interventions fournies aux participantes des études comportent des composantes identiques. En effet, les interventions des six études comportaient une discussion, des conseils, des informations et de l'éducation (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021). Cinq d'entre elles contenaient également des exercices (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al.), quatre interventions comprenaient des évaluations (Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021) et quatre la fourniture de supports aux participantes comme des brochures, des livres ou encore des CD (Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020). Ces similitudes entre les interventions démontrent que certaines approches instaurées dans les interventions sont nécessaires et bénéfiques.

Les évaluations des différents concepts pouvant être perturbés lors de troubles sexuels chez les patientes suivies pour un cancer du sein, ont été pour la plupart utilisées dans plusieurs études et montrent que les aspects comme la fonction sexuelle, l'image corporelle et les symptômes anxieux et dépressifs sont importants à évaluer chez cette population présentant des troubles sexuels (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Un autre critère permettant de supposer une généralisation des résultats est le fait que les six études incluaient uniquement des femmes touchées par le cancer du sein. Les interventions étaient donc spécialement développées pour cette population présentant des caractéristiques propres à ce cancer (Jun et al., 2011 ; Decker et al., 2012 ; Cieslak et al., 2016 ; Abedini et al., 2020 ; Reese et al., 2020 ; Esmkhani et al., 2021).

Recommandations

La conception de cette revue de littérature renforce le caractère essentiel des besoins de santé sexuelle des femmes atteintes d'une maladie oncologique du sein. Ainsi que l'importance d'offrir des interventions infirmières pour essayer de maintenir le niveau de sexualité et d'intimité de ces femmes.

Lors du cursus Bachelor en soins infirmiers, la sexualité des patient.e.s n'est pas abordée hormis lors d'un module à option qui a pour thématique la sexualité et l'intimité. Très peu d'élèves y ont donc accès. Or, la sexualité est un champ disciplinaire faisant partie de la profession infirmière et touche tous les patient.e.s et pas uniquement lors d'un cancer du sein ou d'une maladie oncologique. Cette constatation fait régner le caractère tabou de la sexualité dans les soins avec des barrières du côté soignant toujours présentes.

En matière de discussion sur la sexualité et l'intimité, de multiples obstacles sont présentes du côté des patient.e.s mais aussi du personnel médical et infirmier ce qui créent un sentiment de manque d'information pour les personnes prises en soins (Schweizer et al., 2021 ; Den Ouden et al., 2019). Alors qu'une discussion claire contribue à faire face d'une meilleure manière, aux changements sexuels liés à la maladie et à ses traitements (Bolmont et al., 2018). Des stratégies permettent pourtant de réduire les obstacles du côté des soignants. Une étude menée aux États-Unis, a montré que les infirmières qui ont participé à un atelier d'éducation à la santé sexuelle avaient des résultats statistiquement significatifs avec des connaissances plus élevées dans le domaine de la santé sexuelle et les barrières à la communication sur la sexualité avec les patient.e.s. En outre, la participation à cet atelier éducationnel à la santé sexuelle a démontré une amélioration significative sur la fréquence de ces infirmières à aborder le sujet avec leur patient ou patiente (Al Eid et al., 2020). De plus, le personnel infirmier en oncologie est le premier professionnel de santé à entendre l'évocation d'inquiétudes en matière de santé sexuelle ou d'image corporelle (Cieslak et al., 2016) et est le plus à même de le faire (Decker et al., 2012). Fournir des informations au personnel infirmier, pour qu'il apprenne à prendre en charge les femmes atteintes d'un cancer du sein qui impacte négativement leur santé sexuelle, leur image corporelle et leur image de soi, pourrait avoir un résultat important pour la qualité de vie de ces femmes (Cieslak et al., 2016).

