

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Problématique</b> .....	<b>1</b>
<b>Le cancer du sein</b> .....	<b>1</b>
<b>Dépistage</b> .....	<b>2</b>
<b>Annonce de diagnostic</b> .....	<b>2</b>
<b>Les traitements du cancer du sein et leurs conséquences</b> .....	<b>3</b>
Chirurgie.....	3
Radiothérapie et Chimiothérapie .....	4
Hormonothérapie .....	4
<b>L'impact du cancer du sein sur la sexualité et le concept de soi</b> .....	<b>5</b>
L'impact du cancer du sein sur le concept de soi .....	6
<b>Importance pour la discipline infirmière d'aborder la sexualité chez la femme atteinte du cancer du sein</b> .....	<b>9</b>
<b>Question de recherche</b> .....	<b>10</b>
<b>Cadre de référence</b> .....	<b>11</b>
<b>Méthode</b> .....	<b>14</b>
Bases de données .....	14
Stratégie de recherche documentaire.....	14
Equations de recherche .....	15
Critères de sélection.....	16
Liste des articles sélectionnés pour répondre à la question de recherche.....	16
Limites méthodologiques.....	17
<b>Résultats</b> .....	<b>18</b>
<b>Synthèse des résultats</b> .....	<b>40</b>
Le sentiment d'être en lien.....	40
Interaction .....	41
Situation dans le temps et l'espace.....	43
Développement de la confiance et des stratégies de <i>coping</i> .....	44
<b>Discussion</b> .....	<b>46</b>
<b>Cadre de référence</b> .....	<b>46</b>
<b>Réponse à la question de recherche</b> .....	<b>46</b>
<b>Limites</b> .....	<b>48</b>
Critique des articles.....	48
Limites méthodologiques .....	49
<b>Généralisation des résultats</b> .....	<b>50</b>
<b>Recommandations pour la pratique et la recherche</b> .....	<b>52</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>54</b>
<b>Références bibliographiques</b> :.....	<b>55</b>
<b>Annexes</b> :.....	<b>60</b>

## **Introduction**

En vue de l'obtention d'un Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers, un projet est demandé aux étudiants entre la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année bachelor. Le sujet retenu pour ce Travail de Bachelor (TdB) concerne les infirmières<sup>1</sup> au contact de femmes atteintes d'un cancer du sein et plus particulièrement aux barrières qui empêchent ces professionnelles de la santé d'aborder la sexualité dans leur prise en soins.

Ce TdB est composé de 4 chapitres : la problématique, la méthode, les résultats et la discussion.

La problématique est décrite selon des connaissances actuelles et permet de formuler une question de recherche. Le cadre de référence choisi pour ce travail est ensuite décrit. Il s'agit de la théorie intermédiaire de la transition qui permet, notamment, de comprendre la problématique.

Une recherche documentaire sur deux bases de données est développée. La méthode qui a permis de sélectionner les 6 articles, retenus pour répondre à la question de recherche, est explicitée.

Des grilles d'analyses ont été utilisées pour une lecture critique et des tableaux de résultats sont présentés. Le cadre de référence permet également de faire une synthèse de l'ensemble des données.

Une discussion reprend les différents éléments de réponse à la problématique, des limites méthodologiques sont relevées et des recommandations pour la pratique et la recherche sont évoquées.

## **Problématique**

Dans ce chapitre, les concepts qui ont permis de construire la problématique sont décrits. Ils permettent d'arriver à une question de recherche qui est exposée, à la suite. Pour finir, le cadre de référence utilisé pour ce TdB est présenté et mis en lien avec les concepts de la problématique.

## **Le cancer du sein**

Selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS, 2016), le cancer est: « un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme ». L'organisation précise qu'il peut être associé aux termes : "tumeurs malignes" et "néoplasmes". Elle souligne également que le cancer est caractérisé par une prolifération « rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases [...] qui sont la principale cause de décès par un cancer ». Selon la Ligue Suisse contre le Cancer (LSC, 2015c), le cancer du sein touche environ 5500 femmes et 40 hommes par année. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme, dont le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est de 80%. La question du cancer

---

<sup>1</sup> Le générique féminin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte

préoccupe de nombreuses institutions et instances gouvernementales. Dans leur rapport, la LSC (2015b) et la Fondation Recherche Suisse contre le Cancer (RSC) ont annoncé une levée de fonds record de 22,9 millions de francs suisses en 2014. L'importance des financements reflète également l'importance que revêt la lutte contre le cancer, y compris le cancer du sein, en Suisse.

Les facteurs favorisant le cancer du sein sont les suivants : l'âge, les antécédents familiaux au premier degré, les prédispositions héréditaires, une radiothérapie dans la région des seins, une thérapie combinée pendant plusieurs années pour lutter contre les troubles de la ménopause, la prise de contraceptifs hormonaux au cours des 10 dernières années, le surpoids après la ménopause et la consommation d'alcool (LSC, 2015c). En ce qui concerne les prédispositions héréditaires, certaines femmes sont plus susceptibles de développer le cancer du sein que d'autres, pour des raisons de mutations génétiques (BRCA1/BRCA2 et variantes). Selon Nau (2014), ces mutations sont responsables d'environ 2 à 5% des cancers du sein. Il est possible de procéder à un dépistage génétique, et lorsqu'une mutation est décelée, la LSC conseille « de se soumettre à un dépistage spécifique à partir de 25 ans [...] et une opération est également envisageable à titre préventif » (p. 22). « Porteuse d'une mutation génétique spécifique » (Nau, p. 1844), l'actrice américaine Angelina Jolie, âgée de 37 ans, a subi une double mastectomie en mai 2013. Le choix d'une mastectomie bilatérale prophylactique est alors devenu public pour les femmes porteuses de mutations BRCA1 ou BRCA2. Suite à la décision d'Angelina Jolie, certains effets positifs ont été perçus en Europe. Par exemple, des spécialistes d'oncogénétique en France ont observé que les femmes les plus à risque ont fait appel à des consultations d'oncogénétique. Une comparaison entre le recours aux consultations spécialisées au Royaume-Uni, avant et après le témoignage de l'actrice, a permis d'observer une augmentation (plus de 2,5 fois) des demandes (Nau).

## **Dépistage**

En référence aux connaissances actuelles, il n'existe vraisemblablement pas de moyen pour diminuer l'incidence du cancer du sein. Le dépistage précoce est donc préconisé. Une des particularités du cancer du sein est son évolution lente. Plusieurs années peuvent se passer avant qu'il ne devienne décelable à la palpation (Brettes, Mathelin, Gairard & Bellocq, 2007). Le dépistage « consiste à identifier, dans une population définie apparemment saine, à l'aide d'un ou plusieurs tests, les personnes susceptibles d'être atteintes d'une maladie » (Brettes & al., p. 113). En Suisse, une femme peut passer par le biais de son médecin ou par un programme de mammographie du canton dans lequel elle vit (LSC, 2015c).

## **Annonce de diagnostic**

Le dépistage peut parfois révéler la présence d'une tumeur cancéreuse. Les résultats de l'étude menée par Curtis, Groarke, McSharry et Kerin (2014), sur l'expérience du stress chez des femmes irlandaises atteintes d'un cancer du sein, ont démontré que les réactions émotionnelles qui suivaient le diagnostic

incluaient de la colère, de l'anxiété, de la peur et de la tristesse. Les femmes ont aussi décrit des sentiments de culpabilité parce qu'elles n'étaient pas allées se faire contrôler plus tôt, ou parce qu'elles avaient causé de l'anxiété chez leurs proches.

En 2012, les propos de femmes interviewées lors de l'émission 36.9°, le magazine santé de la Radio Télévision Suisse (RTS), vont dans le même sens. En premier lieu, elles éprouvent la peur de mourir d'un cancer. Cependant, d'autres sentiments s'ajoutent lorsqu'il est nécessaire d'agir vite. Par exemple, une interlocutrice évoque qu'elle a dû rapidement décider si elle désirait congeler des ovocytes avant les traitements anticancéreux, au cas où elle envisagerait d'avoir des enfants plus tard. (Gabus, 2012). Très vite après l'annonce du diagnostic, les femmes sont confrontées à une variété d'autres facteurs de stress, tels que les effets secondaires aversifs des traitements, la peur d'une récurrence, la mort prématurée, la perte d'attractivité et de sensations sexuelles et la détérioration de l'image corporelle (Curtis & al., 2014).

## **Les traitements du cancer du sein et leurs conséquences**

### **Chirurgie**

Suite à l'annonce du diagnostic, l'ablation chirurgicale de la tumeur est souvent le premier traitement. L'atteinte des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses influence l'indication opératoire et l'évolution de la maladie. Le chirurgien s'assure de l'atteinte ou non du ganglion sentinelle (premier ganglion drainant la lymphe de la tumeur), au moyen d'une biopsie, pour réduire la dissection inutile des ganglions lymphatiques si aucune trace de cancer n'est détectée dans ce ganglion. Dans la plupart des cas, il est possible d'effectuer une tumorectomie et d'enlever le tissu cancéreux en conservant la majeure partie du sein, à condition que la tumeur soit limitée et qu'elle n'envahisse pas le muscle pectoral ou la peau avec une marge de sécurité suffisante. Une mastectomie (ablation du sein) est pratiquée en présence d'une grosse tumeur et d'un carcinome inflammatoire, d'un résultat esthétique qui ne serait pas satisfaisant, d'une impossibilité de pratiquer une radiothérapie, d'une récurrence locale d'une nouvelle tumeur ou encore lorsque la patiente le souhaite. La mastectomie radicale modifiée semble la plus répandue de nos jours et consiste en l'ablation du sein en entier avec la peau et le mamelon (sans toucher aux muscles pectoraux). Chez certaines femmes, la peau et le mamelon peuvent être préservés ce qui permet un meilleur résultat esthétique lors d'une reconstruction (LSC, 2015a).

La revue de littérature de Helms, O'Hea et Corso (2008) soutient le postulat selon lequel la mutilation des seins après un cancer peut mener à une détresse psychologique marquée. Ces auteurs suggèrent que plus la chirurgie est drastique et invasive pour la poitrine, plus elle affectera la femme dans la satisfaction esthétique ressentie et son bien-être psychologique. Pour certaines femmes, les inquiétudes à propos d'une mutilation de leurs seins peuvent jouer un rôle dans le processus initial de prise de décision à propos d'un traitement contre le cancer. De plus, les mêmes auteurs notent que le facteur influençant le plus la décision d'avoir recours à une tumorectomie et aux radiations ou à une

mastectomie est l'anticipation d'une déformation ou d'un effet délétère de la chirurgie sur l'image corporelle et le sentiment de féminité. Étant donné que la poitrine est un aspect du sens général de la féminité et de l'image de soi, la perturbation de son apparence peut causer des troubles dans le bien-être émotionnel de la femme et du concept de soi dans sa globalité.

### **Radiothérapie et Chimiothérapie**

Le traitement oncologique comprend souvent de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. La radiothérapie agit localement en endommageant les cellules cancéreuses pour qu'elles ne se divisent pas, ni ne prolifèrent et finissent par mourir. La chimiothérapie est un traitement qui permet de tuer les cellules cancéreuses et/ou de freiner leur division. Malheureusement, cette dernière thérapie présente de nombreux effets secondaires car elle ne peut pas cibler uniquement les cellules cancéreuses ; elle provoque une immunosuppression, des nausées et vomissements, une alopécie, et d'autres symptômes associés à un dysfonctionnement de la reproduction cellulaire. Parfois, une chimiothérapie est pratiquée avant la mastectomie, elle est dite "néo-adjuvante" (LSC, 2015a).

#### *Alopécie*

Les cheveux détiennent une variété de valeurs significatives dans plusieurs cultures. Au cours de l'histoire, les cheveux ont été le reflet d'appartenance religieuse, de beauté, de genre, de maturité et d'âge (Helms & al., 2008). Selon Batchelor (2001, cité dans Helms & al.), la perte de cheveux a été associée à une perte de sexualité, d'attractivité et d'individualité ainsi qu'au fait d'être mourant. L'extension des effets négatifs de la perte de cheveux sur l'image corporelle dépend de la manière dont les femmes font face à leur alopécie. Les réponses à la chute de cheveux peuvent aller d'un sentiment de fierté et de courage à un sentiment de traumatisme et une perte d'identité [traduction libre] (Boehmke & Dickerson, 2005, cité dans Helms & al., p. 320).

L'étude menée par Mulders, Vingerhoets et Breed (2008) décrit une discordance dans l'évaluation de l'importance des problèmes liés au cancer du sein tels qu'ils sont vus par les infirmières, les médecins ou les patientes ; un des plus grands écarts étant celui de l'alopécie vue par les médecins et les infirmières – qui la sous-estiment – et par les patientes, qui la jugent importante. Cette même étude conclut que l'alopécie se classe parmi les 5 plus grands problèmes décrits par les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Dans le monde occidental d'aujourd'hui, la symbolique des cheveux a diminué. La société est devenue plus compréhensive face aux maladies et aux limites du corps. Quoi qu'il en soit, il existe un consensus quant à l'acceptation et au confort de l'image de soi après une perte de cheveux qui varient en fonction des femmes ; l'image de soi chez certaines d'entre elles peut rester intacte voire même se développer (Helms et al., 2008).

### **Hormonothérapie**

Les tumeurs présentent différents types de récepteurs qui peuvent influencer le traitement, par exemple, des récepteurs de HER2 peuvent être bloqués par une thérapie biologique, soit au moyen de

l'immunothérapie et/ou des anticorps thérapeutiques (LSC, 2015a). Lorsque les tumeurs sont hormonosensibles, une thérapie hormonale peut être prescrite, car les hormones féminines favorisent la croissance du cancer. Malheureusement, elles entraînent une ménopause prématurée. Selon une étude menée par Davies et al. (2012), les traitements hormonaux sont prescrits pendant 5 ans car les risques de récurrence sont considérés comme fortement diminués après cette période (réduction du risque de récurrence à 15 ans ainsi que du risque de décès). Cependant, la tendance actuelle préconise une généralisation des traitements à 10 ans, méthode qui semble plus efficace. Dans cette perspective, les patientes sous hormonothérapie devront faire face aux effets secondaires pendant ce même temps, ce qui représente une préoccupation pour les soignants qui accompagnent cette clientèle.

### **L'impact du cancer du sein sur la sexualité et le concept de soi**

L'OMS (2002) décrit la sexualité comme incluant le plaisir, l'activité sexuelle, l'érotisme et l'orientation sexuelle. La "sexualité" est un terme général qui englobe l'amour de soi-même ainsi que l'amour d'un autre, l'image corporelle, l'intimité, se lier à l'autre, le plaisir et la reproduction. La qualité de la vie sexuelle implique la stimulation de tous les sens – l'odorat, le toucher, le goût, l'ouïe, ainsi que la vue – et comprend une approche positive et respectueuse de l'autre (OMS). L'humain est génétiquement doué d'une sexualité qu'il incarne phénotypiquement et qui est nourrie hormonalement. La sexualité est décrite comme mûrissant par l'expérience et comme étant quelque chose qui ne peut pas être acheté, vendu ou détruit, en dépit de ce qui est fait à une personne. Elle n'est pas liée à l'âge, car les humains sont sexuels in utero (Hughes, 2009).

Selon la LSC (2015a), la poitrine féminine est composée de tissus adipeux, conjonctifs et glandulaires où la moitié des tumeurs du sein se forment. « Les seins font partie des caractères sexuels dits "secondaires" car non essentiels à la reproduction » (LSC, 2015a, p.12). Selon Francequin (2012), le sein est l'élément le plus significatif de la féminité, ce qui rend la survenue d'un cancer du sein traumatique pour une femme.

Depuis des siècles, le sein est représenté dans l'art (peinture, sculpture) comme un organe nourricier, de séduction, de religion et de santé. Par exemple, Vénus est une des références de l'idéal de beauté où son sein nu, en particulier, est mis en évidence (Francequin, 2012). Les seins ont une connotation sociétale et sociale de la féminité, de la maternité et de la sexualité (Helms & al., 2008). De plus, selon Fallbjörk, Salander et Rasmussen (2012), ces aspects seraient interculturels.

« Là où ils aiment, ils ne désirent pas et là où ils désirent, ils ne peuvent aimer ... », cette phrase de Freud (citée dans Parat, 2015) désigne une idée encore présente que la femme incarne alternativement le rôle de maman ou de putain. Le sein féminin est le représentant physique de ces deux aspects, tantôt excitant, tantôt nourricier. Parat décrit alors :

Ainsi, l'imaginaire masculin regorge-t-il de femmes aux appâts flamboyants qui ne sauraient être des mères. Ces seins érotiques, érigés, découverts et séducteurs sont à mille lieues du

doux sein maternel, nourricier, pudique, voire presque évanescents chez les vierges allaitantes du Quattrocento. [...] Sur les cimaises de nos musées comme sur les affiches qui couvrent les murs de nos villes, les seins érotiques ne sauraient être confondus avec les seins nourriciers, les « tétons charnus » avec les « tétons juteux », comme le disait un médecin du XVIII<sup>e</sup> siècle (préface).

Dans cette perspective, il est compréhensible qu'un sein est un attribut qui est lourd de signification dans la construction de l'identité d'une femme, tant comme être sexué que comme être sexuel.

### **L'impact du cancer du sein sur le concept de soi**

Selon Kozier, Erb, Berman et Snyder (2012), le concept de soi : « tient à la perception mentale que l'on a de soi-même » (p. 555), il se forme tout au long de la vie en fonction de la personne et de son environnement. Les mêmes auteurs attribuent quatre composantes au concept de soi qui sont : **l'identité personnelle, l'image corporelle, l'exercice du rôle et l'estime de soi**. Le concept de soi est une image de soi à soi, modulée par le milieu socioculturel et le bagage intellectuel de chacun. Selon Vanhook (2009, cité dans Kozier & al.) : « il en découle que le concept de soi et la perception de sa santé sont étroitement liés » (p. 555). En effet, la perception que la personne a d'elle-même influence son comportement et sa santé physique ou mentale et ce, selon ses besoins autoévalués. Pour comprendre la place occupée par le sein dans le corps et l'esprit d'une femme, il est utile de définir l'influence du cancer du sein sur les quatre composantes du concept de soi.

#### *Cancer du sein et identité personnelle*

« L'identité personnelle correspond à la conscience que la personne a des caractéristiques qui la rendent unique, lesquelles évoluent tout au long de la vie » (Kozier & al., 2012, p. 559). Elle « découle des valeurs, des croyances et des convictions, de la personnalité et du caractère » (p. 559). Comme citent Ussher, Perz et Gilbert (2012) : les changements dans le bien-être sexuel peuvent être un aspect des plus problématiques dans la vie après le cancer du sein. L'impact de ces changements peut durer de nombreuses années après le traitement et il est associé à des effets indésirables physiques et émotionnels graves. Cependant, l'accent mis sur les changements corporels nie l'influence de la construction sociale et relationnelle de la sexualité et de la maladie, ceci influençant négativement la façon dont la sexualité est négociée par les individus au travers leurs relations.

