

Table des matières

1	Introduction	1
2	Problématique	2
3	Concepts	5
3.1	<i>Sexualité</i>	5
3.2	<i>Santé sexuelle</i>	5
3.3	<i>Intimité</i>	6
4	Cadre théorique	7
4.1	<i>Définition de la transition</i>	7
4.2	<i>Les postulats</i>	8
4.2.1	<i>Santé</i>	8
4.2.2	<i>Personne</i>	8
4.2.3	<i>Environnement</i>	8
4.2.4	<i>Soins</i>	8
4.3	<i>Les concepts de la théorie</i>	9
4.3.1	<i>Nature des transitions</i>	9
4.3.2	<i>Conditions de transition</i>	10
4.3.3	<i>Modèles de réponses</i>	11
4.3.4	<i>Nursing therapeutics</i>	11
5	Méthode	12
5.1	<i>Bases de données</i>	12
5.2	<i>Concepts et mots-clés</i>	12
5.3	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	13
5.4	<i>Articles retenus</i>	14
6	Présentation des résultats	15
6.1	<i>Présentation tabulaire des résultats</i>	15
6.2	<i>Présentation des articles</i>	24
7	Synthèse des résultats	28
7.1	<i>Nature des transitions</i>	28

7.1.1	Types	28
7.1.2	Propriété	28
7.2	<i>Condition de transition</i>	30
7.2.1	Les croyances personnelles des patients, facteur entravant.....	30
7.2.2	Les représentations des professionnels, facteur entravant.....	31
7.2.3	L'environnement, facteur entravant	31
7.2.4	Les conjoints, facteur facilitant	32
7.2.5	Les ressources de la communauté, facteurs facilitants.....	32
7.3	<i>Interventions infirmière « nursing therapeutics »</i>	33
7.4	<i>Modèles de réponses</i>	33
7.4.1	Renouvellement de l'identité.....	33
8	Discussion	34
8.1	<i>Utilité de la théorie de la transition</i>	35
8.2	<i>Réponse à la question de recherche</i>	35
8.3	<i>Limites et caractère transférable des résultats</i>	36
8.4	<i>Recommandation pour la pratique</i>	36
8.5	<i>Recommandation pour la recherche</i>	38
9	Conclusion	39
10	Liste des références	40
11	Annexe 1.....	43

1 Introduction

Le cancer est devenu un fléau de nos sociétés. On le qualifie même désormais de maladie chronique. Cependant, grâce aux progrès de la médecine, la prise en charge des patients s'est sensiblement améliorée ces dernières années. Néanmoins, il s'agit d'une maladie ayant des répercussions non seulement sur le plan physique mais aussi sur la personne dans sa globalité.

Par intérêt commun, ce travail de Bachelor s'est rapidement orienté vers le thème de l'oncologie, puis se sont posées les questions de l'intimité et de la sexualité des patients atteints de cancer.

La problématique du travail sera exposée, puis les notions de sexualité, de santé sexuelle et d'intimité seront précisées.

Afin d'apporter un éclairage de sciences infirmières, la théorie de la transition de Meleis a été choisie. Les postulats seront précisés, ainsi que les concepts pertinents pour cette recherche.

Par la suite, ce travail indiquera la méthodologie utilisée, en expliquant les recherches effectuées sur les bases de données, les mots-clés et les descripteurs, les principales équations de recherches et les critères d'inclusion et d'exclusion.

Il s'en suivra une présentation tabulaire des principaux résultats des six études retenues, suivie d'un résumé de chaque article, exposant leurs limites.

Une synthèse des données pertinentes pour répondre à la question de recherche sera effectuée à l'aide de la théorie de Meleis.

Ensuite, la discussion confrontera les principaux résultats entre eux et un lien sera fait avec la question de recherche mais également avec le cadre théorique.

Pour terminer, après une analyse de l'impact du cancer sur la sexualité et l'intimité des patients, il sera indiqué, dans le cadre du rôle infirmier, quelques pistes à prendre en compte dans l'accompagnement des patients en oncologie

2 Problématique

Le cancer est la deuxième cause de mortalité au niveau mondial après les affections cardio-respiratoires (OMS, 2012). A l'échelle mondiale, on constate une augmentation constante des cas de cancer. Une étude du Global Burden of Disease Cancer Collaboration, réalisée à grande échelle et réunissant un nombre important d'experts reconnus, a montré l'expansion de cette maladie sur les vingt dernières années : en 1990 on dénombrait 8.5 millions de cas à travers le monde, mais en 2013 on a atteint 14.9 millions de cas. [traduction libre] (Fitzmaurice & al., 2015) Ramené à la population mondiale, qui comptait cinq milliards d'êtres humains en 1987 et sept milliards en 2011, cela représente 1.7 pour mille cas de cancer dans les années 1990, et 2.1 pour mille dans les années 2010, ce qui témoigne d'une progression de la prévalence de la maladie. (Encyclopédie Larousse en ligne, n.d.).

En Suisse, les données de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) révèlent que plus de 37'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués annuellement (2014). Le phénomène est important puisque 31% des hommes et 23% des femmes décèdent des suites de cette maladie (OFSP, 2016). A ce jour, l'OFSP ne dispose pas de statistiques concernant la prévalence des cancers en Suisse : les premiers chiffres seront disponibles en 2018. Néanmoins, cet organisme révèle que 40% des Suisses développeront un cancer durant leur vie (2016). Ces chiffres sont éloquentes : les soignants doivent ainsi faire face à une maladie devenue courante actuellement.

Cependant, s'il est vrai que ces pathologies se rencontrent fréquemment dans le monde médical, pour le patient, l'annonce d'un diagnostic de cancer est sans aucun doute une expérience difficile à vivre. Le cancer aura des répercussions sur toutes les sphères de la vie du malade, y compris l'une à laquelle on ne pense pas nécessairement de prime abord : la sphère intime. Pourtant, selon Katz (2005), le diagnostic de cancer, ainsi que les traitements qui vont suivre, auront un impact significatif sur l'activité sexuelle, allant de l'aspect fonctionnel jusqu'à des effets émotionnels et mentaux. Cette hypothèse sera centrale dans ce travail.

Or il est un thème qui semble souvent oublié, probablement parce que, tant le personnel soignant que le patient, ne savent comment l'aborder : qu'en est-il des besoins en information de la personne soignée pour un cancer en matière d'intimité, voire de sexualité, qu'elle soit hospitalisée ou bien prise en charge à domicile ? Sait-elle, ose-t-elle demander si des rapports sont encore possibles, encore souhaitables ? Y a-t-il des douleurs, des dysfonctionnements dont elle aimerait parler ? Au fond, que veut-elle savoir à propos de la sexualité ? Mais avant tout, que représentent l'intimité et la sexualité pour le patient bénéficiant de soins en oncologie ?

L'infirmière, en raison de sa vision holistique de l'être humain et de son jugement clinique, occupe une position privilégiée pour accompagner les patients atteints d'un cancer. Elle dispose de compétences qui lui permettent d'évaluer les besoins des personnes prises en charge, dont la sexualité et l'intimité, qui, comme évoqué plus haut, sont concernées par la maladie. La sexualité fait partie intégrante de chaque personne et elle est une composante essentielle du bien-être général, de la qualité de vie et de la santé. [traduction libre] (Nusbaum, Gamble, Skinner & al., cités dans Krebs, 2008, p. 80)

Quant à l'intimité c'est le sentiment, éprouvé par une personne, que les autres devraient être exclus de quelque chose qui ne regarde que lui, assorti de la reconnaissance du fait que les autres ont le droit de faire de même. [traduction libre] (Bates, 1964, p. 429)

Il semble alors essentiel pour l'infirmière de prendre en considération ces deux concepts lors des soins, car, en plus d'être liés, ils sont cruciaux. En effet, une étude menée par Redelman montre que, lorsque les besoins sexuels du patient ne sont pas reconnus, cela peut entre autres mener à une dépression, affecter l'estime de soi et occasionner du stress. [traduction libre] (2008, p. 366)

Cependant, les patients évoquent peu la sexualité. D'après Hirsch (2005, cité dans Panes-Ruedin, 2009, p. 70) « nous ne pouvons pas attendre des patients qu'ils en parlent d'eux-mêmes, c'est d'ailleurs rarement le cas ». Dans le même sens, Marx dit que « les patients et/ou leurs partenaires confient peu à leur médecin leurs difficultés sexuelles et l'intimité de leur couple, la priorité étant donnée aux soins, à la lutte contre la maladie. Parler de sexualité semble paradoxal et les patients peuvent ressentir gêne, honte et culpabilité à l'exprimer » (2007, p. 162) C'est donc au personnel soignant de faire le pas, d'oser la parole.

Etant donné que la sexualité recoupe les domaines biologiques, psychologiques et sociaux, voire même spirituels du patient, il est indispensable que l'infirmière, plus que tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire, se préoccupe de savoir si les patients dont elle a la charge ont des questions, des problèmes, des inquiétudes en lien avec la sexualité. En effet, le personnel infirmier ayant de nombreux contacts quotidiens avec le patient, il se doit de l'écouter puis d'agir en vue de lui assurer une qualité de vie optimale. Par ailleurs, les rôles de communicateur ainsi que d'expert en soins infirmiers doivent porter sur toutes les difficultés de la personne. Le professionnel ne peut donc pas se permettre de négliger l'intimité et la sexualité, même si ces sujets sont probablement difficiles à aborder. Cette problématique est ainsi légitimement inscrite dans la pratique infirmière. Dans le raisonnement qui sera développé par la suite, la théorie de la transition de Meleis servira de cadre théorique et d'appui.

Ainsi, les questions de départ étaient les suivantes : comment prendre en compte les besoins en matière d'intimité et de sexualité des patients en oncologie ? A quel moment l'infirmière devrait-elle aborder le sujet avec le patient ? Ces besoins en information sont-ils sous-évalués par les soignants ? Les patients atteints d'un cancer n'ont-ils plus aucun besoin d'intimité et de sexualité ? Est-il légitime pour l'infirmière d'aborder de telles questions avec les patients ? Ou encore, pourquoi les infirmières devraient-elles s'intéresser à la sexualité des patients ?

A la suite de l'élaboration de la problématique, les éléments rassemblés ci-dessous selon l'outil PICOT composeront la question de recherche :

P (population) :	Patients adultes en oncologie, leurs partenaires et les infirmières travaillant dans le domaine
I (impact) :	Favoriser la discussion autour de l'intimité et la sexualité
C (contexte) :	Contexte hospitalier et/ à domicile
O (outcome) :	Comprendre les facteurs qui entravent la discussion ainsi que les interventions qui la favoriseraient
T (temps) :	Durée de l'accompagnement

La question de recherche qui en découle est donc celle-ci :

Comment l'infirmière peut-elle favoriser la discussion autour de l'intimité et la sexualité auprès des patients en oncologie ?

3 Concepts

A ce stade, il est nécessaire de fournir une définition des concepts présents dans ce travail : ceci permettra de mieux saisir le propos en lien avec la problématique préalablement exposée.

3.1 Sexualité

Pour aborder le thème de la sexualité, ce travail s'est référé à la définition de la sexualité selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui est la suivante :

un aspect central du fait d'être humain, tout au long de la vie, qui inclut le sexe biologique, les identités et les rôles du genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Bien que la sexualité puisse inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas forcément vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, légaux, historiques, religieux et spirituels. [traduction libre] (OMS, 2006a)

D'autres auteurs comme Wilmoth vont dans le même sens, en mettant en avant la notion de complexité de la sexualité (2006).

3.2 Santé sexuelle

L'OMS définit également la santé sexuelle comme suit :

« un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». (2015)

Les deux définitions ci-dessus démontrent ainsi que la sexualité est non seulement multi-dimensionnelle mais aussi multi-factorielle. Il s'agit donc, comme souligné auparavant, d'une notion complexe. La sexualité devrait ainsi être prise en compte d'une manière holistique. En effet, l'infirmière doit toujours avoir à l'esprit que l'aspect physique de la sexualité n'est qu'une dimension parmi d'autres. Ce faisant, elle est certaine d'assurer une prise en charge complète du patient, et donc de qualité.

Selon B. Panes-Ruedin, infirmière référente au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) pour le cancer du sein, « la santé sexuelle, telle qu'elle est définie par l'OMS, peut être considérée comme partie intégrante de la qualité de vie » (2009, p. 69). Ce postulat est également corroboré par Katz (2005) pour qui la sexualité est un aspect important de la qualité de vie et du fonctionnement humain normal.

