

Table des Matières :

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. LES CONCEPTS DE FATIGUE ET DE QUALITE DE VIE.....	3
2.1.1. <i>Fatigue</i>	3
2.1.2. <i>Qualité de vie</i>	4
2.2. LA THEORIE DE GESTION DES SYMPTOMES	4
3. METHODE	7
3.1. BASES DE DONNEES	7
3.2. MOTS-CLES ET DESCRIPTEURS	7
3.3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	8
3.3. COMBINAISONS ET EQUATIONS DE RECHERCHE	8
4. RESULTATS	8
5. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES	10
5.1. ARTICLE 1	10
5.2. ARTICLE 2	11
5.3. ARTICLE 3	11
5.4. ARTICLE 4	12
5.5. ARTICLE 5	13
5.6. ARTICLE 6	13
5.7. ARTICLE 7	14
6. COMPARAISON DES RESULTATS	15
6.1. TABLEAUX COMPARATIFS DES ARTICLES	15
7. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES	23
7.1. LA PERCEPTION SUBJECTIVE DE LA FATIGUE.....	23
7.2. EVALUATION.....	23
7.3. LES INTERVENTIONS	24
7.3.1. <i>L'exercice physique</i>	24
7.3.2. <i>La qualité du sommeil, la conservation d'énergie et la gestion des activités</i>	25
7.3.3. <i>Les interventions pharmacologiques et les « symptom cluster »</i>	25
7.3.4. <i>Favoriser les auto-soins</i>	26
7.3.5. <i>Favoriser la communication sur la fatigue et sa gestion</i>	26
7.4. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE ET PERSPECTIVES POUR LE FUTUR	27
7.5. LIMITES DE NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE	27
8. CONCLUSION	29
9. LISTE DE RÉFÉRENCES	30
10. BIBLIOGRAPHIE	31
11. ANNEXES	32

1. INTRODUCTION

Le cancer est une maladie qui touche des personnes de tous milieux sociaux et de tous âges. Souvent vécu comme une expérience éprouvante, il s'immisce dans la vie des patients et de leurs proches et bouleverse leur quotidien. Les opérations chirurgicales, les chimiothérapies lourdes aux effets indésirables (associées ou non à la radiothérapie), l'hospitalisation ou les suivis ambulatoires à planifier dans l'agenda, les douleurs physiques et morales, l'incertitude face à l'avenir (etc.) sont autant d'exemples des changements et des souffrances endurés par les patients.

Maladie complexe et pluri-symptomatologique, le cancer nécessite des interventions spécifiques et interdisciplinaires. Parmi les différents professionnels de la santé intervenant auprès des patients atteints de cancer, les infirmiers ont un vaste domaine d'action dans la prise en soin de ces personnes, tant dans le rôle médico-délégué que dans le rôle propre d'infirmier. De nos jours en effet, la pratique infirmière en oncologie est un champ professionnel en constante évolution. Pourtant, si de nombreuses interventions infirmières ont vu le jour ces dernières années pour tenter de soulager les symptômes invalidants liés au cancer, la fatigue semble moins investiguée, voire parfois banalisée par les soignants. Cependant, parmi la pléthore de symptômes débilitants liés au cancer, la fatigue tient une place prépondérante et altère significativement la qualité de vie.

Tout au long de notre travail de Bachelor, nous avons abordé la question de la fatigue liée au cancer et de ses enjeux pour la pratique infirmière actuelle, et nous avons cherché les *best practices* issues de l'*Evidence based-nursing* sur le sujet.

Dans un premier temps, nous avons posé notre problématique et les concepts en découlant. Nous avons parlé plus précisément de la fatigue liée au cancer, de la qualité de vie et nous avons abordé la Théorie de Gestion des Symptômes qui a servi de cadre conceptuel à notre travail.

Dans un second temps, nous avons présenté notre méthodologie de recherche, ainsi que la sélection des articles scientifiques retenus. Nous avons procédé par la suite à l'analyse de ces articles, puis nous les avons insérés dans un tableau comparatif nous permettant de mettre en exergue les points principaux développés par leurs auteurs.

Enfin, nous avons élaboré la discussion des résultats et nous en avons retiré des recommandations pour la pratique. Nous avons clôturé notre revue de littérature en exposant les limites de notre travail, ainsi que les apprentissages développés tout au long des recherches documentaires et de la rédaction de notre travail de Bachelor.

2. PROBLÉMATIQUE

L'échelle visuelle analogique (EVA) toujours en poche, les infirmiers sont formés pour l'évaluation et le traitement de la douleur. Conscients qu'en 2016, il n'est pas tolérable de laisser un patient avoir mal sans agir, les infirmiers sont prompts à mettre en place des interventions pour gérer et soulager la douleur. Qu'en est-il de la fatigue ? Une étude réalisée par Curt et al. (2000) soulève que 40% des patients souffrant de cancer interrogés sur leur vécu de la fatigue affirment qu'aucune intervention ne leur a été proposée par les professionnels de la santé pour soulager ce symptôme. [traduction libre] (p. 358) Pourtant, la fatigue est un symptôme pénible qui impacte négativement le vécu de la maladie par les patients et vient altérer leur qualité de vie. Cette même étude avance que 60% des patients ayant expérimenté la fatigue associée à la douleur, aux nausées ou à la dépression (n=198) rapportent que c'est la fatigue qui affecte le plus leur qualité de vie quotidienne. [traduction libre] (Curt et al., 2000, p. 356)

Si la fatigue liée au cancer est réellement invalidante et préjudiciable pour la qualité de vie des patients, quel est le rôle propre infirmier dans la gestion de ce symptôme ? Est-ce une fatalité pour les patients souffrant de cancer d'être fatigués ? Existe-t-il des données probantes sur le sujet et des interventions infirmières spécifiques transposables dans la pratique ?

De tels questionnements ont commencé à germer en nous lors des séminaires de préparation au travail de Bachelor et ont mûri suite à nos premières recherches sur le sujet. Tout au long de notre formation, nous avons été sensibilisés à la notion de santé et de qualité de vie. Bien que nous n'ayons jamais eu l'occasion de faire un stage en oncologie, nous avons cependant été en relation avec de nombreux patients atteints de cancer, tant aux urgences, dans les services de chirurgie et de médecine que dans les établissements médico-sociaux. Selon notre expérience actuelle de la profession, il nous a semblé que la fatigue était souvent banalisée par les soignants et reléguée au rang de symptôme impossible à traiter.

Ainsi, nous avons décidé de cibler notre travail de recherche sur les interventions infirmières impliquées dans la gestion du symptôme de la fatigue liée au cancer. Nous avons espéré trouver dans la littérature des interventions infirmières transposables et efficaces pour nos futures pratiques. Notre motivation première est d'améliorer la qualité de vie des patients en leur apportant un soutien infirmier adapté à leur vécu et à leurs besoins. En effet, nous sommes convaincus de la pertinence de ce travail de recherche sur le symptôme invalidant de fatigue basé sur des données probantes qui, nous le souhaitons, fera avancer la profession infirmière.

Le champ de recherche clinique est vaste. Aussi, nous avons opté pour un choix de population cible large, comprenant des adultes atteints de cancer en phase curative. Il nous semblait pertinent de pouvoir ainsi mesurer l'impact de la fatigue chronique sur la vie professionnelle et/ou sociale de patients traités en ambulatoire par chimiothérapie. Nous avons de ce fait volontairement exclu de nos recherches la population pédiatrique, ainsi que les patients en soins palliatifs, bien que la frontière entre curatif et palliatif ne nous semble pas toujours très clairement définie dans le cadre de la recherche clinique.

Riches de nos réflexions actuelles, nous formulons notre question de recherche de la manière suivante :

Quelles interventions infirmières peuvent être proposées aux patients adultes atteints de cancer en phase curative traités par chimiothérapie en ambulatoire pour gérer le symptôme invalidant de fatigue?

Une telle question nous invitera à aborder différents concepts. Nous avons retenu les concepts de fatigue et de qualité de vie. L'enjeu de la qualité de vie nous paraît important pour évaluer l'efficacité des interventions infirmières auprès du patient sur la fatigue liée au cancer. De plus, il nous semble important de poser un cadre conceptuel pour guider notre réflexion. L'expérience vécue des symptômes des personnes souffrant de cancer est essentielle. En effet, elle devrait être considérée comme un enjeu important pour la pratique infirmière dans la prise en charge de ces patients. C'est pourquoi, nous avons décidé d'utiliser la Théorie intermédiaire de Gestion des Symptômes. Celle-ci permet non seulement de structurer et d'organiser la pratique infirmière auprès du patient, mais nous paraît également primordiale pour penser le rôle propre infirmier et développer la discipline infirmière. Dans notre travail de recherche, la Théorie de Gestion des Symptômes nous a permis de tendre vers une cohérence dans les choix des articles scientifiques retenus.

2.1. Les concepts de fatigue et de qualité de vie

2.1.1. Fatigue

Définie comme un sentiment subjectif, la fatigue est perçue différemment d'un individu à l'autre et peut varier en durée, en intensité et en pénibilité. [traduction libre] (Doran, 2011, p.145) La Ligue suisse contre le cancer (2012) distingue la fatigue normale de la fatigue liée au cancer. La fatigue normale est définie comme une sensation passagère et cyclique qui informe que notre corps a besoin de repos. Régulée par nos horloges internes, la fatigue qui survient au cours de la journée nous préserve de tout surmenage et nous invite à nous reposer et à dormir. La fatigue normale peut être accompagnée de calme et de satisfaction et n'est pas problématique en soi : une nuit de sommeil ou du repos permet à notre organisme de renouveler l'énergie dont il a besoin. En revanche, la fatigue liée au cancer est définie comme une « fatigue continue, difficile à surmonter, qui laisse un sentiment de total épuisement, d'un point de vue émotionnel, psychique et physique » (Ligue suisse contre le cancer, 2012, p.7). Une telle fatigue n'est pas soulagée par le repos ou le sommeil et elle perdure dans le temps.

C'est cette fatigue pathologique que nous avons étudiée dans notre travail de recherche. Elle est nommée « cancer related fatigue » (CRF) dans la littérature scientifique en anglais, et nous avons utilisé également les termes de *fatigue liée au cancer* pour la mentionner. Doran (2011) parle de cette fatigue comme d'une expérience qui se manifeste tant physiquement, émotionnellement, cognitivement que dans les attitudes et les comportements. [traduction libre] (p.146) En effet, si la fatigue se ressent dans le corps, elle affecte également les émotions, les facultés cognitives, les comportements, etc.

Selon la Ligue suisse contre le cancer (2012), les étiologies de la fatigue liée au cancer sont multiples. La maladie cancéreuse en elle-même peut entraîner une modification du métabolisme très coûteuse en énergie. De plus, les cancers nécessitent souvent des opérations chirurgicales entraînant alitement et limitations physiques, et par conséquent une fonte musculaire. En outre, les traitements anti-cancéreux tels que les chimiothérapies, associées ou non à la radiothérapie, sont lourds en termes d'effets secondaires fatiguant le patient. En effet, certaines chimiothérapies altèrent le fonctionnement de la moelle osseuse et provoquent une baisse de la production d'érythrocytes, de leucocytes, de plaquettes, causant de fait une anémie, mais aussi un risque accru de saignements et d'infections. De plus, la polymédication nécessaire pour traiter les effets indésirables des chimiothérapies, comme par exemple l'utilisation d'antiémétiques, a elle aussi un lot d'effets secondaires péjorant la fatigue. Pourtant, comme le précise la Ligue suisse contre le cancer (2012), tout traitement médicamenteux n'induit pas nécessairement de la fatigue.

Les cancers sont le plus souvent associés à des carences alimentaires sous-alimentant l'organisme, qui affaiblissent le corps et diminuent la force, ainsi qu'à des douleurs chroniques qui ont d'importantes répercussions sur l'organisme et sur le psychisme du patient. Les causes psychologiques de la fatigue sont également notoires chez les patients diagnostiqués d'un cancer et il ne faut pas les négliger. En effet, le cancer peut influencer fortement sur le moral et être la cause de dépression et d'insomnie, sapant l'énergie des patients (Ligue suisse contre le cancer, 2012).

Par conséquent, les enjeux de la fatigue pathologique sont de taille. Comme l'affirme Doran (2011), en plus de sa haute prévalence, la fatigue est un symptôme pénible qui a un impact indésirable sur les patients. Elle limite les capacités des patients à maintenir un mode de fonctionnement normal ; elle limite l'accomplissement des activités quotidiennes et des activités d'auto-soins, réduit le sens de bien-être émotionnel, perturbe la vie de famille et professionnelle, et finalement influence la qualité de vie. [traduction libre] (p. 144)

2.1.2. Qualité de vie

L'enjeu central derrière la fatigue semble être la qualité de vie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1997) la définit comme la perception des individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeur dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs inquiétudes. [traduction libre] (p. 1) Le concept de la qualité de vie se greffe à la définition de la santé de l'OMS entrée en vigueur en 1948 qui comprend la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2003). Ainsi, la santé et la qualité de vie s'intéressent à la notion du bien vivre. Une telle notion prend tout son sens pour des patients souffrant de maladies chroniques, car elle invite à penser le soin avec une vision holistique. En effet, selon Formarier & Jovic (2009), la qualité de vie est « un concept complexe qui relève autant de la philosophie que de la psychologie ou de la sociologie » (p.234). Si ce concept a été l'objet de nombreuses recherches depuis les années soixante et qu'il est de nos jours couramment utilisé dans le domaine des soins, il reste difficile à cerner. Néanmoins, les auteurs s'accordent pour affirmer que le patient est la seule personne à pouvoir définir son niveau de qualité de vie, selon des critères subjectifs qui lui sont propres (Formarier & Jovic, 2009).