Autrement dit, la femme souffrant d'un cancer du sein verra forcément sa sexualité se modifier. D'une part, parce que les traitements ont un effet non négligeable sur la forme physique des patientes, et d'autre part, parce que – même si les effets secondaires des traitements sont surmontables – le sein prend une place importante dans la sexualité féminine. Ainsi, devoir s'adapter à l'ablation de son sein ou à l'altération de l'apparence de sa poitrine, à la perte des cheveux, à l'arrêt des menstruations et à la perte de la capacité de porter un enfant, font en sorte que les femmes se sentent « vieilles » avant l'âge (Emilee, Ussher & Perz, 2010). Trueland (2013) explique que certaines femmes seront dévastées à l'idée de perdre un sein. Pour d'autres, c'est la réaction de leur partenaire qui est importante. De

manière générale, la perte d'un organe ou d'un membre est, par définition, un événement physiquement traumatique. Zoé Stevens, 29 ans, témoigne : « Quand j'ai perdu mes cheveux et mes seins, je ne me sentais plus moi-même » (Trueland, p. 20).

#### *Cancer du sein et image corporelle*

L'image corporelle se rapporte au soi physique et correspond à la manière dont la personne perçoit la taille, l'aspect et le fonctionnement de son corps dans son ensemble et de ses différentes parties [...], mais aussi l'apparence physique et matérielle [...]. L'image corporelle d'une personne s'établit, d'une part, à partir des attitudes et des réactions des autres concernant son corps, et, d'autre part, à partir des explorations auxquelles elle se livre sur celui-ci (Kozier & al., 2012, p. 559).

La qualité de la vie sexuelle est décrite comme étant le fait de ressentir un lien corps/esprit, se sentir attrayant et capable, avoir le choix, et d'être en mesure de profiter des activités sexuelles. Être capable de faire confiance (non seulement à son partenaire, mais à son corps pour initier et répondre à la stimulation sexuelle) est un aspect très important de la qualité de la vie sexuelle (Hughes, 2009). Selon Reich (2008) :

Les troubles de l'image corporelle induits par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique chez les patients. Cela pose la question d'une métamorphose de leur identité corporelle et psychologique. La mutilation corporelle symbolise toute la souffrance physique et psychique des patients et renvoie à diverses problématiques : deuil, castration, réparation, image spéculaire (p. 247).

Après être passée par de nombreux sentiments et avoir subi une opération qui lui a enlevé une partie d'elle-même, la personne voit son concept de soi se remanier et ses rôles changer. Une femme atteinte d'un cancer du sein perçoit le regard des autres différemment du fait de son image corporelle perturbée. Toujours selon Reich (2008) :

L'atteinte du sein par le cancer renvoie à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- la composante anatomique avec le sein, mamelle nourricière source de vie, de maternité mais aussi devenu menace de mort potentielle ;
- la composante narcissique avec le sein source de séduction, de beauté et de féminité ;
- la composante érotique avec le sein source de fantasmes, zone érogène et élément de la sexualité ;
- la composante imaginaire avec le sein du désir, celui qu'on n'a jamais eu... et qu'on n'aura jamais (p. 251).

Ces quatre composantes de l'image mentale que les femmes se font de leur(s) sein(s) ne cohabitent pas toutes en même temps, mais revêtent chacune une importance plus ou moins élevée en fonction du

contexte. Une femme à qui son sein « nourricier » ne manquera pas forcément, pourra se retrouver complètement démunie devant la perte de son sein « érotique ». C'est là toute la complexité du deuil du sein, dans la multitude de choses qu'il représente auprès des femmes mais aussi auprès des « autres ».

Une mastectomie modifie l'apparence et les attraits physiques, la capacité de séduction et la vie sexuelle. En effet, des études montrent que les femmes avec un cancer du sein expérimentent une série de changements sérieux, d'émotions négatives ayant comme résultat des perturbations dans leur sexualité, qui incluent une peur de la perte de fertilité, une perte de féminité, une mauvaise image de soi, le sentiment de ne plus être attirante sexuellement, une dépression, de l'anxiété, ainsi que des altérations du ressenti du soi sexuel (Emilee & al., 2010).

Kalaitzi et al. (2007) citent que le cancer du sein peut être une expérience dévastatrice pour la patiente et son partenaire et que son traitement peut aussi causer un grand stress, surtout s'il implique une mutilation de la poitrine suite à une mastectomie ; car cela perturbe l'image corporelle et la sexualité, particulièrement chez les femmes jeunes et actives sexuellement [traduction libre] (p. 235). Une liste des effets du cancer du sein et de ses traitements sur la sexualité est présentée en annexe [I].

#### *Cancer du sein et exercice du rôle*

L'exercice du rôle mesure la pertinence des comportements de la personne par rapport aux attentes qu'on entretient à son égard dans le cadre de son rôle. [...] Ces attentes (les normes de comportement inhérentes au rôle) peuvent être définies par la société dans son ensemble, par un groupe culturel ou une communauté plus restreinte à laquelle la personne appartient (Kozier & al., 2012, p. 560).

La pathologie du cancer a des répercussions sur la vie professionnelle, la capacité à affronter les problèmes et à les résoudre, l'indépendance et l'autonomie. En effet, les traitements chirurgicaux, puis de chimiothérapie impliquent des hospitalisations (absence au travail et à la maison) et engendrent une grande fatigue. Les propos d'une autre interlocutrice lors de l'émission 36.9°, le magazine santé de la RTS, précisent qu'elle n'est plus capable de faire à manger pour sa famille car elle est trop épuisée (Gabus, 2012).

#### *Cancer du sein et estime de soi*

« L'estime de soi se rapporte au jugement qu'une personne porte sur sa propre valeur » (Kozier & al., 2012, p. 560). L'idée que chaque individu se fait de lui-même est fortement influencée par tous les changements sociaux, se construit au fil des années et n'est jamais acquise pour toujours (Kozier & al.). L'étude de Helms et al. (2008) traite des problèmes d'image corporelle et des ajustements psychologiques y relatifs chez des femmes ayant un cancer du sein. Tout d'abord, les femmes, en général, s'inquiètent de leur apparence, de leur poids et de leur corps. A travers les médias et les interactions avec l'autre dans notre vie quotidienne, notre société nous dit que les femmes sont attirantes et belles. A la télévision, particulièrement ces 5 dernières années, les formes idéales des

femmes deviennent de moins en moins réalistes. Avec une nouvelle tendance à la chirurgie esthétique, la société dicte qu'une femme belle et « *sexy* », doit être irréallement mince, avoir de faux seins volumineux (qui, par ailleurs, ne viennent pas naturellement lorsqu'on est de petit poids), et de longs cheveux luxuriants pour se sentir attirante. Malheureusement, dans ce monde qui définit la beauté d'une manière si peu abordable, les femmes diagnostiquées et traitées pour le cancer du sein doivent souvent faire face à une prise de poids, la perte ou la mutilation de la poitrine ainsi qu'à la chute de cheveux (Helms & al.).

### **Importance pour la discipline infirmière d'aborder la sexualité chez la femme atteinte du cancer du sein**

Hughes (2009) affirme que les patients de tous âges, orientations sexuelles, états matrimoniaux, et contextes de vie devraient avoir la possibilité de s'informer et discuter des questions sexuelles auprès des professionnels de la santé. Dans l'ensemble des articles consultés, plusieurs recommandations pour la discipline infirmière sont énoncées ou, plus précisément, pour les professionnels en contact avec des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Emilee et al. (2010) suggèrent que les cliniciens devraient être particulièrement sensibles aux conséquences du cancer du sein sur la sexualité et l'image corporelle de la femme, ainsi qu'aux conséquences sur leur partenaire. Des participantes de l'étude de Curtis et al. (2014) ont décrit comment les infirmières, médecins et consultants pouvaient – pour certaines participantes – diminuer leur stress et modérer leurs peurs à des points critiques de leur expérience du cancer du sein, alors que d'autres représentaient une source de stress additionnel. Des difficultés, survenaient parfois quand les besoins en informations des patients étaient en désaccord avec celles données par les professionnels de la santé.

Pour corroborer ces affirmations, les découvertes de Fallbjörk et al. (2012) suggèrent que l'expérience de la mastectomie consécutive à un cancer du sein est très individuelle et contextuelle. Par conséquent, les questions contextuelles sont d'une importance primordiale, et les professionnels de la santé doivent être attentifs à l'interprétation que la femme donne elle-même à la perte de son sein, au lieu de se baser sur des idées préconçues. Francequin (2012) rappelle que les normes esthétiques sont fortement influencées par les idéaux socioculturels. D'autant plus en ce qui concerne les seins, dont la marque identitaire est, soit valorisée et exaltée, soit contenue, stigmatisée ou encore exploitée. Il est alors important d'adapter/changer les normes de beauté, ainsi que le regard sur soi ou autrui, car cela joue un rôle important dans le monde professionnel, familial et social.

Pour le bien des patients, il incombe en tant que soignant d'être sensibles à ces problèmes rencontrés par tant de femmes. En outre, les soignants doivent s'assurer que les femmes bénéficient de soutien lorsqu'elles font face à ce genre de changements et qu'elles comprennent qu'il est tolérable, voire même normal, de faire l'expérience de la douleur, de la tristesse et de l'anxiété lorsque leur image corporelle est perturbée. De plus, les soignants sont invités à aider les femmes et à s'aider eux-mêmes

à mieux appréhender la vision étroite de la beauté de notre société ; ceci en aidant les femmes à redéfinir la beauté, la sexualité et la féminité d'une manière qu'elles n'excluent pas automatiquement les femmes ayant vécu avec un cancer du sein (Helms & al., 2008). Giami, Moulin et Moreau (2013) relèvent que leur étude :

a permis de faire apparaître des problèmes liés à la communication sur la sexualité et à l'érotisation de la relation de soins, qui ont révélé une double opposition : entre scénarios culturels où l'infirmière fait l'objet de fantasmes sexuels et des scénarios professionnels visant à déssexualiser la relation au patient ; entre une érotisation vécue comme facilitant les relations de soins ou pouvant les entraver. La prise en compte de l'érotisation de la relation de soins peut se faire de façon positive, au bénéfice du patient et de l'infirmière, quand elle est intégrée aux scénarios professionnels de l'infirmière (p. 20).

Cette dichotomie entre la déssexualisation du soin et la sexualisation de l'infirmière met les professionnelles de la santé dans une position délicate, où le dialogue autour de la sexualité peut faire l'objet d'appréhensions. En effet, la peur d'un *a priori* sur leur compte ou la volonté de rester la plus neutre possible vis-à-vis de la sexualité pour ne pas « en rajouter » sur le cliché de l'infirmière, peuvent empêcher la professionnelle de se livrer à des discussions sur la sexualité avec les patientes. Ces dires sont corroborés par Kniblicher (1984, cité dans Giami & al. 2013), précisant que « la majorité des infirmières préféreraient ne pas évoquer la sexualité et, a fortiori leur propre vie sexuelle dans la mesure où l'opinion publique leur avait longtemps prêté des "mœurs dissolues" » (p. 21).

Cette image quasi pornographique de l'infirmière a même été décrite plus anciennement comme constituant « des freins puissants à l'implication active des infirmières dans le domaine de la santé sexuelle et de la médecine sexuelle » (Kolodny & al., 1979, cité dans Giami & al., 2013, p. 21). En dépit du développement des connaissances et des compétences infirmières en la matière, et d'une ouverture relative des mœurs dans notre société par rapport à la sexualité, il persiste une « gêne » ou du moins une « barrière » entourant la notion de la sexualité chez les infirmières.

## **Question de recherche**

L'acronyme PICOT a été utilisé pour rechercher des articles permettant de cerner le sujet de recherche et délimiter la problématique, ainsi que pour guider la formulation de la question de recherche et de la spécifier. En effet, cet acronyme « oriente la construction de la question clinique et de la recherche bibliographique [...] et permet de localiser rapidement et précisément la meilleure information scientifique disponible » (Santos, Pimenta & Nobre, 2007, p. 511). PICOT est une anagramme de Population, Intervention, Comparaison, *Outcomes* et Temps (Melnik & Fineout-Overholt, 2011) qui se décline comme suit :

P : les infirmières en contact avec des patientes traitées pour un cancer du sein

O : présence de barrières à la communication sur la sexualité

T : de l'annonce de diagnostic à la rémission ou au décès

Il est alors possible d'énoncer la question de recherche suivante :

**Quelles sont les barrières rencontrées par les infirmières pour aborder la sexualité auprès de femmes traitées pour un cancer du sein et ses conséquences ?**

## **Cadre de référence**

Le cadre de référence choisi pour ce travail est la théorie de niveau intermédiaire des transitions de Meleis. Il permettra de réduire le sujet de l'étude à une spécification et de faciliter l'analyse des données et l'interprétation des résultats (Fortin, 2010). Selon Meleis et al. « les infirmières s'occupent d'aider des personnes, qui sont en transition ou qui en anticipent une, à maintenir un sens de bien-être » (2000, cité dans Pépin, Kérouac et Ducharme, 2010, p. 7). À la lumière de la problématique, la survenue d'un cancer du sein engendre de nombreux changements, notamment au niveau des quatre composantes du concept de soi de la personne.

Meleis et Trangenstein relient les trois concepts du métaparadigme infirmier, la personne, la santé et l'environnement, à ceux de la transition, de l'interaction, du processus de soins infirmiers et de thérapeutiques de soins infirmiers (1994, cité dans Pépin et al., 2010, p. 7). Selon ces auteures, « une **transition** consiste en un changement dans la santé, dans les rôles, dans les attentes de soi et des autres, dans ses capacités, et fait appel à des processus internes chez la personne » (1994, cité dans Pépin et al., p. 7).

**La personne** reçoit (ou reçoit potentiellement) des soins infirmiers et est définie comme un être humain avec des besoins, qui est en constante interaction avec son environnement et qui est capable de s'adapter à celui-ci mais qui, à cause de la maladie, le risque ou la vulnérabilité à une maladie potentielle, expérimente un déséquilibre ou est à risque de développer un déséquilibre [...] qui se manifeste par des besoins insatisfaits, une incapacité à prendre soin de soi et par des réponses inadaptées (Meleis, 2007 ; cité dans George 2011). D'une part, la femme atteinte d'un cancer du sein vit une transition composée d'expériences de sa maladie, telles que les perturbations vécues lorsqu'elle doit s'adapter à l'ablation de son sein ou à l'altération de l'apparence de sa poitrine, la perte de ses cheveux, etc. D'autre part, l'arrêt des menstruations, la perte de la capacité de porter un enfant et le fait de se sentir "vieille" avant l'âge (Emilee & al., 2010) font référence à la transition développementale que la femme atteinte du cancer du sein doit anticiper, notamment dans les événements liés au développement de la ménopause induite par les traitements néoplasiques. Au cours de ces transitions, la santé de la femme atteinte d'un cancer du sein est sujette à une grande vulnérabilité.

« L'**interaction** touche spécifiquement deux éléments du domaine d'intérêt des infirmières : les interactions de la personne avec l'environnement et les interactions de l'infirmière avec la personne » (Pépin et al, 2010, p. 7). En ce qui concerne les **interactions de la personne avec l'environnement**, les médias et les interactions avec l'autre peuvent avoir une influence dans l'image (bonne ou mauvaise) qu'une femme peut se faire de soi (Helms & al., 2010). Dans le contexte du cancer du sein, des changements physiques induisent des changements psychiques lorsque Reich (2008) cite que les « thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique ». Des conditions favorisant et entravant les transitions se situent au niveau personnel et environnemental.

L'**environnement** inclut mais n'est pas limité aux contextes immédiats de la personne, les personnes significatives, les professionnels de la santé ainsi que les contextes socio-économiques et politiques de la famille et de la communauté de la personne [traduction libre] (Hedin, 1986, cité dans George, 2011, pp. 615-616). De ce fait, les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie sont influencés par les conditions sous lesquelles une transition survient. À l'inverse, les conditions sous lesquelles une transition survient influencent les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie (Alligood, 2014). Durant la trajectoire de soins – du diagnostic à la rémission ou au décès – de nombreuses conditions facilitantes et entravantes, influençant la situation de santé/maladie de la femme peuvent être identifiées.

En ce qui concerne les **interactions de l'infirmière avec la personne**, il est important que l'infirmière aide à aménager des conditions favorables pour que la femme ayant un cancer du sein effectue une **transition en santé**, durant la trajectoire de la maladie. Une transition en santé est caractérisée par des indicateurs de processus et de résultats [traduction libre] (Alligood, 2014, p. 386). En effet, « l'expérience humaine de transition peut être définie par des indicateurs de processus (interactions dans le temps et dans l'espace, développement de la confiance) et de résultats (maîtrise de nouvelles habiletés, renouvellement de l'identité) » (Pépin & al, 2010, p. 7).

La sexualité a été définie comme englobant l'amour de soi-même ainsi que d'un autre par l'OMS (2002). Dans un contexte de cancer du sein, la femme – au niveau personnel – peut ressentir de la peur de perdre sa fertilité, sa féminité, un sentiment de ne plus être attirante sexuellement, une dépression, de l'anxiété et des altérations du ressenti du soi sexuel, ce qui peut résulter à une mauvaise image d'elle-même (Emilee & al., 2010). Son image est également influencée par le regard des autres (environnement) (Helms & al., 2008).

A travers la problématique, il a été démontré par quelles conséquences la survenue d'un cancer du sein pouvait altérer ou modifier les différentes composantes du concept de soi.

Les indicateurs de résultat définis par Meleis comprennent la maîtrise de nouvelles habiletés et le renouvellement de l'identité (Pépin & al., 2010). En effet, le concept de soi évolue tout au long de la vie en fonction de la personne et de son environnement. La personne atteinte d'un cancer du sein et

vivant avec les conséquences des traitements, verra son concept de soi se décliner de différentes façons ; ce qui va lui demander de maîtriser les nouvelles habiletés de son corps modifié. Ensuite, l'environnement qui l'entoure, la vision du cancer du sein et de ses conséquences qu'a la société, le regard du partenaire ou des proches, vont amener la patiente à renouveler son identité.

Selon la théorie des transitions, « les **soins infirmiers** sont définis comme étant un processus facilitant les transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être, quels que soient l'âge des personnes, leur culture, leur situation de vie et de santé ou l'environnement » (Pépin et al, 2010, p. 8). Dans tout ce processus, les infirmières sont présentes du début à la fin (du diagnostic aux soins palliatifs). Les infirmières sont des professionnelles de la santé qui doivent être sensibles aux problèmes de sexualité et d'image corporelle des patientes (Helms & al., 2008 ; Emilee & al., 2010). Fallbjörk et al. (2012) précisent qu'elles doivent prendre en compte la personne dans son individualité et son contexte précis. Le but de cette prise en soins est d'accompagner et soutenir les femmes dans leurs différentes transitions vécues (de santé-maladie, développementale) pour qu'elles puissent redéfinir la beauté, la sexualité et la féminité, maîtriser leurs nouvelles habiletés et renouveler leur identité.

## Méthode

Ce chapitre expose la méthode qui a permis de choisir les articles scientifiques de source primaire les plus pertinents susceptibles de répondre à la question de recherche. Il présente les bases de données utilisées, la stratégie de recherche documentaire effectuée (mots-clés, descripteurs, opérateurs booléens), les équations de recherche et le nombre de références obtenues. Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant conduit au choix définitif de six articles de recherche pour cette revue sont indiqués, ainsi que les limites méthodologiques entrevues.