Concernant la sphère sociale, et en particulier chez patients atteints de cancers, selon Watson,

« la sexualité s'exprime aussi par les rôles que la personne assume selon son identité sexuelle. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie cancéreuse vers la phase terminale, des inquiétudes vont germer dans la tête de la personne atteinte qui anticipera les réactions de l'entourage devant son incapacité de plus en plus réelle à pouvoir remplir les rôles qu'elle avait toujours assumés jusque-là. Elle s'inquiétera aussi de la perception de son entourage devant les effets de la maladie et des traitements sur son corps, alors qu'elle-même a déjà de la difficulté à regarder et à accepter son image corporelle transformée. » (1985a, cité dans Foucault & Mongeau, 2011, p. 103)

Watson, parlant de sexualité, évoque l'acceptation de l'image de soi potentiellement transformée : ce thème sera plusieurs fois repris dans les articles retenus.

3.3 Intimité

L'intimité est probablement le concept le moins aisé à décrire, tant il peut recouvrir plusieurs états de fait différents. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales français (CNRTL) propose de nombreuses définitions de ce terme, dont deux ont semblé correspondre au sujet de ce travail :

« [À propos d'une ou de plusieurs personnes considérées dans leur mode d'existence, dans leurs rapports avec un nombre limité d'individus] : vie privée propre à tel individu ou tel couple ; ce qui est strictement personnel et généralement préservé des curiosités indiscretes »

mais également : « relations sentimentales, mêlées ou non de sensualité, marquées par une communion profonde, des échanges sans réserve et parfois la cohabitation » (2012).

Ces deux descriptions, l'une complétant l'autre, rappellent tout d'abord que la vie privée du patient devra être à tout prix respectée et préservée. Ensuite, elles laissent penser que la sexualité est difficilement dissociable de l'intimité. Le terme fait d'ailleurs partie intégrante de la définition de la sexualité par l'OMS mentionnée plus haut. Et pourtant, bien que liées, il est vraisemblable que sexualité et intimité peuvent coexister indépendamment l'une de l'autre. En effet, selon Pasini (1991),

“L'intimité du couple est un phénomène qui transcende la sexualité, au point qu'elle continue souvent à exister même en l'absence de cette dernière. Les couples qui durent le savent bien, qui sont encore unis par un rapport de complicité réciproque malgré les infirmités du corps. Une bonne communication favorise cependant une bonne sexualité, de même qu'une bonne sexualité améliore souvent l'intimité du couple”.

Pour l'auteur, l'intimité va bien au-delà de la sexualité et ne doit pas être négligée. Elle devrait donc être prise en compte lors de l'accompagnement.

4 Cadre théorique

Le cadre choisi pour l'analyse des textes retenus est celui de la théorie de la transition selon Meleis. En effet, comme évoqué plus haut, l'hypothèse principale de ce travail est que le cancer va influencer la personne dans de nombreux domaines, dont l'intimité et la sexualité. Or ces changements annoncés seront autant de transitions à vivre pour l'individu. Le présent travail utilisera la théorie de la transition uniquement pour éclairer les transformations vécues dans la sphère intime.

Dans ce chapitre seront définis la transition selon Meleis, les postulats et certains concepts de la théorie. Par la suite, les notions de propriétés, de conditions de transition, d'interventions infirmières ainsi que les indicateurs de résultats seront plus amplement détaillés, car ils permettront d'éclairer la problématique.

Il est important de souligner que le concept de propriétés ainsi que les interventions infirmières ont été déterminants pour le choix du cadre théorique.

4.1 Définition de la transition

Pour Meleis, la transition est au cœur de la discipline infirmière (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, p.7). Une transition est à la fois le processus et le résultat des interactions complexes de la personne avec son environnement. Elle peut impliquer une personne ou plus. Elle est insérée dans un contexte et dans une situation (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256).

La théorie de niveau intermédiaire des transitions se situe dans le paradigme de l'intégration. Dans ce dernier, « on reconnaît les multiples éléments et les manifestations d'un phénomène ainsi que le contexte spécifique dans lequel un phénomène se produit » (Pépin & al., 2010, p.29). Selon ce paradigme, la santé est un idéal à atteindre (Pépin & al., 2010, p.41). D'après Meleis, une transition est saine lorsque la personne fait preuve d'une maîtrise des compétences et des comportements dont elle a besoin pour gérer les nouvelles situations et pour retrouver son équilibre (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 114). Le patient peut trouver du soutien auprès de l'infirmière, ce qui lui permettrait de mieux affronter les changements en lien avec sa sexualité et son intimité suite à un cancer. Ce faisant, la personne pourrait retrouver un certain équilibre.

4.2 Les postulats

Plusieurs postulats peuvent être inférés de la théorie de la transition. Ceux-ci seront mis en lien avec les notions de santé, de personne, de soins et d'environnement.

4.2.1 Santé

Selon Meleis, toutes les transitions sont caractérisées par un flux et un mouvement à travers le temps. [traduction libre] (Im dans Alligood, 2010) De la même façon, le cancer est une pathologie actuellement considérée comme chronique, c'est-à-dire, « d'évolution lente, sans tendance à la guérison » (Larousse Médical, n.d.). Or, en raison de cette chronicité, le patient vivra potentiellement plusieurs transitions au cours de la maladie (ex. annonce du diagnostic, premier traitement, récurrence).

4.2.2 Personne

Les transitions causent des changements dans l'identité, les rôles, les relations, les habiletés et les *patterns* de comportement. [traduction libre] (Im dans Alligood, 2010) Or, selon l'OMS, la sexualité comprend justement ces notions (à l'exception des habiletés). Par ailleurs, comme évoqué précédemment, le cancer affecte plusieurs sphères de l'individu : il est donc probable qu'il causera des changements dans l'identité, les relations, les rôles et les comportements du patient, impactant alors la sexualité du patient. (NB : *patterns* pourrait se traduire approximativement par modèle, cependant, le choix a été fait de garder le terme en anglais).

4.2.3 Environnement

L'environnement comprend les contextes (historique, social...) dans lequel la personne évolue (Pepin & al, 2010, p.41). D'après Meleis, certaines conditions personnelles et environnementales (communautaires ou sociétales) facilitent ou au contraire, font obstacle au processus de transition (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 107). Ces facteurs ayant une influence peuvent provenir du patient, des soignants mais aussi du contexte.

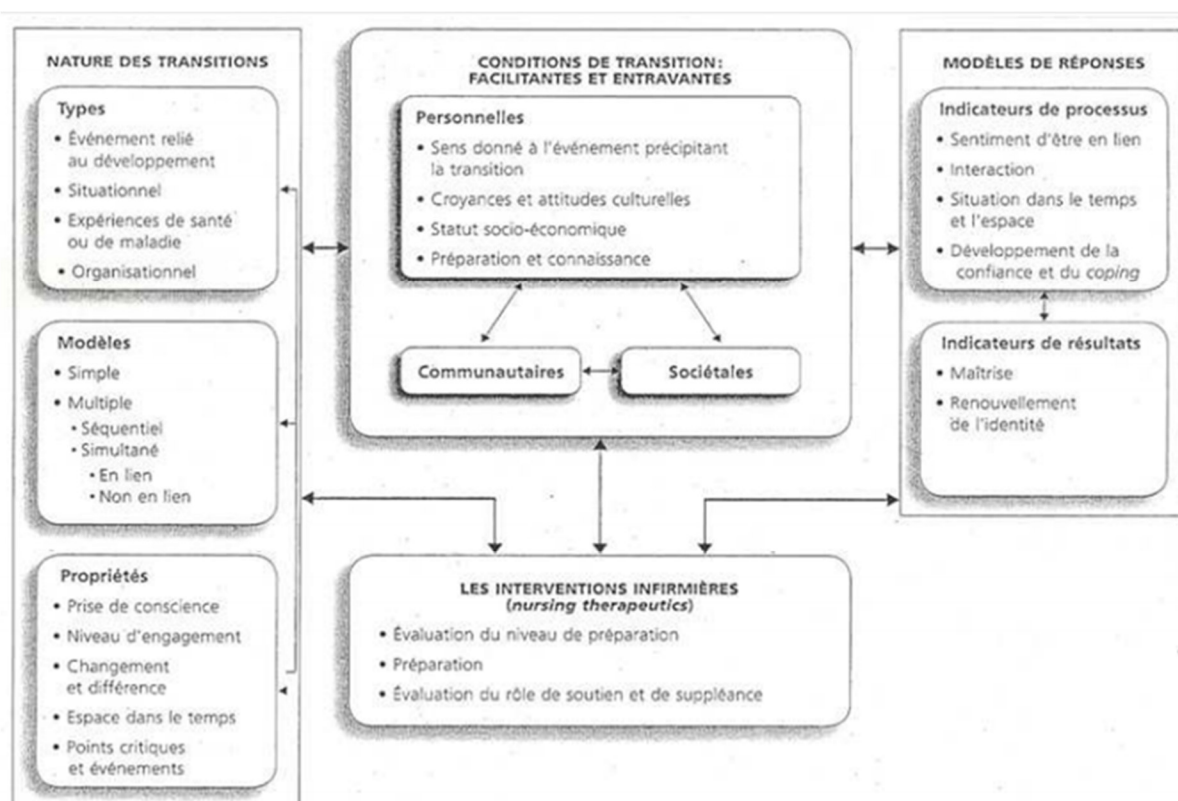
4.2.4 Soins

Chez Meleis, le soin ou les interventions thérapeutiques (*nursing therapeutics*) correspondent à toutes les activités de soins infirmiers et les actions délibérément conçues pour soigner la personne et prendre en compte à la fois le contenu et les buts des interventions de soins. [traduction libre] (George & Hickman dans George, 2011, p. 616)

4.3 Les concepts de la théorie

La théorie de la transition de Meleis énonce différents concepts. Les plus pertinents pour ce travail sont la nature des transitions, les *patterns* de celles-ci, les modèles de réponses et enfin, les interventions infirmières (plus précisément appelées *nursing therapeutics* par l'auteure).

Pour plus de clarté, une représentation schématique de la théorie de la transition selon Meleis (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 105) est reproduite ci-dessous.



4.3.1 Nature des transitions

Meleis distingue quatre types de transitions pouvant représenter la pratique infirmière, à savoir, les transitions liées au développement, situationnelles, de santé ou de maladie, ou encore, organisationnelles (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 104).

Cependant, un type de transition semble plus pertinent que les autres lorsque l'on étudie l'intimité et la sexualité en oncologie : il s'agit de l'expérience de santé ou de maladie. Cette transition implique la notion de changement, non seulement dans l'état de santé, mais aussi dans la maladie.

4.3.1.1 Propriétés

Meleis identifie plusieurs propriétés dans une transition : la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement et la différence, l'espace dans le temps et enfin les points critiques et les événements (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 106). La propriété la plus intéressante pour ce travail est la prise de conscience de la situation de la part des patients. C'est à l'infirmière d'identifier où se situe le patient dans l'expérience de la maladie avant de mener une démarche impliquant des interventions.

4.3.1.2 Prise de conscience

Meleis relie la prise de conscience à la perception, la connaissance et la reconnaissance d'une expérience de transition. Cependant, celle-ci peut tout de même se produire sans prise de conscience (Aubin et Dallaire dans Dallaire, 2008).

4.3.1.3 Niveau d'engagement

Meleis définit le niveau d'engagement comme le degré de participation du patient dans la trajectoire de transition. Cependant, le niveau d'engagement est directement influencé par les informations fournies par l'infirmière.

4.3.1.4 Changement et différence

Le changement se caractérise par sa nature, sa temporalité, la perception de son importance et de sa gravité. Bien qu'il ne soit pas toujours synonyme de transition, toute transition en revanche implique un changement. L'entrée dans une transition requiert un engagement de la part du patient dans la gestion de sa maladie.

4.3.1.5 Points critiques

Le moment critique est un événement identifiable et marquant pour la personne. Il représente un moment de stabilité nouvellement développée qui implique de nouvelles compétences, habitudes et activités. [traduction libre] (George & Hickman dans George, 2011, p. 613).

4.3.2 Conditions de transition

D'après Meleis, « certaines conditions personnelles communautaires ou sociétales facilitent ou font obstacle au processus de transition et à la réapparition d'un bien-être » (Aubin & Dallaire dans Dallaire, p. 107). Il faut avoir à l'esprit que chaque cancer est différent (l'expérience de la maladie, le vécu de la sexualité, la propension à parler ou non de sexualité...).