Leplège & Coste, quant à eux, mentionnent quatre dimensions principales qui permettent d'explorer la qualité de vie auprès du patient. Ils retiennent :

1. l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques),
2. ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs),
3. son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression),
4. ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel (2001, p. 21).

Comme vu précédemment, la fatigue liée au cancer peut avoir des répercussions tant sur le domaine physique, psychologique, émotionnel que social et professionnel et chacun de ces domaines nécessiterait d'être investigués auprès du patient.

2.2. La Théorie de Gestion des Symptômes

La faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco a développé un modèle en 1994 se nommant la Symptom Management Theory (SMT) qui invite à placer l'expérience du symptôme telle que vécue par le patient au centre du processus des soins infirmiers (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013).

Pour bien saisir la pertinence d'une telle théorie, il est tout d'abord nécessaire de clarifier les notions de symptôme et de signe. Dodd et al. les distinguent de la manière suivante :

Un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne. A contrario, un signe se définit comme une manifestation objective de la maladie, identifiée par la personne elle-même ou par d'autres (2001, cité dans Eicher et al., 2013, p.16).

Aussi, selon Humphreys et al. (2014), les signes et les symptômes sont des indicateurs importants de l'état de santé et de maladie d'une personne, car ils viennent altérer le fonctionnement physique, mental et social. [traduction libre] (p.141) Souvent, les maladies sont pluri symptomatologiques, et les patients font l'expérience de plusieurs symptômes en même temps. Kim et al. (2005, cité dans Eicher et al., 2013) définissent ce groupement de symptômes (*symptom cluster* en anglais) comme un ensemble de symptômes indépendants qui se manifestent simultanément et qui interagissent les uns sur les autres.

Quelle est l'utilité d'une théorie sur la gestion de symptômes ? Comme l'affirment Eicher et al. (2013),

La théorie infirmière intermédiaire sur la gestion des symptômes apporte des informations utiles en vue, par exemple d'éliminer le symptôme et réduire la détresse liée à l'expérience vécue de ce symptôme. Elle permet en effet, d'une part, de guider la pratique clinique par l'évaluation subjective et systématique des symptômes, le choix des interventions et leurs évaluations et, d'autre part, d'orienter la recherche en proposant des questions et hypothèses spécifiques à la gestion des symptômes (p.16).

Une telle théorie nous semble donc essentielle pour guider notre réflexion sur la gestion du symptôme de fatigue et des symptômes associés chez les personnes souffrant de cancer.

La Théorie de Gestion des Symptômes se décompose en trois concepts inter-reliés (Fig. 1): l'expérience du symptôme, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes (Eicher et al., 2013).

L'expérience du symptôme comprend trois aspects distincts les uns des autres qui interagissent simultanément entre eux. Il s'agit de la manière dont une personne perçoit le symptôme, la manière dont on peut l'évaluer et la manière dont la personne répond à ce changement dans ses sensations habituelles. Aussi, si le symptôme s'installe dans le temps et si, à cause de sa sévérité et de sa fréquence, il vient altérer la réalisation des activités de la vie quotidienne, la personne y répondra probablement en recherchant une aide externe.

Les stratégies de gestion des symptômes, quant à elles, comme l'expliquent Eicher et al. (2013), « représentent les efforts fournis par la personne pour prévenir, retarder ou minimiser l'expérience de ses symptômes » (p.18). En d'autres termes, ce sont les interventions personnalisées qui sont mises en place pour tenter de gérer le symptôme. Il est nécessaire de questionner la nature de ces interventions. Elles doivent répondre à différentes questions, telles que le « quoi », le « quand », le « combien », le « comment », etc. Le « quoi », par exemple, décrit la stratégie en elle-même et met l'accent sur la nécessité de construire l'intervention en prenant en considération les connaissances scientifiques actuelles sur le symptôme en question (Eicher et al., 2013). Selon Bodenheimer et al., le focus se porte de plus en plus sur les stratégies d'autogestion mises en place pour donner plus de responsabilités au patient pour gérer ses propres symptômes dans le but d'être capable de se soigner par lui-même au jour le jour (2002, cité dans Eicher et al., 2013). Humphreys et al. (2014) rapportent que les patients et les soignants peuvent essayer de mettre en place plus d'une stratégie en

usant de combinaisons d'interventions qui ont un plus grand effet sur le symptôme ou sur le groupement de symptômes. [traduction libre] (p. 144)

Le dernier concept aborde les résultats obtenus concernant l'état des symptômes. Il est important que les résultats soient précis et mesurables car ils doivent permettre d'évaluer la pertinence de la stratégie mise en place. Selon Eicher et al. (2013), « les résultats incluent les changements objectivables de l'état des symptômes, par une diminution de la fréquence, de l'intensité et la pénibilité » (p.18). Ces changements peuvent entre autres se manifester par une amélioration du fonctionnement physique ou mental ou par une amélioration de la qualité de vie.

La Théorie de Gestion des Symptômes comprend encore un concept-clé : le concept d'adhérence. Selon Dodd et al. (2001, cité dans Eicher et al. 2013), l'adhérence traite de la manière dont le bénéficiaire de la stratégie la reçoit et l'utilise. L'adhérence a donc une répercussion certaine sur les relations entre les stratégies mises en place et les résultats obtenus sur la gestion du symptôme. On parle de non-adhérence lorsque les interventions sont trop exigeantes ou lorsqu'elles ne sont pas applicables ou appliquées de manière inconsistante. [traduction libre] (Humphreys et al., 2014, p.146)

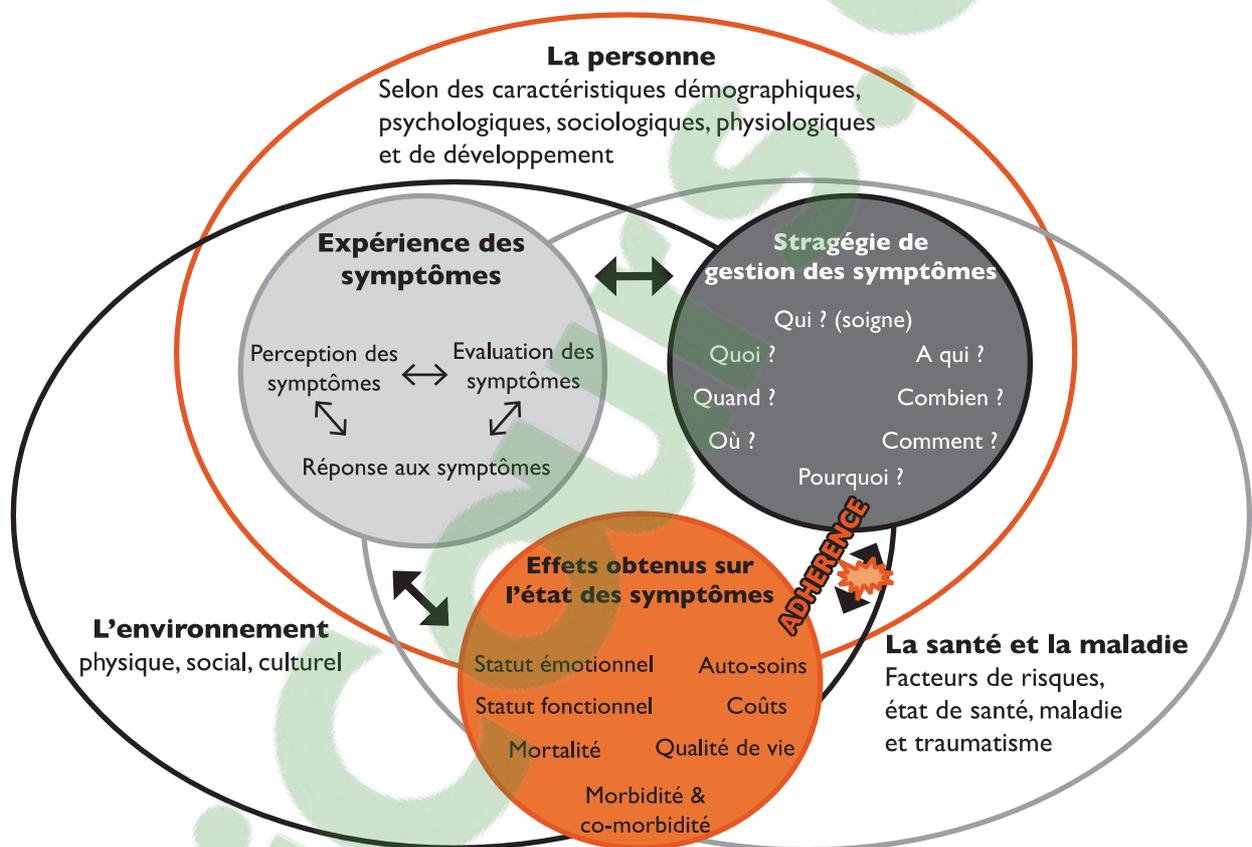


Figure 1 : Schéma de la Théorie de Gestion des Symptômes traduit en français. Tiré de Eicher et al., 2013, p. 17.

La Théorie de Gestion des Symptômes nous donne un canevas pour la sélection de nos articles scientifiques. En effet, pour répondre à notre question de recherche centrée sur les interventions infirmières dans la gestion du symptôme invalidant de la fatigue liée au cancer, il nous semble pertinent de centrer nos recherches documentaires sur différents aspects que nous avons classés en trois domaines différents.

Un premier groupe contient les articles traitant de l'expérience des symptômes et, plus précisément, de la perception de la fatigue par les patients et les soignants.

Les articles du second groupe s'intéressent à l'évaluation du symptôme de fatigue, tandis que le troisième groupe se penche sur les stratégies de gestion des symptômes et sur les interventions infirmières et interdisciplinaires en tant que telles.

3. METHODE

Cette rubrique comporte les différentes étapes constituant la méthodologie utilisée dans notre recherche d'articles scientifiques. Nous avons consulté divers ouvrages sur les symptômes liés au cancer. Ces lectures nous ont permis d'acquérir des connaissances sur le sujet et de cibler notre question de recherche sur le rôle infirmier en lien avec la fatigue chez les patients souffrant de maladies cancéreuses.

Nous avons par la suite mis en place une liste de mots-clés pour faciliter les futures recherches dans les bases de données. Ceux-ci ont pu être vérifiés et traduits dans HONselect et ont été utilisés dans les bases de données pour rechercher les descripteurs.

La méthodologie comprend la sélection des bases de données utilisées, l'élaboration de la stratégie de recherche à l'aide de mots-clés ainsi que les descripteurs retenus. Cette section présente de même un descriptif des critères d'inclusion et d'exclusion et la présentation des équations de recherche utilisées.

3.1. Bases de données

Pour sélectionner des articles jugés adéquats pour répondre à notre question de recherche, nous avons privilégié deux bases de données de recherche informatisées, à savoir CINHALL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) et MEDLINE/PUBMED (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Ces bases de données étant spécifiques à la littérature scientifique en soins infirmiers et en médecine, nous avons dû cibler les articles en lien avec les concepts retenus dans notre problématique afin d'effectuer une stratégie de recherche complète et congruente avec notre questionnement.

3.2. Mots-clés et descripteurs

Pour ce faire, nous avons tout d'abord composé une liste de mots-clés portant sur la population cible, le symptôme en question, les interventions et le rôle propre infirmier. Par la suite, nous avons traduit les mots-clés en anglais, la langue de référence des bases de données, afin d'élargir le champ de recherche documentaire. Les descripteurs (MeSH Terms) ont été assemblés entre eux grâce à des opérateurs booléens OR ou AND, afin de cibler la recherche selon les sujets abordés dans notre travail (tableau 1).

Tableau 1 : Mots-clés en français et MeSH Terms associés.

Mots-clés en français	MeSH Terms en anglais
fatigue	fatigue
soins infirmiers en oncologie	oncologic nursing
patients atteints de cancer	cancer patients
gestion de la fatigue	fatigue management
théorie de gestion des symptômes	symptom management theory
qualité de vie	quality of life
chimiothérapie	chemotherapy
fatigue reliée au cancer	cancer-related fatigue
perspective des personnes	person's perspective
oncologie	oncology

3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'effectuer une recherche optimale, nous avons déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'exclusion que nous avons retenus permettent de cibler les études publiées avant l'année 2000 et dans une autre langue que l'anglais et le français, ainsi que les articles centrés sur les soins infirmiers en oncologie pédiatrique, ceux abordant la radiothérapie comme seul traitement et enfin, les articles payants. Les critères d'inclusion sélectionnent les articles rédigés ou co-rédigés par des infirmiers et traitant du rôle infirmier en oncologie, abordant une approche qualitative ou quantitative de la fatigue liée au cancer et de la qualité de vie et incluant une population adulte tous genres confondus de plus de 19 ans. Nous n'avons pas ciblé une pathologie cancéreuse précise et nous avons retenus les articles abordant ou non la chimiothérapie.