Du côté des patientes, des obstacles à communiquer sur le sujet de leur sexualité avec le personnel soignant sont aussi présents. Une des interventions proposées par les auteurs d'une des six études a pour cible de faciliter la communication des patientes atteintes d'un cancer du sein sur la santé sexuelle. L'intervention qui consistait en

une vidéo de 20 minutes avec un guide d'accompagnement a montré des résultats significatifs pour les femmes ayant participé à l'intervention. En effet, grâce à cette intervention, les patientes avaient plus de chance d'aborder le sujet de santé sexuel avec un.e clinicien.ne mais également de poser une question relative à la santé sexuelle (Reese et al., 2020). Ce qui montre que des interventions sont possibles et efficaces pour diminuer les obstacles à la discussion sur la sexualité entre la patiente et le personnel soignant et que les interventions peuvent être effectuées autant chez les soignants et soignantes que chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

L'inclusion des partenaires dans les interventions demeure en un questionnement. En effet, l'étude de Decker et al. (2012), mentionne que les conjoints des femmes touchées par une tumeur mammaire, présentent également des difficultés à parler de sexualité que ce soit avec leur partenaire ou avec le personnel de santé. De plus, l'intervention effectuée au cours de cette étude a montré des résultats positifs pour les conjoints avec une amélioration de leur anxiété au fils de l'intervention (Decker et al., 2012). Néanmoins, comme déjà évoqué, la sexualité peut se pratiquer seule ou en ayant plusieurs partenaires et chaque femme touchée par un cancer du sein a des besoins, des priorités et des envies diverses. Ce qui renforce l'importance d'adapter les interventions infirmières de manière individuelle et de prendre en compte tous les aspects des métaparadigmes infirmiers qui sont la personne, l'environnement, la santé et le soin.

Conclusion

Ce travail de Bachelor a pour but d'identifier les interventions infirmières pouvant maintenir la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein. Cette question de recherche a été choisie car le cancer du sein est celui qui est le plus présent chez les femmes en Suisse. Une majorité de patientes présentent des troubles sexuels dû à cette pathologie et à ses différents types de traitements. La sexualité bien qu'elle fasse partie de la qualité de vie reste encore trop peu intégrée aux prises en soins. De nombreuses barrières sont présentes chez les patientes mais aussi dans les équipes soignantes et donc chez le personnel infirmier. De ce fait, il était selon moi, important de s'intéresser aux interventions infirmières pouvant être mises en place chez cette population afin de maintenir leur sexualité selon leurs besoins et l'importance qu'elles y accordent.

La théorie de gestion des symptômes a permis une meilleure compréhension de l'impact des symptômes ainsi que de la mise en place de stratégies afin d'en diminuer l'expérience. L'utilisation d'une théorie infirmière dans ce travail, a consenti à l'observation de l'importance de sa fonction dans la structure des résultats avec le cadre qu'elle apporte.

Cette revue de littérature a donné lieu à une mise en lumière des interventions efficaces sur le dysfonctionnement sexuel des patientes ayant une maladie oncologique mammaire et pouvant être effectuées par les équipes infirmières.

Pour conclure, les difficultés dans le domaine de la sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein doivent être prises en considération par le personnel infirmier. Il est du rôle infirmier d'évaluer et de proposer des stratégies en lien à la santé sexuelle des patientes touchées par une tumeur du sein. De plus, il est selon moi, important de dissocier la relation de couple de la sexualité qui ne sont pas toujours dépendantes.

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Schéma de la théorie de gestion des symptômes. Tiré de Eicher et al., 2013, p. 17	p. 23
Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs utilisés pour les bases de données	p. 26
Tableau 2 : Instruments de mesure utilisés dans les études	p. 43
Tableau 3 : Composantes des interventions	p. 45
Tableau 4 : Résultats positifs des interventions sur les concepts évalués par les auteurs	p. 46