4.3.3 Modèles de réponses

Meleis distingue plusieurs modèles de réponses à ces transitions. Parmi les indicateurs de processus, elle distingue : le développement de la confiance et du *coping*, le sentiment d'être en lien, la situation dans le temps et l'espace, et l'interaction (Aubin & Dallaire dans Dallaire, p. 109-111).

Parmi les indicateurs de résultats cités par Meleis, le plus intéressant pour le présent travail est le renouvellement de l'identité. L'objectif est d'arriver à une expérience de transition saine, caractérisée par une reformulation de l'identité. Certes, la personne ne redevient pas comme avant, mais elle quitte la transition en ayant vécu une expérience (Aubin & Dallaire, 2008, p.111).

4.3.4 Nursing therapeutics

Les *nursing therapeutics* (que l'on pourrait approximativement traduire par interventions infirmières) ont pour but d'aider une personne et sa famille à retrouver leur équilibre à la suite d'une période de vulnérabilité, en reconnaissant la nature de la transition vécue et les conditions qui la facilitent ou l'entravent, ce qui permet aux infirmières d'intervenir efficacement (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 113-114).

Meleis distingue trois types d'interventions infirmières. [traduction libre] (George & Hickman dans George, 2011) La première est l'évaluation du niveau de préparation, qui devrait inclure l'évaluation de toutes les conditions de transition. La deuxième est la préparation, s'appuyant sur l'éducation du patient afin de créer des conditions qui optimisent le processus. [traduction libre] (George & Hickman dans George, 2011, p. 616) Enfin la dernière est le rôle de soutien et de suppléance, dans lequel l'infirmière détermine les besoins nécessaires pour combler les manques de la personne durant la transition (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 112).

5 Méthode

Cette partie du dossier indique les bases de données qui ont été utilisées pour la recherche documentaire et comment la stratégie de recherche s'est construite. Cette section comprend les critères d'inclusion et d'exclusion retenus pour la sélection des articles afin qu'ils soient pertinents et fiables pour répondre à la question de recherche.

5.1 Bases de données

La recherche documentaire s'est effectuée dans deux bases de données. La première fut CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), qui répertorie de la documentation en soins infirmiers et d'autres écrits concernant la santé (publications biomédicales, médecines complémentaires, etc.). « Cette base de données catalogue des documents du monde entier et dans de nombreuses langues » (EBSCO Health, 2016).

La deuxième base de données exploitée fut Medline-Pubmed. « Il s'agit d'une bibliothèque de médecine en ligne qui contient 22 millions d'écrits biomédicaux et concernant les sciences de la vie » (USA.gov, 2016). Tout comme CINAHL, elle répertorie de la documentation mondiale dans toutes les langues.

5.2 Concepts et mots-clés

Les mots-clés ont directement découlé de la question de recherche. Ceux-ci ont été traduits en anglais, car c'est la langue principale de CINAHL et PubMed. Les mots-clés ont été convertis en descripteurs dans les deux bases de données choisies. Puis des équations de recherche ont été posées dans ces registres afin de sélectionner des articles en lien avec les concepts centraux. Le tableau des concepts, mots-clés et descripteurs est détaillé ci-dessous.

Concepts	Mots clés	CINAHL	PubMed
<i>Oncologie</i>	Oncology	Oncology	Oncology nursing
<i>Intimité</i>	Intimacy Intimate	Intimacy	Intimacy
<i>Sexualité</i>	Sexuality Sexuality behavior Sexual health	Sexuality	Sexuality Sexual behavior
<i>Soins infirmiers</i>	Nursing care	Nursing care	Nursing care
<i>Toucher</i>	Touch	Touch	
<i>Image corporelle</i>	Body image	Body image	
<i>Couple</i>		Couples Counseling	

Afin de mieux illustrer la notion d'équation de recherche voici un exemple dans CINHALL et un autre dans Medline-PubMed qui ont permis de trouver certains des articles sélectionnés.

- (MH "Nursing Care+") AND (MH "Oncology") AND ((MH "Intimacy") OR (MH "Sexuality+"))
 - Résultats de recherche : 33'833 articles
 - Consulté le 09.12.2015 et le 26.04.2016
- ((Nursing care) AND "Sexuality"[Mesh]) AND "Oncology Nursing"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 48 articles
 - Consulté le 09.12.2015 et le 26.04.2016

Pour plus de légèreté dans le document, les autres équations utilisées seront consultables en annexe.

5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

La recherche d'articles a été menée en appliquant des critères d'inclusion et d'exclusion qui ont permis de cibler les études les plus pertinentes répondant le mieux à la problématique exposée.

Le premier critère d'inclusion a été la population adulte. Celle-ci s'entend comme l'ensemble d'adultes bénéficiant de soins en oncologie, mais également leurs éventuels partenaires et les soignants travaillant dans ce domaine. Le choix a été fait de garder uniquement les articles datés de moins de dix ans et rédigés en langue française, anglaise ou espagnole.

La thématique a parfois été traitée dans d'autres domaines scientifiques que les soins infirmiers, cependant seuls ont été pris en compte les résultats pouvant être significatifs pour la profession infirmière. Pour finir, tous les articles devaient traiter de la notion de la sexualité et/ou de l'intimité, étant donné que les deux notions ne sont pas forcément présentes simultanément. Il a été décidé d'accepter les articles qui abordaient la question en milieu hospitalier ou bien à domicile, bien que le secteur hospitalier ait présenté un intérêt particulier.

Enfin, il a été retenu une opinion d'expert, en raison de son contenu tout à fait approprié à cette recherche.

Concernant les critères d'exclusion, les revues systématiques n'ont pas été admises dans ce travail, de même que les articles de moins de cinq pages.

5.4 Articles retenus

Suite aux recherches dans les bases de données et à l'analyse des articles dans le but d'exclure ceux qui ne répondraient pas aux caractéristiques, cinq ont été trouvés directement puis un autre par système de cross reference (processus qui consiste à chercher des articles à l'aide de la liste de référence d'une autre publication). Au final, six articles ont été retenus car ils semblaient pertinents pour répondre à la question de recherche.

- 1) Constructions of Sexuality and Intimacy after Cancer, Hordern & Street, (2007). *Social Science & Medicine*, Australie.
- 2) Ovarian cancer survivors qualitative analysis of the symptom of sexuality, Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia & Nixon (2011). *Oncology Nursing forum*, vol. 38, pp 699-708, USA.
- 3) Embodying sexual subjectivity after cancer: A qualitative study of people with cancer and intimate partners, Gilbert, Ussher & Perz, (2013). *Psychology & Health*, Australie.
- 4) Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice, O. Julien, Thom & Kline, (2010). *Oncology Nursing Forum*, USA.
- 5) Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues, Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Beaver, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen. (2013). *European Journal of Oncology Nursing*. Finlande.
- 6) Sexual assessment in cancer care, Krebs, (2008). *Seminars in Oncology Nursing*, vol 24, pp 80-90, USA.

6 Présentation des résultats

6.1 Présentation tabulaire des résultats

Constructions of Sexuality and Intimacy after Cancer Amanda J. Hordern, Annette F. Street, (2007). <i>Social Science & Medicine, Australie.</i>		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis: étude qualitative de type théorisation ancrée But: discuter des représentations au sujet de l'intimité et de la sexualité, en oncologie et en contexte de soins palliatifs, des patients et des professionnels de la santé.	Adultes, atteints d'un cancer (n=50) et bénéficiant de soins palliatifs, ainsi que des professionnels de la santé (n=32) (infirmière, médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) n total = 82	Données obtenues à partir de trois sources : • Entretiens semi-structurés • Analyses textuelles de 33 guidelines de pratique clinique • Feedback des participants (patients et soignants) des 15 forums de cancer. Des données préliminaires provenant des entretiens ont été présentées dans les forums afin d'être validées par les participants. Enfin, on a procédé à l'analyse textuelle des mots, des phrases et des images utilisées par les participants afin de comprendre les influences structurelles et culturelles des représentations de la sexualité et de l'intimité. L'utilisation des travaux de Giddens sur la réflexivité, l'intimité et la sexualité a été particulièrement utile dans les phases finales de l'étude.
Résultats On constate une non-congruence parmi les réponses des patients et des professionnels de la sexualité. Beaucoup de soignants ont supposé que les patients parleraient de ces sujets avec eux s'ils les considéraient comme important. Les patients, eux, ont pensé que ces problèmes n'étaient pas importants puisque les professionnels n'en parlaient pas. Selon leur niveau de réflexivité, les participants ont été classés en groupes, dans un ordre croissant suivant un continuum de réflexivité : <i>Participants ayant un moindre degré de réflexivité :</i> - Patients : • « La survie est plus importante que ma sexualité » (n=2) • « Fais confiance à l'expert » (n=6) Ces patients ont défini la sexualité d'une manière fonctionnelle (par exemple, la capacité à avoir des rapports avec pénétration ou non), plutôt qu'en termes d'impact du cancer sur les aspects intimes de leur vie. Cependant, plus tard dans l'étude, ils ont manifesté leur souhait que « quelqu'un ait pu leur offrir quelques pistes quant à la gestion de leur sexualité dans le couple, lors d'un cancer ».		

- Soignants : • « Ce n'est pas une question de vie ou de mort » (n=10) • « Je réussis à éviter le sujet » (n=11) Dans ces groupes, les soignants ont vu les patients comme des êtres « asexués » et leur sexualité a été abordée en des termes purement médicaux comme par exemple des troubles de l'érection. Ils ont aussi mentionné un manque de temps et d'intimité pour aborder ces discussions avec les patients. <i>Participants ayant un degré important de réflexivité :</i> - Patients : • « Recherche d'autres options » (n=9) • « Suis-je normal ? » (n=20) • « Communication négociée » (n=13) Certains des patients dans ces groupes ont fait part d'une certaine frustration et ont cherché « la bonne personne » pour dialoguer autour des changements dans leur sexualité et leur intimité. D'autres ont souhaité du soutien émotionnel voire même être mis en contact avec une autre personne ayant vécu la même expérience afin de partager des stratégies de coping. Les deux derniers groupes, « Suis-je normal ? » et « Communication négociée », ont recherché activement une discussion avec les soignants. Le besoin de partenariat avec les soignants a été clairement mis en évidence par le tout dernier groupe, qui a affirmé que « les relations, la sexualité et l'intimité étaient les parties les plus importantes de leur vie en termes non seulement physiques mais aussi mentaux ». - Soignants : • « Je ne peux pas exposer ma vulnérabilité » (n=6) • « C'est risqué » (n=3) • « Communication négociée » (n=2) Dans ce groupe de soignants, les plus réflexifs étaient ceux qui étaient capables d'articuler leurs propres définitions personnelles de sexualité et d'intimité et la manière dont leurs croyances sur les patients avaient un impact dans leur pratique. Quelques soignants ont fait référence à des facteurs environnementaux tels que le manque d'intimité, et la culture de leur lieu de travail où ces éléments étaient considérés comme tabous. La majorité des professionnels a été classée dans les groupes ayant une moindre réflexivité, ce qui a été exactement le contraire des patients, qui, pour la plupart ont manifesté une posture réflexive. La majorité des soignants a adopté une approche « médicalisée » de la sexualité et de l'intimité en abordant ces sujets en termes d'altération de la fertilité, de problèmes d'érection, etc. Parfois les besoins des patients en matière de sexualité ont même été ignorés par les professionnels.	Recommandations pour la pratique • Il faudrait un certain degré de réflexivité de la part des professionnels quant à la sexualité et l'intimité pour pouvoir engager le dialogue avec les patients. • Privilégier des questions ouvertes à poser au patient telles que : « Comment ce traitement a-t-il affecté les aspects intimes ou sexuels de votre vie ? » Ne pas oublier de prendre en considération les patients âgés, ceux qui sont célibataires, ceux ayant une autre culture, etc.
--	---