3.3. Combinaisons et équations de recherche

Au fur et à mesure de nos recherches, les résultats obtenus étaient soit trop nombreux et donc peu ciblés sur notre question de recherche, soit minimes voire inexistantes en raison d'une trop haute précision. Par conséquent, nous avons établi plusieurs équations de recherche utiles pour la sélection d'articles en combinant les différents descripteurs dans les bases de données citées plus haut, par exemple :

- cancer patients AND fatigue AND nurse,
- fatigue management AND cancer AND nursing,
- symptom management theory OR cancer AND nursing.

Dans un premier temps, nous avons utilisé uniquement la base de données CINAHL. Malgré de nombreux articles intéressants sur le rôle infirmier en lien avec la fatigue chez les patients atteints de cancer, nous avons voulu étoffer nos recherches sur d'autres bases de données. Nous nous sommes donc redirigés sur PUBMED en utilisant les mêmes mots-clés. Cependant, nous nous sommes vite rendu compte de la limite de nos descripteurs. En effet, nous avons eu du mal à trouver des articles sur les perceptions des patients de leur fatigue. Pourtant, leur point de vue sur la question nous semblait essentiel pour appliquer des interventions ciblées sur le symptôme de fatigue et améliorer de fait la qualité de vie. Nous avons donc décidé de chercher de nouveau MeSH Terms :

- cancer-related fatigue AND quality of life,
- person's perspective AND cancer-related fatigue.

Après un survol des titres des différents articles retenus et une lecture rapide des résumés, nous en avons retenus 7 qui nous semblaient pertinents pour répondre à notre question de recherche. Nous avons donc procédé à une lecture minutieuse de ces articles, puis, dans un deuxième temps, nous les avons analysés de façon plus approfondie et retranscrits sous forme de tableaux dans des grilles d'analyse (Annexes 1 et 2) afin de vérifier leur validité et leur rigueur sur le plan méthodologique.

4. RESULTATS

Les tableaux 2 et 3 ci-dessous, présentent le nombre d'articles trouvés dans les bases de données de CINAHL et PubMed et les titres des articles de recherches retenus respectivement.

Tableau 2 : Tableau de présentation des articles trouvés.

Base de données avec filtre de date	Mots-clés, MESH utilisés et opérateurs booléens (AND / OR)	Date de la recherche	Nombre de références retrouvées (Hits)	Nombre de références écartées car titre et/ou abstract non pertinents	Nombre d'articles lus (Full text)	Nombre d'articles analysés et retenus
Cinahl (2000 - 2016)	cancer patients AND fatigue	9.02.2016	104	101	3	1
Cinahl (2000 - 2016)	cancer patients AND fatigue AND nursing	9.02.2016	83	78	5	2
Cinahl (2000 - 2016)	fatigue management AND cancer AND nursing	29.04.2016	96	94	2	1
Cinahl (2000 - 2016)	symptom management theory OR cancer fatigue AND nursing	29.04.2016	218	210	8	1
PubMed (2000 - 2016)	Oncology AND cancer-related fatigue AND quality of life	06.06.2016	229	221	8	1
PubMed (2000 - 2016)	person's perspective AND cancer-related fatigue	06.06.2016	19	18	1	1

Tableau 3 : Tableau de présentation des articles retenus.

N°	Titre de l'article	Noms des auteurs	Année de publication
1	A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology	Tami Borneman, Barbara Fliegel Piper, Marianna Koczywas, Carla M. Munevar, Virginia Sun, Gwen C. Uman, Betty R. Ferrell	2012
2	Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired"	Horng-Shiuann Wu, Maryellen McSweeney	2007
3	Chemotherapy-induced Fatigue among Jordanian Cancer Patients: What are the Contributing Factors?	Kholoud Abu Obead, Sameer Yaser, Maysaa Khattab, Faisal Al-badainah, Laila Saqer, Nehaya Al-dosouqi	2014
4	Putting Evidence Into Practice: An Update of Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Fatigue During and Following Treatment	Sandra A. Mitchell, Amy J. Hoffman, Jane C. Clark, Regina M. DeGennaro, Patricia Poirier, Carolene B. Robinson, Breanna L. Weisbrod	2014
5	Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions	Marilyn Kirshbaum	2010
6	Impact of Cancer-Related	Gregory A. Curt, William Breitbart, David	2000

	Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition	Cella, Jerome E. Groopman, Sandra J. Horning, Loretta M. Itri, David H. Johnson, Christine Miaskowski, Susan L. Scherr, Russell K. Portenoy, Nicolas J. Vogelzang	
7	Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study	Elisabeth Spichiger, Evelyn Rieder, Christa Müller-Fröhlich, Annemarie Kesselring	2012

5. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES

5.1. Article 1: Borneman, T., Piper, B-F., Koczywas, M., Munevar, C-M., Sun, V., Uman, G-C., & Ferrell, B-R. (2012). A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 1-15. doi : 10.1188/12.CJON.E26-E32.

Cette étude qualitative, publiée en février 2012, a pour but de contribuer à la connaissance actuelle des perceptions des causes, du soulagement, des symptômes associés, de la signification et des souffrances qu'entraîne la fatigue liée au cancer et qui sont éprouvées par les patients atteints de cette pathologie. Elle s'intéresse aux dimensions psychosociale, sociale et spirituelle de la fatigue en relation avec le cancer. Pour la réaliser, deux cent cinquante-deux (n=252) patients souffrant de différents cancers ont été inclus pour tester les effets d'une intervention clinique sur l'élimination des obstacles à la gestion des symptômes en milieu ambulatoire. Ils ont dû répondre à 7 questions ouvertes tirées de l'échelle "*Piper Fatigue Scale-Revised*" (PFS-R) (Annexe 3). Cette échelle d'évaluation de la fatigue mesure les quatre dimensions subjectives de la fatigue, à savoir les dimensions comportementale, affective, sensorielle et cognitive/humeur. Par la suite, toutes les réponses obtenues ont été regroupées en thèmes et les données ont été lues par deux chercheurs qui ont retenu les réponses jugées utiles pour l'analyse écrite. Les auteurs reconnaissent néanmoins les limites de l'étude : les données narratives ont été récoltées à l'aide d'un seul outil de mesure validé et leur interprétation s'est réalisée exclusivement à partir des réponses écrites des participants. Ainsi, les réponses n'ont pas pu être clarifiées auprès des patients, ce qui nous semble être une faiblesse de cette étude.

Concernant la crédibilité, l'étude est critiquée par des chercheurs pairs indépendants pour s'assurer qu'elle est objective et libre de biais commerciaux. La représentation des voix des participants semble être appropriée et les recommandations pour la pratique découlent des résultats de l'analyse des données. L'étude a été validée par l'*Institutional Review Board*, une commission d'éthique américaine, mais l'article ne précise pas explicitement quelles informations les participants ont reçues avant de commencer l'étude.

Nous avons cependant retenu l'étude pour l'actualité du questionnaire et pour la richesse des recommandations pour la pratique infirmière concernant l'évaluation de la fatigue liée au cancer. En effet, si les répercussions physiques de la fatigue en relation avec le cancer ont été déjà largement documentées dans les recherches scientifiques, quelques-unes seulement se sont intéressées aux dimensions psychologique, sociale et spirituelle de la CRF. Aussi, les résultats de la présente étude apportent un regard clair sur la question. Les auteurs proposent en effet un modèle schématique en forme de spirale pour illustrer l'impact de la fatigue liée au cancer sur les patients. S'ils précisent que leur modèle est un schéma précoce qui nécessiterait des recherches futures pour

tester sa validité, il n'en est pas moins intéressant pour démontrer que la CRF est une sensation multidimensionnelle qui nécessite d'être évaluée comme telle.

5.2. Article 2: Wu, H-S., & McSweeny, M. (2007). Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 117-125.

Publiée en 2007, cette étude a pour but d'explorer la signification de la fatigue liée au cancer en partant de l'expérience et de la perspective des patients aux Etats-Unis. L'approche philosophique utilisée comme cadre théorique pour cette étude est la phénoménologie. La méthodologie de recherche est de fait congruente avec l'objectif de recherche. S'appuyant sur le modèle de Gadamer (1988), les auteurs s'intéressent à la relation entre le soi et le corps et énoncent les concepts de corps vécu, de corps objet et de l'harmonie existant entre les deux dans le but de décrire l'expérience de la fatigue des participantes. De plus, la collecte des données s'est faite auprès de 10 patientes (n=10) remplissant les critères d'éligibilité et ayant toutes expérimenté le même phénomène (un échantillon de recherche très réduit n'est pas une limite dans une étude phénoménologique). Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-structurés enregistrés, d'une durée de 30 à 60 minutes, et par l'élaboration d'un journal de bord sur deux semaines. Les données enregistrées ont été retranscrites mot-à-mot dans un document Word avant l'analyse et vérifiées par les chercheurs. De plus, les résultats ont été classés par thèmes. Ces différents éléments permettent d'affirmer que la fiabilité de l'article est bonne. Du point de vue de sa crédibilité, les différentes voix des participantes semblent être adéquatement représentées et de nombreuses citations directes agrémentent le texte. *The Institutional Review Board*, un comité d'éthique basé aux Etats-Unis a approuvé l'étude, et chaque participante a pris part à l'étude de son libre choix puisqu'elle a dû donner son consentement éclairé avant de participer à l'interview individuel.

L'étude démontre que diverses stratégies individuelles, fondées sur l'expérience personnelle, ont été développées pour atteindre un sentiment de contrôle sur la fatigue. De plus, elle invite à considérer le contexte sociétal et culturel dans lequel évolue la personne.

Une des limites de l'étude est le fait que l'échantillonnage soit composé uniquement de patientes atteintes de cancer du sein traitées par chimiothérapie. Les patients souffrant de maladies plus sévères et d'expériences de fatigue plus invalidantes n'ont en effet pas été pris en compte dans la présente étude.

Enfin, bien que cette recherche soit menée aux Etats-Unis, la discussion nous paraît fournir des résultats généralisables pour des patients européens et suisses.

5.3. Article 3: Abu Obeid, K., Yaser, S., Khattab, M., Al-badainah, F., Saqer, L., & Al-dosouqi, N. (2014). Chemotherapy-induced Fatigue among Jordanian Cancer Patients: What are the Contributing Factors? *Middle East Journal of Cancer*, 5(2), 75-82.

Cette étude quantitative corrélationnelle quasi-expérimentale écrite par des auteurs jordaniens a été publiée en avril 2014. Son objectif est d'examiner l'impact de la fatigue chez les patients atteints de cancer traités par chimiothérapie et de corréler leur fatigue avec des variables sociodémographiques en début de traitement et après quatre semaines. La fatigue est mesurée en fonction de l'échelle "Piper Fatigue Scale" (PFS), une première fois avant de commencer la chimiothérapie et une deuxième fois, quatre semaines après avoir reçu la première dose. Les données sont analysées avec des statistiques descriptives en lien avec les variables démographiques "Demographic Data Sheet" (DDS).

En règle générale, les scores de la fatigue mesurés par la PFS sont statistiquement supérieurs quatre semaines après la première dose de chimiothérapie qu'au

commencement de la thérapie. Le type de chimiothérapie utilisé impacte les scores sur l'échelle de la fatigue ($r= 0.0398$, $p<0.05$). De plus, les scores révèlent une relation significative entre la fatigue et le taux d'hémoglobine : l'anémie est une conséquence connue à la fois du cancer et de ses traitements. L'étude démontre un lien entre l'anémie et un score plus élevé sur l'échelle de la fatigue ($r= -0,04$, $p<0.01$). Les femmes présentent aussi un score plus élevé sur l'échelle de fatigue que les hommes ($r= -0.026$, $p<0.01$). Dans la discussion des résultats, l'article mentionne d'autres études tirant la même conclusion : la prévalence de la fatigue liée au cancer est supérieure chez les femmes que chez les hommes, mais ce résultat est encore mal compris biologiquement parlant.

Le nombre restreint de patients limite de manière conséquente la généralisation des résultats de l'étude. De plus, l'échelle de fatigue de Piper (PFS) devrait être testée dans d'autres études afin de vérifier sa validité et sa fiabilité.

Aucune commission éthique n'est mentionnée dans l'article. Le fait que les patients aient dû donner leur accord avant de participer à l'étude est la seule notion éthique existant dans le texte. L'étude étant jordanienne, nous nous posons également la question de la généralisation des résultats à d'autres pays dont la Suisse, et s'il existe de ce fait des divergences culturelles qui pourraient influencer les résultats.

Malgré tout, cette étude démontre clairement un lien entre la fatigue liée au cancer et les traitements de chimiothérapie. Et compte tenu de l'impact considérable de la fatigue sur les patients, des évaluations doivent être mises en place de façon régulière afin de les suivre au mieux.

5.4. Article 4: Mitchell, S-A., Hoffman, A-J., Clark, J-C., DeGennaro, R-M., Poirier, P., Robinson, C-B., & Weisbrod, B-L. (2014). Putting Evidence Into Practice: An Update of Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Fatigue During and Following Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 38-58. doi : 10.1188/14.CJON.S3.38-58.

Cette étude descriptive, parue en décembre 2014, est réalisée à l'aide de plusieurs recherches informatisées sur PubMed et Cinahl. Elle a pour but d'évaluer de manière critique l'efficacité des interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques qui permettraient de diminuer la fatigue liée au cancer subie par les patients pendant et après le traitement. Les critères d'inclusion sont les suivants : les études sélectionnées devaient être empiriques, portant sur des interventions mises en place pour gérer la fatigue ; la fatigue devait être mesurée par une échelle ; les résultats devaient montrer une diminution de la fatigue et la population cible devait être atteinte de cancers divers.