## Bases de données

Les deux bases de données consultées dans le cadre de ce travail ont été : 1) Cumulative Index To Nursing And Allied Health Literature (CINAHL) ; et 2) Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (MEDLINE) affilié au National Center for Biotechnology Information de la National Library of Medicine (PubMed). La base de données CINAHL a été utilisée dans la stratégie de recherche d'articles scientifiques car elle « recense des articles de périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes » (Fortin, 2010, p. 142). Pour trouver des documents sur un sujet précis, il est nécessaire d'utiliser le thésaurus (moyen indexé de la base de données). Des descripteurs (mots-clés décrivant un sujet précis) doivent être employés pour cibler une recherche (Fortin). MEDLINE/PubMed est « une base de donnée internationale en sciences de la santé » (Fortin, p.142), dans laquelle « l'indexation est effectuée au moyen d'un thésaurus, le Mesh (Medical Subject Headings) » (Fortin, p. 145).

## Stratégie de recherche documentaire

Selon la démarche d'une recherche documentaire, une problématique a permis de préciser une question de recherche composée de concepts (Fortin, 2010). Les concepts abordés dans la question de recherche ont d'abord été traduits en anglais. Puis, des descripteurs caractérisant les mots-clés correspondants aux concepts de la question ont été identifiés dans le thésaurus de chaque base de données utilisée. Les concepts, mots-clés et descripteur correspondant sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1

*Concepts, mots-clés et descripteurs*

Concepts	Descripteurs		
	Mots-clés Anglais	CINAHL <i>Subject Headings</i>	MEDLINE <i>Mesh Terms</i>
Prise en charge infirmière/professionnels de la santé	Nursing Oncologic Nursing	Nursing care Oncologic nursing	Nursing Oncology nursing

	Health care professionnels	Professional-Patient Relations	Professionnal-Patient Relations
Personnes atteintes d'un cancer du sein	Breast cancer Cancer survivors	Breast Neoplasms Cancer Survivors	Breast Neoplasms
Image corporelle	Body image	Body Image	
Problématique de sexualité	Sexuality Sexual dysfonction Patient sexuality Dyspareunia	Sexuality Sexual Dysfonction, Female Dyspareunia	Sexuality Dyspareunia
Communication Barrières à la communication	Communication Communication barriers	Communication Barriers Communication	Communication Barriers Communication

Les bases de données ont permis de trouver des articles scientifiques de source primaire sur le sujet prédéfini au moyen d'équations de recherche. Selon Fortin (2010), une source primaire est une «publication portant sur des recherches empiriques ou théoriques » (p. 138).

### Equations de recherche

Les équations de recherche ont permis de sélectionner plusieurs articles intéressants. L'abréviation "PF" ajoutée à certaines équations, sur CINAHL, permettait de spécifier les facteurs psychosociaux du descripteur et semblait réduire les résultats. Les limites intégrées aux équations de recherche ont été les suivantes : articles publiés les 10 dernières années ; articles exclusivement en anglais ou en français. Pour un résultat trop important (\*), un sujet majeur, les relations entre patients et professionnels, a été sélectionné pour réduire les résultats.

Les équations qui ont permis de trouver les articles pour répondre à la question de recherche sont reprises dans le tableau 2, les autres équations testées sont en annexe [II].

Tableau 2

*Equations qui ont menées aux articles*

CINAHL	((MH "Oncologic Nursing/") OR (MH "Nursing Care+"))	AND (MH "Breast Neoplasms+/PF") AND (MH "Sexuality+")	8 résultats
	(MH "Oncologic Nursing/")	AND (MH "Sexuality+")	36 résultats
	((MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Nursing Care+"))	AND ( (MH "Communication+") OR (MH "Communication Barriers"))  AND ( (MH "Sexuality+") OR (MH "Sexual Dysfunction, Female+"))	22 résultats*

MEDLINE/ PubMed	((("Nursing"[Mesh]) OR "Oncology Nursing"[Mesh]) OR "Professional-Patient Relations"[Mesh]))	AND (("Communication Barriers"[Mesh] OR "Communication"[Mesh]))  AND "Sexuality"[Mesh]	23 résultats
--------------------	---	--	--------------

### Critères de sélection

Critères d'inclusion :

La population à l'étude qui a été incluse dans les critères comprenait les infirmières qui étaient au contact de femmes atteintes de cancer du sein. Au vu des résultats restreints obtenus qui comprenaient exclusivement ce type de cancer, il a été nécessaire d'élargir la population incluse. Les articles portant sur des infirmières qui travaillaient en oncologie ont été acceptés pour autant que des cas de cancer du sein soient présents.

Aucun moment spécifique du traitement n'a été précisé dans la question de recherche et n'est donc exclu des critères de sélection.

Critères d'exclusion :

Les articles comprenant une population constituée exclusivement de patients ont été rejetés de la recherche. Une population à l'étude "mixte" comprenant des patients et des infirmières a été retenue.

Les études menées dans un contexte non occidental ont été rejetées. Sur l'ensemble des résultats qui ont été obtenus, 6 articles ont été retenus pour répondre à la question de recherche.

### Liste des articles sélectionnés pour répondre à la question de recherche

Les articles obtenus sur la base de données CINHALL, à l'aide de l'équation de recherche sont les suivants :

1. Lavin, M. & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing* 10. doi:10.1016/j.ejon.2005.03.013
2. Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality- A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing* 16, 426-431. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.003
3. Fitch, M., I., Beaudoin, G. & Johnson, B. (2013). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II-Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal* 23(3), 182-196. Doi : 10.5737/1181912x233182188

Les articles obtenus sur la base de données MEDLINE/PubMed, à l'aide de l'équation de recherche sont les suivants :

4. 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
5. Ussher, J., M., Perz, J., Gilbert, E., Tim Wong, W., K., Mason, C., Hobbs, K. & Kristen, L. (2013). Talking about sex after cancer : A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health* 28(12), 1370-1390. Doi : 10.1080/08870446.2013.811242

De plus, des recherches manuelles exploitant les bibliographies d'articles de recherche (*cross-referencing*) ont permis d'obtenir une dernière source primaire sur le même sujet.

6. Magnan, M., A., & Reynolds, K. (2006). Barriers to adressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist* 20(6), 285-292.

### **Limites méthodologiques**

Certaines limites sont inhérentes à la stratégie de recherche documentaire dans ce travail qui s'est concentrée uniquement sur deux bases de données. Les résultats ne sont peut-être pas représentatifs de l'ensemble des travaux menés sur le sujet à l'étude. La compréhension du fonctionnement des bases de données a été évolutive. Les descripteurs ou les équations auraient pu être développées davantage pour mieux préciser les résultats. La spécificité du contexte du cancer du sein a révélé qu'il existe peu d'articles de recherche et une stratégie plus vaste (sur le cancer en général) a été entreprise pour récolter le bon nombre d'articles afin de pouvoir répondre à la question de recherche.

## Résultats

La dernière étape de la recherche documentaire consiste à analyser les sources primaires choisies grâce à l'évaluation de leur pertinence et de leur qualité, par l'utilisation d'une grille (Fortin, 2010). Deux grilles d'analyse ont été utilisées pour ce TdB, la première permettant d'évaluer les études quantitatives et la deuxième les études qualitatives [III ; IV].

Dans ce chapitre, les résultats des six articles choisis pour l'analyse sont résumés à l'aide d'un texte narratif, suivi d'un tableau reprenant les résultats principaux et pertinents pour répondre à la question de recherche. Certaines caractéristiques de l'article sont reprises : le nom des auteurs, l'année de publication, le pays, des points de méthodologie (type d'étude, échantillon, outils de mesures, récolte de données), les principaux résultats, les considérations éthiques et les limites de l'étude énoncés par les auteurs. Pour finir, les différentes suggestions et implications pour la clinique et la recherche sont reprises. L'ordre alphabétique des articles a été maintenu pour les résultats.

La synthèse des résultats se trouve à la fin du chapitre.

## Résumé :

Une étude de Fitch, Baudoin et Johnson (2013) se concentre sur la thématique de l'abord du sujet de la sexualité dans les soins en oncologie du point de vue des patients et des soignants. Cet article traite uniquement de la perspective des soignants. De nombreuses études prouvent que ces conversations n'ont pas assez souvent lieu, en particulier dans les services ambulatoires surchargés. Cette étude a été entreprise pour explorer les perspectives des professionnels de la santé spécialisés en oncologie, en ce qui concerne les conversations sur la sexualité après un diagnostic de cancer. Il existait chez les chercheurs un désir de mieux comprendre les obstacles qui freinent l'abord de cette conversation dans la pratique quotidienne. Trente-quatre professionnels de la santé dont 12 infirmières ont été interrogés afin d'explorer leurs expériences et leur rôle dans le domaine des conversations sur la sexualité. Le critère de sélection des 34 soignants était que la totalité de leur charge de travail soit oncologique.

Un guide d'entrevue a été développé par les auteurs afin de faire émerger la propension des professionnels de la santé à avoir des conversations avec les patients à propos de sexualité. Au départ, des questions étaient posées pour déterminer la proportion des patients qui évoquaient les problématiques liées à la sexualité avec le participant pendant leur pratique clinique courante, et la fréquence à laquelle le participant initiait le sujet. Chaque participant a dû donner un exemple de sa pratique où le patient a abordé le sujet de la sexualité et un autre où lui-même l'a abordé.

Par la suite, les participants ont dû identifier dans leurs scénarios les obstacles les ayant (eux et les patients) empêchés d'aborder le sujet de la sexualité. Enfin, il leur a été demandé de mener une réflexion sur leurs rôles professionnels, en les mettant en lien avec les difficultés relatives à l'abord de la sexualité dans les soins en oncologie, et sur ce qui pouvait faciliter ce dialogue entre patient et soignant.

Les auteurs ont classé les résultats en 6 thèmes : (1) L'étendue de l'impact du cancer et de ses traitements sur la sexualité d'une personne varie par la localisation du cancer ; (2) La sexualité n'est pas perçue comme une priorité par les patients atteints de cancer, surtout pendant les étapes de diagnostic et de traitement ; (3) Si la sexualité devient une source de préoccupations pour les patients atteints de cancer, celles-ci apparaîtront après la fin du traitement ; (4) Les conversations à propos de la sexualité ont lieu, la plupart du temps, lors d'un entretien pour obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant une chirurgie ou un traitement ; ou lorsque le patient pose une question spécifique ; (5) Si les patients atteints de cancer ont des difficultés ou des inquiétudes à propos de leur sexualité, ils poseront des questions ou en parleront à un professionnel de la santé ; (6) Avoir une conversation à propos de la sexualité est difficile pour diverses raisons.

Les résultats confirment la nécessité de clarifier les rôles des infirmiers en oncologie au sujet des soins et de la dispense d'une éducation thérapeutique relatifs à la sexualité ; notamment pour avoir une vision commune au sujet de l'importance de la sexualité.

## Auteurs (Année, pays) : Fitch, M. I., Beaudoin, G. & Johnson, B. (2013, Canada)

But	Méthodologie	Résultats
Acquérir une compréhension accrue sur le dialogue entre les professionnels des soins en oncologie et les patients atteints de cancer en ce qui concerne le sujet de la sexualité. Le travail a été entrepris pour fournir une base pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer qui ont des difficultés en matière de sexualité liées à leur maladie à son traitement. Cet article se concentre sur les perspectives des fournisseurs de soins de santé.	<b>Étude</b> qualitative descriptive <b>Echantillon :</b> Discipline, (maladies rencontrées dans leur pratique), N=2 • Infirmières diplômées, (sein, gastrointestinal/urogénital (prostate), gynécologique, poumons), N=12 • Médecin/Chirurgien, (sein, gastrointestinal/urogénital (prostate), gynécologique, poumons, tête et cou, hématologie), N=1 • Travail social, (sein, système nerveux central, gastrointestinal/ urogénital (prostate), gynécologique, poumons, tête et cou, hématologie), N=6 • Radiothérapeute, (Traitent tous les sites), N=5 <b>Récolte de données :</b> • Entretiens en profondeur semi-structurés menés par des personnes compétentes en étude qualitative • Relecture et discussion des données par les auteurs de l'étude	<p>1. Les participants ont tous décrit la sexualité comme étant un aspect important de la vie d'une personne et ont reconnu qu'elle faisait partie d'une visée de soins holistique.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tous ont fourni des exemples sur comment le cancer pouvait apporter des changements dans le fonctionnement sexuel et l'apparence physique et sur comment ces changements pouvaient influencer l'image de soi, l'amour propre et les relations interpersonnelles.</li><li>• L'étendue et la nature des changements ont été décrites comme résultant du site occupé par le cancer ; notamment en ce qui concerne l'anticipation des patients dans ces changements.</li></ul> <p>2. Malgré le fait d'avoir reconnu la sexualité comme une part importante des soins dans une visée holistique, les soignants ont dit penser que cela ne constituait pas une priorité pour les patients, en considérant la nature du cancer comme menaçante pour la vie.</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les soignants estiment que c'est au moment où le traitement est terminé et que les patients commencent à vivre avec leurs modifications corporelles, qu'ils commencent à parler de leurs inquiétudes liées à la sexualité.</li><li>• Les soignants décrivent l'impression que, même lors de changements (mastectomie, ménopause induite, fatigue), les patients n'abordent pas souvent le sujet ; ce qui est perçu comme une forme de « non inquiétude ».</li></ul> <p>4. Globalement, les soignants ont rapporté que les patients abordaient rarement le sujet de leur propre chef. Souvent, lorsque des difficultés surgissent et sont évoquées, les patients se concentrent sur les symptômes ou les effets secondaires et ne se focalisent pas initialement sur leur intimité ou leurs relations interpersonnelles. Le processus de consentement éclairé se prête le plus souvent à l'émergence d'une conversation riche, durant laquelle le patient peut poser des questions spécifiques à propos des effets de certains traitements, particulièrement lors de chirurgie ou de radiothérapie ciblée sur une certaine partie du corps. En dehors de ces conversations, les soignants n'ont pas abordé le sujet de la sexualité et attendaient que le patient le fasse.</p> <p>5. La plupart des participants partageaient le point de vue que les patients qui vivaient des difficultés relatives à la sexualité à cause d'un cancer et/ou de son traitement, évoqueraient le sujet pendant un entretien. Ils attendaient souvent que le patient exprime ses inquiétudes plutôt que de s'en quérir. Les discussions à propos des inquiétudes des effets secondaires physiques ont été décrites comme étant l'entrée la plus logique pour aborder le sujet de la sexualité, par exemple, lors de sécheresse vaginale ou de douleurs pendant les rapports, effets secondaires qui interfèrent avec la vie intime. Néanmoins, il a été remarqué que ces sujets pouvaient être abordés par les patients et discutés ensemble avec le soignant, sans pour autant mener à une discussion</p>
<b>Ethique</b> Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital avant le début de l'étude.		
<b>Limites</b> Pas de limite décrite dans l'article.		

de fond sur l'intimité ou les relations interpersonnelles.

6. Les participants ont décrit le sujet de la sexualité comme étant difficile à aborder pour eux et les patients pour diverses raisons.
- Les soignants ont décrit le sujet comme étant privé et personnel, et que le degré de confort pour l'aborder variait en fonction des individus.
  - Les influences majeures sont l'âge, la culture, la religion et le fait d'être à l'aise ou pas avec le sujet de la sexualité.
- A bien des égards, la sexualité est toujours vue comme un sujet tabou. Pour les soignants participant à l'étude, le temps, les priorités de soins et l'expérience étaient décrites comme des influences clé dans la capacité à aborder ou pas le sujet.
- Les conversations sur la sexualité sont décrites comme complexes et demandant un abord sensible dans un lieu garantissant l'intimité.
  - Peu avaient reçu une formation à ce sujet et la plupart d'entre eux ne se sentaient pas équipés pour avoir ce type de conversation.
  - Les infirmiers et les travailleurs sociaux participants admettent facilement que leurs rôles comprennent les préoccupations liées à la sexualité.

#### Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

- Nécessité pour les centres de cancer d'élaborer des stratégies qui garantissent une attention sur les préoccupations relatives à la sexualité des patients comme faisant partie intégrante de la pratique clinique de routine.
- Établir des standards de telle manière que tous les patients soient informés, dès le début de leur prise en charge, de l'impact potentiel du traitement du cancer sur la sexualité. Cette information doit porter sur plus que les effets secondaires seuls.
- Les descriptions sur la façon dont les effets secondaires pourraient modifier l'estime de soi, les relations personnelles et les rapports physiques doivent être claires. Cette information devrait être facilement accessible aux patients dans tous les types de cancer et inclure une liste des ressources disponibles pour toutes les préoccupations que le patient pourrait connaître.
- Les professionnels de la santé ont besoin que les attentes au sujet des conversations sur la sexualité soient clairement énoncées dans leur rôle ; établies par les gestionnaires/cadres dans le contexte du travail et d'une préparation appropriée pour répondre à ces attentes.
- L'infirmière en oncologie, en particulier, devrait être en mesure de fournir une éducation de base sur l'impact du cancer et de ses traitements sur la sexualité, et procéder à une évaluation de base pour identifier les préoccupations des patients. L'évaluation de base devrait inclure la volonté de savoir si la personne souhaite de l'aide.
- Compte tenu de l'inconfort personnel avec le sujet de la sexualité que les participants ont exprimé dans cette étude, il existe un besoin d'éducation (connaissances et développement des compétences) du personnel. L'éducation pourrait se concentrer sur la façon de tenir une conversation de base sur la sexualité, et de quand il convient de référer le patient à un autre professionnel ou service, et quand il est approprié pour une infirmière en oncologie d'offrir l'intervention.

Résumé de l'article :

L'article écrit par Hordern et Street (2007) fait référence à leur enquête menée en Australie entre 2002 et 2005 dans un hôpital universitaire du pays.

Les auteurs ont récolté leurs données lors d'entretiens semi-structurés, ont fait des analyses textuelles des *guidelines* pratiques cliniques nationales et internationales et ont fait retour d'informations (*feedback*) lors de 15 forums, avant lesquels les premiers résultats ont été d'abord présentés aux patients et professionnels de la santé en soins oncologiques et palliatifs.

Pour répondre à la question de recherche, les données de l'article qui concernent les entretiens semi-structurés ont été jugées les plus pertinentes et sont donc plus développées.

Lors des entretiens, des professionnels de la santé et des patients ont été interrogés. Il leur a été demandé d'énoncer ce qu'ils pensaient être important dans le processus de communication entre patient et professionnel de la santé. Ensuite, ils ont été amenés à se souvenir d'un moment où ils avaient eu l'occasion de parler des problématiques d'intimité et de sexualité avec un professionnel de la santé, pour les patients et inversement. S'ils le pouvaient, ils devaient spécifier qui avait initié le sujet et comment ils se sentaient de parler de ce type de problématique.

S'il se remémorait un souvenir de discussion, le professionnel de la santé était encouragé à préciser ce qu'il pensait être important pour lui et pour le patient et combien il allouait de temps à ce type de discussion (dans une journée de pratique). S'il ne pouvait pas se souvenir d'une discussion de ce type, il était interrogé sur les problématiques qu'il considérait comme importantes du point de vue des patients ainsi que du point de vue des professionnels de la santé.