Ovarian cancer survivors qualitative analysis of the symptom of sexuality Margaret C. Wilmoth, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia & Traci Nixon (2011). <i>Oncology Nursing forum</i> , vol. 38, pp 699-708, USA.		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis: étude qualitative phénoménologique But: décrire l'impact (symptômes et changements) du cancer ovarien sur la sexualité des femmes qui reçoivent la première ligne de traitement de cette maladie, et identifier les informations que les infirmières devraient transmettre sur ses symptômes possibles.	Adultes (femmes) Atteintes d'un cancer ovarien (n=13) traitées par une chimiothérapie de première ligne ou ayant terminé un traitement dans les six derniers mois	Questionnaire oral individuel (n=8), qui comprend : 1) Question large incluant « qu'est-ce que la sexualité pour vous ? » 2) Puis les facteurs qui ont pu influencer la sexualité avant et pendant le diagnostic 3) Affinement des symptômes (comment les changements ont-ils été vus ? La gravité ? L'impact de ces changements ? Quels effets ont-ils eus sur leur intimité ?) Changement de méthodologie au cours des entretiens avec nouvelle question comprenant l'intensité de 1-10 du changement de leur sexualité depuis l'annonce du diagnostic. Groupe de discussion (n=5) Les mêmes procédures ont été utilisées dans le groupe de discussion. La différence est qu'à la fin, les participantes ont discuté de ce dont elles avaient été informées par leur équipe de soins de santé, par opposition à ce dont elles auraient souhaité être informées.
Résultats 62% des femmes (n = 8) ont indiqué que le diagnostic de cancer avait eu un impact négatif sur leur sexualité elles ont dit ne plus se sentir complètes, « <i>no longer whole</i> ». Quatre des participantes ont indiqué un faible changement de leur sexualité (1-3 sur 10), avec une faible diminution de leur désir sexuel. Quatre ont parlé d'un grand changement (7-10 sur 10), ont dit « je me sens comme si personne ne voulait me toucher », « c'est comme si une partie de ma vie avait disparu. ». Qu'elles soient jeunes ou plus âgées (ménopausées ou non), elles ont toutes affirmé que le cancer avait eu un impact sur leur sexualité. Certaines ont affirmé que leurs relations s'étaient améliorées. Quand les patientes ont parlé de sexualité, elles ont différencié 2 catégories soit : • L'aspect global de la sexualité (se sentir bien par rapport à soi-même, sentiment d'être attirante) • L'intimité sexuelle (la relation avec le mari, tous les éléments qui vont de pair avec le fait de faire l'amour) <i>Les facteurs qui influencent la sexualité :</i> • Les facteurs physiologiques, à savoir, les changements hormonaux résultant des chirurgies (ovariectomie, hystérectomie), mais aussi, les cicatrices. <i>La chimiothérapie entraîne :</i> • Des changements dans la cognition, des neuropathies périphériques, des changements de poids dans 12/13 des femmes, ce qui a eu un impact direct sur leur sexualité, les symptômes de la ménopause et l'infertilité. <i>Les facteurs psychologiques :</i> • La cicatrice chirurgicale (n=5), le port-à-cath (n=3), l'alopécie (n=8), ne plus avoir la possibilité d'avoir un enfant, ne plus pouvoir faire ses activités (le sport), la crainte d'une récidence. <i>Symptômes sexuels :</i> • Sécheresse vaginale, douleur, se sentent asexuées ou plus très attirantes.		

Recommandations pour la pratique

- Que les soignants abordent le sujet de la sexualité, car il est difficile pour les patients d'en parler en premier.
- Quand en parler ?
 - Avant la chirurgie
 - Quand les soignants sentent que la patiente est prête
 - Au milieu de la première chimiothérapie
- Former les professionnels à cette thématique
- Fournir des informations complètes :
 - Conséquences de la chirurgie et des traitements
 - Discuter avec la patiente et son partenaire
 - Donner des conseils préventifs sur la gestion des symptômes (Ex : possibilité d'un vagin atrophié, donc quelles positions sexuelles adopter ?)

Embodying sexual subjectivity after cancer: A qualitative study of people with cancer and intimate partners Emilee Gilbert, Jane M. Ussher & Janette Perz, (2012). <i>Psychology & Health, Australie.</i>		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis: étude qualitative phénoménologique But: explorer les expériences post-cancer de la subjectivité sexuelle incorporée de patients atteints de cancer ainsi que de partenaires de patients cancéreux, au travers d'un panel de diverses atteintes cancéreuses à divers stades. Question de recherche: Quelles sont les implications de la rupture impliquée par le cancer dans l'expérience de la conscience d'être un être humain sexué, pour des patients atteints de cancer ainsi que leurs partenaires ?	Adultes atteints de cancer à divers stades (n=44), diagnostiqués dans les 5 dernières années, ainsi que des partenaires de patients cancéreux (n=35). n total = 79	Un questionnaire a été envoyé par la poste à la population-cible. • 582 personnes y ont répondu. • 79 personnes ont été sélectionnées, car elles représentaient une diversité de cancers, de stade de la maladie, de genres et d'orientations sexuelles, pouvant refléter la population de l'étude. • Ces 79 personnes ont pris part à un entretien détaillé semi-structuré en face-à-face ou bien par téléphone, enregistré et transcrit. • Les sujets de discussion comprenaient : les changements dans la sexualité et l'intimité ; les réactions émotionnelles à ces changements ; les réponses des partenaires ; le soutien reçu de la part de la famille, des amis, et des professionnels de la santé ; et les renégociations à propos de la sexualité et de l'intimité. • La méthode d'analyse théorique des données fut celle de Braun et Clarke (2006). • Le cadre conceptuel a utilisé les travaux de Williams (1996) intitulés « <i>The vicissitudes of embodiment across the chronic illness trajectory</i> ». • Les auteurs ont analysé indépendamment les données et les résultats validés par des experts
Résultats Cette étude confirme les précédentes sur le même sujet, à savoir que les patients et leurs partenaires ont pu expérimenter des ruptures significatives dans leur sexualité post-cancer. L'ensemble des témoignages a pu être regroupé en 3 catégories de ressentis possibles : le <i>dys-embodiment</i>, le <i>re-embodiment</i> et une oscillation entre le <i>dys-embodiment</i> et le <i>re-embodiment</i>. (NB : afin de ne pas alourdir le texte, le terme <i>embodiment</i> et ses dérivés seront laissés en anglais. Dans ce contexte, on pourrait traduire <i>embodiment</i> par corporéité, mais aussi par rapport intime à son propre corps-image sociale, ou encore conception/perception de son soi-corps intime). Les patients ont en majorité décrit un <i>dys-embodiment</i> de leur subjectivité sexuelle : ces patients vivent ou ont vécu des difficultés (au niveau du désir, du fonctionnement des organes génitaux, ou encore de l'image de soi) en raison du cancer ou de ses traitements. Certains, moins nombreux, ont décrit un <i>re-embodiment</i> de leur subjectivité sexuelle : ces patients ont vécu le cancer comme une opportunité de ré-inventer positivement leur sexualité (vision apaisée de soi-même, amélioration de la qualité des rapports sexuels) D'autres, encore moins nombreux, ont évoqué une oscillation entre <i>dys-embodiment</i> et <i>re-embodiment</i> : ces patients ont eu du mal à dire si l'expérience du cancer avait été complètement positive ou négative, et ont eu le sentiment que les deux étaient mêlés. Recommandations pour la pratique Cette étude étant phénoménologique, elle ne formule pas réellement de recommandations pour la pratique. Cependant, il faudrait mener d'autres recherches dans ce domaine, en particulier, des études longitudinales, afin de suivre les aléas de la perception d'être un être humain sexué au cours du temps, quel que soit le type de cancer et le stade de celui-ci.		

Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice Jerelyn O. Julien, Bridgette Thom, and Nancy E. Kline, (2010). <i>Oncology Nursing Forum, USA</i>		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis: étude quantitative descriptive corrélationnelle But: étudier les liens entre les attitudes des infirmières en oncologie, leurs connaissances en matière de santé sexuelle et leur pratique infirmière, afin de mieux comprendre pourquoi elles échouent souvent à réaliser une évaluation complète des besoins en santé sexuelle tout au long du continuum des soins.	Infirmières diplômées (n=576), travaillant dans les soins aigus, en ambulatoire ou en périopératoire dans un centre de traitement du cancer, et ayant participé à une journée de formation obligatoire.	Des infirmières d'un centre de traitement du cancer aux Etats-Unis, travaillant soit dans les soins aigus, soit en ambulatoire, soit en péri-opératoire, ont été abordées lors d'une journée annuelle obligatoire de formation, entre avril et novembre 2007. Elles ont eu la possibilité de remplir un questionnaire facultatif et anonyme. Les auteures ont utilisé le questionnaire <i>SABS (Sexual Attitudes and Beliefs Survey)</i> afin de récolter les données. Celui-ci comporte une échelle de Likert, graduée de 1 à 6 (1 signifiant « totalement en désaccord », 6 signifiant « totalement d'accord ») permettant de quantifier les variables. Le logiciel SPSS @ 15.0 a été utilisé pour analyser l'information. Les auteures ont utilisé des statistiques descriptives et inférentielles pour l'analyse des données.
Résultats Les questions posées tentaient de mettre en évidence les barrières à une évaluation de la santé sexuelle des patients en oncologie. La réponse la plus fortement exprimée fut la croyance (de la part des infirmières) que les patients ne s'attendaient pas à ce que les infirmières discutent de problèmes sexuels. Cette réponse a également été la plus grande barrière attitudinale au fait d'intégrer un questionnaire de santé sexuelle aux pratiques infirmières. Les réponses aux questions ne semblaient pas avoir de corrélation significative entre elles, sauf dans le cas ci-après : les infirmières qui pensaient que la sexualité était un sujet trop tabou à aborder avec le patient pensaient également que ce sujet ne devait être abordé que quand le patient initiait la conversation ($p < 0.001$). Globalement, l'étude a suggéré qu'il existait une forte corrélation entre les attitudes des infirmières vis-à-vis de la sexualité et leur pratique infirmière en lien avec celle-ci. Une analyse post-hoc a montré que les infirmières âgées de moins de 40 ans identifiaient plus de barrière que les infirmières plus âgées, de même que celles ayant moins de dix ans d'ancienneté identifiaient plus de barrières que les infirmières plus expérimentées. Par ailleurs, la certification ONCC, le service ainsi que l'horaire de travail se sont révélés être des prédicteurs significatifs des scores au SABS : en effet, les infirmières certifiées en oncologie (comparées à celles non certifiées), et celles travaillant en ambulatoire (comparées à celles en soins aigus) ont identifié moins de barrières au fait de mener un entretien de santé sexuelle. Les infirmières travaillant de jour évoquaient également moins de barrières que celles de nuit, cependant, ce résultat est à nuancer, car certaines d'entre elles travaillaient en service de patients hospitalisés, et d'autres en ambulatoire.		
Recommandations pour la pratique Les auteures recommandent que des recherches basées sur les preuves soient entreprises afin d'évaluer l'efficacité des cours d'éducation sexuelle et des interventions liées aux traitements.		

Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues Katja Hautamäki-Lamminen & al. (2013). <i>European Journal of Oncology Nursing, Finlande</i>		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis : étude descriptive quantitative But : identifier les patients atteints de cancer ayant le plus besoin d'information au sujet de la sexualité, aider les professionnels de la santé à repérer les situations où les patients auraient le plus de questions, puis évaluer les ressources limitées des professionnels afin de mieux y faire face. Questions de recherche : 1) Y a-t-il une association entre les facteurs socio-économiques du patient, le type et le traitement du cancer et l'importance pour le patient d'être informé sur la sexualité ? 2) Recevoir des informations sur la sexualité est-il plus important chez les patients qui ont subi des effets négatifs sur leur sexualité ? 3) quels sont les changements dans la relation de couple, l'impact sur les besoins en information ?	Adultes atteints d'un cancer (n=505) ayant été admis à l'hôpital universitaire de Tampere en Finlande, avec des capacités cognitives suffisantes.	Sondage via trois questionnaires envoyés par la poste. 1^{er} questionnaire : INQ (conçu au départ pour identifier les besoins prioritaires en information de patientes atteintes d'un cancer du sein) puis testé sur d'autres patients cancéreux et approuvé. Le questionnaire comprend neuf besoins afin d'évaluer les besoins en information concernant : • Le degré de la maladie et son évolution • La probabilité de guérison • La façon dont le traitement affecte les activités habituelles (sport, loisir) • La manière dont les proches peuvent être affectés • Les soins pour soi-même à la maison (alimentation, aide à domicile, groupe de soutien) • La façon dont les traitements influencent le corps, l'attirance sexuelle, le fonctionnement sexuel • Les différents types de traitement (avantages et risques) • Contagion • Effets secondaires des traitements 2^{ème} questionnaire : données socio-démographiques et de traitement 3^{ème} questionnaire : évaluer les changements qui ont eu lieu à l'égard de la sexualité et des relations, ainsi que les problèmes sexuels vécus <i>avant et après</i> le développement du cancer → avec un ajout d'une échelle de 1-5 (peu à nombreux) et la description du traitement avant et après le cancer (dysfonctionnement sexuel, problème relationnel et effets négatifs sur la sexualité)
Résultats Les hommes ont dit avoir plus besoin d'information sur la sexualité que les femmes ($p < 0,001$). Les personnes de 50 ans et moins ont indiqué avoir plus besoin d'information que les personnes plus âgées. Le traitement a joué un rôle clé dans la façon dont les personnes ont classé la sexualité ($p < 0,001$) : dans le cas de la chirurgie, 5^{ème} : la chimiothérapie, 7^{ème} ; autre. 8^{ème}. Les patients ayant de hauts niveaux d'étude ont placé la sexualité en 7^{ème} position, alors que ceux ayant un plus bas niveau d'études l'ont placé en dernier ($p < 0,001$). Les patients souffrant d'un cancer de la prostate ont classé le besoin en information à propos de la sexualité en 4^{ème} position, contrairement au reste des participants ($p < 0,001$). Les patients dont la relation s'était détériorée ont placé la sexualité en 4^{ème} position, alors que les patients qui ont dit avoir eu une amélioration dans leur relation depuis le cancer l'ont placée en dernier. Les patients ayant une relation stable ont classé la sexualité comme plus importante que ceux non engagés dans une relation ($p < 0,001$).		