Cette étude met en avant des interventions qui sont recommandées en pratique (la preuve existe dans une ou plusieurs études empiriques analysées) ou qui sont susceptibles d'être efficaces pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et ainsi diminuer leur CRF. Plusieurs des interventions énumérées sont validées par des experts de *The National Comprehensive Cancer Network* (NCCN).

Cette étude a pour limites de mettre de côté les participants subissant la fatigue dans le contexte de maladies chroniques multiples ou de maladies à un stade avancé. Par conséquent, les données de recherche sont biaisées par la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité des interventions pour ces populations spécifiques. De plus, des recherches devraient être poursuivies pour tester et affiner ces interventions dans le domaine de la pratique. Cependant, cette revue de littérature présente de manière empirique des interventions utiles à mettre en place dans la pratique pour les professionnels de la santé afin de parvenir à une gestion optimale du symptôme de fatigue liée au cancer.

5.5. Article 5: Kirshbaum, M. (2010). Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing*, 15(5), 214-219.

Cette revue de littérature synthétise de façon pragmatique les données de 61 études empiriques et de 4 revues récentes identifiées par des recherches dans les bases de données (CINAHL, Medline, Cochrane Library, Web of Science). Cette analyse a pour objectif de répondre à la question suivante : quelles sont les stratégies et les interventions qui devraient être mises en place par les praticiens de la santé pour gérer la fatigue liée au cancer ? Les critères d'inclusion comprennent les études d'intervention humaine, publiées dans une revue scientifique, écrites dans la langue anglaise et applicables dans la pratique communautaire.

L'étude présente cinq grandes catégories d'interventions applicables dans la pratique communautaire, à savoir l'exercice, les approches pharmacologiques, les stratégies d'adaptation, les thérapies complémentaires et les interventions psycho-éducatives.

Une large palette d'approches utilisées dans la gestion du symptôme de fatigue liée au cancer est tirée de la littérature scientifique. Toutefois, cette revue a pour limite d'avoir des preuves approximatives car l'auteur affirme ne pas avoir eu la possibilité d'identifier les interventions qui ont déjà été testées dans la pratique communautaire par les infirmiers. De plus, certaines interventions sont menées à petite échelle et nécessiteraient de recherches approfondies pour véritablement accroître leur fiabilité concernant la pratique.

5.6. Article 6: Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M., ... Vogelzang, J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360.

Cette étude quantitative a été publiée en août 2000. Elle a pour but de clarifier la prévalence et la durée de la CRF chez les patients atteints de cancer pendant et après leur traitement de chimiothérapie ainsi que d'évaluer les impacts physiques, mentaux et socio-économiques de la fatigue sur les patients et les soignants (sous la supervision de Wirthlin Worldwide Research de New York). De plus, les auteurs argumentent la nécessité de mener une recherche sur le sujet en s'appuyant sur des études réalisées au préalable.

Les participants de l'étude ont été choisis parmi un panel de 575 000 ménages aux Etats-Unis qui avaient au préalable accepté d'être appelés pour les besoins de recherche. Dans 6125 ménages, un des membres de la famille était diagnostiqué du cancer.

Parmi ce vaste échantillon, 379 patients (n=379) ayant des antécédents de chimiothérapie ont été sélectionnés au hasard et ont réalisé un entretien téléphonique de 25 minutes incluant différentes questions. Par la suite, des statistiques descriptives considérées comme significative ($p < 0.05$) ont été utilisées pour résumer les variables démographiques. Les différences significatives entre les réponses des variables démographiques (par exemple, le sexe, l'âge) ont été testées à l'aide de tests bilatéraux. La présente étude est réalisée en accord avec les méthodes prescrites par *The Council for American Survey Organizations* et le consentement éclairé des participants est respecté. La fatigue est fréquente chez les patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie (avec ou sans radiothérapie) et elle entraîne des conséquences néfastes au niveau physique, psychosocial et économique. L'étude avance également des points intéressants sur la relation entre les patients et les professionnels de la santé concernant la gestion du symptôme invalidant de fatigue.

Les auteurs de cet article ne détaillent pas les limites de leur étude. Cependant, ils mettent en exergue l'importance de discuter de la fatigue avec les patients. Compte tenu

de l'effet important de la CRF sur la qualité de vie, des évaluations et des options de traitement devraient systématiquement être envisagées pour atténuer ce symptôme.

5.7. Article 7: Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A. (2012). Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 165-171. doi : 10.1016/j.ejon.2011.05.002.

Cet article est une étude qualitative réalisée en avril 2012 à Bâle, en Suisse. Le but de la présente étude est d'explorer l'expérience du symptôme de fatigue par dix-neuf patients (n=19) atteints soit de lymphome, de cancer du sein, de cancer des poumons ou de cancer colorectal pendant leur traitement de chimiothérapie en ambulatoire sur une période de trois mois.

L'article porte sur les phénomènes sociaux explorant les interactions entre les patients souffrant de fatigue liée au cancer et les professionnels pendant la chimiothérapie, les stratégies mises en place par les patients pour gérer le symptôme et les résultats perçus de leurs activités d'auto-soins. Pour réaliser cette étude, la méthodologie "Grounded Theory" (Clarke, 2005; Strauss & Corbin, 1990) est utilisée.

Nous avons retenu cet article pour sa fiabilité et sa crédibilité. Il y a une congruence entre la méthodologie de recherche utilisée et les objectifs recherchés. En effet, il est approprié d'user de la théorie enracinée pour décrire l'influence de facteurs sur une situation. La collecte des données s'est faite par des entrevues individuelles avec chaque participant après leur troisième cycle de chimiothérapie. Les interviews sont enregistrées et retranscrites sous forme de verbatim en allemand, la langue originale de l'étude. De plus, la théorie enracinée sert de ligne directrice à l'analyse des données (coding ouvert, analyse comparative constante, mapping) et les résultats sont classés par thèmes. Les voix des participants de l'étude semblent être représentées de manière adéquate et les conclusions dépendent de l'interprétation des données. De nombreuses citations des participants sont intégrées dans l'étude. Finalement, les normes éthiques sont respectées : l'étude a été approuvée par *The Ethics Committee of Basle, Switzerland*, les participants ont reçu les informations nécessaires et ont fourni un consentement écrit additionnel pour participer à l'étude.

Cet article fournit une perspective très intéressante de l'expérience de fatigue vécue par les patients souffrant de cancer, des stratégies mises en place par les patients et du fossé existant dans la communication d'informations entre les professionnels de la santé et les patients.

La taille restreinte de l'échantillon, ainsi que l'absence d'un groupe contrôle constituent une limite importante de cette étude. Pourtant, elle nous semble très intéressante pour notre travail de recherche, de par sa transposabilité et la pertinence des objectifs de recherche et des résultats obtenus.

6. COMPARAISON DES RESULTATS

Après avoir fait une analyse critique des résultats, nous les avons ensuite comparés et classés dans des tableaux comparatifs.

6.1. Tableaux comparatifs des articles

Article 1	Borneman, T., Piper, B-F., Koczywas, M., Munevar, C-M., Sun, V., Uman, G-C., & Ferrell, B-R. (2012). A Qualitative Analysis of Cancer Related Fatigue in Ambulatory Oncology. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 16(1), 1-15. doi : 10.1188/12.CJON.E26-E32
Question de recherche	Quelles sont les perceptions des patients concernant les causes, les soulagements, les symptômes associés, le sens et les souffrances associées à la fatigue reliée au cancer? Utilisation de l'échelle de la fatigue de Piper révisée (PFS-R).
Population	L'étude est basée sur 252 patients souffrant de différents cancers traités en ambulatoire (n=252).
Phénomène	Etude qualitative.
Résultats	<p>La présente étude fait part de nombreux résultats intéressants à propos de la perception de la fatigue par les patients.</p> <p>Les causes de la fatigue : Les participants de l'étude perçoivent le cancer ou ses traitements, les problèmes émotionnels, l'inactivité, l'inconnu, le stress au travail et les difficultés à dormir liées à d'autres symptômes (tels que la douleur) comme des causes de leur fatigue.</p> <p>Les soulagements : Les participants ont partagé de nombreuses idées pour soulager la perception de leur fatigue : ils mentionnent notamment avoir une meilleure alimentation, faire usage de la distraction (la lecture, le tricot et la méditation), faire de l'exercice ou plus d'activités physiques, ignorer la fatigue, avoir recours à la prière et à la bénédiction de Dieu, se reposer ou se relaxer, dormir ou prendre des somnifères, ralentir et faire moins d'activités, penser positivement ou traiter les symptômes associés tels que la douleur à l'aide d'antalgiques.</p> <p>La description des participants de leur fatigue : Pour décrire la fatigue qu'ils ressentent, les patients font part de différents éléments : sursaut d'énergie suivi par une fatigue prolongée, fluctuation de la fatigue au cours de la journée, épuisement (avoir l'impression d'être dans un triathlon, fatigue toujours présente malgré le sommeil et le repos), labilité émotionnelle, dépression, léthargie, sentiment d'inutilité, perte d'intérêt, impact social considérable particulièrement sur les personnes aimées ou les membres de la famille.</p> <p>Sens donné à la fatigue : Les participants rapportent une incapacité de fonctionner à un niveau normal, une perte de réjouissance, un moindre enthousiasme à s'engager dans des activités physiques, un impact émotionnel, une perte de contrôle, une détérioration de leur condition, une diminution de leur indépendance et de leur qualité de vie.</p>

	<p>Souffrances liées à la fatigue : Les participants de l'étude relatent qu'ils souffrent d'une incapacité à faire des activités réjouissantes (danser et participer à des événements familiaux importants tels que la naissance d'une petite-fille), d'une incapacité de vivre une vie productive, d'un impact négatif sur le bien-être social (problèmes de chômage, manque d'interactions avec les autres, échec de mariage), d'un impact émotionnel se manifestant par une perte d'espoir, la dépression, la perte de sens d'une mission ou d'un but dans la vie et un sentiment de perte lié au changement du corps ou à la perte de temps.</p> <p>Le modèle en spirale développé par les auteurs de la présente étude : Dans les milieux cliniques où la charge de travail est importante, le temps dédié à l'évaluation des patients est souvent limité. Aussi, la fatigue liée au cancer n'est souvent pas assez investiguée pour réellement saisir la souffrance personnelle en relation avec la CRF telle que vécue par le patient. Par conséquent, pour évaluer pleinement l'impact de la fatigue sur le bien-être des patients, il peut être nécessaire d'évaluer la signification personnelle donnée par le patient et les souffrances liées à la fatigue. Les auteurs proposent un schéma en spirale pour illustrer les répercussions de la fatigue liée au cancer sur le bien-être physique, psychologique, social et spirituel. Ils affirment qu'il y a un déclin de la qualité de vie une fois que le cancer est diagnostiqué et que les traitements sont initiés. Cette fatigue devient alors bien plus qu'un symptôme et impacte tous les aspects de la qualité de vie. Le bien-être physique est altéré (symptômes reliés à la CRF, tels que la douleur, l'insomnie, les nausées, etc.), ce qui impacte à son tour le bien-être psychologique (dépression, inquiétude, incapacité à penser clairement, etc.). La détresse s'intensifie et affecte le bien-être social. Il arrive souvent que l'individu s'isole progressivement et que des problèmes de chômage, d'échec de mariage, de manque d'interactions sociales se manifestent. La dépendance et le manque de contrôle mènent à un sentiment de vulnérabilité. Alors que la descente sur la spirale continue, c'est le bien-être spirituel qui est affecté par un sentiment d'incertitude, d'inutilité, de perte d'espoir, de prise de conscience d'une mort menaçante.</p>
Retombées sur la pratique	Les infirmiers devraient s'intéresser aux préoccupations singulières des patients et reconnaître qu'ils sont dans une recherche de sens à donner à leur expérience du cancer. Les infirmiers devraient non seulement encourager cette recherche de sens mais également prendre conscience que le fardeau de la souffrance lié à la CRF peut impacter les efforts du patient pour trouver une signification à sa maladie. La fatigue liée au cancer étant un symptôme multidimensionnel, son évaluation dans la pratique peut s'avérer longue car elle peut mener le patient à partager d'autres préoccupations, qu'elles soient psychologiques ou spirituelles.