Si le patient se remémorait une discussion au sujet de l'intimité et de la sexualité, il lui était demandé de préciser le temps dont il avait bénéficié pour parler et si d'autres moyens avaient été utilisés par un professionnel de la santé pour aborder le sujet. S'il ne pouvait pas se souvenir d'avoir parlé à un soignant de l'intimité ou de la sexualité, il était interrogé sur ce qu'il considérait comme important et la manière qu'il aurait apprécié (ou non) que les professionnels de la santé utilisent pour aborder ces problématiques. Tous les patients étaient également conviés à définir les termes "intimité" et "sexualité" ainsi que leurs principales préoccupations à propos du soutien fourni et reçu concernant les problématiques de sexualité et d'intimité. Pour finir, les patients avaient la place d'ajouter ce qu'ils voulaient à l'entretien.

Les données ont été analysées plus profondément à l'aide du travail de Giddens (1998) sur la réflexivité, l'intimité et la sexualité. Les participants ont été classés dans deux groupes différents "moins réflexifs" ou "plus réflexifs". La détermination de l'appartenance à un groupe s'est faite en se basant sur les attitudes et croyances dominantes à propos des problématiques d'intimité et de sexualité. Les auteurs ont différencié dans chacun des groupes des sous-groupes :

Point de vue des patients :

- A. Groupes "moins réflexifs" :
  - 1. « La survie est plus importante que ma sexualité »
  - 2. « Confiance en l'expert »
- B. Groupes "plus réflexifs" :
  - 1. « Recherche d'options »
  - 2. « Suis-je normal »
  - 3. « Communication négociée »

Point de vue des soignants :

- A. Groupes "moins réflexifs" :
  - 4. « Ce n'est pas une affaire de vie ou de mort »
  - 5. Je fais en sorte d'éviter le sujet »
- B. Groupes "plus réflexifs" :
  - 6. « Je ne peux exposer ma vulnérabilité »
  - 7. « C'est une affaire risquée »
  - 8. « Communication négociée »

Les données démographiques des patients de l'étude supportent la notion de la sexualité "plastique" de la société actuelle moderne de Giddens (1992). Il insiste sur l'importance que la connaissance du statut marital ne détermine pas la sexualité et l'intimité du patient.

Un sous-groupe de patients (A-2) était le seul à accepter que les professionnels de la santé utilisent l'humour pour faciliter la discussion de sujets sensibles comme la sexualité. Les groupes de patients (B) jugeaient que l'humour empêchait les patients d'obtenir des informations ouvertes et honnêtes.

L'ensemble des résultats de l'analyse de texte a révélé que la sexualité du patient reste largement invisible dans les *guidelines* qui influencent le développement futur clinique, éducatif et politique.

Les résultats clés du projet révèlent l'incongruence entre les façons de construire la sexualité et l'intimité de la part des patients et des professionnels de la santé. Les structures qui gouvernent les cadres des soins en oncologie et soins palliatifs perpétuent cette disparité et rendent difficile pour les professionnels de la santé de voir les patients comme des personnes avec des besoins en sexualité et intimité. L'expression de leur propre vulnérabilité lors de l'abord de ces problématiques est également difficile pour les soignants, dans le cadre de la pratique clinique.

## Auteurs (Année, pays) : Hordern, A. J. et Street, A. F. (2007, Australie)

But	Méthodologie	Résultats
Présenter les perspectives des patients et professionnels de la santé sur les constructions de l'intimité et de la sexualité, pour essayer de comprendre la mise en forme de ce tabou de la pratique clinique	Enquête à 3 étapes, utilisation d'une recherche qualitative <b>Echantillon:</b> Patients (n= 50) Age : de 22 à 88 ans, avec 44% de plus de 60 ans Type de cancer : <ul style="list-style-type: none"><li>• Sein 20%</li><li>• Prostate 22%</li><li>• Intestin 10%</li><li>• Poumon 10%</li><li>• Hématologique 16%</li><li>• Autre 12%</li></ul> Professionnels de la santé (n=32) Disciplines : <ul style="list-style-type: none"><li>• Médecin (n= 10)</li><li>• Infirmière (n= 13)</li><li>• Travailleur social (n=4)</li><li>• Ergothérapeute (n=1)</li><li>• Physiothérapeute (n=2)</li><li>• Aumônier (n= 1)</li><li>• Volontaire (n=1)</li></ul> Genre : <ul style="list-style-type: none"><li>• Masculin 25%</li><li>• Féminin 75%</li></ul> Années d'expériences dans les soins oncologiques et palliatifs : <ul style="list-style-type: none"><li>• 1-3 ans 22%</li><li>• 4-6 ans 28%</li><li>• 7-10 ans 16%</li><li>• + de 10 ans 34%</li></ul> <b>Récolte des données :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entretiens semi-structurés (n=82)</li><li>• Forums (n=15) de feedbacks de soins oncologiques et palliatifs pour fournir de plus amples validations des données</li><li>• Analyse de texte des guidelines (n=33) des soins oncologiques et palliatifs : basée sur un cadre</li></ul>	<b>Points de vue des patients :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• A: définition de la sexualité dans un sens fonctionnel (avoir des relations pénétrantes) sans comprendre l'impact de leur cancer sur les aspects sensoriels ou intimes de leur vie.</li><li>1. (n=2) : plus petit nombre de réponses, les patients gèrent leur vie sans rapports sexuels, se sentant heureux d'être en vie. Ils disent, cependant, avoir besoin d'informations pratiques en rapport avec l'intimité et la sexualité.</li><li>2. (n=6) : les patients acceptent de recevoir des informations sur les impacts sur la fertilité, la contraception et la ménopause. Ils précisent ne pas vouloir mettre le professionnel de la santé dans une "situation inconfortable" en parlant de sexualité ou d'intimité.</li><li>• B : volonté que les professionnels de la santé offrent une opportunité de parler des changements dans l'intimité et la sexualité selon les besoins du patient, attente d'ouverture et de l'honnêteté de la part des soignants et sentiment que leurs besoins en intimité et sexualité sont largement ignorés.</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. (n=9) : les patients cherchent de l'aide auprès d'un professionnel de la santé (selon le genre et l'âge) en qui ils ont confiance et qui les respecte en tant que personne pour avoir des discussions non-médicalisées, mais également auprès de personnes qui ont eu un parcours similaire aux leurs.</li><li>2. (n=20) : les patients recherchent des discussions sur les changements physiques et émotionnels qu'ils impliquent un cancer pour normaliser leurs expériences. Ils tentent de combler les manques d'information, de soutien ou de stratégies pratiques et de réduire la confusion amenée par l'utilisation de termes médicaux par des recherches internet ou en venant accompagné lors des consultations.</li><li>3. (n=13) : les patients se définissent comme "partenaires" de soins (responsabilité d'abord du sujet partagée). Ils demandent aux professionnels de la santé de modifier leur focus de "rester en vie" à "vivre avec des changements". Ils rapportent des conversations efficaces avec les soignants, même s'ils disent trouver plus d'informations par leurs propres moyens (internet et lectures).</li></ol> <b>Points de vue des soignants :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• A : (majorité des professionnels)</li><li>1. (n=10) : les professionnels de la santé voient les patients comme asexués et supposent qu'ils partagent le même focus unidimensionnel (combattre la maladie), sans insister sur les impacts physiques et psychologiques sur la vie sexuelle.</li><li>2. (n=11) : plusieurs soignants disent éviter consciemment le sujet de la sexualité. S'il est abordé, les soignants parlent de aspects du traitement comme la fertilité, les mesures de contraception, la ménopause. L'inconfort de parler de ce sujet, les manques de temps et d'intimité pour engager des discussions intimes avec les patients semblent être identifiés comme barrières.</li></ul>

- B :
- 1. (n=6) : malgré une conscience de leurs propres barrières personnelles à l'abord des problématiques liées à la sexualité, les soignants se préoccupent de la réaction que pourraient avoir leurs collègues en apprenant qu'ils parlent de cela dans un contexte de maladie menaçant la vie. Ce groupe avoue utiliser l'humour comme stratégie pour pouvoir se sentir plus confortable, sans penser à comment cela pourrait être interprété par les patients.
- 2. (n=3) : les soignants rapportent se sentir inconfortables dans l'abord de la sexualité avec des personnes de culture non-occidentale car n'ayant pas assez de connaissances (plus de 20 professionnels spécifiant la culture musulmane). Les barrières à la communication identifiées sont le manque d'intimité (lieu de pratique) et l'inconfort (embarras, sentiment d'être inadéquat) à aborder l'intimité et la sexualité (tabou dans la culture des professionnels de la santé).
- 3. (n=2) : cette catégorie (jugée très réflexive) promeut la communication centrée sur le patient basée sur le respect et la confiance réciproque. Une petite partie met en relation ses propres définitions de la sexualité et de l'intimité et l'impact de celles-ci sur son monde professionnel.

#### Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

##### Pratique :

- Les modèles (patterns) de communication évoluent de médicalisé à réflexif et centré sur le patient. Pour cela, les professionnels doivent s'engager dans une exploration de leur propre définition de l'intimité et la sexualité et de leurs influences sur leur monde professionnel.
- Fournir des indices d'ouverture à la communication et la vérification des suppositions personnelles à propos de la sexualité et l'intimité des patients avec le patient sont essentiels pour une communication centrée sur le patient et un point de départ pour s'approcher d'une communication plus "négociée" entre soignants et patients.
- Fournir un cadre théorique pour faciliter le niveau de réflexivité des professionnels de la santé est nécessaire.

##### Recherche :

- Des études sont nécessaires pour savoir comment ce type de cadre théorique serait reçu par les professionnels de la santé, mais aussi sur l'exploration des relations entre l'âge, l'expérience, le genre ou la formation des professionnels de la santé et comment ces variables influencent la perception de l'intimité et de la sexualité du patient.
- Une étude longitudinale pour évaluer les bénéfices d'une participation à une formation selon un cadre théorique qui comprend des compétences de communication réflexive pourrait aider à déterminer les décalages dans la construction de la sexualité et l'intimité dans le cadre pratique de soins oncologiques et palliatifs.

## Résumé :

L'article de Lavin et Hyde (2006) explore les perceptions et expériences d'un échantillon d'infirmières, dans leur manière d'aborder la sexualité comme un aspect des soins donnés à une femme recevant une chimiothérapie contre un cancer du sein. Cette étude qualitative démontre que malgré leurs connaissances sur le sujet de la sexualité, et malgré l'importance qu'elles lui reconnaissent dans la vie des patientes, les infirmières ont tendance à éviter le sujet pour diverses raisons.

Les résultats sont présentés en 5 thèmes, qui sont : (1) Les constructions des participants à propos de la sexualité ; (2) Les effets de la chimiothérapie sur la sexualité ; (3) Le sujet de la sexualité est important mais évité ; (4) Les infirmières ne sont pas préparées pendant les études en soins infirmiers ; et (5) L'influence de la culture de la répression sexuelle.

Les deux derniers thèmes sont particulièrement appuyés par les infirmières dans les entretiens (enregistrés et retranscrits mot-pour-mot) qu'elles ont eus avec les chercheurs, dans une pièce tranquille sur leur lieu de travail. Elles admettent également qu'elles mettent surtout l'accent sur les problèmes cliniques des patientes, au détriment des problèmes psychosociaux ; bien qu'elles fassent preuve d'une conscience claire sur comment une sexualité altérée par la chimiothérapie peut impacter négativement sur une relation et à quel point cela peut être une grosse préoccupation pour les femmes suivant un traitement.

Finalement, elles considèrent l'éducation sexuelle comme constituant une part importante de leur rôle et ressentent qu'elles n'exercent pas adéquatement ce rôle. Elles décrivent le contexte clinique, l'inconfort, la gêne ainsi que la peur d'offenser en abordant le sujet, comme barrières structurelles.

## Auteurs (Année, pays) : Lavin, M., Hyde, A., (2006, Irlande)

But	Méthodologie	Résultats
Explorer les perceptions et expériences d'un échantillon d'infirmières dans l'abord de la sexualité comme un aspect faisant partie des soins pour les femmes recevant une chimiothérapie contre le cancer du sein.	<b>Étude</b> qualitative <b>Échantillon</b> : -infirmières diplômées (n= 10) formées en Irlande, ayant au minimum 3 ans d'expérience, avec au moins 1 année d'expérience en oncologie ambulatoire, recrutées dans 3 hôpitaux différents (n=3 ; n=3 ; n=4), dans des unités de jour de chimiothérapie -âge : 25-40 ans (n= 8) ; 40-55 ans (n=2) <b>Réculte de données</b> : •Entrevues enregistrées •Rapports des résultats des données relus par 2 participantes	1. Les infirmières ont une définition de la sexualité qui varie amplement d'une personne à l'autre. Leur communication verbale et non-verbale démontrait qu'elles enduraient des difficultés à exprimer leur compréhension de la sexualité. Cette difficulté a été exprimée explicitement. Cependant, toutes les participantes ont suggéré que la sexualité était un concept multidimensionnel et qu'elle occupait une part importante de l'existence humaine. Un certain nombre de participantes ont suggéré que la signification que chacun attribue à la sexualité dépend grandement des individualités. Certaines infirmières pensent que la sexualité féminine est étroitement liée à comment la femme se perçoit elle-même et comment les autres la perçoivent dans son identité ; ceci influençant son bien-être. Il ressort très clairement que la majorité des participantes conçoivent la sexualité comme bien plus qu'un concept physique, et la voyaient plutôt comme un concept étendu avec des implications dans les sphères émotionnelle, psychologique et sociale. 2. Les infirmières interviewées étaient parfaitement conscientes des impacts supplémentaires sur la sexualité que pouvaient rencontrer les patientes qui sont passées par une chirurgie avant d'entamer une chimiothérapie. Toutes les participantes ont démontré une compréhension empathique des effets potentiels d'une chimiothérapie sur la sexualité. Les infirmières ont également démontré des connaissances sur la ménopause induite par une chimiothérapie et les impacts que cela avait sur la fertilité. Il était également évident que les participantes avaient une compréhension claire du possible impact de la chimiothérapie sur l'image corporelle, ainsi qu'une conscience de comment la chimiothérapie pouvait engendrer des traumatismes psychologiques, émotionnels et sociaux. 3. La vaste majorité des infirmières voient les difficultés sexuelles des patientes recevant une chimiothérapie comme importantes. En plus de l'importance accordée à la sexualité comme aspect des soins, les participantes ont révélé que c'était un aspect rarement intégré à leurs prises en soins. En effet, les 10 participantes s'accordent que la sexualité en tant qu'aspect demandant des soins pour une femme qui suit une chimiothérapie, faisait l'objet d'une prise en charge inadéquate. La moitié des participantes admettent qu'elles attendent que les patientes abordent le sujet, même lors d'éducation thérapeutique à propos de la chimiothérapie. Cependant, toutes les participantes s'accordent sur le fait qu'elles ne favorisent pas l'apparition de la discussion. Certaines infirmières ont exprimé de la frustration et de la colère lorsqu'elles réfléchissaient aux barrières qui les empêchaient d'incorporer la sexualité à
<b>Éthique</b> L'approbation des infirmières et des comités d'éthique a été obtenue via les mécanismes formels et approuvés auprès de chaque institution.		
<b>Limites</b> • La taille de l'échantillon • Les résultats (les infirmières trouvent qu'il est important de parler de sexualité, et consentent que cela fait partie de leur rôle) vont à l'encontre de ceux publiés dans d'autres études, peut-être parce que l'échantillon a été constitué sur une base volontaire ; ce qui a peut-être attiré les infirmières qui s'intéressaient au développement de ce champ de compétences dans leur pratique. • Exclusion de la sexualité masculine		

leur pratique. Ces émotions étaient parfois reliées aux facteurs inhibiteurs dans leur environnement de travail (téléphone qui sonne, proximité immédiate d'autres patients, charge de travail), et parfois au mécontentement qu'elles ressentait lorsqu'elles se rendaient compte à quel point les infirmières sous-estimaient l'importance d'aborder les problèmes d'ordre sexuel avec les patientes.

4. Toutes les participantes pensent que la sexualité n'est pas abordée adéquatement (et parfois pas du tout) dans leur cursus général et la majorité des infirmières pensent la même chose de leur formation spécialisée en oncologie. La majorité des infirmières estimaient qu'on ne leur avait pas appris comment aborder le sujet de la sexualité dans le domaine des soins somatiques, et dans la plupart des cas, leurs rôles étaient définis dans le cadre de soins physiques uniquement. Bien que les participantes aient suivi une formation post-grade en oncologie, la grande majorité exprime le fait que, même si les cours abordaient la sexualité, ils n'étaient pas suffisants pour incorporer la sexualité dans leur pratique infirmière. Une seule infirmière (formée ailleurs que les 6 autres infirmières spécialisées) a décrit sa formation en oncologie comme étant aidante dans sa pratique.

5. Toutes les participantes affirment que la culture irlandaise influe sur la capacité des infirmières à aborder le sujet de la sexualité, dans le contexte irlandais. La sexualité est généralement perçue comme étant un sujet qui ne se discute pas ouvertement dans la société irlandaise. Les infirmières voient l'église catholique comme une influence puissante dont résulte la répression sexuelle des habitants de la nation. Quelques infirmières étaient optimistes sur le fait que la culture irlandaise s'ouvrirait peu à peu sur la sexualité. Néanmoins, la cohorte des patientes majoritairement rencontrées lors d'un cancer du sein est née avant 1960, génération qui a connu une grande répression de la sexualité, rendant difficile l'abord du sujet.

#### Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

- Utiliser un échantillon plus grand.
- Rechercher l'impact qu'a une population infirmière largement féminine sur la manière d'aborder la sexualité avec les patients de sexe masculin et de sexe féminin.
- Une recherche sur l'extension du rôle infirmier dans le domaine psychosocial dont la sexualité fait partie, ce qui augmente leur pouvoir d'agir sur de plus larges champs de la vie des patients.

Résumé de l'article :

L'étude de Magnan et Reynolds (2006) s'est concentrée sur les barrières à l'abord des préoccupations des patients liées à leur sexualité dans 5 différentes zones de spécialisation de soins. Les auteurs ont fait passer des questionnaires à des infirmières de différents services d'un centre médical situé dans le *Midwest* des Etats-Unis d'Amérique. Certaines infirmières ont un *Associate degree in Nursing* qui est un diplôme obtenu après 2 à 3 ans d'études en *community* ou *junior college* (Fulbright Commission Franco-Américain, 2016). Un instrument de mesure, *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS), a permis de récolter les données.

L'échelle SABS reprend les informations sur les attitudes et croyances des infirmières sur l'abord de la sexualité des patients dans leur pratique de soins. Le format de réponse de type Likert a été utilisé pour fournir des informations sur 12 items. Le score obtenu peut aller de 12 à 72, les plus hauts scores indiquant un plus grand nombre de barrières à l'abord de la sexualité des patients. Les propriétés psychométriques de SABS ont été validées et la mesure interne de fiabilité consistante, de cette étude, était d'un Cronbach  $\alpha$  de 0.74.

Les données qui peuvent permettre de répondre à la question de recherche de ce TdB sont relevées. C'est pourquoi, certains résultats (concernant les différences entre les différentes zones de spécialisation ne comprenant pas les infirmières en oncologie) n'ont pas été repris.

Les auteurs spécifient que leurs données ne peuvent pas être utilisées pour déterminer si les infirmières ayant moins de barrières à l'abord de la sexualité étaient plus aptes à participer à des *workshops* sur la sexualité ou si la présence aux *workshops* influençait réellement les attitudes des infirmières à parler des préoccupations des patients liées à leur sexualité.