Liste des références

- Al Eid, K., Christensen, S., Hoff, J., Drake, D., Yadav, K., Burtson, O., Kuriakose, M., Patton, M., & Nyamathi, A. (2020). Sexual Health Education. Knowledge level of oncology nurses and barriers to discussing concerns with patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(4), 50-56. <https://doi.org.10.1188/20.CJON.E50-E56>
- Arthur, E., Menon, U., Barsky Reese, J., Browning, K., Overcash, J., Rose, K., & Wills, C. (2022). Profiles of women's adjustment after cancer based on sexual and psychosocial wellbeing: results of a cluster analysis. *BMC cancer*. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-10093-6>
- Association suisse des infirmières et infirmiers (s.d.). *Les soins infirmiers selon Spichiger et al.* Consulté 3 août 2023, à l'adresse <https://sbk-asi.ch/fr/soins-travail/soins-infirmiers/soins-infirmiers-selon-spichiger/>
- Bober, S., L., Reese, J. B., Barbera, L., Bradford, A., Carpenter, K. M., Goldfarb, S., & Carter, J. (2016). How to ask and what to do: A guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(1), 44-54. <https://doi.org.10.1097/SPC.000000000000186>
- Bolmont, M., Amram, M.-L., Rochon, F., Dietrich, P.-Y., & Bianchi-Demicheli, F. (2018). Prise en charge de la sexualité chez les patients oncologiques. Un projet de recherche au sein des Hôpitaux universitaires de Genève. *Revue Médicale Suisse*, 4(598), 578-581. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.598.0578>
- Cairo Notari, S., Favez, N., Panes-Ruedin, B., Antonini, T., & Delaloye, J.-F. (2016). Women's experiences of sexual functioning in the early weeks of breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/ecc.12607>
- Cairo Notari, S., Fornage, S., Panes-Ruedin, B., & Zaman, K. (2018). Sexualité après un cancer du sein : un sujet non tabou. *Revue Médicale Suisse*, 4(598), 563-565. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.598.0563>
- Caparrotti, F., Fargier-Bochaton, O., Kountouri, M., Philipp-Paradisi, S., & Miralbell, R. (2018). La santé sexuelle après radiothérapie. *Revue Médicale Suisse*, 4(598), 568-572 <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.598.0568>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2019). *Les professionnels impliqués dans votre prise en charge.* Consulté 20 août 2023, à l'adresse <https://www.chuv.ch/fr/oncologie/onc-home/patients-et-familles/votre-prise-en-charge/votre-equipe-soignante>
- Centre international de Recherche sur le Cancer. (2018). *Dernières données mondiales sur le cancer : le fardeau*

du cancer atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer en 2018. Consulté 12 septembre 2022, à l'adresse https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/09/pr263_F.pdf

Classe, J.-M., Campone, M., & Lefebvre-Lacoeuille, C. (2016). *Cancer du sein. Dépistage et prise en charge*. Elsevier Masson.

Clere, N. (2016). Les traitements du cancer du sein. In J. Buxeraud, E. Derrien, & S. Faure (Éds). *Actualités pharmaceutiques* (pp.20-25.) Elsevier Masson. <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2016.06.012>

Daily, M., & Wilson, M. I. (2000). The Evolutionary Psychology of Marriage and Divorce. In L. Waite (Éds). *The Ties That Bind: The Perspectives on Marriage and Cohabitation* (1^e éd., pp. 91-110). New York: Aldine de Gruyter.

de Ligt, K. M., Heins, J., Verloop, J., Smorenburg, C. H., Korevaar, J. C., & Siesling, S. (2019). Patient-reported health problems and healthcare use after treatment for early-stage breast cancer. *The Breast*, 46, 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2019.03.010>

Den Ouden, M., Pelgrum-Keurhorst, M., Uitdehaag, M., & De Vocht, H. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26, 326-332. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>

Depke, J. L., & Onitilo, A. A. (2015). Sexual health assessment and counseling: oncology nurses' perceptions, practices, and perceived barriers. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 13(12), 442-445. <https://doi.org/10.12788/jcso.0174>

Di Nardo, P., Lisanti, C., Garutti, M., Buriolla, S., Alberti, M., Mazzeo, R., & Puglisi, F. (2022). Chemotherapy in patients with early breast cancer: clinical overview and management of long-term side effects. *Expert Opinion on Drug Safety*, 21(11). 1341-1355. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2151584>

Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C. & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>

Espié, M. (2018). Les traitements du cancer attaquent la féminité. *La Lettre du Sénologue*, 81, 129-130. https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-senologue/n-81-septembre-2018/les-traitements-du-cancer-du-sein-attaquent-la-feminite#dfliip-reader_trigger/1/

Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer e A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing* 17(3), 340-345. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Frikha, N., & Chlif, M. (2020). Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 205(5), 519-527. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.10.018>
- Halbold, D. & Bondil, P. (2014). L'intervention sexologique en oncologie. *La presse médicale*, 43(10), 1120-1124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.05.008>
- Jafari, S. H., Saadatpour, Z., Salmaninejad, A., Momeni, F., Mokhtari, M., Nahand J. S., Rahmati, M., Mirzaei, H., & Kianmehr, M. (2017). Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. *Journal of Cellular Physiology*, 233(7), 5200-5213. <https://doi.org/10.1002/jcp.26379>
- Jaillet, A., & Mabilon-Bonfils, B. (2021) Qu'est-ce qu'une revue de littérature ? In A. Jaillet & B. Mabilon-Bonfils (Éds), *Je réussis mon mémoire de Master MEEF* (p. 42). Vuibert. https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=VUIB_JAILL_2021_01_0042
- Jalambadani, Z., Garmaroodi, G., Yaseri, M., Tavousi, M., & Jafarian, K. (2017). Education Based on Theory of Planned Behavior over Sexual Function of Menopausal Women in Iran. *Journal of Mid-life Health*, 8, 124-129. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_44_17
- Javan Biparva, A., Raoofi, S., Rafiei, S., Pashazadeh Kan, F., Kazerooni, M., Bagheribayati, F., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Sanaei, M., Zarabi, F., Raoofi, N., Beiramy Chomalou, Z., Ahmadi, B., Seyghalani Talab, F., Sadat Hoseini, B., Asadollahi, E., Mir, M., Deylami, S., Zareei, M., ... Ghashghaee, A. (2022). Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & palliative care*, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
- Jodar, M., Jacquin, J.-P., & Vallée, J. (2016). Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. *Thérapie*, 71(3), 263–273. <http://dx.doi.org/10.1016/j.therap.2016.02.025>
- Giami, A., Moulin, P., & Moreau, É. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail*, 55(1), 20-38. <https://doi.org/10.4000/sdt.12902>
- Ginsburg, O., Yip, C.-H., Brooks, A., Cabanes, A., Caleffi, M., Dunstan Yataco, J. A., Gyawali, B., McCormack, V., McLaughlin de Anderson, M., Mehrotra, R., Mohar, A., Murillo, R., Pace, L., Paskett, E., Romanoff, A., Rositch, A., Scheel, J., Schneidman, M., Unger-Saldaña, K., Vanderpuye, V., Wu, T.-Y., ... Anderson, B. (2020) Breast Cancer Early Detection: A Phased Approach to Implementation. *American Cancer Society Journals*, 126(10), 2379-239. <https://doi.org/10.1002/cncr.32887>

- Greenhalgh, T., & O’Riordan, L. (Éds). (2018). *The Complete Guide to Breast Cancer: How to Feel Empowered and Take Control*. Vermillion.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., & Lehto, J. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European journal of oncology nursing*, 17(1), 9–15.
<https://doi-org.biblioproxy.hes-vd.ch/10.1016/j.ejon.2012.03.002>
- Haute école de santé Genève. (s.d.). *CAS HES-SO en Oncologie et Soins palliatifs*. Consulté 10 août 2023, à l’adresse <https://www.hesge.ch/heds/formation/formation-continue/formations-cas/cas-hes-so-oncologie-soins-palliatifs>
- Hummel, S. B., van Lankveld, J. J. D. M., Oldenburg, H. S. A., Hahn, D. E. E., Kieffer, J. M., Gerritsma, M. A., Kuenen, M. A., Bijker, N., Borgstein, P. J., Heuff, G., Lopes Cardozo, A. M. F., Plaisier, P. W., Rijna, H., van der Meij, S., van Dulken, E. J., Vrouenraets, B. C., Broomans, E., & Aaronson, N. K. (2017). Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12), 1328–1340. <https://doi-org.biblioproxy.hes-vd.ch/10.1200/JCO.2016.69.6021>
- Kedde, H., van de Weil, H., Weijmar Schultz, W., & Wijsen, C. (2013). Sexual dysfunction un young women with breast cancer. *Support Care Cancer*, 21, 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1521-9>
- Krychman, M., L., & Katz, A. (2012). Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 5-15. <https://doi-org.biblioproxy.hes-vd.ch/10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x>
- Ligue contre le cancer du sein. (2020). *Le cancer du sein*. Consulté le 15 août 2023, à l’adresse <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/le-cancer-du-sein-021071012111.pdf>
- Ligue contre le cancer (2021). *Le cancer du sein*. Consulté le 15 août 2023, à l’adresse <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-sein>
- Lewis, S. L., Ruff Dirksen, S., McLean Heitkemper, M., & Bucher, L.(Eds.) (2016). *Soins infirmiers, Médecine chirurgie* (2^e éd., vol.1). Chenelière Éducation.
- Lu, J., Min Chen, X., & Hong Xie, K. (2022). Effectiveness of nursing interventions on the sexual quality of life of patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 3, 1-16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277221>
- McLeod, D., Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: Who is asking? *Merck Lectureship*, 197-201. <https://doi.org.10.5737/1181912x233197201>