Recommandations pour la pratique

- Identifier les patients ayant un besoin d'informations sur la sexualité.
- Utiliser l'INQ comme base de consultation permet au patient de choisir les informations importantes, dont il a besoin au temps t.
- Tous les patients atteints d'un cancer devraient être interrogés sur leurs problèmes de sexualité liés à la maladie et aux traitements, avec une attention particulière vis-à-vis des patients subissant une atteinte directe sur la sexualité.
- Les infirmières en oncologie devraient être encouragées à discuter de la question de la sexualité avec les patients.
- Il est essentiel d'informer les patients ayant des problèmes fonctionnels, vivant une péjoration de leur relation, ou ayant subi une chirurgie.

Sexual assessment in cancer care Linda U. Krebs, (2008). <i>Seminars in Oncology Nursing</i> , vol 24, pp 80-90, USA.		
Devis, but et question de recherche	Population et échantillonnage	Méthodologie
Devis : Opinion d'expert But : Faire une revue de littérature et fournir des suggestions concernant l'évaluation sexuelle en oncologie.	Adultes atteints d'un cancer.	Utilisation de revues, d'articles de recherche, de résumés, de livres et de bases de données électroniques.
Résultats Le cancer a un impact sur l'image corporelle, ce qui complique l'expérience de la maladie. Une des barrières les plus fréquemment citées faisant obstacle à l'évaluation de la sexualité est le manque de temps, de connaissances et d'entraînement de la part des infirmières. Le fait de ne pas disposer d'un endroit privé est aussi un obstacle pour discuter ou mener une évaluation de la sexualité des patients. Des outils concrets sont présentés aux infirmières afin de mener une discussion avec le patient en oncologie à propos de sujets qui traitent de sa sexualité. L'infirmière les choisira en fonction de son expertise, du temps disponible et de la capacité du patient à participer à l'évaluation. 3 catégories de modèles sont utiles lors de l'évaluation sexuelle 1. Les modèles focalisés sur l'évaluation 2. Ceux focalisés sur les interventions, une fois que l'évaluation a été effectuée 3. Une combinaison d'évaluation et d'intervention Les modèles focalisés sur l'évaluation : • ALARM Model : A → Activité, L → Libido, désir, A → Excitation, orgasme, R → Relaxation, M → Information médicale Ce modèle évalue plusieurs éléments : le type et le niveau d'activité sexuelle, les aspects de libido, la qualité et la quantité de lubrification ainsi que la capacité d'avoir un orgasme. Dans l'information médicale, le statut de santé, le traitement et leurs effets secondaires sont également pris en compte. Ceux qui sont focalisés sur les interventions, une fois que l'évaluation a été effectuée : • PLISSIT : P → Donner au patient la permission d'être sexuellement actif, LI → Promouvoir une information limitée par rapport au traitement, à la maladie, à une incapacité sexuelle, SS → Suggestions spécifiques afin de gérer des potentiels effets secondaires sur la sexualité, IT → Soutenir l'utilisation d'une thérapie intensive avec des spécialistes tels qu'un thérapeute sexuel ou un conseiller. • Extended PLISSIT (Ex-PLISSIT) : Donner la permission au patient de revenir à chaque étape. Il existe des modèles qui combinent l'évaluation et l'intervention, comme par exemple : • Le PLEASURE Model : P → Partenaire, L → <i>lovemaking</i>, E → Emotions, A → Attitudes, S → Symptômes, U → Compréhension, R → Reproduction, E → Energie. Ce modèle inclut l'évaluation d'aspects tels que les émotions, les attitudes, le niveau d'énergie, les effets secondaires du traitement et incorpore la compréhension qu'a le patient des actuels ou des potentiels dysfonctionnements sexuels en lien avec la reproduction.		
Recommandations pour la pratique • Les interventions devraient être individualisées. Un plan de soins, incluant les stratégies d'intervention ainsi que le suivi, devrait être développé. • Le partenaire du patient (si le patient en a un, et s'il donne son consentement) devrait être intégré dans l'accompagnement. • Le besoin de formation est important. Afin de fournir des soins en oncologie de qualité, les infirmières ont besoin d'être formées en santé sexuelle et d'apprendre les connaissances et les habiletés requises pour mener une discussion et l'évaluation d'un éventuel ou actuel dysfonctionnement sexuel chez les patients.		

6.2 Présentation des articles

« *Constructions of Sexuality and Intimacy after Cancer* »

L'étude qualitative de type théorisation ancrée de Hordern et Street (n= 50) avait pour but de discuter des représentations d'intimité et de sexualité de patients et de professionnels de la santé, en service d'oncologie et de soins palliatifs. [traduction libre] (2007, p. 1704) Les participants ont été classés en plusieurs groupes, selon leur niveau de réflexivité dans un ordre croissant suivant un continuum, depuis ceux ayant un degré de réflexivité important jusqu'à ceux ayant un moindre degré de réflexivité. Les résultats ont montré une non-congruence parmi les réponses des patients et des professionnels par rapport à la façon dont ces deux groupes se représentaient la sexualité et l'intimité. Certains soignants ont supposé que les patients parleraient de ces sujets avec eux s'ils les considéraient comme importants. Les patients, de leur côté, ont pensé que ces problèmes n'étaient pas importants puisque les professionnels n'en parlaient pas.

La majorité des professionnels a été classée dans les groupes ayant une moindre réflexivité, ce qui a été exactement le contraire des patients, qui, pour la plupart ont manifesté une posture réflexive.

La limite principale de l'étude est que les sources de biais n'ont pas été nommées.

« *Ovarian cancer survivors qualitative analysis of the symptom of sexuality* »

L'étude qualitative de type phénoménologique de Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia et Nixon (n=13), avait pour but de décrire l'impact (symptômes et changements) du cancer ovarien sur la sexualité des femmes ayant reçu la première ligne de traitement de cette maladie, et d'identifier les informations que les infirmières devraient transmettre sur ses symptômes possibles. [traduction libre] (2011, p. 699) Toutes les patientes interrogées ont affirmé que le cancer avait eu une influence sur leur sexualité, influence qualifiée de négative par plus de 60% d'entre elles. Ces patientes ont indiqué ne plus se sentir « entières ». Elles ont d'elles-mêmes divisé la sexualité en deux parties, d'un côté, l'aspect global, comprenant plutôt l'image de soi et la notion d'attractivité, de l'autre, l'intimité sexuelle, se manifestant plutôt dans la relation avec le conjoint et dans le sentiment amoureux. L'étude a démontré que différents facteurs influençaient la sexualité ; des facteurs psychologiques, cognitifs, physiologiques mais aussi les symptômes sexuels, chacun de ces éléments étant lié à la maladie et à son traitement. Une partie des femmes a affirmé que leurs relations sexuelles et l'intimité avec leur conjoint s'étaient améliorées. La limite principale de l'étude a été la petite taille de l'échantillonnage : les résultats sont donc difficilement transférables, d'autant plus que l'article ne mentionne pas de saturations des données. Une autre critique est que les résultats auxquels les chercheurs ont abouti n'ont pas été vérifiés auprès des participantes à l'étude.

« *Embodying sexual subjectivity after cancer : a qualitative study of people with cancer and intimate partners* »

L'étude sociologique qualitative de type phénoménologique de Gilbert, Ussher et Perz (n = 79) avait pour but d'explorer les expériences post-cancer de la subjectivité sexuelle (autrement dit, la conscience d'être un être humain doté de sexualité) de patients atteints de cancer ainsi que de partenaires de patients cancéreux, au travers d'un panel de diverses atteintes cancéreuses à divers stades. [traduction libre] (2012, p. 603)

L'étude montre que les patients et les partenaires ont pu expérimenter des ruptures significatives dans leur sexualité post-cancer. L'ensemble des personnes interrogées ont décrit globalement trois types de ressenti : le *dys-embodiment*, le *re-embodiment*, ou bien une oscillation entre le *dys-embodiment* et le *re-embodiment* (voir le tableau de résultats correspondant pour la traduction de *embodiment*).

La majorité des témoignages ont décrit un *dys-embodiment* de la subjectivité sexuelle : ces personnes rapportent avoir traversé des difficultés au niveau du désir, du fonctionnement des organes génitaux, ou encore de l'image d'eux-mêmes, durement impactée par les effets du cancer et des traitements.

Un groupe moins nombreux a au contraire décrit un *re-embodiment* de la subjectivité sexuelle : ces patients ont vécu le cancer comme une opportunité de ré-inventer positivement leur sexualité (entre autres par une vision apaisée de soi et une qualité des rapports sexuels améliorée).

Un groupe encore moins nombreux a évoqué une oscillation entre *dys-embodiment* et *re-embodiment* : ces personnes ont eu de la difficulté à indiquer si l'expérience du cancer avait été complètement positive ou négative, et ont eu le sentiment que les deux étaient mêlés.

Les chercheuses n'ont pas indiqué les limites de cet article.

« *Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice* »

L'étude quantitative descriptive corrélationnelle de Julien, Thom et Kline (n = 576) avait pour objectif d'étudier les liens entre les attitudes des infirmières en oncologie, leurs connaissances en matière de santé sexuelle et leur pratique infirmière, afin de mieux comprendre pourquoi elles échouent souvent à réaliser une évaluation complète des besoins en santé sexuelle de leurs patients, tout au long du continuum des soins. [traduction libre] (2010, p. E186)

L'étude a tenté de mettre en évidence les barrières freinant une telle évaluation. La réponse la plus fortement exprimée fut la croyance, de la part des infirmières, que les patients ne s'attendaient pas à ce que celles-ci discutent de problèmes sexuels. D'après l'article, cette représentation est également la plus grande barrière attitudinale au fait d'intégrer une évaluation de la santé sexuelle aux pratiques infirmières.

L'étude suggère qu'il existe une forte corrélation entre les attitudes des infirmières vis-à-vis de la sexualité et leur pratique infirmière en lien avec celle-ci.

Les limites de cet article sont au nombre de trois. D'une part, les infirmières abordées pour l'étude provenaient toutes d'un seul centre de traitement du cancer, situé au nord-est des Etats-Unis, ce qui limite les possibilités de transférabilité des résultats. D'autre part, l'utilisation d'un instrument d'auto-évaluation a pu induire le fait (positif) que les infirmières se sont senties en confiance et à l'aise pour répondre. Enfin, certaines infirmières ont pu trouver le sujet de l'étude trop embarrassant, et n'ont alors probablement pas souhaité répondre au questionnaire, ou bien ont choisi des réponses allant dans le sens de l'opinion publique : ces deux possibilités constituent des biais sociaux.

« Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues »

L'étude quantitative de type descriptive de Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Beaver, Lehto et Kellokumpu-Lehtinen (n=505) avait pour but d'identifier les patients atteints de cancer ayant le plus besoin d'informations relatives à la sexualité. [traduction libre] (2013, p. 9) Les résultats de l'étude visaient à aider les professionnels en oncologie à identifier les situations dans lesquelles les patients auraient le plus besoin de renseignements, mais aussi à mieux évaluer les ressources limitées de ces soignants afin de répondre à la demande d'information.