Dans les implications pour la pratique, les auteurs proposent que des programmes d'éducation/formation qui comprennent des contenus général et spécifique soient mis en place pour aider les infirmières qui travaillent dans différentes zones de spécialisation à outrepasser les barrières à l'abord des préoccupations des patients liées à leur sexualité. De plus, les infirmières cliniciennes spécialistes sont amenées à penser à des manières dans lesquelles leurs compétences pratiques pourraient être utilisées de façon créative pour outrepasser les barrières à l'abord des préoccupations des patients liées à leur sexualité et promouvoir la santé sexuelle d'individus comme de groupes.

**Auteurs (Année, pays) : Magnan, M. A. et Reynolds, K. (2006, États Unis d'Amérique)**

Buts	Méthodologie	Résultats
<p>L'étude a 2 visées :</p> <p>(1) déterminer en quoi l'âge, les années d'expériences dans les soins infirmiers, le niveau d'éducation infirmier et l'exposition aux formations sur la sexualité influencent les attitudes et les croyances des infirmières sur la communication de la sexualité des patients et</p> <p>(2) examiner les barrières à la communication des PSP dans 5 zones de spécialisations différentes à savoir des unités de soins en médecine, chirurgie, oncologie, obstétrique/gynécologie et réhabilitation.</p> <p>Ethique:</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'université Wayne State</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limites à la généralisation des résultats</li> <li>- Petit échantillon</li> <li>- Utilisation d'un échantillon déterminé à partir d'infirmières travaillant dans un centre médical métropolitain dans le Midwest</li> <li>• Force statistique de l'analyse des tests de variances était suffisante pour détecter des effets larges seulement car 20 infirmières en réhabilitation</li> </ul>	<p>Étude descriptive corrélationnelle</p> <p>Échantillon : 302 infirmiers/ères recrutés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyenne d'âge (de 24 à 60 ans) : 43.12 ans, avec un écart-type de 9.82</li> <li>• Années de pratique moyenne (de 1 à 45 ans) : 14.75 ans, écart-type de 10.66</li> <li>• Formation sur la sexualité à l'école d'infirmière : 62%</li> <li>• Présence à des séminaires ou workshops sur la sexualité : 16.2%</li> <li>• Sexe : 93% femmes, 17 % hommes</li> <li>• Formation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplôme 12.6%</li> <li>- Associate Degree 49%</li> <li>- Bachelor 30.1%</li> <li>- Master 6.6%</li> </ul> </li> <li>type de patient à charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>- oncologie (onco) 19.5%</li> <li>- médecine (médi) 36.4%</li> <li>- chirurgie (chir) 18.5%</li> <li>- obstétrique/gynécologie (ob/gy) 15.6%</li> <li>- réhabilitation (réhab) 6.6%</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Outils de mesure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS)</i></li> </ul>	<p><b>Variables : âge, expériences, niveau de formation, présence à des conférences sur la sexualité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyenne des scores totaux SABS : 37.48 (SD : 8.19).</li> <li>• L'âge et les années d'expérience n'étaient pas corrélés au total du score de SABS</li> <li>• Le niveau de formation ne différait pas significativement de la moyenne des scores SABS (p&lt;0.9).</li> <li>• Pas de différence statistique significative entre la moyenne des scores SABS des infirmières ayant reçu une formation sur la sexualité et la moyenne des scores de celles qui n'en avaient pas reçues</li> </ul> <p><b>Variables : services de spécialisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La différence statistique est significative entre la moyenne de score SABS des infirmières travaillant dans les différents services de spécialisations : onco, méd, chir, ob/gy et réhab (p&lt;0.001)</li> <li>• Les différences dans la moyenne des scores SABS à travers les différents services persistent même après avoir contrôlé la participation aux séminaires et workshops sur la sexualité</li> <li>• La moyenne de score SABS des infirmières travaillant dans un service de ob/gy (M=32.76, SD=7.36) ne diffère pas significativement des scores SABS de celles qui travaillaient en onco (M=36.23, SD=8.98, p=0.28) ou en réhab (M=37.30, SD=9.61, p=0.32).</li> </ul> <p><b>Barrières (par ordre d'importance) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1: les perceptions des infirmières que les patients n'attendent pas que les infirmières posent des questions sur leurs préoccupations liées à leur sexualité (tous services confondus)</li> <li>• 2: (à l'exception des infirmiers en ob/gy), l'échec de prendre du temps pour parler des préoccupations des patients liées à leur sexualité</li> <li>• entre 2 et 4 : Les problématiques liées au niveau de confort dans l'abord de la sexualité</li> </ul> <p><b>Réponses aux items de SABS individuellement différentes à travers les services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières en onco (M=2.81) étaient plus aptes à croire que parler de sexualité est essentiel aux résultats de santé des patients que les infirmières en méd (M=3.29, p&lt;0.05) ou que en chir (M=3.71, p&lt;0.001)</li> <li>• La compréhension de comment les maladies et les traitements des patients affectent leur sexualité était significativement plus basse que les infirmières en chir (M=2.69) en comparaison avec les résultats des infirmières qui travaillaient en onco (M=2.69, p&lt;0.05)</li> <li>• Les infirmières en ob/gyn (M=2.59) ont rapporté expérimenté significativement</li> </ul>

moins d'inconfort à parler des problématiques sexuelles que celles travaillant en chir (M=3.24,  $p<0.05$ ), en onco (M=3.39,  $p<0.001$ ) et en méd (M=3.33,  $p<0.001$ ), pas de différence significative avec les résultats de celles qui travaillent en réhab.

- Les infirmières en méd et chir étaient plus aptes à croire que les patients étaient trop malades pour être intéressés à la sexualité ( $ps<0.05$ ) et pensaient que la sexualité était une problématique trop intime pour la discuter avec les patients ( $ps<0.05$ ) en comparaison avec les résultats de celles qui travaillent en onco et ob/gyn.
- Les infirmières en ob/gyn étaient significativement moins enclines à croire que la sexualité devrait être discutée seulement si elle est initiée par le patient et étaient moins enclines à référer les questions liées à la sexualité aux médecins ( $ps<0.05$ ) en comparaison avec les résultats de toutes les autres infirmières.

Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

**Recherche:**

- Déterminer si les perceptions des infirmières sur les besoins de patients rejoignent leurs réelles attentes en ce qui concerne l'évaluation et les conseils sur la sexualité.
- Déterminer en quoi les barrières, les plus hautement évaluées par l'étude, influencent réellement les comportements des infirmières.

## Résumé :

L'article de Olsson, Berglund, Larsson et Athlin (2012) est une étude phénoménographique qui a pour but de décrire les conceptions infirmières des dialogues avec des patients atteints de cancer à propos de sexualité. Dans une étude phénoménographique, les chercheurs ont besoin de considérer leurs propres préjugés dans le processus de recherche. Les chercheurs prennent du recul sur leurs propres expériences du phénomène et le regardent à travers les yeux des informateurs, pour obtenir une compréhension plus profonde sur la façon que d'autres personnes ont d'appréhender le phénomène. La compréhension du phénomène commence depuis le groupement des significations communes, vers les similitudes et les différences dans les affirmations individuelles. Les catégories descriptives (ici au nombre de 3), décrivent les conceptions à un niveau collectif.

La collecte des données a été entreprise par un chercheur (Cécilia Olsson) sous forme d'entrevues thématiques, dans une chambre privatisée sur le lieu de travail des participantes. Un guide a été suivi, se concentrant sur les thèmes suivants : dialogues à propos de la sexualité ; patients atteints de cancer ; problèmes sexuels ; soutien aux patients atteints de cancer dans leurs problèmes sexuels ; obstacles et opportunités de dialogue. Les entretiens étaient menés sous forme ouverte, ce qui encourageait les participantes à décrire leurs expériences dans les discussions à propos de la sexualité des patients atteints de cancer, aussi complètement et profondément que possible. Pendant l'entretien, des clarifications et des exemples ont été demandés. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1 heure, ont été enregistrés et retranscrits mot pour mot par la personne ayant mené l'entretien.

L'analyse des données collectées s'est faite en plusieurs étapes : (1) lire l'entier du matériel dans le but d'obtenir une vision globale ; (2) sélectionner les commentaires d'intérêt pour la recherche (3) comparer les commentaires des auteurs avec le contenu des entrevues ; (4) former les catégories descriptives en groupant les commentaires de l'étape précédente ; (5) comparer des similarités et différences dans les catégories descriptives en nommant les catégories émergentes et en les testant par comparaison avec le matériel original ; (6) générer des descriptions des catégories et de leurs interactions ; (7) renommer les catégories en utilisant les concepts qui décrivent le matériel aussi bien que possible.

L'analyse a révélé une réponse : « Nous devrions parler de sexualité - mais nous ne le faisons pas habituellement » (A) décrite par trois catégories de discours englobant des conceptions qualitativement différentes que les infirmières ont à propos des dialogues sur la sexualité : « les attitudes, connaissances et compétences des infirmières ont un impact (1) ; les problèmes liés à la sexualité du patient sont la bases du dialogue (2) ; le cadre environnemental a un impact (3). Ces catégories interagissent les unes avec les autres, mais aussi avec le résultat de l'étude.

## Auteurs (Année, pays) : Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., Athlin, E. (2012, Suède)

But	Méthodologie	Résultats
Décrire les conceptions des infirmières sur le dialogue à propos de la sexualité avec les patients atteints de cancer.	<b>Etude</b> qualitative (phénoménographique) <b>Echantillon :</b> Infirmières (n=10) diplômées, avec au moins 2 ans de pratique, intentionnellement sélectionnées dans 5 services différents (chirurgie, gynécologie oncologique, hématologie, oncologie, soins palliatifs) d'un hôpital suédois. Âge de 24 à 54 ans (médiane = 50 ans) Nombre d'années d'expérience : 2 à 32 ans (médiane = 19) <b>Récolte de données :</b> Entretiens semi-dirigés à questions ouvertes	A: Cette catégorie principale démontre que les infirmières considèrent que parler de sexualité devrait être envisagé comme faisant part de leur responsabilité. Néanmoins, le point de départ du dialogue se trouve souvent dans les conséquences du cancer et de ses traitements. <ul style="list-style-type: none"><li>• Peu d'infirmières ont affirmé parler de sexualité avec leurs patients</li><li>• D'autres disent bien vouloir en parler si le patient les y invite, ce qui arrive rarement</li><li>• Certaines éludent l'invitation des patients pour avoir cette discussion.</li></ul> 1: Le dialogue à propos des problèmes d'ordre sexuel n'est pas conçu comme faisant partie de la pratique quotidienne. Des doutes ont été émis quant à si parler de sexualité faisait vraiment partie de la responsabilité individuelle de chaque infirmière (la responsabilité serait à un autre professionnel de la santé tel que le médecin qui peut répondre des conséquences des traitements médicaux). <ul style="list-style-type: none"><li>• Les infirmières avec des compétences spécifiques (spécialisées dans le sein et dans les stomies) sont considérées comme étant plus enclines à devoir entamer dialogue.</li><li>• Les infirmières évaluent la nécessité d'aborder le sujet de la sexualité en fonction de l'importance et de la sévérité présumées des problèmes sexuels des patients.</li><li>• Les besoins d'aborder la sexualité étaient jugés selon l'âge, le sexe, le statut marital, le diagnostic et le traitement médical du patient. Une conception commune est que les patients qui ont un partenaire sont plus aptes à prendre ces problèmes en main par eux-mêmes.</li></ul> Les infirmières ont mis l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"><li>• Le besoin des patients de parler de sexualité dépend d'où ils se trouvent dans leur trajectoire de soins.</li><li>• Le besoin des patients d'aborder la question de la sexualité est considéré comme étant de basse priorité, étant donné qu'ils avaient déjà affaire avec leurs réactions à la maladie et à ses traitements.</li></ul> Pendant ces phases, la souffrance physique et psychique, les inquiétudes relatives à la survie sont considérées comme éclipsant l'intérêt des patients d'avoir des conversations à propos de leurs problèmes d'ordre sexuel. Y compris dans les phases de réhabilitation, les besoins des patients en la matière sont évalués comme étant bas.
<b>Ethique</b> L'étude a été menée en accord avec la charte des principes éthiques dans <i>Ethical guidelines for nursing research in the nordic countries</i> . Une évaluation éthique a été menée dans le collectif de recherche du département de soins infirmiers de l'université de Karlstad, en Suède. Les participantes ont reçu une information orale et écrite à propos du but de l'étude et de son devis, ainsi que sur l'aspect volontaire et confidentiel de l'étude. La permission d'entamer les recherches a été donnée par les chefs de départements respectifs des lieux de travail dont sont issues les participantes.		
<b>Limites</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le petit nombre de participantes</li><li>• le fait qu'elles soient toutes de sexe féminin limite l'amplitude dans les variations des conceptions.</li></ul>		

Les infirmières se décrivent comme ayant des connaissances et des compétences insuffisantes pour conseiller et soutenir les patients dans ce genre d'inquiétudes, ce qui les mène à éluder le sujet.

- La sexualité ainsi que le cancer sont perçus comme étant des sujets sensibles, voire tabous et donc difficiles à aborder ; surtout avec des patients d'âge avancé, que les infirmières ont peur de gêner ou d'offenser.

- Une stratégie d'adaptation des infirmières pour tout de même aborder le sujet, est de se concentrer sur les relations interpersonnelles, la tendresse et les émotions.

- Le peu d'infirmières qui ont mentionné parler parfois de sexualité avec leurs patients, décrivent une maturité personnelle ainsi qu'un confort avec leur propre sexualité, comme des prérequis pour amorcer ces discussions.

2. Les cancers spécifiques de la sphère intime et leurs traitements qui affectent directement les habiletés sexuelles sont le plus souvent mentionnés comme étant la raison de l'apparition d'un dialogue à propos de la sexualité.

- La dysfonction sexuelle en lien avec les rapports et/ou l'infertilité sont conçues comme les problèmes les plus communs.

- Pour les femmes, spécifiquement, les douleurs lors des rapports, les changements dus à la ménopause induite par les traitements (sécheresse vaginale, bouffées de chaleur, changements d'humeur) sont décrits comme des problèmes sur lesquels les infirmières peuvent se concentrer.

- L'infertilité peut aussi être une amorce, mais seulement chez les patientes les plus jeunes.

- L'infertilité chez les femmes est exprimée comme étant difficile à aborder car il est plus complexe et difficile d'y trouver des solutions pratiques.

- Les relations sexuelles sont considérées comme étant des amorces potentielles au dialogue, étant donné les conséquences physiques et psychiques du cancer et de ses traitements (fatigue, inquiétudes, douleur).

- Une image de soi altérée (conséquence des traitements) peut aussi être une amorce, étant donné qu'elle est perçue comme constituant un risque d'amoindrir l'estime de soi, provoquant alors un évitement de l'intimité et de l'activité sexuelle.

3. L'organisation des soins et des services sont considérées comme des prérequis ou des obstacles dans la création d'une relation de confiance, nécessaire dans le cadre d'une discussion sur la sexualité, entre une infirmière et ses patients. Le peu d'infirmières qui parlent parfois de sexualité avec leurs patients ont mis en avant l'importance de les rencontrer plusieurs fois, à de nombreuses occasions pendant leur trajectoire de soins.

- Les nombreuses courtes périodes d'hospitalisation constituent un manque dans la continuité de la relation soignant-soigné et sont décrites comme étant des obstacles majeurs.

- Le manque de temps et l'absence d'une chambre où ces discussions peuvent se tenir

sans dérangements sont des obstacles.

- Les infirmières mettent l'accent sur l'importance d'une atmosphère permissive dans le service, lorsqu'il s'agit de prendre du temps sur leur travail quotidien pour parler avec les patients.

#### Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

Recherches à mener sur :

- Comment les patients ayant un cancer ne concernant pas l'appareil génital décrivent leurs problèmes d'ordre sexuel et leurs besoins de soutien pendant le temps du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation.
- À propos de quand, quoi, comment et par qui les patients et leurs partenaires ont besoin d'informations.
- De quel soutien les infirmières ont besoin afin de pouvoir surmonter les obstacles qui les empêchent de soulever les questions de difficultés sexuelles.

## Résumé :

L'article de Ussher, Perz, Gilbert, Tim Wong, Mason, Hobbs et Kirsten (2013) fait référence à une partie d'un projet plus large de méthode mixte qui examinent les changements de la sexualité après un cancer de la perspective des personnes atteintes d'un cancer, leur partenaires et les professionnels de la santé [PS]. L'article choisi se concentre sur les points de vue des soignants.

En plus des entretiens semi-structurés, les chercheurs ont organisé un groupe consultatif composé d'une équipe multidisciplinaire d'universitaires et cliniciens travaillant en oncologie, incluant 2 individualités (une personne atteinte de cancer et un partenaire) nommés par une organisation des consommateurs de cancer. Ils ont apporté des commentaires au devis, à la méthode et à l'interprétation des résultats.

Presque tous les participants ont défini la sexualité comme un sujet étant suffisamment difficile à aborder, pour ne pas être abordé en consultation. Dans certains cas, cette dernière définition encourageait les professionnels de la santé, au contraire, à "mettre le problème sur la table".