- McLeod, D. L., & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: who is asking. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(3), 197–207. <https://doi.org/10.5737/1181912x233197201>
- Ming Chow, K., Wing Han Chan, C., Chow Choi, K., White, I., Yi Siu, K., & Ha Sin, W. (2019). A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. *Supportive Care in Cancer*, 1663-1673. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05660-1>
- Mokhtari-Hessari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>
- Office fédéral de la statistique. (2021). *Le cancer en Suisse, rapport 2021 ; État des lieux et évolutions*. Confédération suisse. <https://www.onec.ch/assets/files/publications/Krebsbericht2021/1178-2100-fr.pdf>
- Organe nation d'enregistrement du cancer. (2021). *Statistiques*. <https://www.onec.ch/fr/statistiques-atlas/>
- Organisation Mondiale de la santé. (2021). *Cancer du sein*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organisation Mondiale de la santé. (2022). *Cancer*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Paillard, C. (Éd). (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (5^e éd.). SETES
- Panjari, M., Bell, R. J., & Davis, S. R. (2011). Sexual Function after Breast Cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(1), 294–302. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x>
- Papadopoulou, C., Sime, C., Rooney, K., Kotronoulas, G. (2019). Sexual health care provision in cancer nursing care: A systematic review on the state of evidence and deriving international competencies chart for cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 100, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103405>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Chenelière Éducation
- Pinto, A. (2013). Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *Journal of Thoracic Disease*, 5(1), 81-86. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.05.23>
- Ravi, R., Haider, G., Ahmed, K., Sami, A., Zahoor, S., & Lata, R. (2020). Amenorrhea After Chemotherapy In Breast Cancer Patient. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 32(1), 73–77. <https://jamc.ayubmed.edu.pk/jamc/index.php/jamc/article/view/6438/2846>

- Recherche suisse contre le cancer. (s.d.). *Mois d'octobre consacré au cancer du sein*. Consulté 14 septembre 2023, à l'adresse <https://www.recherche cancer.ch/actualites/mois-doctobre-consacre-au-cancer-du-sein>
- Sancho-Garnier, H., & Colonna, M. (Éd.). (2019). Épidémiologie des cancers du sein. *La presse médicale*, 48(10), 1076-1084. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.022>
- Schweizer, A., Toffel, K., & Braizaz, M. (2021). L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s de santé en oncologie : une revue de la littérature. *Psychologie française* 66(4), 413–428. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.03.001>
- Silva Ferreira, I., Carvalho Fernandes, A. F., Moura Barbosa Castro, R. C., Rodrigues Bezerra, A., Velasco Yanez, R. J. (2022). Telenursing in the sexual function of women with breast cancer: A study protocol. *Medicine*, 102(39), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031449>.
- Smith, M. J., Liehr, P., R. (Éds.). (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (4^e éd.). Springer Publishing Company.
- Tao, J. J., Visvanathan, K., Wolff, A. C. (2015). Long term side effects of adjuvant chemotherapy in patients with early breast cancer. *The Breast*, 24(2), 149-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2015.07.035>
- Tiong V, Rozita A. M., Taib, N. A., Yip, C. H., Ng, C. H. (2014). Incidence of chemotherapy-induced ovarian failure in premenopausal women undergoing chemotherapy for breast cancer. *World Journal of Surgery*, 38(9), 2288–2296. <https://doi-org.biblioproxy.hes-vd.ch/10.1007/s00268-014-2542-y>
- Unisanté. (2023). *Dépistage du cancer du sein*. Consulté 31 août 2023, à l'adresse <https://www.unisante.ch/fr/promotion-prevention/depistage/programmes-vaudois-depistage-du-cancer/depistage-du-cancer-du-sein-0>
- Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W. H., Alqudimat, M. R., & So, W. K. W. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *The Lancet. Oncology*, 21(12), 555-563. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30612-4)
- Yilmaz, M., & Gürler, H. (2020). The Relationship between Body Image and Sexuality after Surgical Treatment in Women with Breast Cancer. *Arastirma research*, 17(3), 244-251. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.55751>
- Institut National du Cancer. (s.d.). Sexualité. Consulté 31 août 2023, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Sexualite#toc-la-m-nopause-pr-coce>