L'étude a montré que les hommes ont globalement affirmé avoir plus besoin d'information relative à la sexualité que les femmes. Pour les types de cancers non liés au sexe (exp. gynécologique, de la prostate...), il n'a été pas constaté de différence significative entre les genres. Les personnes de 50 ans et moins ont été plus demandeuses de renseignement à propos des conséquences sexuelles de la maladie et du traitement. Les patients ayant subi des interventions chirurgicales ont classé la sexualité comme un élément important par rapport à ceux ayant reçu d'autres traitements. Parmi toutes les personnes interrogées, les hommes atteints d'un cancer de la prostate ont classé les besoins en information à propos de la sexualité en 4^{ème} position. Malgré tout, peu de patients ont placé ces demandes en informations parmi les priorités.

Une des limites de cette étude est la randomisation par échantillonnage sélectif, qui pourrait entraîner un biais dans les résultats. Par ailleurs, les affirmations des chercheurs n'ont pas été validées auprès des patients. Enfin, la retranscription des résultats, autant par écrit que dans le tableau, n'a pas été aisée à analyser.

« *Sexual assessment in cancer care* »

L'article de Krebs est une opinion d'expert qui avait pour but de réaliser une revue de littérature et de fournir des suggestions concernant l'évaluation sexuelle en oncologie. [traduction libre] (2008, p. 80)

L'auteure a jugé important le besoin de formation des infirmières ainsi que des étudiants. Afin de fournir des soins en oncologie de qualité, les infirmières ont besoin d'être formées en santé sexuelle et d'acquérir les connaissances et les habiletés requises pour mener une discussion ainsi que l'évaluation d'un dysfonctionnement sexuel éventuel ou avéré chez les patients. Certaines recommandations pour la pratique, comme par exemple la nécessité de former les infirmières à l'évaluation des besoins en sexualité, seraient transférables, mais avec précautions, à d'autres pays ayant une culture différente de celle de la Suisse.

La limite de l'article est qu'il s'agit d'une opinion d'expert, ce qui représente le plus bas niveau de preuve scientifique selon les critères de classement de recherches de l'Institut Joanna Briggs.

7 Synthèse des résultats

Les concepts de la théorie de la transition de Meleis développés dans le cadre de référence vont permettre le classement des résultats extraits des articles.

7.1 Nature des transitions

7.1.1 Types

7.1.1.1 *Expérience de santé ou de maladie*

Il convient de rappeler que l'expérience de santé ou de maladie est l'un des types de transitions proposés par Meleis (Aubin et Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 104). Tous les articles sélectionnés traitent en effet de patients atteints de cancer (quel que soit le stade et le type) qui font l'expérience de la maladie.

7.1.2 Propriétés

Comme énoncé dans le cadre théorique, les propriétés d'une transition recouvrent différents aspects, à savoir la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement ainsi que les points critiques. La notion de propriétés a été l'une des raisons du choix de la théorie pour analyser la thématique. Par conséquent, une importante partie des résultats de ce travail ont été mis en lien avec cet élément.

7.1.2.1 *Prise de conscience*

Wilmoth et al. (2011) ont mis en avant le fait que toutes les participantes avaient dit que le cancer avait eu un impact sur leur sexualité. Bien que cette influence ait été décrite parfois comme positive, parfois négative, les patientes ont toutes pris conscience que la pathologie et son traitement agissaient sur leur intimité et leur sexualité et que de ce fait, un changement (c'est-à-dire une transition, au sens où Meleis l'entend) était en train de se produire.

L'étude de Wilmoth et al. (2011) avait également retranscrit que tous les patients participants s'étaient demandé à un moment si le cancer et le traitement auraient des conséquences sur leur sexualité. Il y a donc eu une prise de conscience des patients sur les conséquences potentielles de la pathologie sur leur vie sexuelle.

7.1.2.2 *Le patient, acteur au travers de sa maladie*

Selon Meleis, le niveau d'engagement est l'une des propriétés de la transition. Il est « représenté par le degré de participation de la personne dans un processus de transition » (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 107).

Gilbert et al. ont insisté sur le fait que les patients interrogés atteints de cancer n'ont pas simplement été des victimes passives du cancer, mais ont pris des initiatives concrètes et symboliques pour minimiser les effets de la maladie sur le corps et la subjectivité. [traduction libre] (2013, p. 605) Ceci implique que les patients ont la possibilité d'être actifs par rapport à la maladie : ce résultat concorde avec ce que Meleis nomme le degré de participation de la personne engagée dans un processus de transition.

Dans l'étude de Hordern et Street, les auteures ont constaté que le groupe de patients les plus réflexifs ont cherché activement de l'information et ont mis en place des stratégies de *coping* pour faire face à la maladie et avoir plus de connaissances en lien avec leur sexualité modifiée (2007).

Dans l'opinion d'expert de Krebs, les patients ont manifesté qu'ils voulaient et avaient besoin de connaître les éventuels effets du cancer et du traitement sur leur fonction sexuelle et leurs sentiments (2008).

7.1.2.3 *Les changements que provoque le cancer sont intenses*

Dans l'étude de Hordern et Street (2007), les résultats ont démontré que pour la majorité des patients, une rupture telle que le cancer avait fourni une opportunité de redéfinir les priorités. Le changement s'est manifesté à travers la manière dont ils ont ensuite envisagé l'avenir et reconsidéré la vie. Wilmoth et al. (2011) ont décrit que huit femmes de l'échantillon avaient ressenti un fort changement : à l'annonce du diagnostic, elles disent s'être vues comme « asexuées » ou bien « *no longer whole* ». L'étude a mis en avant l'importance du changement en demandant aux participantes de quantifier celui-ci sur une échelle. Toutes ces femmes ont affirmé avoir subi un changement, à différents degrés d'intensité.

De la même manière, chez les hommes atteints de cancer (affectant l'appareil génital ou non), ceux ayant eu des difficultés à obtenir ou maintenir une érection normale dans le but d'avoir un rapport avec pénétration ont mentionné le fort impact de la maladie sur leur masculinité : ils ont exprimé un sentiment d'inadéquation. L'un d'eux a eu l'impression de ne pas être redevenu pleinement comme celui qu'il était avant, car il n'est plus parvenu à maintenir une érection pendant toute la durée d'un rapport. Un autre patient a suggéré que le cancer était, dans son cas, une attaque à la virilité. [traduction libre] (Gilbert & al., 2013, p. 609) Le dysfonctionnement sexuel a donc été, pour ces hommes, un réel bouleversement. De la même manière, pour Krebs, le cancer en lui-même ou les traitements sont fréquemment associés aux changements dans le désir et l'excitation ou à une éjaculation et un orgasme absents ou diminués. [traduction libre] (2008, p. 81)

De façon plus globale, Gilbert et son équipe ont constaté que tous les patients avaient exprimé un changement dans l'*embodiment* de leur conscience de la sexualité : pour les uns, il s'agissait d'un changement positif, pour les autres, négatif, d'autres encore hésitaient à qualifier ce changement de positif ou de négatif (2013).

Gilbert et al. ont également montré que certains symptômes ont eu des répercussions dramatiques sur la perception que les patients avaient d'eux-mêmes. Une patiente a parlé d'un tel gain de poids qu'elle ne reconnaissait pas cette grosse personne qui n'était pas dans sa maison avant. [traduction libre] (p. 609) Le conjoint d'une patiente a mentionné que sa compagne vivait son alopecie comme une perte de féminité au point qu'elle aurait préféré perdre sa poitrine que ses cheveux et a porté une perruque pendant très longtemps. [traduction libre] (p. 610) Dans les deux cas, le gain de poids pour l'une et l'apparition de l'alopecie pour l'autre ont été des changements si marquants qu'ils ont été difficilement supportables (2013).

7.1.2.4 L'apparition des symptômes constitue un point critique

Wilmoth et al. (2011) ont énoncé différents éléments qui pouvaient constituer un point critique et avoir une répercussion sur l'intimité, la sexualité mais aussi l'image corporelle. Les participantes ont parlé de facteurs physiologiques en lien avec les traitements qui influençaient notamment la libido. Elles ont aussi énoncé des aspects plus physiques comme le changement de poids, l'alopecie ou encore les symptômes de la ménopause, tous ayant un impact direct sur l'estime de soi et sur l'image corporelle. Elles ont encore énuméré plusieurs facteurs psychiques comme la crainte de l'infertilité ou de la récurrence. Ces éléments démontrent que dans le cas d'un cancer, les différentes sphères du patient (biologique, psychologique sociale et spirituelle) sont affectées. Certains de ces changements sont des points critiques précédant la transition d'une sexualité et/ou intimité X à une sexualité et/ou intimité Y.

7.2 Conditions de transition

7.2.1 Les croyances personnelles des patients, facteurs entravants

Selon Meleis, les croyances personnelles font partie des conditions qui peuvent entraver la transition (Aubin & Dallaire dans Dallaire, p.108). En effet, selon l'étude menée par Hordern et Street (2007), les patients désiraient recevoir de l'information concernant les éventuels problèmes en lien avec leur sexualité et l'intimité, mais ont supposé que si le professionnel n'abordait pas ces sujets avec eux, c'était parce que cela n'était finalement pas important. Autrement dit, les représentations des patients en lien avec la discussion des sphères intime et de sexualité avec l'infirmière constituent des conditions personnelles entravant le processus de transition, tel que le conçoit Meleis. En effet, ces perceptions font obstacle à une transition en santé car elles ne permettent pas au patient d'initier le dialogue avec le soignant.

Dans l'étude menée par Wilmoth et al, l'une des croyances centrales des femmes interrogées était qu'elles n'avaient plus l'impression de se sentir désirables (2011). Elles ont nommé le fait qu'elles avaient le sentiment que plus personne ne voulait les toucher et qu'elles ne se sentaient plus entières. Cette recherche démontre que les croyances personnelles des patients pouvaient être un important facteur entravant le processus de transition de leur sexualité (2010).

Dans l'étude menée par Gilbert et al., une des patientes interrogées, ayant pris beaucoup de poids en raison de la maladie, déclare qu'elle se sent si peu désirable sexuellement que, même lorsqu'elle est attirée par une personne, elle n'ose pas aller l'aborder en se disant qu'elle ne pouvait pas lui faire cela. [traduction libre] (2013, p. 609).

Une autre patiente interrogée pense que les gens atteints du cancer perdent peu à peu leur identité, ne savent plus qui ils sont, et que le fait d'exprimer tout cela sexuellement peut être très difficile, après le traitement. [traduction libre] (Gilbert & al., 2013, p. 609) Dans ces deux situations, l'image corporelle modifiée, mais aussi, la perception de soi soudainement mise à mal, remise en question, peuvent entraver le passage à une transition saine.

7.2.2 Les représentations des professionnels, facteurs entravants

Dans l'une des études visant à identifier les représentations des soignants concernant la sexualité et l'intimité, les résultats ont montré que certains professionnels ont considéré les patients comme étant « asexués » et ont choisi de privilégier une approche médicalisée de tels sujets. [traduction libre] (Hordern & Street, 2007, p. 1712) Du point de vue de la théorie de la transition, ceci est considéré comme un facteur entravant.

Dans le même ordre d'idées, l'étude de Julien et al., réalisée sur des infirmières en oncologie, a conclu que la plus grande barrière au fait de ne pas mener une évaluation complète au sujet de la santé sexuelle des patients était la croyance, de la part des infirmières, que leurs patients n'attendaient pas d'elles qu'elles les questionnent à propos de leur santé sexuelle (2010). C'est donc bien une représentation infirmière qui, dans ce cas, ne permet pas d'amorcer le dialogue avec le patient, et entrave ainsi une saine transition de sa sexualité.

7.2.3 L'environnement, facteur entravant

Le contexte de soin en lui-même peut faciliter ou bien nuire au dialogue avec les patients au sujet de la sexualité et de l'intimité. Comme le révèle l'étude de Julien et al. (2010), les infirmières certifiées en oncologie (comparées à celles non certifiées), et celles travaillant en ambulatoire (comparées à celles en hospitalier) ont indiqué moins de barrières au fait de mener un entretien de santé sexuelle. Par ailleurs, les infirmières travaillant de jour montraient également moins de barrières que celles de nuit, même si ce résultat est à nuancer, car certaines d'entre elles travaillaient en service de patients hospitalisés, et d'autres en ambulatoire.

Ainsi, l'environnement de soin peut influencer le dialogue, dans un sens ou dans l'autre. La recherche de Hordern et Street (2007) va dans le même sens puisque certains soignants ont fait référence à des facteurs environnementaux tels que le manque d'intimité et la culture de leur lieu de travail, où la sexualité et l'intimité étaient considérés comme tabous. Krebs (2008) a corroboré ces faits puisque selon elle, l'une des barrières les plus fréquemment citées faisant obstacle à l'évaluation de la sexualité est le manque de temps et de connaissances de la part des infirmières, ainsi que d'un endroit privé pour mener une discussion ou une évaluation.