Les résultats pertinents pour la réponse à la question de recherche ont été reportés. Les auteurs ont présenté leurs résultats en trois sections, subdivisées en groupes :

### A. les constructions discursives de la sexualité dans un contexte de cancer :

1. douleur, impotence, libido diminuée et infertilité : changements du corps sexuel
2. les préoccupations de l'image corporelle, de l'identité et de la relation : les aspects psychologiques et relationnels des changements sexuels après un cancer

### B. les positions adoptées par les professionnels de la santé dans la communication sur la sexualité:

1. "Le sexe devrait faire partie de l'agenda des patients" : positionnement du sexe comme un aspect essentiel de la communication et du soutien au patient des professionnels de la santé

### C. les constructions des barrières à la communication des professionnels de la santé :

1. "Nous ne sommes vraiment pas équipés comme nous le voudrions" : identification des connaissances, de la confiance et du confort comme des barrières à la discussion de la sexualité après un cancer
2. "Il y a certains groupes avec qui il est beaucoup plus facile de parler de sexe" : positionnement du sexe comme hors sujet ou inapproprié pour certaines personnes
3. "Contraintes temporelles et manque d'intimité" : limitations du contexte clinique

## Auteurs (Année, pays) : Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Tim Wong, W. K., Mason, C., Hobbs, K. et Kirsten, L. (2013, Australie)

But	Méthodologie	Résultats
Examiner les constructions de la sexualité après un cancer, les positions adoptées dans la communication sur la sexualité, et les façons dont les professionnels de la santé se positionnent dans leurs discours qui déterminent l'approvisionnement en informations et la communication sur la sexualité	<b>Etude</b> qualitative et perspective analytique de discours post-structurale. <b>Echantillon :</b> Professionnels de la santé (n = 38) Genre : 33 femmes et 5 hommes Age : moyenne de 48 ans Discipline : <ul style="list-style-type: none"><li>• Médecins (n=9)</li><li>• Infirmières (n=11)</li><li>• Psychologues (n=10)</li><li>• Travailleurs sociaux (n=8)</li></ul> Unités d'oncologiques spécifiques : <ul style="list-style-type: none"><li>• 36% général</li><li>• 32% gynécologique</li><li>• 13% hématologie</li><li>• 10% sein</li><li>• 3% colorectal</li><li>• 3% neurologique</li><li>• 3% urologique</li></ul> <b>Récolte de données :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entretiens semi-structurés</li><li>• Groupe consultatif</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A :<ul style="list-style-type: none"><li>- (1) les professionnels de la santé comprennent que le bien-être en lien avec la sexualité après un cancer est influencé par une interaction de facteurs physiques (douleur causée par la sécheresse vaginale ou douleur généralisée par le cancer lui-même), et psychologiques (lassitude, fatigue et absence de désir).</li><li>- (2) les facteurs psychologiques et relationnels sont déterminés comme centraux au bien-être. Les préoccupations de l'image corporelle (ne plus se sentir féminine) et les possibles perturbations de l'identité d'épouse/de partenaire dans une relation sont notamment évoquées. La maladie peut engendrer des ruptures, de l'anxiété (peur d'être trompée, sentiments de culpabilité ou de honte associés au cancer), mais également un rapprochement en lien avec une renégociation de la sexualité (parfois encouragée par les soignants).</li></ul></li><li>• B :<ul style="list-style-type: none"><li>- la discussion sur la sexualité doit être centrale aux soins du cancer pour prendre connaissance de l'existence des changements dans le bien-être sexuel après un cancer et pour fournir des informations, sur la fertilité notamment et soulager la détresse en lien avec l'impact du cancer sur le corps sexuel.</li><li>- des mesures d'éducation thérapeutique peuvent être mises en place : informations basiques sur l'anatomie sexuelle ; informations à la personne atteinte et son partenaire sur des pratiques sexuelles alternatives au coït pour démythifier les mythes et leur permettre de s'engager dans une intimité "renégociée".</li></ul></li><li>• C :<ul style="list-style-type: none"><li>- (1) même si les professionnels de la santé disent avoir des connaissances et reconnaître l'importance du sujet, le manque d'expertise et l'inconfort (embarras, absence de lien de confiance avec le patient) ou le manque de confiance sont identifiés comme les raisons les retenant d'aborder le sujet de la sexualité. Si elle est évoquée, les soignants reprennent les "choses basiques et simples" ou renvoient à d'autres moments. Ils s'acquittent de toute responsabilité en expliquant qu'une autre profession que la leur est mieux placée pour aborder la sexualité. Ensuite, ils jugent pertinent de n'en parler que lorsque l'on se sent expert du sujet (confiant, confortable et expérimenté). Pour finir, les participants utilisent le pronom "ils" pour normaliser toutes déconvenues expérimentées, mais aussi pour éviter une appréciation de leur propre pratique.</li><li>- (2) aborder le sujet avec certains "types" de patient engendrerait une réaction négative (résultats contestés par plusieurs participants). Une conversation sur la sexualité est jugée hors-sujet ou inappropriée avec des patients d'un âge avancé, atteints par un cancer d'un organe non-reproductif ou encore sans relation intime (célibataire). La</li></ul></li></ul>
<b>Ethique</b> Les auteurs ont reçu les approbations éthiques du comité d'éthique de la recherche humaine de l'université. Des pseudonymes ont été donnés aux participants : infirmière, travailleur social/assistant social ?, médecin, psychologues ; gynéco pour gynécologie, hémato pour hématologie et neuro pour neurologie		
<b>Limites</b> Les auteurs ne relèvent aucune limite (pas trouvées dans le texte).		

sexualité est un sujet difficile à aborder avec un patient du genre opposé, d'une orientation sexuelle non-hétérosexuelle (information à adapter en conséquence) ou issu d'une culture différente (langue ou religion).

- (3) Les raisons de l'absence de discussion sur la sexualité sont jugées hors du contrôle de l'individu professionnel de la santé. En effet, les participants prétendent ne pas appartenir à la "bonne" profession pour parler de la sexualité, ce qui les absout de toutes responsabilités. Cependant, la structure du système de santé est incriminée. Les raisons sont diverses, manque d'intimité, absence de références ou de services spécialisés, temps limité et présence de proches lors des consultations. Malgré cela, le professionnel de la santé en tant qu'individu est perçu, implicitement, comme respectant les besoins du patient en évitant un sujet "sensible" lorsque les conditions ne sont pas idéales pour l'aborder.

Certains professionnels de la santé interrogés rapportent avoir outrepassé ces contraintes, ils prennent le temps, créent de l'intimité et s'approvisionnent en références ou adaptent leurs stratégies (brochures, plusieurs tentatives de discussion). Ces rapports reflètent l'adoption d'un agencement du discours et de la responsabilité, où le contexte matériel est perçu comme quelque chose à surmonter/franchir, plutôt qu'une barrière à la communication.

#### Suggestions et implications pour la pratique et pour la recherche :

- Pour améliorer leur communication, les professionnels de la santé ont besoin d'interventions se concentrant sur des stratégies matérielles, discursives et intrapsychiques. Ils devraient également pouvoir bénéficier d'entraînement spécifique et de compétences en communication sur la sexualité (Maguire & Piteceathy, 2002).
- Les équipes de management clinique doivent également prendre connaissance de l'importance de la sexualité et soutenir l'utilisation de compétences de communication sur ce sujet (Maguire & Piteceathy, 2002).
- La responsabilité de la profession désignée pour parler de sexualité doit être clarifiée. Alors qu'il n'y a pas de différence notable dans les rapports entre les différents professionnels travaillant au contact de patients atteints de différents types de cancer, il ne semble pas qu'une profession se révèle être la plus pertinente pour aborder le sujet. En effet, les soignants se doivent d'évoquer la sexualité, les patients étant trop souvent trop embarrassés ou préoccupés que ce soit inapproprié (Hordern & Street, 2007a).
- Une prise de conscience est nécessaire sur les différences de genre et d'âge entre les patients et les soignants qui compliquent la discussion sur la sexualité. Les idées préconçues sur les caractéristiques des groupes de patients identifiés comme asexuels doivent, cependant, être remises en question.
- Des stratégies spécifiques pour aborder les problématiques liées à la sexualité sont maintenant largement accessibles (Branderburg & Bitzer, 2009 ; Hordern & Currow, 2003 ; Hughes, 2000 ; Katz, 2005), et doivent être utilisées. Des checklists (par exemple, BCNA, 2011 ; Cancer and Sexuality Team, 2011) peuvent également aider les soignants. Pour cela, les professionnels de la santé doivent avoir conscience de la nature complexe des changements dans la sexualité et l'intimité après un cancer, et l'importance de tels changements pour les patients et leurs partenaires, peu importe leur genre, âge, groupe culturel, orientation sexuelle ou type et stade du cancer.
- La sexualité ne doit pas être vue comme un sujet "difficile" à aborder après un cancer, il peut être conceptualisé comme une composante centrale de la qualité de vie et des relations, comme il l'est à n'importe quel moment de la vie.

## Synthèse des résultats

Meleis et Trangenstein (1994, cité dans George, 2011) disent que les soins infirmiers s'inquiètent des processus et expériences des êtres humains qui subissent une transition, dont la santé et le bien-être perçus sont des résultats. Du point de départ à la transition terminée, le processus est complexe ; c'est pourquoi des indicateurs de la qualité de ces processus aident les infirmières à cibler leurs interventions. Meleis et al. (2000, cité dans George) l'expliquent: une transition en santé est caractérisée par des indicateurs de processus et de résultats. Comme une transition s'étend à travers le temps, l'identification et l'évaluation des indicateurs de processus qui mènent le patient vers la santé (ou la vulnérabilité et le risque) permettent l'évaluation et la planification d'interventions infirmières précoces.

Les indicateurs de processus ont été choisis pour classer les résultats des 6 articles, dont la synthèse est présentée dans ce chapitre. Meleis et al. (2000, cité dans George, 2011) citent 4 indicateurs de processus : le sentiment d'être en lien ; l'interaction ; la situation dans le temps et l'espace ; le développement de la confiance et le *coping*. Identifier les barrières que rencontrent les infirmières à l'abord du sujet de la sexualité va permettre de situer où se trouvent les carences dans les ressources que peuvent apporter les infirmières aux patientes, pour leur permettre une transition en santé efficace selon les indicateurs de processus.

### Le sentiment d'être en lien

Pendant le temps des transitions, le sentiment d'être en lien et de le rester sont des points décrits comme étant importants dans une expérience de transition. Développer de nouveaux liens ou en consolider d'anciens, via des moyens réels (groupes sociaux, groupes de parole, relation soignant-patient) ou virtuels (internet), est un facteur favorisant des transitions saines. S'agissant des infirmières, l'efficacité du sentiment d'être en lien des patientes demande une continuité et une constance des relations entre les professionnelles et les patientes (Meleis, 2010).

La communication est un outil utilisé par les infirmières qui permet d' « établir des relations professionnelles de confiance avec les patients » (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO, 2013, p.3) à adapter suivant la situation pour favoriser une prise de décision partagée. Or, les résultats des articles choisis dévoilent que dans certains domaines, la communication n'émerge pas ou s'interrompt pour diverses raisons.

Pour soutenir le patient dans la construction de ses nouvelles connaissances humaines et théoriques, il est important d'avoir conscience du besoin en informations des patients, ainsi que du fait qu'il est temps d'entamer un dialogue. Malgré le fait d'avoir reconnu la sexualité comme une part importante des soins, dans une visée holistique, les soignantes estiment que la sexualité n'est pas perçue comme une priorité par les patientes atteintes de cancer, car sa gravité les préoccupe trop pour y penser (Fitch & al., 2013 ; Olsson & al, 2012). Le fait que les patientes n'abordent pas spontanément le sujet pousse

également les infirmières à croire que les patientes ne s'inquiètent pas de ces questions. Finalement, les infirmières estiment que le temps opportun pour aborder le sujet ne se trouve qu'à la fin du parcours de la patiente, lorsqu'elle est en phase de rémission. Elles pensent également que, quoi qu'il arrive, les questions n'apparaissent pas avant cette étape (Fitch & al.).

L'article de Hordern et Street (2007) expose les dires des patients ; certains acceptent (confiance en l'expert) que les professionnels de la santé abordent ou pas la sexualité ; alors que d'autres recherchent souvent LE bon professionnel à qui parler, en plus de se renseigner auprès de pairs ou sur internet.

Magnan et Reynolds (2006) font le constat que les infirmières considèrent en premier lieu (barrière la plus importante) que les patients n'attendent pas d'elles qu'elles s'enquière de l'état de leur sexualité.

Les articles d'Olsson et al. (2012) et d'Ussher et al. (2013) révèlent que les infirmières estiment que leur rôle propre et leurs responsabilités ne les conduisent pas à devoir aborder ces questions. Ussher et al. précisent que l'avis prédominant chez tous les professionnels de la santé est qu'un autre corps de métier serait plus enclin à répondre à ces inquiétudes. Olsson et al. évoquent plus particulièrement des arguments liés au statut marital – la femme accompagnée aurait tendance à prendre le problème en mains par elle-même – et à la sévérité des problèmes sexuels comme barème d'évaluation de la nécessité.

Certains soignants ont parfaitement conscience qu'ils devraient entamer le dialogue, mais éludent la question volontairement, soit en ne l'abordant pas du tout, soit en se concentrant uniquement sur les aspects purement somatiques de la sexualité perturbée (Hordern & Street, 2007 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013).

Pourtant, la majorité des infirmières se disent bien outillées au niveau des connaissances théoriques liées aux difficultés sexuelles potentielles lors de la survenue d'un cancer et de l'entame de ses traitements (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013).

### Interaction

L'interaction patient-soignant est une dimension importante de l'expérience de la transition. Grâce à l'interaction, le sens de la transition et les comportements développés en réponse à la transition sont découverts, clarifiés, et reconnus. Certaines patientes ont de la peine à accepter de l'aide et préfèrent se focaliser sur l'auto-soin alors que d'autres acceptent la relation d'aide avec plaisir. Grâce à l'interaction, les dyades patiente-infirmière sont capables de créer un contexte dans lequel l'auto-prise en charge et la prestation de soins peuvent avoir lieu efficacement et harmonieusement (Meleis, 2010).

Comme dans la majorité des relations interpersonnelles, la confiance se cultive à travers plusieurs aspects de la communication. Or, sans confiance il ne peut y avoir d'interaction vraie entre patiente et infirmière. Dans le contexte des articles choisis, l'interaction peut être préteritiée pour diverses raisons.

Au travers des 6 différents articles, la gêne est une des raisons pour lesquelles les infirmières évitent d'aborder le sujet de la sexualité (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Lavin & Hyde, 2006 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013), ce qui empêche une communication saine et donc défavorise le lien soignant-soigné.

En plus de la gêne, ce sont les barrières culturelles présumées qui posent parfois problème aux infirmières. En effet chez les soignantes, l'âge avancé, l'appartenance ethnique, culturelle, religieuse ou à une minorité sexuelle d'une patiente, sont perçus comme rendant le dialogue plus difficile (Lavin & Hyde, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013).

Certains articles font aussi état d'un manque de connaissances des infirmières sur les techniques de communication à employer pour aborder ce sujet délicat. Un des arguments cités est notamment un manque de formation dans le domaine (Fitch & al., 2013 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013)

Souvent, une mauvaise évaluation des besoins en communication et informations des patients est à l'origine de l'absence de discussions. L'importance d'aborder le sujet est estimée tantôt en fonction de la symptomatologie somatique ou de l'importance des effets secondaires, et tantôt en fonction de l'étape du traitement dans laquelle se trouve la patiente (Hordern & Street, 2007 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012).

Enfin, certaines infirmières admettent qu'elles n'aborderaient pas le sujet par elles-mêmes et qu'elles préfèrent attendre que la patiente se livre (Magnan & Reynolds, 2006). D'autres admettent pouvoir aborder le sujet mais uniquement de manière détournée ou en utilisant l'humour (Hordern & Street, 2007) ou en commençant par aborder les questions d'intimité, de relation interpersonnelles ou de fertilité (Olsson & al., 2012). Deux études révèlent que certaines infirmières font tout simplement l'impasse sur le sujet en éludant les questions tant qu'elles le peuvent (Hodern & Street; Olsson & al.).

Par ces comportements, les infirmières renforcent l'incertitude qui provoque de mauvais *outcomes* en santé. D'autre part, augmenter les connaissances et les habiletés permet de réduire l'incertitude. L'infirmière se doit de réduire l'incertitude par ses interventions d'éducation à la santé, en aidant les patientes à développer de nouvelles stratégies. Le niveau de planification est important pour une bonne transition. Une planification efficace implique une bonne connaissance de sa situation, du problème, de difficultés et des besoins qui pourraient apparaître. La communication pendant la planification est donc essentielle (Meleis, 2010).

### Situation dans le temps et l'espace

La situation est importante dans la plupart des expériences de transition, même si elle est plus claire dans certaines que d'autres. Les patientes comprennent leur nouvelle vie en la comparant à l'ancienne. Faire des comparaisons est un moyen de « se situer » elles-mêmes en termes de temps, d'espace et de relations interpersonnelles ; une manière d'expliquer où elles sont et où elles ont été et qui elles sont (Meleis, 2010).

Lors de ses traitements contre le cancer du sein, la patiente se trouve à l'hôpital et s'y rend également lors de suivis ambulatoires. Suite aux lectures critiques des articles, il semblerait que ce contexte hospitalier empêche les infirmières d'aborder le sujet de la sexualité.

La sexualité est jugée difficile à aborder car il s'agit d'un sujet tabou (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007) la création d'une relation de confiance avec le patient est nécessaire pour l'aborder (Olsson & al., 2012). Le cadre et l'organisation des soins et des services semblent être incriminés car ils perpétuent l'incongruence entre les façons de construire la sexualité et l'intimité de la part des patients et des soignants et rendent difficile pour les professionnels de la santé de voir les patients comme des personnes avec des problèmes qui touchent ces sphères (Hordern & Street). Ils empêchent la création d'une relation de confiance nécessaire dans ce type de discussion (Olsson & al.) et sont responsables de l'absence de discussion sur la sexualité, notamment par l'absence de références ou de services spécialisés sur le sujet (Ussher & al., 2013).

Les infirmières semblent manquer de temps pour aborder la sexualité dans leur journée de travail, mais également lors d'une durée d'hospitalisation car le manque de temps est une barrière qui revient dans toutes les études (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Lavin & Hyde, 2006 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013). Les participantes de l'étude d'Olsson et al. évoquent également la problématique des hospitalisations courtes des patients.

Comme il s'agit d'un sujet difficile à aborder, les infirmières semblent également avoir besoin d'intimité, qui est perturbée par diverses raisons comme la présence d'autres personnes dans la chambre ou lors des consultations (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Lavin & Hyde, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al. 2013).

Les discours des infirmières interrogées par Lavin et Hyde (2006) expriment de la frustration voire de la colère en accusant leur environnement de travail d'empêcher d'incorporer la sexualité à leur pratique. Un mécontentement a également été repéré lorsqu'elles se rendaient compte de la sous-estimation de l'importance d'aborder les problèmes liés à la sexualité avec les patientes.

Hordern et Street (2007) précisent que la sexualité est pratiquement invisible des *guidelines* que les soignants ont à disposition. Les professionnels de la santé ont également exprimé une difficulté à exprimer leur propre vulnérabilité dans leur contexte de travail.

Fitch et al. (2013) suggèrent que les infirmières ne font pas de la sexualité un sujet prioritaire dans leur prise en soins et que l'abond de ce type de conversation demande de l'expérience.

Cependant, les professionnels de la santé disant parler de la sexualité avec leurs patients précisent avoir outrepassé les barrières structurelles ; elles prennent plusieurs rencontres avec les patients pour aborder la sexualité (Olsson & al., 2012) ou s'adaptent en créant de l'intimité et du temps et en s'approvisionnant en références (Ussher & al., 2013).

#### Développement de la confiance et des stratégies de *coping*

Le développement de la confiance se manifeste dans le niveau de compréhension des différents processus inhérents : au diagnostic, au traitement, au rétablissement ou à la vie avec des conséquences ; à l'utilisation des ressources ; au développement des stratégies de *coping*. Les dimensions du développement et des manifestations de confiance sont progressives d'une étape à l'autre, dans la trajectoire de la transition. Les patients démontrent des connaissances grâce au cumul des expériences ; plus de compréhension des points critiques et décisifs, et un sens de sagesse qui résulte de leurs expériences vécues (Meleis, 2010).

Pour vivre avec les changements qu'impliquent un cancer du sein et ses traitements sur leur sexualité, les patientes cherchent à développer leur confiance et des stratégies de *coping*, qui se traduit en français par «stratégies d'adaptation ». Or, pour bien comprendre une situation, avoir confiance en l'avenir et pouvoir s'adapter à une situation, une patiente doit détenir des savoirs théoriques sur sa situation clinique présente et future (en termes de potentialité) et être capable de faire des liens entre son vécu instantané, les résultats qu'elle attend et les processus qui rendent ces résultats atteignables. Dans cette visée, le rôle de l'infirmière est de donner à la patiente toutes les informations dont la patiente a besoin, et l'épauler par une discussion lorsqu'elle rencontre des difficultés.