Article 2	Wu, H-S., & McSweeney, M. (2007). Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 11(2), 117-125.
Question de recherche	Quelles sont les significations et les perceptions de la CRF du point de vue des patients atteints de cancer?
Population	L'étude est basée sur dix patientes (n =10) atteintes de cancer du sein et traitées par chimiothérapie.
Phénomène	Etude qualitative phénoménologique.
Résultats	Les participantes de cette étude ont décrit la fatigue liée au cancer comme une sensation nouvelle d'un degré beaucoup plus handicapant qu'une fatigue physiologique. L'étude s'intéresse au vécu de la fatigue et aux stratégies mises en place par les participantes pour gérer ce symptôme en s'appuyant sur leurs expériences. Les auteurs ont proposé de classer les différents vécus de la fatigue de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> • fatigue différente : le symptôme de la fatigue liée au cancer n'est pas une fatigue physiologique ; elle ne s'estompe pas après une

	<p>sieste ; elle est vécue comme une sensation nouvelle ; elle mène à l'incapacité à réaliser les AVQ, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sensations physiques : les participantes ont reporté se sentir apathiques, vidées, épuisées, sans énergie... • « je ne peux pas » : les femmes souffrant de cancer représentent souvent les changements dans leur vie quotidienne par les mots « je ne peux pas » au lieu de « je peux ». Les émotions résultant du « je ne peux pas » semblent souvent la cause de la fatigue ou l'exacerbe. • le combat : certaines personnes exercent leur volonté de maîtriser leur corps fatigué pour conserver un sens d'intégrité et le sentiment de ne pas être contrôlé par la maladie. • l'abandon : certaines personnes abandonnent le contrôle de leur maladie lorsque leur corps est incapable de répondre aux exigences et aux attentes. • les sensations émotionnelles : lorsque le corps fatigué apparaît comme externe à soi, comme un étranger ou un adversaire lorsqu'il perd le contrôle face au cancer, la personne peut se sentir frustrée ou impuissante. <p>Il est important qu'il y ait une réunification entre le corps vécu et le corps objet. Par le raisonnement, la personne peut retrouver un sens de contrôle. De plus, le soutien des amis, des membres de la famille ou de la religion peut aider à cette réunification. Les patientes ont pu réapprendre à interpréter le langage de leur corps, devenu inconnu à cause du cancer. Dans l'étude, les participantes ont développé leurs propres chemins pour gérer la fatigue à travers le processus d'apprentissage par l'expérience : pour certaines, ils consistaient à poser des buts atteignables et à se donner des récompenses, d'autres faisaient usage de la distraction, l'objectif étant d'apprendre de leurs expériences pour contrôler leur fatigue. Une femme a également trouvé un sens positif à sa fatigue la considérant comme un mécanisme de défense la protégeant contre la rupture psychologique face à toutes ses incertitudes : elle témoigne que dormir est pour elle une fuite face à la douleur.</p> <p>L'étude démontre également l'importance de considérer le contexte environnemental, culturel, sociétal et historique dans lequel est née et vit la personne.</p> <p>En effet, la compréhension de l'expérience de fatigue vécue par ces femmes, les leçons qu'elles ont apprises, les significations qu'elles ont trouvées et les méthodes qu'elles ont mises en place pour y faire face ne peuvent être réellement saisies sans la prise de conscience de l'environnement dans lequel elles vivent. Alors que la productivité est le maître mot dans la société occidentale, ces femmes n'ont pas simplement souffert de la maladie et de ses traitements, mais également de la pression de ne pas être acceptées pour leur croyance personnelle et leur système de valeur.</p> <p>Les participantes n'ont pas attendu des professionnels de la santé d'être des personnes ressources pour gérer leur fatigue. De plus, l'étude met le doigt sur des problèmes de communications et d'interprétation de la fatigue entre les participantes et les professionnels de la santé.</p>
<p>Retombées sur la pratique</p>	<p>Les résultats de cette étude peuvent guider les professionnels de la santé à travailler avec les patients atteints de cancer dans le développement des interventions efficaces pour gérer leur fatigue. Les résultats peuvent également être utilisés dans l'élaboration de matériel d'éducation thérapeutique à fournir aux patients dans le but d'avoir une meilleure compréhension du voyage qu'ils entreprennent. En effet, parler de ce qui les attend après les traitements peut aider les patients à gagner un sentiment de contrôle et réduire l'incertitude et la souffrance.</p> <p>De plus, il est recommandé aux professionnels de la santé d'aider les patients directement ou indirectement à parler de leur fatigue et d'être attentifs aux mots qu'ils utilisent pour décrire la fatigue liée au cancer, pour reconnaître la réalité de l'expérience telle que vécue par la personne et ainsi favoriser le dialogue. En effet, porter attention à la propre description des patients de leur fatigue peut aider les professionnels de la santé à mieux saisir la CRF d'une perspective individuelle et ainsi à améliorer la communication.</p>

Article 3	Abu Obead, K., Yaser, S., Khattab, M., Al-badainah, F., Saqer, L., & Al-dosouqi, N. (2014). Chemotherapy-induced Fatigue among Jordanian Cancer Patients: What are the Contributing Factors? <i>Middle East Journal of Cancer</i> , 5(2), 75-82.
Question de recherche	Examiner l'impact de la chimiothérapie sur la fatigue vécue par des patients jordaniens souffrant de cancer et les corrélations existant entre la fatigue et des variables sociodémographiques au commencement de la chimiothérapie et après 4 semaines de traitement.
Population	Echantillon de 43 (n =43) participants âgés de plus de 18 ans : 26 femmes et 17 hommes d'origine jordanienne.
Phénomène	Etude quantitative corrélationnelle quasi-expérimentale.
Résultats	Les résultats de cette étude attestent que le score de la fatigue mesuré par la PFS chez les patients atteints de cancer sous chimiothérapie est plus élevé après quatre semaines de traitement qu'au début de leur thérapie. De plus, du fait que chaque patient est une entité unique et que l'expérience vécue est différente, les auteurs démontrent que le score de fatigue varie selon le type de chimiothérapie utilisée, le taux d'hémoglobine dans le sang, la présence ou non d'une anémie (conséquence du cancer lui-même ou des effets secondaires des traitements) et le genre (les femmes présentent un score plus élevé sur l'échelle PFS que les hommes dans la présente étude : les auteurs précisent que ce résultat est confirmé par des études antérieures mais n'est pas encore très bien compris sur le plan biologique).
Retombées sur la pratique	Les patients atteints de cancer qui reçoivent un traitement de chimiothérapie présentent un risque considérable de développer une fatigue liée au cancer. Il est donc nécessaire d'intégrer une évaluation de routine de la fatigue chez les patients traités pour un cancer ou suivi après la fin de la chimiothérapie.
Article 4	Mitchell, S-A., Hoffman, A-J., Clark, J-C., DeGennaro, R-M.,Poirier, P., Robinson, C-B., & Weisbrod, B-L. (2014). Putting Evidence Into Practice: An Update of Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Fatigue During and Following Treatment. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 18(6), 38-58. doi : 10.1188/14.CJON.S3.38-58
Question de recherche	Quelles sont les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques les plus efficaces afin de diminuer la fatigue reliée au cancer pendant et après les traitements subis par les patients atteints d'un cancer?
Population	Cette étude est basée sur plusieurs recherches informatisées sélectionnées dans les bases de données PubMed et Cinahl.
Phénomène	Revue de littérature.
Résultats	Cette étude met en avant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques qui sont recommandées dans la pratique (la preuve existe dans une ou plusieurs études empiriques analysées) ou susceptibles d'être efficaces pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer et ainsi diminuer leur CRF. Plusieurs des interventions énumérées ont été validées par des experts de <i>The National Comprehensive Cancer Network</i> (NCCN) et ont été listées en plusieurs catégories en fonction de la force collective des preuves concernant leur efficacité et leur sécurité. Intervention dont l'efficacité est prouvée : <ul style="list-style-type: none"> • Exercice physique (le moyen le plus efficace dans la gestion de la fatigue reliée au cancer) Interventions susceptibles d'être efficaces : <ul style="list-style-type: none"> • Interventions psychopédagogiques (conseils préventifs et recommandation sur la gestion de la fatigue, promotion de l'auto-efficacité des auto-soins, soutien psychosocial, conservation de l'énergie et de gestion de l'activité) • Thérapie cognitivo-comportementale (afin d'agir au niveau de la fatigue, de l'insomnie, des douleurs et de la dépression)

	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxation • Yoga • Réadaptation multidimensionnelle (qui comprend l'entraînement physique, la psychoéducation et des conseils nutritionnels) • Réduction du stress par la méditation • Gestion des symptômes associés <p>Balance bénéfice-risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude fait mention d'apport en agent stimulant comme l'érythropoïétine (EPO) pour corriger l'anémie et agir sur la CRF ou la dexaméthasone (corticostéroïde). <p>Quelques exemples d'interventions dont l'efficacité n'est pas prouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture, acupressure • Suppléments nutritionnels et herbes médicinales • Exposition matinale à une forte lumière • Ecriture expressive, art, musique, danse, zoothérapie, distraction, etc. • Tai-chi • Etc. <p>Interventions soutenues par l'opinion d'experts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec le patient et la famille afin d'améliorer l'évaluation et d'identifier les stratégies de gestion de la fatigue. • Favoriser la communication entre le patient, sa famille et l'équipe soignante afin de faciliter l'expérience de la fatigue et ses effets sur la qualité de vie. • Dépister la présence des causes traitables ou des facteurs contribuant à la fatigue. • Examiner les médicaments actuels pour déceler les molécules et les éventuelles interactions médicamenteuses qui pourraient péjorer la fatigue. • Encourager le patient à envisager des activités restaurant l'attention (telles que l'exposition à un environnement naturel ou les distractions plaisantes). • Encourager le patient à entretenir une alimentation équilibrée.
Retombées sur la pratique	Cet article permet d'aiguiller les professionnels de la santé sur différentes interventions fondées sur des preuves afin d'élargir leur arsenal thérapeutique et de développer des approches individuellement adaptées à la gestion de la fatigue reliée au cancer pour chaque patient.

Article 5	Kirshbaum, M. (2010). Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 15(5), 214-219.
Question de recherche	Quelles sont les stratégies et les interventions qui devraient être mise en place par les praticiens de la santé dans la gestion de la CRF?
Population	L'étude est basée sur 61 études empiriques et 4 revues récentes identifiées par des recherches dans les bases de données.
Phénomène	Revue de littérature.

Résultats	<p>Cet article propose une gamme d'interventions potentiellement efficaces. Cinq grandes catégories ont été identifiées en termes d'applicabilité dans la pratique communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exercice (par exemple la marche, la natation, le cyclisme, la course, l'aviron) : il favorise l'utilisation efficace de l'oxygène, abaisse la fréquence cardiaque au repos et la pression artérielle, augmente la flexibilité, augmente la force musculaire et favorise le sommeil réparateur. En termes d'avantages mentaux et émotionnels, l'exercice est reconnu pour la diminution du stress, l'augmentation du sentiment de bien-être, de l'estime de soi et de sentiment de contrôle et en définitive de la qualité de vie. • Les approches pharmacologiques : l'érythropoïétine (EPO), par exemple, est utilisée pour augmenter le taux d'hémoglobine dans le cadre d'une chimiothérapie à forte dose et les antidépresseurs, les glucocorticoïdes, les psychostimulants peuvent également avoir certains effets sur la perception et la réduction de la fatigue liée au cancer, mais les lignes directrices pour leur administration n'ont pas encore été établies. • Les stratégies d'adaptation : elles permettent d'optimiser l'utilisation de l'énergie limitée qu'ont en réserve les patients et d'aider à tourner leur attention vers des stratégies d'auto-soins pratiques, telles l'organisation ou la planification d'activités plaisantes et des tâches nécessaires, la création d'une routine de sommeil, la mise en place d'un régime équilibré, etc. • Les thérapies complémentaires : le yoga, l'acupuncture, les massages, l'aromathérapie, les bains de pieds en lien avec la réflexologie, etc. sont réalisés dans le but de favoriser le bien-être général. Vu que seules des études à petite échelle ont été menées sur le sujet à ce jour, d'autres recherches avec une plus grande efficacité statistique sont néanmoins requises. • Les interventions psycho-éducatives : il est nécessaire de faciliter l'expression des expériences individuelles et de déterminer la signification que la personne attribue à ce symptôme. De plus, le professionnel de la santé devrait être en mesure de fournir des conseils et de bonnes informations pour soutenir les circonstances individuelles de la personne.
Retombées sur la pratique	<p>La CRF est difficile à gérer en raison de sa multi-dimensionnalité. Par conséquent, une approche individuelle et holistique des patients atteints de cancer est essentielle pour comprendre le vécu de ceux-ci, les causes probables et les approches possibles d'une gestion du symptôme. Les interventions doivent être fondées sur des savoirs scientifiques probants.</p>

Article 6	Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M., ... Vogelzang, J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. <i>The Oncologist</i> , 5(5), 353-360.
Question de recherche	Clarifier la prévalence et la durée de la CRF chez les patients atteints de cancer et évaluer les impacts physiques, mentaux et socio-économiques sur les patients et les soignants.
Population	L'étude est basée sur 379 patients (n =379) atteint de cancer et ayant des antécédents de chimiothérapie.
Phénomène	Etude quantitative.
Résultats	<p>Impacts physiques, mentaux et socio-économiques de la fatigue :</p> <p>L'étude fait part d'une forte prévalence de la fatigue chez les patients atteints de cancer qui pourrait être due en partie à l'évolution des stratégies de traitement plus intensives comme les chimiothérapies à haute dose. La plupart des patients ayant signalé être fatigués ont exprimé le fait que la fatigue les empêchait de vivre une vie normale et que leur quotidien en était affecté. Les activités sociales devenaient plus difficiles. La fatigue a également été associée à un large éventail de manifestations physiques (diminution du niveau d'énergie, besoin de ralentir, etc.) et à des troubles psychologiques (manque de motivation, dépression, troubles de l'humeur et de la cognition). L'étude suggère aussi que les patients ayant un niveau de performance physique faible étaient plus déprimés, anxieux et socialement précaires. En outre, la</p>