7.2.4 Les conjoints, facteurs facilitateurs

L'étude de Wilmoth et al. a mis en avant l'importance du conjoint dans l'acceptation, par la personne ayant le cancer, de son corps transformé par la maladie (par exemple, quand survient l'alopécie). Les partenaires ont été décrits comme d'importants soutiens à la personne malade et ayant généralement une bonne influence sur la transition de la sexualité. En effet, une patiente interrogée s'est sentie soutenue à la fois émotionnellement et sexuellement par le fait que son compagnon ait continué à lui dire fréquemment combien elle était belle et combien il l'aimait. [traduction libre] (2011, p. 703) Cet aspect de la communauté, comme le définit Meleis, est un facteur facilitant une transition dite en santé. Gilbert & al. (2013) ont recueilli des témoignages allant dans le même sens, puisque les partenaires de patients ayant expérimenté un *re-embodiment* suite au cancer ont déclaré qu'ils s'étaient focalisés sur le confort et les besoins du conjoint malade, rendant l'acceptation de la nouvelle situation plus aisée (p. 611).

7.2.5 Les ressources de la communauté, facteurs facilitateurs

Selon Meleis, les ressources de la communauté facilitent ou entravent la transition (Aubin & Dallaire dans Dallaire, p. 109). L'infirmière peut soutenir les patients ayant un cancer en évaluant leurs besoins d'information quant à l'intimité et la sexualité. Cependant, ceci lui demande une posture réflexive, personnelle et professionnelle, comme démontré dans l'étude de Hordern et Street (2007), qui peut l'amener à explorer et se questionner par rapport à ses propres définitions d'intimité et de sexualité. C'est en ce sens que le soutien de l'infirmière pourrait, selon Meleis, devenir une condition communautaire facilitante.

7.3 Interventions infirmières « *nursing therapeutics* »

L'étude de Hautamäki-Lamminen & al. (2013) avait pour but d'évaluer le besoin en information, qui, selon Meleis, fait partie des *nursing therapeutics* en tant que niveau de préparation. Grâce au questionnaire INQ, les chercheurs ont mis en évidence que les patients atteints de cancers affectant l'appareil génital étaient plus demandeurs d'information : ils auraient donc un degré de préparation plus élevé que les autres. L'article a mis en avant l'importance d'évaluer le stade de réflexion du patient dans le processus de sa maladie, pour aborder avec lui la question de la sexualité et de l'intimité au moment opportun.

Selon l'avis d'autres experts comme Krebs, les interventions infirmières, pour des patients rapportant des inquiétudes en lien avec leur sexualité suite à un cancer, devraient être individualisées. L'auteure affirme que les infirmières peuvent utiliser de multiples outils afin d'évaluer et de discuter avec le patient en oncologie d'éventuels problèmes liés à la sexualité lors d'un cancer. Par exemple, le modèle ALARM ou le PLISSIT sont des outils reconnus en matière d'évaluation sexuelle qui seraient utiles à l'infirmière afin d'aider la personne dans son processus de transition (Krebs, 2008, p. 82-84) (*cf.* tableaux des résultats pour plus de détails). L'évaluation des difficultés d'ordre intime et sexuel pourra être brève ou bien intensive. Elle dépendra du niveau d'expertise de l'infirmière, du temps à disposition ainsi que de l'intérêt et de la capacité du patient à participer au processus d'évaluation (Krebs, 2008). Ceci est parfaitement en lien avec les « *nursing therapeutics* » de Meleis puisque l'étape d'évaluation du niveau de préparation du patient implique un recueil de données, rendu possible grâce aux modèles d'évaluation, dont ceux cités plus haut.

7.4 Modèles de réponses

7.4.1 *Renouvellement de l'identité*

L'étude Wilmoth et al. (2011) a mis en avant que certaines participantes à l'étude ne se sentaient plus entières d'un point de vue sexuel depuis l'annonce de leur cancer. Des patientes ont dit ne plus se sentir désirables ou ont eu l'impression que plus personne ne voulait les toucher. D'après cette recherche, certaines patientes ont eu de la difficulté à accepter cette nouvelle vision d'elles-mêmes, ce qui a rendu difficile le renouvellement de l'identité, alors que d'autres sont parvenues à une transition en santé qui les a amenées à un renouvellement de leur identité sexuelle, et a même conduit à une amélioration.

Dans le même sens, l'étude de Gilbert et al. (2013) a identifié trois types de réactions face à la sexualité après un cancer, dont le *re-embodiment*. Les patients ayant indiqué ce ressenti ont décrit une sexualité réinventée après la maladie. Celle-ci a été l'opportunité pour eux de renégocier leurs pratiques, et certains patients affirment être sortis de cette transition avec une perception d'eux-mêmes plus apaisée et une sexualité plus épanouie.

8 Discussion

Dans cette section, les résultats pertinents seront tout d'abord présentés puis confrontés avec la question de recherche. Dans un deuxième temps, un lien sera développé avec le cadre théorique choisi. Enfin, les limites, le caractère généralisable ainsi que les recommandations pour la pratique et la recherche seront exposés.

Pour commencer, la sexualité demeure une composante importante de chaque individu, quel que soit son âge (Hautamäki-Lamminen & al., 2013). Cependant, l'une des barrières empêchant la discussion à propos d'un sujet aussi fondamental que la sexualité et l'intimité est la représentation que s'en font les soignants et des patients (Hordern & Street, 2007).

L'infirmière devrait analyser ses propres attitudes et croyances, dans le but d'adopter une posture professionnelle ouverte et sans a priori (Hordern & Street, 2007), afin de se sentir en accord avec sa propre sexualité, car cela l'aiderait à conduire l'évaluation en utilisant du *caring* et une approche sans jugement (Krebs, 2008).

Les infirmières ont parfois la croyance que discuter de sexualité n'est pas un rôle que l'on attend de leur part (Magnan, Reynolds & Galvin, cités dans Krebs, 2008). D'autres auteures affirment même que la plus grande barrière empêchant d'évaluer la santé sexuelle est la croyance, de la part des infirmières, que les patients ne s'attendent pas à ce que l'infirmière discute de problèmes sexuels. [traduction libre] (Julien & al, 2010, p. E188) Cela pourrait expliquer pourquoi le dialogue n'est pas facilement initié par les soignants.

En pratique, on s'aperçoit que les patients n'ont souvent pas reçu d'information au sujet de leur santé sexuelle de la part des soignants, quels qu'ils soient (Wilmoth & al., 2011) alors qu'ils n'y sont pas réticents : de ce fait, certains patients ont eu l'impression que leurs besoins en santé sexuelle avaient été complètement oubliés (Horden & Street, 2007).

Les patients estiment pourtant que les professionnels de la santé devraient initier la discussion (Krebs, 2008 ; Julien & al., 2010 ; Wilmoth, & al., 2011). Cependant, peu d'infirmières abordent les problèmes de santé sexuelle avec leurs patients (Julien & al., 2010).

Le cancer perturbe la sexualité au plus profond des personnes : les patientes d'une des études ont décrit se sentir comme « *no longer whole* », c'est-à-dire, plus du tout complètes. [traduction libre] (Wilmoth & al., 2011, p. 706) D'autres études mettent en évidence le « *sens of self* » et cela, quel que soit le type de cancer et le stade d'évolution (Hordern & Street, 2007 ; Gilbert & al., 2013).

Les divers impacts du cancer et des traitements, comme les changements physiques (alopécie, perte ou gain de poids...), les perturbations psychiques (crainte de la récurrence...) mais aussi les symptômes sexuels (sécheresse vaginale...) peuvent conduire à une altération de l'image corporelle et de l'estime de soi (Krebs, 2008 ; Wilmoth & al., 2011).

Malgré les répercussions négatives de la maladie, certains des patients ont vécu cette expérience comme une occasion de réévaluer ce qui était important dans leur vie, y compris de réinventer leur sexualité. (Wilmoth & al., 2007 ; Hordern & Street, 2007 ; Gilbert & al., 2013).

8.1 Utilité de la théorie de la transition

Dans ce travail, la théorie de la transition de Meleis a permis d'avoir une vision holistique du patient, en prenant en compte l'ensemble du contexte situationnel, et a offert un éclairage intéressant à propos des conditions entravantes et facilitantes pour la transition. En effet, les croyances, non seulement des patients mais aussi des professionnels, ont pu constituer des barrières à la discussion, freinant ainsi la transition.

Meleis inclut les professionnels dans l'analyse de la situation. Ceux-ci jouent un rôle à trois niveaux, tout au long du processus de transition, par leurs *nursings therapeutics*, à savoir : évaluation du niveau de préparation, préparation proprement dite et enfin, évaluation du rôle de soutien et de suppléance. Par sa structure, cette théorie permet de faire le lien entre la problématique amenée par le patient, concernant par exemple l'apparition de symptômes perturbant la sexualité, et les interventions infirmières.

8.2 Réponse à la question de recherche

Cette revue de littérature répond partiellement à la question de recherche, qui était de savoir comment l'infirmière pourrait favoriser la discussion autour de l'intimité et de la sexualité auprès des patients en oncologie.

Les articles sélectionnés ont apporté de nombreux éléments concernant le concept de sexualité. Pour commencer, tous ont insisté sur l'aspect complexe et multidimensionnel de la sexualité. La plupart des chercheurs ont affirmé que les patients ont un besoin en information, qui n'est pas toujours satisfait par les professionnels, parce que ceux-ci ne savent comment aborder le sujet et/ou n'osent pas prendre cette initiative. L'analyse des recherches a permis de faire ressortir des recommandations pour la pratique, qui permettront d'orienter l'infirmière vers la co-construction d'un projet de soin personnalisé.

En revanche, le concept d'intimité n'a été que peu traité dans les articles choisis, vraisemblablement parce que les auteurs parlant de sexualité ont englobé l'intimité dans ce concept.

8.3 Limites et caractère transférable des résultats

Les six articles choisis ciblent parfaitement les patients adultes, ce qui rend possible la transférabilité à cette population et reste cohérent avec les critères d'inclusion définis dans ce travail.

D'autre part, la totalité des études retenues traitent du cancer au sens large et ne ciblent donc pas un type de diagnostic de cancer, ni un stade d'évolution en particulier. Ceci permet de transférer les résultats à l'ensemble des patients adultes en oncologie.

Dans la plupart des articles, l'échantillonnage choisi était satisfaisant pour les recherches quantitatives ou qualitatives. En termes de ressemblance, les patients étudiés étaient relativement similaires à la population suisse (PIB du pays où est effectuée l'étude, espérance de vie...), ce qui pourrait permettre la généralisation des résultats à l'ensemble des patients adultes en oncologie.

Cependant, la majorité des articles utilisés proviennent de pays anglo-saxons comme l'Australie et les Etats-Unis. Or, des différences culturelles existent entre la Suisse et ces états. Ce point est d'autant plus important que, comme énoncé en introduction, selon l'OMS, la sexualité est influencée par de nombreux facteurs, entre autres culturels, religieux, mais aussi légaux, économiques et politiques (2006a). Il faut donc rester prudent et ne pas vouloir généraliser les résultats trop rapidement.

De la même manière, le rôle de l'infirmière dans ces pays n'est pas le même qu'en Suisse : de ce fait, les interventions seront probablement différentes. Il convient alors de rappeler que l'intimité et la sexualité sont des sujets particuliers, à traiter avec finesse et au cas par cas.

Cependant, le nombre réduit d'articles choisis pour ce travail (six) peut rendre les résultats ainsi que les recommandations plus difficilement transférables en termes de population et de contextes de soin.

8.4 Recommandation pour la pratique

Le rôle autonome de l'infirmière est particulièrement mis en valeur dans la thématique traitée dans ce travail de recherche. L'infirmière possède un corpus de connaissances conjugué à un savoir-faire ainsi qu'un savoir-être qui rend sans doute service aux patients en oncologie voyant leur sexualité et leur intimité mises à l'épreuve par le cancer.

Plusieurs pistes de recommandations pour la pratique ont été déduites des articles utilisés lors de ce travail. Elles ont été listées ci-dessous.

- 1) Une pratique réflexive constante semble être nécessaire à l'infirmière afin qu'elle soit consciente de ses propres représentations et valeurs en matière d'intimité et de sexualité.
- 2) La formation, non seulement des infirmières travaillant sur le terrain, mais également des étudiants, paraît primordiale.