En ce sens, les patientes ont une démarche proactive en cherchant activement les informations dont elles ont besoin pour rendre leur vécu normal ; elles cherchent LE bon professionnel, des informations sur internet ou des personnes ayant vécu un parcours similaire, demandent à leurs proches de les accompagner lors des consultations (Hordern & Street, 2007). Elles se préparent donc aux changements en mobilisant toutes les ressources qu'elles estiment nécessaires.

Pour ce qui est de l'aide qu'elles devraient fournir, les infirmières interrogées dans l'étude de Lavin et Hyde (2006) pensent que la sexualité féminine est étroitement liée à comment la femme se perçoit elle-même et à comment les autres la perçoivent dans son identité. Un cancer du sein peut engendrer des ruptures, de l'anxiété (peur d'être trompée, sentiments de culpabilité ou de honte), mais également un rapprochement en lien avec une renégociation de la sexualité. Les professionnels de la santé perçoivent par ailleurs bien l'influence que peuvent avoir les relations interpersonnelles sur la

sexualité et l'intimité des patientes. (Ussher & al., 2013). Les infirmières se rendent donc compte des mécanismes en jeu dans le processus du développement de la confiance.

Or, l'évaluation du niveau de confiance et des stratégies de *coping* pour faire face aux conséquences du cancer du sein et de ses traitements semble être compromise par divers facteurs. Premièrement, l'abord de la sexualité n'est pas facile pour les infirmières pour diverses raisons. Il s'agit d'un sujet complexe qui demande des circonstances précises pour être évoqué (Fitch & al., 2013) ; qui culturellement est tabou et retient les infirmières irlandaises (Lavin & Hyde, 2006) ; les résultats de Mangan et Reynolds (2006) suggèrent que les infirmières estiment que les patients sont trop malades pour parler et s'intéresser par la sexualité.

Puis, le manque d'expérience pour aborder la sexualité est une barrière identifiée (Fitch & al., 2013 ; Ussher & al., 2013). Les infirmières disant parler de sexualité avec les patients, décrivent une maturité personnelle ainsi qu'un confort avec leur propre sexualité comme des prérequis pour amorcer ces discussions (Olsson & al., 2012).

Néanmoins, Fitch et al. (2013) rapportent que les professionnels de la santé attendent que les patients abordent le sujet. Il est intéressant de voir que, de leur côté, les patients interrogés dans l'étude de Hordern et Street (2007) n'osent pas aborder la sexualité car ils ne veulent pas gêner les soignants. Quand la sexualité est évoquée, les professionnels de la santé semblent discuter principalement des "choses basiques et simples" qui comprennent notamment les effets secondaires des traitements (Fitch & al. ; Hordern & Street ; Ussher & al., 2013).

En conclusion, les professionnelles de la santé et les patientes semblent chercher à donner (et acquérir) des connaissances, tout en n'y arrivant pas pour des raisons de gêne ou d'inconfort ; ce qui laisse penser que la confiance pêche et que les stratégies de *coping* resteront inefficaces.

## Discussion

Dans ce chapitre, le cadre de référence choisi pour le TdB est critiqué, s'en suit la réponse à la question de recherche, les limites des articles et de méthode, la généralisation de résultats. Les recommandations pour la pratique et la recherche concluent ce chapitre.

### Cadre de référence

Le cadre théorique choisi dans ce TdB a permis un éclairage original sur les résultats. Les indicateurs de processus permettent aux infirmières d'évaluer l'état de la transition d'une patiente à un instant  $t$ , afin de pouvoir planifier des interventions. En regard de cela et de la signification qui est donnée à ces indicateurs par Meleis, ils ont été utilisés comme des vecteurs donnant une orientation aux interventions infirmières et ont été interprétés en verbes, en plans d'action ou en position réflexive pour la soignante.

Par exemple, le sentiment d'être en lien est devenu : l'infirmière est un vecteur d'informations et doit aider les patientes à comprendre leur situation tout au long du traitement, par une évaluation régulière de leurs connaissances et des interventions d'éducation à la santé lorsque la situation le requiert.

Par la suite, tous les résultats qui entraînent en résonance avec le postulat, ou qui dans d'autres cas répondaient à la question formulée à partir de ce dernier, ont été rassemblés.

Ce travail a permis de dégager plusieurs thématiques différentes et de mettre en exergue une certaine récurrence des résultats. Cette manière de faire correspond à la volonté de transposer la question de recherche dans les indicateurs de processus, dans le but d'en illustrer les différents enjeux. Les principales thématiques dégagées de la question sont : la notion de barrière, d'obstacle ; la responsabilité d'agir ; la nécessité de communiquer ; la maladie du cancer du sein, ses effets, ses traitements et l'effet de ces derniers.

A chaque indicateur de processus ont donc été associés ces thèmes, afin d'être au plus près de la question de recherche et de pouvoir y répondre par la suite.

### Réponse à la question de recherche

Quelles sont les barrières rencontrées par les infirmières pour aborder la sexualité, auprès de femmes traitées pour un cancer du sein et ses conséquences ?

Six catégories de réponses apparaissent de manière récurrente au travers des résultats.

**La gêne et le tabou** constituent la première barrière. Viennent ensuite : **le manque de temps ; une évaluation non-objective** (en fonction de l'âge, religion, culture, orientation sexuelle, statut matrimonial ou de la sévérité, agressivité ou localisation du cancer) ; **le manque de formation ou d'expérience pour aborder le sujet ; la structure institutionnelle** (manque d'espaces garantissant

l'intimité, les hospitalisations ou consultations brèves) ; **la responsabilité d'aborder le sujet** (la patiente, l'infirmière, un autre professionnel). Toutes ces barrières semblent engendrer des conséquences sur **le contenu de la discussion** (initiation, évitement, focalisation sur les effets somatiques des traitements et/ou de la maladie).

Dans la problématique, il a été vu que les infirmières devaient être sensibles aux conséquences du cancer du sein sur la sexualité des femmes (Emilee & al., 2010 ; Helms & al., 2008), les résultats de ce TdB suggèrent que les professionnels de la santé ont bien conscience de ces problématiques (Hordern & Street, 2007 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013).

Il a pu être constaté que des difficultés survenaient parfois quand les besoins en informations des patients étaient en désaccord avec celles données par les professionnels de la santé, pouvant résulter en stress pour les patients (Curtis et al., 2014). Hordern et Street (2007) permettent d'expliquer une des raisons possibles. L'incongruence entre la manière dont les patients et les soignants construisent leurs propres visions de la sexualité et de l'intimité, empêche les professionnels de la santé d'identifier les patients comme ayant des besoins en informations et en soutien dans ces domaines. De plus, les professionnels éprouvent des difficultés à exprimer leur propre vulnérabilité dans le cadre de leur pratique clinique. En effet, il semblerait que la majorité des professionnels s'engagent dans des styles de communication "expert traditionnel" avec les patients. Ce processus ignore, nie ou évite les aspects de la sexualité et de l'intimité de la vie des patients. Ces résultats ne sont pas surprenants, en tenant compte du focus de la littérature, des guidelines de pratique clinique et des formations d'aujourd'hui qui insistent sur les altérations fonctionnelles et génitales de la fertilité, ainsi que sur la contraception, la dysfonction érectile, le stade de ménopause et la libido.

A la lumière de la problématique, la barrière de la gêne et du tabou est difficile à critiquer. En effet, l'image érotisée de l'infirmière peut empêcher certaines infirmières de se livrer à l'exercice (Kniblicher, cité dans Giami & al., 2013). Pourtant, tous types de patients devraient avoir la possibilité de pouvoir s'informer et discuter des problèmes de sexualité avec les professionnels de la santé (Hughes, 2009). Pour Razavi et Delvaux (2008), les troubles liés à la sexualité « nécessitent une approche globale incluant en outre une investigation de la fonction sexuelle, une évaluation de l'adaptation psychosociale et aussi du degré de satisfaction sexuelle » (p. 103). « Les problèmes sexuels sont insuffisamment pris en charge » (Sanson-Fischer, Girgis & coll., 2000, cité dans Razavi & Delvaux, p. 103). Cependant, les barrières découvertes dans cette recherche empêchent les professionnels de mener une discussion adéquate.

L'évaluation, l'information et le soutien sont 3 objectifs de la communication entre le patient et le soignant, le respect et l'authenticité sont des prérequis de la relation d'aide. Souvent, l'évaluation des problèmes rencontrés est omise et les professionnels se concentrent plutôt sur l'information et le soutien. L'information doit être de plus en plus complète et précise pour les patients, mais il est

rarement fait cas de ce qu'elle doit contenir, ni du moment auquel elle doit être donnée. En effet, cela dépend « des styles propres à chaque soignant et de leurs capacités individuelles à gérer les crises qui risquent d'être ouvertes » (Razavi & Delvaux, 2008, p. 219). Les mêmes auteurs expliquent que le soignant peut se faire surprendre dans la discussion : « si le patient exprime un vécu discordant par rapport à celui que le soignant anticipe » (p. 220), l'objectif de soutien devient inopérant et l'apport en information hasardeux car le soignant peut être submergé par les émotions du patient. « Clarifier les besoins de l'autre rétablit dans la relation la distance utile à la relation d'aide » (p. 220), pour cela, Razavi et Delvaux proposent d'utiliser l'écoute active et la démarche d'évaluation pour « identifier les préoccupations [...], [la] représentation de la situation [du patient], les indices de l'humeur et son niveau d'adaptation ainsi que ses attentes [...] » (p. 220). Pour finir, les mêmes auteurs demandent à définir « plus rigoureusement les comportements du soignant [...] et d'en analyser plus précisément les effets » (p. 220), mais également à développer des formations adéquates à la communication car « il n'est pas réaliste dans l'état actuel des choses d'attendre que les médecins et les infirmières soutiennent les patients et les proches de façon optimale » (p. 220).

Les résultats de ce TdB suggèrent des éléments de réponses à ces dernières suggestions. Les comportements des soignants dans l'abord de la sexualité ont été évalués comme certaines des barrières qui ont permis d'identifier certains effets sur le contenu de la discussion.

## **Limites**

### Critique des articles

L'article publié par Fitch et al. (2013) a été mené à l'intérieur d'un même hôpital, ce qui peut biaiser les résultats en raison de la proximité physique et par conséquent culturelle des soignants interrogés. Aucune information n'est donnée sur la répartition des genres, les années d'expérience ou l'origine des soignants.

Aucune limite méthodologique n'a été relevée dans les articles de Fitch et al. (2013) et Ussher et al. (2013), ce qui est relativement surprenant.

Les études de Hordern et Street (2007), Lavin et Hyde (2006) et Ussher et al. (2013) ont toutes utilisé un moyen de fournir une plus grande crédibilité aux résultats en interrogeant un groupe consultatif ou des participantes à vérifier les interprétations.

Lavin et Hyde (2006) rédigent leur article depuis l'Irlande et cherchent des explications au problème directement dans la culture et le système de soins irlandais, ce qui place le focus de manière très orientée. Cependant, les résultats décrits dans cet article rejoignent d'assez près les résultats dégagés dans ce travail.

L'étude de Magnan et Reynolds (2006) décrit une différence significative entre les moyennes des scores SABS des infirmières travaillant dans différents services. Ces différences ne sont pas liées au

hasard et pourraient être en lien avec l'appartenance à un domaine particulier. Il est cependant difficile de dire en quoi la spécialisation établit une différence dans le nombre de barrières à l'abord de la sexualité.

En revanche, aucune différence statistique n'était significative entre les différentes barrières du haut de classement, ce qui confirme que le plus difficile l'est pour tout le monde.

Olsson et al. (2012) ont choisi une approche phénoménographique, dont la méthode et les résultats étaient parfois difficiles à comprendre, vu la spécificité de ce devis. Cependant, la forme des résultats reste très accessible et permet une bonne compréhension des perspectives individuelles des soignants, inscrites dans une réalité globalisée. Ici, il est précisé que l'échantillon est petit et composé uniquement de femmes et que, par conséquent, les résultats doivent être interprétés en conséquence. Une remarque quant au niveau de détail des témoignages suggère qu'un deuxième entretien avec chaque soignante aurait été bénéfique pour l'étude.

### Limites méthodologiques

Comme déjà énoncés, ce TdB a quelques limites méthodologiques. L'utilisation de deux bases de données n'a sans doute pas permis de prendre connaissance de l'ensemble des écrits sur la question de recherche. De plus, les équations de recherche ont été évolutives et une plus grande expertise du fonctionnement de CINAHL ou MEDLINE/PubMed aurait facilité et précisé des résultats.

Les critères de sélection des articles ont également limité le travail ; les 2 langues acceptées notamment. Dans les recherches, le concept a été élargi au cancer de manière générale, car la spécificité du cancer du sein réduisait, voire rendait nuls les résultats. En effet, un seul article choisi concernait exclusivement des patientes atteintes de cancer du sein (Lavin & Hyde, 2006). Cependant, il a été important de vérifier que l'échantillon des autres études était en contact avec le cancer du sein. La sélection de l'étude de Magnan et Reynolds (2006) s'est faite par du *cross-referencing*, une méthode qui est peu systématique et qui pourrait être à l'origine d'un biais. Il était impossible de savoir si les participantes étaient en contact avec des femmes atteintes d'un cancer du sein. Cependant, au vu des données épidémiologiques, il très probable que les infirmières aient eu affaire avec le cancer du sein. La question de recherche interroge les barrières des infirmières. Par conséquent, dans les équations de recherche, le concept des relations entre professionnels et patients a dû être rajouté pour avoir des résultats relatifs aux soins infirmiers. Trois articles ont fait référence exclusivement à des infirmières (Lavin & Hyde, 2006 ; Magnan & Reynolds, 2006 ; Olsson & al., 2012), alors que les autres (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Ussher & al., 2013) concernaient les professionnels de la santé. À nouveau, l'échantillon devait comporter une part d'infirmières pour être sélectionné. Cependant, après lecture critique des articles, les résultats semblent être similaires entre les infirmiers et ceux de professions différentes.

## **Généralisation des résultats**

Les résultats de ce TdB ne sont pas généralisables, cependant, il est possible de transférer certains éléments.

Les services dans lesquels les infirmières travaillent semblent pouvoir influencer les barrières à l'abord de la sexualité (Magnan & Reynolds, 2006). Cependant, aucun phénomène de cause à effet n'a pu être observé. Il semble y avoir un accord sur les barrières principales : le manque de temps et le niveau de confiance et de confort des infirmières. Il est possible de supposer que ce résultat est transférable aux autres services qui n'ont pas été étudiés. La pathologie du cancer du sein a été choisie pour ce TdB, cependant dans la littérature choisie (Fitch & al., 2013 ; Hordern & Street, 2007 ; Olsson & al., 2012 ; Ussher & al., 2013), les chercheurs ne font pas de différences entre les différents types de cancer.

Il est possible, alors, de supposer que les barrières à l'abord de la sexualité définies dans les résultats du TdB sont transposables à d'autres types de cancer ou à d'autres corps de métier.

Les barrières révélées par les articles peuvent être contextualisées en Suisse.

En dépit du développement des connaissances et des compétences infirmières en la matière, et d'une ouverture relative des mœurs dans notre société par rapport à la sexualité, il persiste une "gêne" ou du moins une "barrière" entourant la notion de la sexualité chez les infirmières (Giami & al., 2013). Cette réflexion semble être en corrélation avec ce qu'il se passe en Suisse.

Le manque de temps semble également être une problématique helvétique. Les nombreuses coupes budgétaires (directes ou indirectes) dans les services publics engendrées par des votations comme celle du 20 mars 2016 pour la 3<sup>e</sup> réforme de la fiscalité des entreprises, par exemple (Syndicat Suisse des Services Publics, 2016) ne permettent plus aux institutions de se doter d'un personnel abondant, sur lequel la charge de travail pourrait être mieux répartie.

L'évaluation non-objective et plus précisément la dimension culturelle peut être transférée au contexte suisse. En effet, les participantes de l'étude de Lavin et Hyde (2006) précisent que la sexualité est généralement perçue comme étant un sujet qui ne se discute pas ouvertement dans la société irlandaise et elles supposent une influence puissante de l'église catholique. Il est intéressant de se dire qu'en Suisse, les écoles d'infirmières ont été fondées par des instances non-laïques (Droux, 2011). Il est possible de supposer que les infirmières suisses puissent également ressentir ce poids culturel religieux qui retient de parler de sexualité.

Au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), un Centre du sein a été créé. Il est spécialisé pour la prise en soins lors de cancer du sein et regroupe des médecins, infirmières et physiothérapeutes eux-mêmes spécialisés. L'offre de soutien proposée aux femmes atteintes de cancer du sein est composée d'une infirmière clinicienne référente pour le cancer du sein dans la prise en soins ainsi que

d'un classeur qui inventorie des informations sur la maladie, ses traitements et l'organisation de la prise en charge. L'infirmière clinicienne référente pour le cancer du sein est présente dès l'annonce du diagnostic et pour tout le reste de la prise en soins. Elle dispose de formations dans plusieurs domaines : la chirurgie, l'oncologie, la sexologie et la psychologie (CHUV, 2016). D'après Monique Lambelet, infirmière au contact des femmes atteintes d'un cancer du sein, cette organisation des soins permet d'aborder l'ensemble des composantes de la vie de toutes les patientes du centre (communication personnelle [Entretien], 26 juin 2016). L'infirmière clinicienne spécialisée est formée et habilitée à évaluer les besoins en sexualité des patientes, cependant, il n'est pas possible de généraliser cette compétence à l'ensemble des infirmières de Suisse.

**Le manque de formation ou d'expertise** semble être une barrière identifiée centrale dans les compétences en matière de communication (Razavi & Delvaux, 2008). Dans le cadre de formation vaudois, la HESO-SO propose un module à option sur la sexualité pour certains étudiants, un des objectifs étant de « développer des ressources et des outils visant à assumer les rôles d'expert, de communicateur, de collaborateur et de promoteur de santé dans les situations interférant avec la sexualité des personnes soignées » (2012, p.1). Après ces cours, les compétences développées ne permettent pas de fournir les informations en lien avec la sexualité nécessaires lors d'une prise en soins d'une femme atteinte d'un cancer du sein.

D'autres formations proposées par le même organisme pourraient permettre de développer ces compétences ; des *Diploma of Advanced Studies* (DAS) ou *Certificate of Advanced Studies* (CAS) sont possibles. Deux formations post grades en santé sexuelle sont offertes : un CAS, approches de prévention et de promotion, et un DAS, interventions par l'éducation et le conseil. La formation se fait en 2 étapes : le CAS « permet de découvrir le réseau de prévention et de promotion de la santé sexuelle au niveau médical, psychosocial et éducatif », puis le DAS qui en plus de recevoir les mêmes enseignements que le CAS, « permet d'acquérir les compétences nécessaires à l'intervention professionnelle et adaptées aux différents publics (âge, culture, situations sociales et familiales) dans le domaine de l'éducation sexuelle et du conseil en santé sexuelle et reproductive » (HESO-SO, 2016, p. 2).

L'Université de Genève offre également un CAS en Sexologie clinique qui permet de développer des compétences telles qu' « être à même de gérer des situations complexes dans différents domaines : information, conseil, accompagnement, prévention » (2016, p. 4).