	<p>douleur et la dépression étaient plus susceptibles de se manifester chez les patients souffrant de la fatigue quotidiennement que chez ceux qui l'expérimentaient moins fréquemment.</p> <p>Les patients actifs sur le plan professionnel devaient diminuer voire arrêter de travailler en raison d'une fatigue trop importante. En effet, sur 177 patients qui étaient employés, 75% ont changé leur statut professionnel en raison de la fatigue, 28% ont cessé complètement de travailler et 23% ont été dans l'incapacité de travailler ($p < 0.05$). De plus, des patients ont dû engager de l'aide pour s'occuper des corvées quotidiennes, telles que le ménage (22%), les travaux de jardinage (18%) et la cuisine (5%).</p> <p>Interactions entre les patients et les professionnels de la santé :</p> <p>L'étude démontre que 92% des participants ont été encouragés à parler de leur fatigue avec des professionnels de la santé, tandis que 8% affirment n'en avoir jamais parlé avec des soignants. Les médecins sont les professionnels de la santé les plus souvent consultés pour parler de la fatigue (79%) suivi par les infirmiers (28%) et par les médecins assistants (5%). Pourtant 45% des participants de l'étude ne discutent pas plus souvent de leur fatigue parce qu'ils croient que rien ne peut être réalisé pour la soulager ($p < 0.05$).</p> <p>De plus, bien que les patients puissent bénéficier d'interventions des professionnels de la santé pour traiter l'étiologie de la fatigue ou traiter ses comorbidités, ces stratégies n'ont pas toujours été exécutées. 37% des participants ont été conseillés de se reposer au lit et de se relaxer, 11% de faire un régime ou de surveiller leur alimentation, 7% de prendre des vitamines et à 6% des patients des médicaments ont été prescrits, alors que 40% des participants de l'étude ont affirmé que rien ne leur avait été proposé ou prescrit pour soulager leur fatigue.</p>
Retombées sur la pratique	<p>Les patients atteints de cancer, les soignants et les professionnels de la santé devraient recevoir une éducation plus approfondie quant à la disponibilité de stratégies efficaces et au développement de traitements individuels pour soulager la fatigue. De plus, il faudrait souligner l'importance aux patients de discuter de leur fatigue avec les professionnels de la santé. En effet, au vu des effets considérables de la fatigue liée au cancer sur la qualité de vie des patients, les évaluations et les options de traitement devraient être intégrées dans la routine des soins pour soulager ce symptôme.</p>

Article 7	<p>Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A. (2012). Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 16(2), 165-171. doi : 10.1016/j.ejon.2011.05.002</p>
Question de recherche	<p>Explorer les expériences du symptôme de fatigue des patients sous chimiothérapie ; et plus précisément explorer les interactions entre les patients et les professionnels durant la chimiothérapie ; explorer les stratégies mises en place par les patients pour gérer le symptôme de fatigue et explorer les résultats obtenus par leur activités d'auto-soins.</p>
Population	<p>L'étude est basée sur dix-neuf patients (n=19) atteints de cancer sous chimiothérapie sur une période de trois mois en ambulatoire.</p>
Phénomène	<p>Etude qualitative, théorie enracinée.</p>
Résultats	<p>L'expérience de la fatigue par les participants :</p> <p>Tous les participants de l'étude ont été prêts à accepter la fatigue comme un effet secondaire inévitable de la chimiothérapie si le traitement s'avérait efficace. Chacun a déclaré ressentir une fatigue ou d'autres symptômes au cours de leur chimiothérapie mais à des degrés différents. Cependant, leur vie quotidienne a été altérée (difficulté ressentie dans les AVQ, au niveau professionnel et familial, dans la réalisation de leurs loisirs). Seule une petite minorité de patients a été en mesure d'effectuer les tâches quotidiennes presque comme auparavant. Alors que la plupart des participants ont essayé de s'en sortir seuls, beaucoup ont reçu un soutien, principalement des membres de leur famille, mais parfois aussi des amis et des voisins.</p> <p>Les stratégies intuitives pour gérer la fatigue :</p> <p>Plusieurs patients présumaient que rien ne pouvait être fait pour gérer leur fatigue mais la plupart des participants ont rapporté avoir mis en</p>

	<p>place intuitivement des stratégies d'adaptation : parmi celles-ci, le repos sous différentes formes a été la stratégie privilégiée (rester tranquille à la maison, aller en vacances, faire plus de pauses, etc.). Les activités quotidiennes, comme aller faire ses courses à vélo, faire de l'exercice, prendre l'air frais, jardiner ou avoir des loisirs sont des exemples de stratégies employées qui se sont avérées utiles pour certains patients afin de soulager leur fatigue. D'autres stratégies telles qu'écouter de la musique, faire des exercices de relaxation ou prendre des somnifères pour lutter contre l'insomnie ont également été initiées. Pourtant, ces activités ne se sont pas toutes révélées efficaces pour réduire la fatigue.</p> <p>Les interactions entre les patients et les professionnels de la santé : Au commencement de la chimiothérapie, les patients affirment avoir été informés du fait que la fatigue était un effet indésirable du traitement. Pourtant, aucun patient n'a reporté avoir été conseillé par les professionnels de la santé sur les stratégies de gestion de la fatigue, et la quasi-totalité des patients ont pensé devoir la gérer de leur propre chef. Les résultats de l'étude démontrent que, malgré la disponibilité d'instruments d'évaluation de la fatigue et de stratégies de gestion basées sur des preuves et même si les barrières reliées aux stratégies de gestion ont été efficacement réduites, les participants de l'étude ont principalement géré leur fatigue seuls. Certains patients désiraient la gérer par eux-mêmes mais la plupart étaient simplement inconscients des options de traitements existant pour soulager la fatigue. Ils étaient au contraire conscients que le temps et l'espace pour des conseils étaient limités dans leurs cliniques ambulatoires.</p> <p>Les résultats des stratégies d'auto-soins : Aussi, la plupart des patients ont usé de stratégies familiales d'auto-soins, et ont vécu leur fatigue comme une expérience quotidienne, sans s'attendre à recevoir une éducation thérapeutique de gestion de la fatigue comme faisant partie intégrante de leur routine de soins.</p>
Retombées sur la pratique	<p>La communication entre les patients et les professionnels de la santé est entravée à la fois par les patients qui ne sont pas conscients des options de traitements, et par les professionnels qui ne sont pas bien préparés pour évaluer la fatigue et initier des interventions, incluant les options d'auto-soins.</p> <p>Contrairement à d'autres études, les patients étaient bien informés sur leur fatigue mais cela ne les a pourtant pas suffisamment encouragés à discuter de ce symptôme avec leurs médecins et infirmiers. De leur côté, les professionnels n'ont pas complété les informations données avec des supports concernant la gestion de la fatigue, bien que des instruments d'évaluation et un grand nombre de stratégies de gestion de la fatigue existent à ce jour et sont efficaces.</p> <p>Ainsi, il serait nécessaire de faire d'autres recherches pour intégrer dans les standards de la pratique les interventions basées sur des preuves pour gérer la fatigue reliée au cancer. Des informations adéquates devraient systématiquement être communiquées au commencement de la chimiothérapie, accompagnées d'évaluations continues et de conseils personnalisés tout au long de la thérapie. Pour franchir ce fossé de communication entre les professionnels et les patients, il est recommandé de standardiser des procédures pour gérer cette fatigue au mieux.</p>

7. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES

Le but de notre travail de recherche était d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche formulée ainsi : **quelles interventions infirmières peuvent être proposées aux patients adultes atteints de cancer en phase curative, traités par chimiothérapie en ambulatoire pour gérer le symptôme invalidant de fatigue ?** Les articles retenus regorgeaient de résultats intéressants donnant des pistes de réflexion pour répondre à notre problématique. C'est à l'aide des concepts centraux de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) que nous avons articulé ces différents résultats dans le but de tirer des recommandations utiles à la pratique infirmière.

7.1. La perception subjective de la fatigue

Comme vu précédemment, l'expérience du symptôme est l'un des trois concepts clés de la Théorie de Gestion des Symptômes et il comprend notamment la perception du symptôme. La fatigue liée au cancer est subjective et est par conséquent vécue différemment d'un individu à l'autre. Comprendre la perception qu'ont les patients de leur fatigue est essentiel pour mettre en place des interventions infirmières et pluridisciplinaires congruentes avec les besoins réels formulés par les patients. Une telle démarche s'inscrit dans une vision holistique du soin qui prend en considération le patient dans sa globalité et qui invite au partenariat entre les patients et les professionnels de la santé.

Aussi, il est important de donner la parole aux patients concernés pour décrire leur expérience dans le but de saisir l'impact réel qu'a la fatigue sur leur qualité de vie. Les articles 1, 2, 6 et 7 se sont intéressés aux perceptions qu'ont les patients de leur fatigue. Wu & McSweeney (2007) rapportent que les patients souffrant de cancer décrivent leur fatigue comme différente de ce qu'ils ont pu expérimenter auparavant. Une femme mentionne dans son interview que c'est beaucoup plus qu'être seulement fatigué et parle de sensation nouvelle. [traduction libre] (p.119) Les participants de l'étude de l'article 1 décrivent quant à eux leur fatigue comme fluctuante et parlent de faiblesse et d'épuisement. Un participant explique que dans les mauvais jours, sa fatigue est comparable à celle endurée lors de la participation à un triathlon. [traduction libre] (Borneman et al., 2012, p. E28) Et la fatigue ne s'arrête jamais, malgré le sommeil et le repos. [traduction libre] (Borneman et al., 2012, p. E29) De plus, la fatigue liée au cancer impacte négativement la qualité de vie des patients. Les résultats de plusieurs articles démontrent que la fatigue a non seulement des répercussions physiques, mais également psychologiques et socio-économiques. En effet, dans les différents articles retenus, il est fait mention d'un panel de manifestations physiques, de troubles psychologiques et de conséquences professionnelles et sociales en lien avec la fatigue liée au cancer. Borneman et al. (2012) avancent que le bien-être spirituel est également altéré et qu'il se manifeste entre autres par un sentiment d'incertitude et de perte d'espoir.

7.2. Evaluation

Pour être en mesure de traiter un symptôme subjectif comme la fatigue, il est nécessaire de parvenir à l'objectiver. L'évaluation de la fatigue est dans ce sens essentielle : en effet, jauger la fatigue permet de proposer des interventions adaptées qui ne sont pas trop exigeantes pour le patient. La Théorie de Gestion des Symptômes présente l'évaluation du symptôme comme un sous-concept de l'expérience du symptôme. Les auteurs de deux articles (articles 1 et 3) se sont basés sur l'échelle d'évaluation de la fatigue de Piper (Piper Fatigue Scale révisée (PFS-R) développée par Piper et al., 1998) pour collecter les données auprès des participants de leur étude respective. Les résultats de l'étude menée par Abu Obeid et al. (2014) démontrent que le score sur

l'échelle d'évaluation de la fatigue de Piper varie selon différentes variables sociodémographiques. Ainsi, les femmes ont eu un score plus élevé sur la PFS que les hommes, et le score était plus élevé après 4 semaines de chimiothérapie qu'au début de la thérapie. De tels résultats invitent à réfléchir aux différentes corrélations pouvant influencer le vécu de la fatigue. Les auteurs pointent également la nécessité d'une évaluation routinière de la fatigue auprès des patients atteints de cancer traités par chimiothérapie. De nombreuses échelles d'évaluations existent à ce jour, mais comme l'affirme également Kirshbaum (2010), l'évaluation de la fatigue n'est pas une démarche de routine. [traduction libre] (p. 215) Elle ajoute que dans la pratique, l'évaluation de la fatigue présente des défis similaires à celle de la douleur, car les deux symptômes sont subjectifs. L'évaluation va donc au-delà de l'exécution d'une échelle d'évaluation numérique et l'infirmier doit être en mesure d'écouter attentivement ce que partage le patient et de l'observer rigoureusement. [traduction libre] (p. 215) L'article 1 précise encore que le temps dédié à l'évaluation de la fatigue peut parfois être conséquent en raison de la multi dimensionnalité de la fatigue. En effet, l'évaluation de la fatigue peut inciter le patient à partager des préoccupations profondes psychologiques ou spirituelles.

7.3. Les interventions

Pour répondre aux stratégies de gestion des symptômes de la TGS, nous avons relevé de nombreuses interventions dans la littérature scientifique.

7.3.1. L'exercice physique

Les auteurs de l'article 4 proposent un classement des interventions pour traiter la fatigue en fonction des preuves de leur efficacité. Au sommet de la liste figure l'exercice physique. L'exercice physique mesuré et régulier a, comme l'ont démontré les articles 4 et 5, un effet bénéfique sur la fatigue et n'est pas limité à une fonction cardiaque et musculaire. En effet, l'amélioration de la performance physique diminue également la détresse psychologique en renforçant la confiance en soi et le sentiment de meilleur contrôle, et débouche sur une diminution de l'anxiété, ainsi qu'une amélioration du sommeil réparateur.