- 3) Les infirmières devraient aborder d'elles-mêmes les sujets de la sexualité et de l'intimité, sans attendre les demandes des patients, car il n'est pas évident pour ces derniers de parler de ces thématiques. Le personnel soignant devrait se montrer ostensiblement ouvert à la discussion, pour que le patient, une fois prêt, ose poser des questions.
- 4) L'infirmière, avec le consentement du patient, devrait aussi aborder ces questions avec le partenaire, car lui aussi pourrait avoir des interrogations et être en souffrance.
- 5) Dans le but de promouvoir la santé sexuelle du patient et de son conjoint éventuel, il serait essentiel d'évoquer cette thématique auprès des patients en leur parlant, dès le début, des conséquences des divers traitements sur la sexualité, l'intimité et l'image de soi qui pourraient avoir des répercussions sur la vie de couple. Il s'agirait d'anticiper ces problématiques, tout en restant sensible à la réceptivité du patient à ces informations. L'idée serait de signifier au patient que l'équipe est une ressource, même après la prise en charge, afin que la personne sache qu'elle peut faire appel aux soignants, y compris a posteriori, une fois sorti de l'hôpital.
- 6) Des outils comme l'INQ, le PLISSIT ou le modèle ALARM devraient être intégrés à la pratique. L'INQ permettrait d'identifier les besoins prioritaires en information du patient en général, dont la sexualité. Ensuite, le personnel soignant pourrait évaluer le niveau de préparation du patient et ainsi répondre à ses questionnements au bon moment. D'autres outils comme le PLISSIT ou le modèle ALARM peuvent offrir des pistes d'intervention et de réflexion afin de mieux personnaliser le projet de soins du patient.
- 7) Dans un souci d'information, l'infirmière devrait se tenir au courant de ce qui existe sur le marché comme prothèse ou orthèse pour les patients hommes ayant des dysfonctionnements érectiles : elle devrait en connaître le fonctionnement global, mais également, pouvoir orienter le patient masculin vers le thérapeute qui le conseillerait efficacement, voire, pouvoir attester de la véracité des informations que le patient aurait pu trouver seul.
- 8) Il semble important que l'infirmière se tienne informée des médicaments existants et traitant les dysfonctionnements sexuels, tant masculins que féminins : problèmes d'érection, mais aussi sécheresse vaginale, dyspareunie... Bien que l'infirmière ne prescrive pas, si elle connaît le médicament et ses effets, elle sera plus à même d'en parler au médecin prescripteur, voire, au patient qui souhaiterait être informé.
- 9) A un moment donné, les patients auront peut-être besoin de consulter un sexologue, ou bien un psychologue, afin de faire face aux changements dans leur vie intime. L'infirmière devrait se constituer une liste de professionnels que le patient pourrait contacter si besoin.

10) Le thème de l'image de soi a plusieurs fois été abordé dans les articles traitant du cancer. Dans cette optique, l'infirmière devrait pouvoir renseigner le patient sur les professionnels, non nécessairement paramédicaux, pouvant l'aider à se réconcilier avec l'image qu'il a de son corps. Il pourrait s'agir d'esthéticiennes, de coiffeurs/ visagistes, mais aussi de masseurs intervenant pour de la détente, etc.

Dans tous les cas, plus l'infirmière sera informée, mieux elle pourra prendre en compte les symptômes que décrit le patient, l'écouter, le rassurer sur le fait qu'il n'est pas le seul à vivre ces changements, afin de le conseiller, l'orienter vers d'autres, dans le but d'améliorer sa santé sexuelle.

8.5 Recommandation pour la recherche

Il serait utile de mener d'autres études qualitatives, phénoménologiques, afin de connaître les besoins et les attentes des patients en matière d'information : en effet, seules de telles études, laissant la parole aux soignés, peuvent permettre de mieux comprendre les sujets que les patients en oncologie aimeraient aborder, et ainsi, donner l'occasion aux soignants de modifier leurs habitudes en matière de communication.

Par ailleurs, bien que deux articles quantitatifs aient été retenus dans ce travail, cela n'est pas représentatif du peu d'études quantitatives trouvées dans les bases de données. Il serait ainsi nécessaire que d'autres recherches quantitatives soient menées.

La situation des soignants et des patients en Europe, et plus particulièrement en Suisse, face aux thématiques de sexualité et d'intimité lors d'un cancer, nécessiterait plus de recherches locales. Il serait également intéressant de mener de plus amples recherches au sujet des partenaires de patients ayant un cancer, tout comme auprès des patients non impliqués dans une relation stable, qui peuvent cependant avoir besoin d'informations.

Enfin, le concept d'intimité étant peu abordé dans la littérature utilisée pour ce travail, de futures recherches semblent nécessaires afin de différencier ce concept de celui de la sexualité et de proposer des pistes d'interventions afin de la favoriser.

9 Conclusion

Ce travail avait pour but de comprendre comment l'infirmière pourrait favoriser la discussion autour des thèmes tels que l'intimité et la sexualité avec les patients en oncologie. La revue de littérature effectuée a en effet révélé que ces deux notions étaient mises à l'épreuve tout au long du continuum d'un cancer. Par ailleurs, le travail a montré que les manières de favoriser la discussion à propos de la sexualité avec les patients avaient été relativement peu étudiées. Au vu de la provenance des articles, ceci est particulièrement vrai à l'heure actuelle en Europe, y compris en Suisse.

En outre, la problématique autour de thèmes comme la sexualité et l'intimité demeure actuellement peu prise en compte par les soignants. De multiples barrières (croyances de la part des soignants et des patients, manque de formation des soignants, etc.) font obstacle à l'intégration de ces deux besoins dans la prise en charge des patients.

Plusieurs propositions ont été évoquées dans un souci de sensibilisation des infirmières, afin qu'elles osent, via leur rôle autonome et en collaboration avec l'équipe soignante, aborder les questions liées à la sexualité et l'intimité des patients.

La prochaine étape serait l'implantation de ces recommandations dans les services : cela requiert du temps et de l'investissement. De ce fait, sensibiliser les étudiants à ces thématiques dès le début de la formation permettrait qu'ils soient plus attentifs aux patients traversant une transition et ayant un besoin en information. D'autre part, le personnel déjà présent devrait être encouragé à se former, et les soignants motivés à participer à l'implantation du projet.

En parallèle, il serait utile d'effectuer des recherches afin de développer des stratégies plus spécifiques aux populations rencontrées dans les institutions de soins suisses.

Le bilan effectué à l'issue de ce travail est positif puisque les connaissances acquises pourront être réutilisées dans les lieux des soins et permettront une réelle prise en charge holistique des patients.

10 Liste des références

- Bates, A. (1964, Mai). Privacy – A useful concept ? *Social Forces*, 42(4), 429-434
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). *Intimité*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/intimit%C3%A9>
- Dallaire, C. (Éd.). (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 102-114). Montréal (Québec) : Gaëtan Morin éditeur.
- EBSCO Health, (2016). *The CINHAL database*. Repéré à <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>
- Encyclopédie Larousse (n.d.). *Population mondiale : sept milliards d'hommes*. Repéré à http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/population_mondiale__sept_milliards_dhommes/185885
- Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Moradi-Lakeh, M., MacIntyre, MF.,... Naghavi, M. (2015). The global burden of cancer 2013. *Jama Oncology* 1(4), 505-527. doi : 10.1001/jamaoncol.2015.0735
- Foucault, C., & Mongeau, S. (2004). *L'art de soigner en soins palliatifs* (2^e édition). Montréal, CQ : Les presses universitaires de Montréal
- George, J.B. (2011). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6^{ème} éd.). Upper Saddle River (New Jersey): Pearson.
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2013). Embodying sexual subjectivity after cancer: a qualitative study of people with cancer and intimate partners. *Psychology & Health*, 28, 603-619. doi: 10.1080/08870446.2012.737466
- Im, E-O. (2010). Transition Theory. Dans M. R. Alligood & A. M. Tomey (Éds). *Nursing Theories and Their Work*. (7^{ème} éd., pp. 407-433). Maryland Heights, Missouri : Mosby Elsevier.
- Julien, J. O., Thom, B., & Kline, N. E. (2010). Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice, *Oncology Nursing Forum*, 37, 186-190. doi: 10.1188/10.ONF.E186-E190
- Katz, A. (2005). The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (1), 238-241. doi : 10.1200/JCO.2005.05.101

- Krebs, L.U. (2008). Sexual assessment in cancer care : concepts, methods and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90. doi : 10.1016/j.soncn.2008.02.002
- Larousse Médical (n.d.). *Chronique*. Repéré à <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/chronique/11973>
- Hautamäki-Lamminen, K. Lipiäinen, L. Beaver, K. Lehto, J., & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 9-15. doi: 10.1016/j.ejon.2012.03.002
- Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Constructions of Sexuality and Intimacy after Cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, 64, 1704-1718. doi:10.1016/j.socscimed.2006.12.012
- Marx, E. (2007). Est-ce que la maladie ou les traitements vont affecter ma vie sexuelle ? Dans S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart, & S. M. Consoli, (Éds.), *La psycho-oncologie* (pp. 162-173). Montrouge, France : John Libbey Eurotext.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2016). *Le cancer en Suisse, rapport 2015, Etat des lieux et évolution*. Repéré à file:///C:/Users/vanes/Downloads/1778_1500.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Principales causes de mortalité dans le monde*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015) *Thèmes de santé : santé sexuelle*. Repéré à http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Sexual and reproductive health*. Repéré à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Panes-Ruedin, B. (2009). Quelle place pour la sexualité dans les soins en oncologie ? *Onkologiepflege / Soins en oncologie*, 1, 69-73
- Pasini, W. (1991). *Eloge de l'intimité*. Lausanne, Suisse : Payot
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e édition). Montréal, CQ : Chenelière Education.

Redelman, M. J. (2008, Octobre-Novembre). Is There a Place for Sexuality in the Holistic Care of Patients in the Palliative Care Phase of Life ? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(5), 366-371.

USA.gov (2016). *MEDLINE, PubMed and PMC (PubMed Central) : How are they different ?* Repéré à https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html

Wilmoth, M. C. (2006). Life after cancer : What does sexuality have to do with it ?. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 905-910. doi : 10.1188/06.ONF.905-910

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. (2011). Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing forum*, 38, 699-708. doi: 10.1188/11.ONF.699-708

11 Annexe 1

11.1 Equation de recherche

11.1.1 CINAHL

- (MH "Nursing Care+")
 - Résultats de recherche : 248'153 articles / 253'566 /255'658
 - Consulté le 01.05.2015 / 09.12.15 /26.04.2016

- (MH "Oncology+")
 - Résultats de recherche : 6'848 articles
 - Consulté le 26.04.16

- (MH "Sexuality+")
 - Résultats de recherche : 32'024 articles / 33'388 /33'833
 - Consulté le 01.05.2015 / 09.12.15 /26.04.2016

- (MH "Intimacy")
 - Résultats de recherche : 924 articles / 980 / 1'002
 - Consulté le 01.05.2015 / 09.12.15 / 26.04.2016

- (MH "Intimacy") OR (MH "Sexuality+")
 - Résultats de recherche : 32'657 articles / 34'065 /34'513
 - Consulté le 01.05.2015 / 09.12.15 / 26.04.2016

- (MH "Nursing Care+") AND (MH "Oncology") AND ((MH "Intimacy") OR (MH "Sexuality+"))
 - Résultats de recherche : 33'833 articles
 - Consulté le 26.04.2016

- (MH "Touch") AND (MH "Oncology+") AND (MH "Nursing Care+")
 - Résultats de recherche : 0 articles
 - Consulté le 26.04.2016

11.1.2 PubMed

- "Oncology Nursing"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 6'820 articles
 - Consulté le 26.04.2016

- "Sexuality"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 30'846 articles
 - Consulté le 26.04.2016

- "Intimacy"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 0 articles
 - Consulté le 26.04.2016

- ((Nursing care) AND "Sexuality"[Mesh]) AND "Oncology Nursing"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 48 articles
 - Consulté le 26.04.2016

- ("Nursing Care"[Mesh]) AND "Sexuality"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 41 articles / 111 / 273
 - Consulté le 27.04.2015 / 09.12.15 / 26.04.16

- ("Oncology Nursing"[Mesh]) AND "Sexuality"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 28 articles / 48
 - Consulté le 09.12.2015 / 26.04.2016

- ("Nursing Care"[Mesh]) AND "Oncology Nursing"[Mesh] AND "Sexuality"[Mesh]
 - Résultat de recherche : 28 articles / 48
 - Consulté le 09.12.2015 / 26.04.2016