Un tel résultat nous interpelle et nous questionne par rapport à son application dans la pratique. En effet, comment conseiller aux patients souffrant de cancer de faire de l'exercice alors qu'ils se sentent fatigués? Les revues de littérature proposent différentes recommandations à transmettre au patient concernant l'exercice physique. L'article 4 invite les patients à commencer un programme d'activité physique comme la marche, le stretching et le vélo en accord avec les professionnels de la santé, tout en précisant qu'il ne s'agit pas de fournir l'effort le plus intense possible mais d'assurer une activité physique journalière modérée (5 à 10 minutes deux fois par jour pour débiter) et de tenir sur la durée. L'article préconise également au patient de demander à un ami de venir marcher avec lui, pour l'encourager à sortir prendre l'air ou de s'adresser à un entraîneur sportif ou un thérapeute pour créer un programme de réhabilitation. L'article 5 propose des interventions similaires dans l'ensemble mais émet toutefois une réserve concernant la réalisation d'exercices physiques si le patient a récemment eu des vomissements, s'il a eu sa chimiothérapie dans les 24 heures précédentes, s'il ressent certains symptômes tels que la confusion ou des douleurs thoraciques, s'il souffre d'une infection virale ou s'il est algique. En cas d'opération des ganglions lymphatiques, le patient doit également éviter de lever des charges lourdes.

De plus, les professionnels de la santé ont à disposition des brochures concernant la fatigue liée au cancer¹ qu'ils peuvent transmettre aux patients afin de les aider à trouver des interventions efficaces.

¹ Par exemple la brochure de la Ligue suisse contre le cancer : fatigue et cancer : identifier les causes, chercher des solutions

7.3.2. La qualité du sommeil, la conservation d'énergie et la gestion des activités

Parmi les interventions susceptibles d'être efficaces, Mitchell et al. (2014) préconisent les interventions psycho-éducatives, comprenant entre autres les conseils et les recommandations pour gérer la fatigue, la relaxation, les thérapies cognitivo-comportementales et la promotion des auto-soins. Ces dernières se focalisent sur l'amélioration de la fatigue, la conservation d'énergie et la gestion des activités. Mitchell et al. (2014) mentionnent des interventions cognitivo-comportementales pour améliorer la qualité du sommeil appliquées individuellement, dans un contexte de groupe ou via Internet. Elles incluent des exercices de relaxation accompagnés de stratégies de consolidation du sommeil (comme par exemple éviter les longues siestes ou les siestes tard dans l'après-midi, limiter le temps au lit pour le temps de sommeil réel), les thérapies de contrôle des stimuli (comme par exemple aller au lit uniquement lorsque la fatigue s'installe, utiliser le lit ou la chambre à coucher exclusivement pour le sommeil et les activités sexuelles, se coucher et se lever toujours à la même heure, réduire la caféine et les activités excitantes le soir) et des stratégies pour réduire l'éveil cognitivo-émotionnel (en mettant à part au moins une heure pour se relaxer avant d'aller au lit et en établissant une routine de pré-sommeil applicable chaque soir). [traduction libre] (p.40) Dans sa revue de littérature, Kirshbaum (2010) précise que malgré la tendance des patients à dormir ou sommeiller tout au long de la journée, il est important de mentionner que dormir davantage n'est pas nécessairement bénéfique. Le sommeil et le repos devraient plutôt être équilibrés avec l'activité et planifiés autant que possible. [traduction libre] (p.218)

Pour conserver leur énergie, les patients peuvent également définir des buts simples et atteignables qui leur permettent de donner une certaine structure et un sentiment de contrôle sur la fatigue (article 5).

7.3.3. Les interventions pharmacologiques et les « symptom cluster »

Parmi les interventions issues des revues de littérature (articles 4 et 5), figure aussi la gestion des symptômes associés. Comme abordé précédemment, la TGS s'intéresse au concept de « Symptom cluster », autrement dit les symptômes qui se manifestent simultanément et interagissent les uns avec les autres. Ces « symptom cluster » sont mentionnés dans plusieurs articles (1, 4, 6 et 7) et comprennent principalement la douleur, la dépression et l'insomnie. Borneman et al. (2012) affirment que pour les participants souffrant de douleurs, les antalgiques étaient efficaces pour soulager la fatigue liée au cancer. [traduction libre] (p. E29) De plus, selon l'article 3, il faut identifier les causes réversibles de la fatigue et les traiter. Des examens de laboratoire simples peuvent être utiles pour détecter des troubles métaboliques, endocriniens, infectieux ou une anémie. Comprendre la corrélation entre la fatigue et ces différents symptômes et causes nous semble donc être un élément de réponse important à notre question de recherche pour guider les interventions infirmières non seulement sur la fatigue en elle-même, mais également sur les autres facteurs la causant ou l'aggravant. En outre, selon les auteurs des articles 2, 4 et 5, certains médicaments sont utilisés pour traiter la fatigue, bien que les lignes directrices pour leur administration ne soient pas encore scientifiquement établies. De plus, Mitchell et al. (2014) spécifient qu'il est nécessaire de mesurer les bénéfices et les risques avant d'entamer le traitement. Parmi ces médicaments figure l'érythropoïétine (EPO) qui est utilisée dans le but d'augmenter le taux d'hémoglobine dans le cadre d'une chimiothérapie à forte dose. Les antidépresseurs, les glucocorticoïdes, les psychostimulants peuvent également avoir certains effets sur la perception et la réduction de la fatigue liée au cancer.

Curt et al. (2000) affirment dans leur étude que bien que les patients aient pu bénéficier d'une correction des éventuelles étiologies et comorbidités de la fatigue (par exemple la douleur, la dépression, l'anémie et les anomalies métaboliques et nutritionnelles), ces

stratégies n'ont pas été entreprises. [traduction libre] (p.359) Aussi, mettre l'exergue sur l'éducation des soignants et des professionnels de la santé concernant l'accessibilité de stratégies existantes pour le traitement de la fatigue et de ses symptômes associés devrait permettre de soulager les patients et d'améliorer leur qualité de vie.

7.3.4.Favoriser les auto-soins

Plusieurs autres articles traitent des stratégies initiées par les patients pour tenter de soulager leur symptôme. Fait intéressant, de nombreuses interventions mises intuitivement en place par les patients s'avèrent être des interventions basées sur des preuves scientifiques qui sont recommandées par les professionnels de la santé. En effet, les auteurs de l'article 7 mettent en exergue que c'est le repos sous différentes formes et les activités quotidiennes qui sont spontanément privilégiées par les patients pour faire face au symptôme. Borneman et al. (2012) quant à eux, mentionnent que les participants prennent garde à leur alimentation et favorisent entre autres l'exercice physique et la distraction pour soulager leur fatigue. L'article 2 s'intéresse également au processus d'apprentissage par l'expérience des participantes pour gérer leur fatigue et regagner un sentiment de contrôle sur la maladie. Poser des buts atteignables, se récompenser pour les efforts accomplis ou se distraire en sont des exemples.

Ainsi, comme le démontre l'étude 7, quelques patients arrivent à trouver des stratégies d'adaptation intuitives en lien avec leur expérience du cancer malgré une source d'information inadéquate de la part des professionnels de la santé. Un tel constat pourrait permettre aux soignants de comprendre les différents processus d'auto-soins que mettent en place les patients pour ajuster leur qualité de vie. Ce serait ainsi l'occasion pour les soignants d'améliorer la qualité des soins, en prenant en compte la dynamique dans laquelle le patient s'est engagé pour faire face au cancer, mais peut-être aussi en proposant des interventions à ceux qui auraient mis en place des stratégies d'adaptation inefficaces. En effet, toutes les stratégies d'auto-soins ne sont pas efficaces (article 7). Cette aide pourrait se réaliser en consultation infirmière sous forme d'éducation thérapeutique mais aussi donner lieu à une collaboration plus étroite avec d'autres partenaires de la santé tels que, par exemple, les psychologues et, les assistantes sociales selon la difficulté identifiée (psychique, familiale ou socio-professionnelle, etc.).

7.3.5. Favoriser la communication sur la fatigue et sa gestion

Les résultats de plusieurs recherches suggèrent qu'il y a un enjeu autour de la communication entre les patients et les professionnels de la santé. Ainsi, 40% des participants de l'étude 6 disent qu'ils n'ont reçu aucune recommandation pour soulager la fatigue de la part des soignants. 45% affirment également ne pas en discuter davantage car ils pensent que rien ne peut être entrepris pour la soulager. Ces données coïncident avec celles de l'étude 7 menée à Bâle en Suisse qui rapporte que plusieurs patients traités par chimiothérapie ont été étonnés d'être questionnés sur les stratégies qu'ils mettaient en place pour soulager leur fatigue car ils supposaient que rien ne pouvait être entrepris pour la gérer.

Cette étude identifie un enjeu crucial qui apporte un regard neuf pour répondre à notre question de recherche : elle affirme que la plupart des participants de l'étude ont géré leur fatigue par eux-mêmes, bien que la majorité ait rapporté avoir été bien informée sur la fatigue par les professionnels de la santé. Ces derniers avaient à disposition des échelles d'évaluation de la fatigue et connaissaient des interventions efficaces basées sur des preuves, mais ils n'en ont pas fait usage dans l'étude en question. L'étude affirme que d'un côté les patients ne sont pas au courant des options de traitement de la fatigue, et de l'autre les professionnels de la santé ne sont pas prêts à les utiliser. Les auteurs parlent ainsi de l'existence d'un fossé communicationnel entre les patients et les soignants. Les résultats présentés par Wu & McSweeney (2006) dans l'article 2 révèlent

également des problèmes de communication et d'interprétation du symptôme de fatigue entre les participants et les professionnels. Avoir des instruments d'évaluations efficaces et une pléthore de stratégies et d'interventions valides et fiables pour gérer la fatigue ne suffirait donc pas nécessairement à améliorer la prise en soin des patients sans une bonne communication entre les patients et les professionnels de la santé. La Théorie de Gestion des Symptômes aborde le concept d'adhérence. Il y a non adhérence quand les interventions mises en place n'obtiennent pas l'effet escompté sur l'état des symptômes. Nous nous engageons à parler de non-adhérence dans ce cas de figure car bien que les professionnels de la santé effectuent un travail d'information auprès des patients, il réside un fossé communicationnel entre les patients et les soignants. En définitive, les patients ne bénéficient pas des interventions efficaces pour soulager le symptôme invalidant de fatigue.

7.4. Recommandations pour la pratique et perspectives pour le futur

Chaque article de notre revue de littérature propose différentes recommandations pour la pratique et plusieurs parviennent à des consensus. De notre revue de littérature émerge la nécessité de jauger les interventions infirmières portant sur la gestion de la fatigue à la lumière de recherches scientifiques probantes et actuelles. Ainsi, favoriser l'exercice physique est une recommandation de bonne pratique, fondée sur des recherches fiables et crédibles, généralisables à notre système socio-sanitaire suisse. D'autres interventions, bien que très intéressantes, nécessiteraient encore de futures études à plus large échelle pour augmenter leur niveau d'évidence scientifique et ainsi intégrer efficacement des interventions basées sur des preuves dans la pratique courante.

Néanmoins, les différents articles pointent des aspects très importants qui vont de pair avec les interventions infirmières spécifiques, à savoir la perception des patients de leur fatigue et son évaluation. Les résultats de plusieurs articles méthodologiquement fiables et crédibles convergent pour affirmer l'importance de considérer la fatigue liée au cancer comme une expérience subjective afin de permettre au patient de partager véritablement ses préoccupations liées à son cancer et de donner du sens au vécu du symptôme. De plus, plusieurs articles recommandent le fait que l'évaluation de la fatigue à l'aide des échelles d'évaluation fiables devienne un soin de routine.

Cependant même si des évaluations et des interventions fondées sur des preuves existent à ce jour, elles ne sont pas toujours appliquées dans la pratique en raison notamment de lacunes communicationnelles entre les professionnels de la santé et les patients. Plusieurs articles recommandent d'améliorer le dialogue entre les professionnels de la santé et les patients afin que les patients puissent véritablement bénéficier des interventions existantes.

Si de nombreuses recherches scientifiques ont été menées sur la fatigue liée au cancer ces dernières années, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour élever certaines interventions à un meilleur niveau d'évidence scientifique. Mais un enjeu central qui se profile semble être l'application des outils d'évaluation et des interventions existantes dans la pratique courante. Pour ce faire, il serait peut-être envisageable de sensibiliser davantage les infirmiers de demain lors de la formation à la Haute Ecole de Santé sur la pénibilité du symptôme de fatigue liée au cancer et associée à la chimiothérapie et de les informer des interventions permettant de la soulager.

7.5. Limites de notre revue de littérature

Notre travail de recherche présente des résultats intéressants qui se corroborent et se complètent. Toutefois, une limite importante de notre revue de littérature est le nombre restreint d'articles retenus et comparés, qui altère la pertinence des recommandations pour la pratique.

De surcroît, deux de nos articles portent exclusivement sur un seul type d'échelle d'évaluation de la fatigue (échelle de fatigue de Piper) alors qu'il en existe beaucoup d'autres (Annexe 4). De plus, l'origine de certains articles retenus, notamment un article jordanien est une autre limite existante concernant la généralisation des résultats à notre système de santé suisse.

Pour terminer, nous sommes conscients de ne pas avoir questionné les infirmiers et les professionnels de la santé sur le terrain. De fait, nous ne sommes pas renseignés sur la mise en place effective ou non des échelles d'évaluation de la fatigue et des interventions infirmières pour soulager la fatigue liée au cancer dans les centres oncologiques ambulatoires spécialisés en Suisse.

8. CONCLUSION

Ce travail représente notre première expérience dans le domaine de la recherche scientifique. Si nous sommes conscients des limites de notre revue de littérature, une telle démarche nous a néanmoins permis d'entrevoir le domaine de la recherche et de saisir son importance pour l'amélioration des pratiques dans le milieu des soins. Nous avons été surpris par l'étendue des résultats de recherche dans la littérature scientifique sur la question de la fatigue liée au cancer. Les différents articles que nous avons retenus nous ont sensibilisé à la complexité de la gestion de ce symptôme invalidant pour les patients atteints de cancer et nous ont permis d'identifier différents axes d'approche pour mieux comprendre et soulager ce symptôme. La Théorie de Gestion des Symptômes nous a invités à poser un canevas aux différents résultats obtenus et à penser les interventions infirmières dans leur globalité. Nous avons toutefois un regret, celui de ne pas avoir pu encore appliquer ces interventions dans la pratique.

Au terme de la rédaction de notre travail de recherche, nous dressons un constat positif de notre première expérience dans le domaine de la recherche scientifique. En effet, ce travail a été riche en découvertes et en apprentissages. En tant que binôme, nous avons pu développer nos compétences du rôle de collaborateur en sachant reconnaître et mobiliser nos ressources respectives afin d'optimiser notre efficacité. Cette revue de littérature résulte véritablement d'un travail d'équipe où nous avons eu la liberté de partager nos opinions et de confronter nos idées. De plus, nous avons conjointement travaillé les compétences en lien avec le rôle de manager et d'apprenant en faisant des recherches dans les bases de données dans le but de promouvoir des résultats de recherche probants. A ce jour, nous avons affiné notre regard critique sur les littératures scientifiques publiées, ce qui nous a permis d'élargir notre champ de vision disciplinaire en nous affirmant dans notre rôle propre infirmier. Convaincus de la plus-value de la recherche pour l'amélioration de la qualité des soins, il nous semble important de veiller à la promotion des bonnes pratiques auprès des patients dans notre future pratique.

9. LISTE DE RÉFÉRENCES

- Abu Obead, K., Yaser, S., Khattab, M., Al-badainah, F., Saqer, L., & Al-dosouqi, N. (2014). Chemotherapy-induced Fatigue among Jordanian Cancer Patients: What are the Contributing Factors? *Middle East Journal of Cancer*, 5(2), 75-82.
- Borneman, T., Piper, B-F., Koczywas, M., Munevar, C-M., Sun, V., Uman, G-C., & Ferrell, B-R. (2012). A Qualitative Analysis of Cancer Related Fatigue in Ambulatory Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 1-15. doi : 10.1188/12.CJON.E26-E32.
- Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M., ... Vogelzang, J. (2000). Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360.
- Doran, M. D., (2011). *Nursing Outcomes :State of the Science*. 2nd ed., Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
- 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.
- Formarier, M., & Jovic, L. (Dir.). (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Mallet Conseil.
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K, ... Kennedy, C. (2014). Theory of Symptom Management. In M. J. Smith & P. R. Liehr, (Ed.), *Middle range Theory for Nursing* (3 ed., pp.141-164). New York, USA : Springer Publishing Company.
- Kirshbaum, M. (2010). Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing*, 15(5), 214-219.
- Ligue Suisse contre le cancer. (2012) *Fatigue et cancer: identifier les causes, chercher des solutions*. Repéré à <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2028.pdf>
- Leplège, A., & Coste. J. (Dir.). (2001). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris, France : Editions ESTEM. Repéré à https://books.google.ch/books?id=GCPw-02usjgC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=LepI%C3%A8ge+les+mesures+de+qualit%C3%A9+de+vie&source=bl&ots=QEuu-SIb-H&sig=8kcDx9IQLkDeZoL475ZSlcqJVvU&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjekruz3szMAhXFnBoKHc_eBWUQ6AEIKjAB#v=onepage&q=LepI%C3%A8ge%20les%20mesures%20de%20qualit%C3%A9%20de%20vie&f=false
- Mitchell, S-A., Hoffman, A-J., Clark, J-C., DeGennaro, R-M., Poirier, P., Robinson, C-B., & Weisbrod, B-L. (2014). Putting Evidence Into Practice: An Update of Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Fatigue During and Following Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 38-58. doi : 10.1188/14.CJON.S3.38-58.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *La définition de la santé selon l'OMS*. Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

- Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A. (2012). Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 165-171. doi : 10.1016/j.ejon.2011.05.002.
- The World Health Organization. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva, Switzerland : WHOQOL Group. Repéré à http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wu, H-S., & McSweeney, M. (2007). Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 117-125.

10. BIBLIOGRAPHIE

- Borneman, T. (2013). Assessment and Management of Cancer-Related Fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(2), 77-86. doi : 10.1097/NJH.0b013e318286dc19
- Brunner, L.S., Suddarth, D.S, Smeltzer S.C. & Bare, B.G. (2006). *Soins infirmiers médecine et chirurgie : Vol. 1. Généralités (5^{ème} éd., version française)*. Traduction française par S. Longpré & B. Pilote, Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Coackley, A., Hutchinson, T., Saltmarsh, P., Kelly, A., Ellershaw, J-E., Marshall, E., & Brunston, H. (2002). Assessment and management of fatigue in patients with advanced cancer : developing guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(8), 381-388.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Simon, A. (2003). Cancer et fatigue. *Médecine palliative*, 2(1), 14-22.

11. ANNEXES

Annexe 1 : grille d'analyse vierge d'article qualitatif

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	O UI	N O N	PA S CL AI R	PAS APP LIC A- BLE	ARGUMENTATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes					
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents					
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes					
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes					
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente					
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée					
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement					
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données					
9. Les normes éthiques sont respectées					

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeure J. Wosinski.

Annexe 2 : grille d'analyse vierge d'article quantitatif

GRILLE DE LECTURE CRITIQUE POUR ETUDES QUANTITATIVES

<p>But de l'étude</p> <p>Clair ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnement en quoi y répondent-ils?</p>
<p>Littérature</p>	<p>Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur</p>

<p>La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>étude à la lumière de la revue de littérature ?</p>
<p>Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche.</p> <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?</p>
<p>Echantillon</p> <p>N = 844 (31% de la population accessible)</p> <p>Est-il décrit en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ?</p> <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ?</p>
<p>Mesures</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <hr/> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p>

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p>
---	---

<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)?</p>
<p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p>

Traduite et inspirée de : Critical Review Form – Quantitative Studies ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - [McMaster University](#) par la professeure C. Borloz.

6. Dans l'ensemble votre fatigue actuelle affecte-t-elle votre capacité à profiter des choses auxquelles normalement vous prenez plaisir?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Énormément**

7. Quelle est l'intensité ou la sévérité de la fatigue que vous ressentez en ce moment?

Légère 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Forte**

8. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Plaisante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Déplaisante**

9. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Agréable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Désagréable**

10. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Protectrice 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Destructrice**

11. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Positive 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Négative**

12. La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle :

Normale 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Anormale**

13. Comment vous sentez vous en ce moment?

Fort(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Faible**

14. Comment vous sentez vous en ce moment?

Bien réveillé(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Endormi(e)**

15. Comment vous sentez vous en ce moment?

Dynamique												Vide, sans entrain
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

16. Comment vous sentez vous en ce moment?

Reposé(e)												Fatigué(e)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

17. Comment vous sentez vous en ce moment?

Énergique												Sans énergie
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

18. Comment vous sentez vous en ce moment?

Patient(e)												Impatient(e)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

19. Comment vous sentez vous en ce moment?

Détendu(e)												Tendu(e)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

20. Comment vous sentez vous en ce moment?

Gai (e)												Déprimé(e)
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

21. Comment vous sentez vous en ce moment?

Capable de vous concentrer												Incapable de vous concentrer
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. Comment vous sentez vous en ce moment?

Capable de vous souvenir												Incapable de vous souvenir
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

23. Comment vous sentez vous en ce moment?

Capable de réfléchir												Incapable de réfléchir
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

24. Globalement, quelle est selon vous la cause la plus directe de votre fatigue ?

.....

.....

.....

25. Globalement, ce qui s'est avéré le plus efficace pour soulager votre fatigue est :

.....

.....

.....

26. Y a-t-il d'autres termes que vous aimeriez ajouter pour mieux nous décrire votre fatigue ?

.....

.....

.....

27. Avez vous d'autres symptômes en ce moment ?

NON

OUI

Si OUI, lesquels :

.....

.....

.....

Calcul du score :

La dimension comportementale = 6 items : #2 – 7

La dimension affective = 5 items : #8 – 12

La dimension sensorielle = 5 items : #13 – 17

La dimension cognitive/humeur = 6 items : #18 – 23

Pour chaque malade les résultats sont exprimés sous la forme d'un score attribué pour chaque dimension et d'un score total.

Le score de chaque dimension est calculé en faisant la somme des notes données par le patient pour les items correspondants, divisée par le nombre d'items de cette dimension.

Le score total de fatigue est calculé en faisant la somme des scores obtenus pour chaque dimension divisée par le nombre de dimensions explorées. (4)

Le score obtenu pour chaque dimension est comparé au score total de fatigue, et permet ainsi de classer les résultats en plusieurs types de fatigue en fonction de chaque composante. Ce sont les prédominances d'une ou plusieurs caractéristiques qui permettront de déterminer l'intervention appropriée pour le patient pour diminuer son niveau de fatigue.

*Traduit de PIPER (B.F.), DIBBLE (S.L.), DODD (M.J.), WEISS (M.C.), SLAUGHTER (R.E.), & PAUL (S. M) (1998). The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 25 (4) : 677 – 684.

Inspiré de : Gledhill, J. A., Rodary, C., Mahé, C., & Laizet, C. (2002). Validation française de l'échelle de fatigue révisée de Piper. *Recherche en soins infirmiers*, 68. 50-65.

Repéré à :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/68/50.pdf>

Annexe 4 : questionnaires d'évaluation

Questionnaires « Qualité de vie » évaluant, entre autres, la fatigue

Nom	Descriptif de l'échelle
EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al, 1993)	30 items sur la qualité de vie, 5 dimensions : physique, cognitive, psychique, sociale, financière, 3 questions unidimensionnelles évaluant la fatigue « <i>Avez vous eu besoin de repos ? Vous êtes-vous senti(e) faible ? Etiez-vous fatigué(e) ?</i> » (traduit en français).
Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) – Fatigue (Yellen et al,	13 items, unidimensionnel, a été développé avec un questionnaire concernant l'anémie (7 items), le tout intégré à un questionnaire multidimensionnel sur la qualité de vie

1997)	(28 items). Chaque item est coté sur une échelle à 5 points.
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) (Cella et al, 1997)	Une version plus récente du FACT avec 26 items sur la qualité de vie et 13 items spécifiques sur la fatigue. Chaque item est coté sur une échelle à 5 points (traduit en français).

Questionnaires spécifiques « Fatigue »

Nom	Descriptif de l'échelle
Rhoten Fatigue Scale (Rhoten 1982)	1 item sous forme d'une échelle numérique de 0 à 10.
Piper Fatigue Scale Piper et al, 1989	76 items sous forme d'échelle numérique évaluant 4 dimensions : dimension temporelle, affective et sensorielle, intensité.
Multi-dimensional Fatigue Inventory (MFI-20) Smets et al, 1995	20 items, 5 dimensions : fatigue globale, fatigue physique, fatigue mentale, réduction de l'activité, réduction de la motivation. Chaque item est coté sur une échelle à 5 points (traduit en français).
Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ) (Glaus 1998)	20 items, dimensions physique, affective-émotionnelle et cognitive. Chaque item est coté sur une échelle à 4 points. L'intensité de la fatigue durant la dernière semaine et le dernier mois, ainsi que la détresse causée par la fatigue sont en plus cotées sur des échelles visuelles analogues.
Piper Fatigue Scale révisée (Piper et al, 1998)	22 items, 4 dimensions : comportementale/intensité, affective, sensorielle et cognitive/humeur, chaque item est présenté sous forme d'une échelle numérique de 0 à 10 (traduit en français).
Fatigue Symptom Inventory (FSI) Hann et al, 1998	13 items, 3 dimensions : intensité, durée et retentissement sur le fonctionnement quotidien. Chaque item est présenté sous forme d'échelle numérique de 0 à 10.
Schwarz Cancer Fatigue Scale (Schwarz 1998)	28 items, 4 dimensions : physique, émotionnelle, cognitive et temporelle. Chaque item est coté sur une échelle à 5 points.
Multidimensional Fatigue Symptom Inventory (MFSI) (Stein et al, 1998)	83 items, 5 dimensions : expérience globale, physique, cognitive, affective et comportementale. Chaque item est coté sur une échelle à 5 points.
Brief Fatigue Inventory (Mendoza et al, 1999)	9 items, questionnaire construit sur le modèle du Brief Pain Inventory avec 3 questions sur la sévérité de la fatigue et 6 questions évaluant son retentissement dans la vie quotidienne (activité générale, humeur, capacité de marche, travail, relations avec l'entourage, joie de vivre). Chaque item est présenté sous forme d'échelle numérique de 0 à 10.
Cancer Fatigue Scale (Okuyama et al, 2000)	15 items, 3 dimensions : physique, affective et cognitive. Chaque item est coté sur une échelle à 5 points.
Cancer Related Fatigue Distress (Holley, 2000)	20 items, unidimensionnel. Chaque item est présenté sous forme d'échelle numérique de 0 à 10.

Inspiré de : Simon, A. (2003). Cancer et fatigue. *Médecine palliative*, 2(1), 14-22.