Une formation d'Infirmière Référente pour le Cancer du Sein (IRCS) est également disponible dans quelques hôpitaux de Suisse (LSC, 2008). Eicher et al. (2013), membres de l'Association des IRCS Suisse, décrivent les rôles et compétences de l'IRCS comme l'activité clinique qui comprend l'accueil des émotions, l'évaluation, le conseil (les mesures à prendre pour prévenir et diminuer les effets des thérapies sur la sexualité, notamment), le soutien durant le processus de soins, la coordination, la

transmission, le flux d'information ; le développement des soins qui comprend la formation et perfectionnement ; la gestion ; la recherche et le développement.

Il est intéressant de voir qu'en Suisse, les infirmières peuvent passer par plusieurs programmes pour se spécialiser dans le domaine du cancer du sein et/ou de la sexualité.

**La structure institutionnelle** présente une barrière à l'abord de la sexualité pour plusieurs raisons. Le manque d'intimité dans la chambre, la présence d'un proche lors de la consultation ou les hospitalisations courtes sont des éléments qui semblent être transférables en Suisse. Cependant, le CHUV, par exemple, s'est intéressé à la population atteinte de cancer de son hôpital. Un programme du Pôle oncologie nommé "Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer" a eu comme objectif d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer, qui représentent 30% des patients hospitalisés au CHUV, « en prenant en considération leurs besoins d'une façon globale et en renforçant les soins de support en oncologie » (Schopper & al., 2009, p. 3).

L'ouverture du Centre du sein était notamment un projet d'optimisation de la prise en charge des patientes atteintes d'une pathologie maligne (CHUV, 2013). « Des centres du sein se mettent en place en Suisse sur la base des modèles existant en Europe » (Griesser, Zaman, Lejolivet & Delaloye, 2011, p. 2061). Au niveau régional voir national, il est notable que des infrastructures se créent pour améliorer le processus de soins dispensés aux personnes atteintes de cancer et par extension, relatif au cancer du sein.

Pour finir, **la responsabilité d'aborder le sujet** reste floue après les lectures critiques des articles. En Suisse, même si les IRCS ont comme rôle d'évaluer et de fournir des conseils notamment sur les perturbations liées à la sexualité (Eicher et al. 2013), elles ne sont que peu dans les hôpitaux.

## **Recommandations pour la pratique et la recherche**

Les barrières à la communication sur la sexualité sont compréhensibles et acceptables. Cependant, il est possible d'observer 2 types d'infirmières.

L'infirmière diplômée généraliste semble ne pas être assez outillée pour aborder la sexualité. Il est préférable qu'elle ne le fasse pas si elle se sent trop gênée, n'a pas assez de temps, mène une évaluation non-objective, manque de formation ou d'expérience. Si l'infirmière ne se prépare pas, elle peut être surprise des réponses des patients et l'intention thérapeutique ne peut être gardée (Razavi & Delvaux, 2008).

Le manque de connaissances et de formation est pour M. Lambelet une raison valable de ne pas aborder la sexualité, cependant, l'évaluation des besoins en sexualité peut faire partie du rôle infirmier (communication personnelle [Entretien], 26 juin 2016). En effet, l'Association Suisse des Infirmières et infirmiers (ASI, 2007) décrit les impératifs professionnels et moraux : donner des soins professionnels (analyse des données de la personne, de ses symptômes, de sa perception de la santé ou

de la maladie et par le traitement médical préventif, curatif ou palliatif proposé, notamment) ; donner des soins sécuritaires (donner une attention particulière aux risques physiques et émotionnels liés au traitements, notamment) ; donner des soins équitables (assurer des soins compétents à toute personne qui en a besoin sans établir de distinctions, notamment).

C'est pourquoi, des outils d'évaluation clairs et faciles d'utilisation seraient pertinents à mettre à disposition. Les méthodes PLISSIT et BETTER [V ; VI] seraient des exemples (Hughes, 2000 ; Katz, 2005). Un outil utilisé en psychiatrie pourrait également être adapté et mis à disposition : l'Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB).

Pomini, Reymond, Golay, Fernandez et Grasset (2011) décrivent ELADEB :

ELADEB est une nouvelle échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà. Cet outil peut être employé dans différents contextes cliniques et convient particulièrement bien aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français et plutôt réticentes devant des questionnaires classiques.

Après avoir évalué les besoins en sexualité des patientes, les infirmières devraient avoir la possibilité de se référer à d'autres professionnels de la santé plus formés dans le domaine pour répondre aux attentes de la femme atteinte d'un cancer du sein. Un exemple imaginé est un pool d'infirmières spécialisées en sexologie, qui pourraient être mandatées pour des consultations dans les services après une évaluation faite sur la base d'une échelle ou d'un score, à l'instar des infirmières stomatothérapeutes, par exemple.

Certaines recommandations pour la recherche peuvent être proposées. Tout d'abord, il serait intéressant d'étudier l'impact d'une prise en soins de la sexualité sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer. Ensuite, les outils d'évaluation PLISSIT et BETTER devraient être traduits en français et élaborés par des infirmières locales. Pour finir, il serait intéressant de réfléchir à comment ELADEB pourrait être adapté au milieu somatique.

## Conclusion

Ce TdB a fait l'objet de plusieurs remaniements, notamment dans la question de recherche. D'abord axée sur les patientes, elle a été redirigée vers les infirmières car elles sont les principales "incriminées" lorsqu'un soin est jugé nécessaire mais qu'il n'est pas dispensé.

Néanmoins, afin de comprendre la perspective des soignantes lorsqu'il s'agit de parler de sexualité, il est nécessaire d'avoir un minimum d'informations sur le tableau clinique auquel elles peuvent se retrouver confrontées. C'est pourquoi la question du cancer, de ses traitements, effets sur le corps et le concept de soi, a été abordée en plus de la question de la sexualité et de sa place dans la profession infirmière. Si le cancer du sein a été choisi au détriment d'une autre pathologie de la sphère intime féminine, c'est parce que cette maladie est connue de tous et qu'elle compte parmi les pathologies qui ont les impacts des plus reconnaissables sur l'apparence physique (alopécie, sein manquant, ...), ce qui va engendrer un important remaniement du concept de soi et aura, de ce fait, de lourdes conséquences sur la sexualité des femmes. C'est donc pour aborder la question sous un angle purement relationnel (patiente à elle-même, patiente à soignante) que cette pathologie est placée comme centre d'intérêt. Les sujets tels que la reconstruction mammaire, par exemple, ont été abordés mais pas approfondis car ils ne semblaient pas être des facteurs pouvant influencer la réponse à la question de recherche.

Le choix d'axer le travail sur la femme et d'exclure le couple semblait être la meilleure façon de rédiger un texte qui soit inclusif, qui n'exclut donc pas les femmes célibataires, homosexuelles ou bisexuelles. Cela pose toutefois la question d'une prise en charge spécifique pour les couples.

La question de recherche a été perçue et appréhendée comme un problème pendant toute la durée du travail, ce qui s'illustre parfaitement bien par l'utilisation du terme « barrière » qui fait référence à une opposition ou à une interdiction. Avec l'éclairage apporté par des professionnelles chevronnées et du recul, ces barrières se révèlent être des événements naturels et compréhensibles plutôt que des problèmes. En effet, la sexualité est un sujet complexe et éminemment personnel, dont la totalité des professionnelles n'ont probablement pas envie de parler. Il est nécessaire de reconnaître ceci comme étant naturel mais identifiable, à l'instar des contre-attitudes décrites en psychiatrie.

La focalisation sur des patientes de genre féminin, par connivence et par confort révèle finalement que – même à un niveau purement théorique – aborder la sexualité reste beaucoup plus simple lorsqu'on parle de pairs, et que le genre de l'autre (par exemple) constitue déjà une barrière. C'est prises à leur propre jeu que les auteures de ce TdB vous remercient humblement pour votre lecture.

## Références bibliographiques :

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their work* (8e éd.). Etats-Unis d'Amérique: Elsevier Inc.
- Association Suisse des infirmières et infirmiers. (2007). *Position éthique 2, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*. Repéré à [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Ethische\\_Standpunkte\\_2\\_f.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_2_f.pdf)
- Brettes, J.-P., Mathelin, C., Gairard, B. & Bellocq, J.-P. (2007). *Cancer du sein*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2016). *Centre du sein*. Repéré à <http://www.chuv.ch/centredusein>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2013). *Plan stratégique 2009-2013, Rapport final sur la mise en œuvre à mars 2013*. Repéré à [http://www.chuv.ch/chuv\\_rapport-final-plan-strat-0913.pdf](http://www.chuv.ch/chuv_rapport-final-plan-strat-0913.pdf)
- Curtis, R., Groarke, A., McSharry, J. & Kerin, M. (2014). Experience of breast cancer : burden, benefit, or both ? *Cancer Nursing* 37(3), E21-E30. doi : 10.1097/NCC.0b013e3182894198
- Davies, C., Pan, H., Godwin, J., Gray, R., Arriagada, R., Raina, V., ... Peto, R. (2012). Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer : ATLAS, a randomised trial. *Lancet* 381, 805-816. doi : 10.1016/
- Droux, J. (2011). *Personnel infirmier*. Repéré à <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16316.php?topdf=1>
- Eicher, M., Bachman, I., Baumann, K., Biedermann, M., Bonnin, B. Brenneisen, I., ... Weibel, M. (2013). *Concept infirmière référente pour le cancer du sein (IRCS) , niveau 1*. Repéré à [http://www.heds-fr.ch/FR/recherche-developpement/projet-RaD/Documents/IRCS\\_Concept\\_Niveau1\\_2014.pdf](http://www.heds-fr.ch/FR/recherche-developpement/projet-RaD/Documents/IRCS_Concept_Niveau1_2014.pdf)
- Emilee, G., Ussher, J. M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer : a review. *Maturitas* 66, 397-407. doi :10.1016/j.maturitas.2010.03.027

- Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. (2012). From « no big deal » to « losing onself » : different meanings of mastectomy. *Cancer Nursing* 35(5), E41-E48. doi : 10.1097/NCC.0b013e31823528fb
- Fitch, M. I., Beaudoin, G. & Johnson, B. (2013). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings : Part II-Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal* 23(3), 182-196. Doi : 10.5737/1181912x233182188
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Francequin, G. (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : érès.
- Fulbright Commission Franco-Américaine. (2016). *Les études de Nursing aux Etats-Unis*. Repéré à <http://fulbright-france.org/sites/default/files/nursing2016.pdf>
- Gabus, S. (2012). *Mon cancer du sein avant 40 ans* [Vidéo en ligne]. Repéré à <http://www.rts.ch/play/tv/36-9%C2%B0/video/mon-cancer-du-sein-avant-40-ans?id=4304855>
- George, J. B. (2011). *Nursing theories: The base for professionnal nursing practice* (6e éd.). New Jersey: Pearson.
- Giami, A., Moulin, P. & Moreau, E. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail* 55(1), 20-38. doi: 10.1016/j.soctra.2012.12.001
- Griesser, A.-C., Zaman, K., Lejolivet, B. & Delaloye, J.-F. (2011). Centres du sein : caprice ou nécessité ? *Revue Médicale Suisse*, 7, 2061-2065. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-314/Centres-du-sein-caprice-ou-necessite>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2013). *Bachelor HESO-SO en soins infirmiers, Evaluation des compétences-niveau 3<sup>ème</sup> année bachelor*. Repéré à <http://www.hesav.ch/docs/default-source/Fili%C3%A8res-de-formation/Praticien-formateurs/eval-compet-fr-03-2012.pdf?sfvrsn=0>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Descriptif de module, intimité et sexualité dans les soins*. Repéré à [http://www.hesav.ch/docs/default-source/Fili%C3%A8res-de-formation/PDF---SI/form\\_bach\\_descriptif-module\\_sex.pdf?sfvrsn=0](http://www.hesav.ch/docs/default-source/Fili%C3%A8res-de-formation/PDF---SI/form_bach_descriptif-module_sex.pdf?sfvrsn=0)

- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2016). *CAS/Certificate of Advanced Studies, Santé sexuelle : Approches de prévention et de promotion, DAS/Diploma of Advanced Studies, Santé sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2015/2017*. Repéré à [https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/formation/brochure/cas-das\\_sante\\_sexuelle\\_15-17\\_plaquette\\_web\\_0.pdf](https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/formation/brochure/cas-das_sante_sexuelle_15-17_plaquette_web_0.pdf)
- Helms, R. L., O'Hea, E. L. & Corso, M. (2008). *Body image issues in women with breast cancer. Psychology, Health & Medicine, 13*(3), 313 – 325. doi: 10.1080/13548500701405509
- 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
- Hughes, M. K. (2009). Sexuality and Cancer : The Final Frontier for Nurses. *Oncology Nursing Forum 36*(5), E241-E246.
- Hughes, M. K. (2000). Sexuality and the Cancer Survivor : A silent coexistence. *Cancer Nursing 23*(6), 477-482.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P. & Filippou, D. (2007). Combined Brief Psychosexual Intervention After Mastectomy : Effects on Sexuality, Body Image, and Psychological Well-Being. *Journal of Surgical Oncology 96*, 235-240.
- Katz, A. (2005). Do Ask, Do Tell : Why do so many nurses avoid the topic of sexuality ? *The American journal of nursing 105*(7), 66-68.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Soins Infirmiers: théorie et pratique* (2e éd., Vol. 1). Traduction française par M. Bilodeau et al., Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Lavin, M. & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing 10*. doi:10.1016/j.ejon.2005.03.013
- Ligue suisse contre le cancer. (2008). *De nouvelles compétences spécialisées pour la Ligne InfoCancer* [Communiqué de presses]. Repéré à [https://assets.krebsliga.ch/downloads/medien\\_20080407\\_f.pdf](https://assets.krebsliga.ch/downloads/medien_20080407_f.pdf)
- Ligue suisse contre le cancer. (2015a). *Le cancer du sein, Carcinome mammaire, Une information de la Ligue contre le cancer pour les personnes concernées et leurs proches*. [Brochure].

Repéré à <https://boutique.liguecancer.ch/files/cls/webshop/PDFs/francais/le-cancer-du-sein-carcinome-mammaire-022071012111.pdf>

Ligue suisse contre le cancer. (2015b). *Rapport annuel 2015* [Brochure]. Repéré à [https://assets.krebsliga.ch/downloads/rapport\\_annuel\\_ligue\\_suisse\\_contre\\_le\\_cancer\\_2015\\_021900018021.pdf](https://assets.krebsliga.ch/downloads/rapport_annuel_ligue_suisse_contre_le_cancer_2015_021900018021.pdf)

Ligue contre le cancer. (2015c). *Unis contre le cancer du sein : Réponses aux questions essentielles : Une information de la Ligue contre le cancer* [Brochure]. Repéré à <https://boutique.liguecancer.ch/files/cls/webshop/PDFs/francais/unis-contre-le-cancer-du-sein-les-reponses-aux-questions-essentielles-022408041111.pdf>

Magnan, M. A., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist* 20(6), 285-292.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory : Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company.

Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (2e éd.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Mulders, M., Vingerhoets, A. & Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 97-102. doi: 10.1016/j.ejon.2007.10.002

Nau, J.-Y. (2014). Cancer du sein : la mastectomie prophylactique et l'effet Angelina Jolie. *Revue Médicale Suisse* 444, 1844-1845

Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality- A neglected area of cancer nursing ? *European Journal of Oncology Nursing* 16, 426-431. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.003

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Defining sexual health, Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Repéré à [www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Qu'est-ce que le cancer ?* Repéré à <http://www.who.int/cancer/fr/>

- Parat, H. (2015). *Sein de femme, sein de mère*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010) *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S. & Grasset, F. (2011). *L'outil ELADEB*. Repéré à <http://ateliers-rehab.ch/produits-psychiatrie-communautaire/eladeb/>
- Razavi, D. & Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S.
- Reich, M. (2008). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique* 3(85), 247-254. doi : 10.3917/inpsy.8503.0247
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(3), 508-511. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Schopper, D., Cialente, M.-C., Diezi, A.-S., Despeyroux, M.-C., Krenz, S., Voellinger, R. & Zurkinden, C. (2009). « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer », *Un programme du Pôle oncologie, Rapport d'activités 2008*. Repéré à <http://files.espacecancer.chuv.ch/ecc/qui/ecc-rapport2008.pdf>
- Syndicat Suisse des Services Publics. (2016). *20 mars 2016: Votons NON à la RIE 3 vaudoise*. Repéré à [http://www.ssp-vaud.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1053:20-mars-2016-votons-non-a-la-rie-3-vaudoise&catid=1:latest-news&Itemid=84](http://www.ssp-vaud.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=1053:20-mars-2016-votons-non-a-la-rie-3-vaudoise&catid=1:latest-news&Itemid=84)
- Trueland, J. (2013). Intimacy after cancer. *Nursing standard* 28(9), 20-21
- Université de Genève, (2016). *CAS, Certificat de formation continue, Certificate of Advanced Studies, Sexologie clinique, décembre 2015 < septembre 2017*. Repéré à <https://www.unige.ch/formcont/files/3514/3921/7197/sexologieclinique15-17.pdf>
- Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer. *Cancer Nursing* 35(6), 456-465.
- Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Tim Wong, W. K., Mason, C., Hobbs, K. & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer : A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health* 28(12), 1370-1390. doi : 10.1080/08870446.2013.811242

## **Annexes :**

Annexe I : Effets du cancer et de ses traitements sur la sexualité de la femme (Hughes, 2009)

Annexe II : Equations de recherche

Annexe III : Lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Annexe IV : Lecture critique d'une étude qualitative (Fortin, 2010, pp. 90-91)

Annexe V : Modèle PLISSIT (tiré de Katz, 2002)

Annexe VI : Modèle BETTER (tiré de Katz, 2005)

## I. Effets du cancer et de ses traitements sur la sexualité de la femme

<b>Type de traitement</b>	<b>Effets secondaires indésirables (Hughes, 2009)</b>
<b>Radiothérapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Changements du rythme intestinal</li> <li>• Sécheresse buccale (Hughes, 1997)</li> <li>• Changements de la couleur de la peau suite aux irradiations cause une pauvre image corporelle</li> <li>• Diminution de la libido</li> <li>• Concept de soi perturbé</li> <li>• Sensations désagréables</li> </ul>
<b>Hormonothérapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bouffées de chaleur</li> <li>• Changements de la distribution et de la masse pondérale</li> <li>• Augmentation du périmètre abdominal</li> <li>• Changements dans l'élasticité vaginale</li> <li>• Manque de lubrification vaginale</li> <li>• Interruption du cycle menstruel</li> <li>• Incontinence à la suite d'une atrophie vaginale</li> <li>• Avec des inhibiteurs de l'aromatase : Douleurs musculaire et articulaire, Insomnie et Ostéoporose (Gholz, Conde et Rutledge, 2002)</li> <li>• Changement de l'odeur corporelle (perturbation de l'identité)</li> </ul>
<b>Chimiothérapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A court terme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Nausées, vomissements</li> <li>• Perte ou gain de poids</li> <li>• Muscité</li> <li>• Modification du transit intestinal</li> <li>• Perte de désir sexuel</li> <li>• Perte des cheveux</li> <li>• Immunosuppression avec risque de contracter herpès, papillomavirus humain (HPV) et autres infections sexuellement transmissibles (IST)</li> </ul> </li> <li>• Long terme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropathie du clitoris, des mains et des pieds</li> <li>• Difficulté à l'orgasme ou anorgasmie</li> <li>• Infertilité <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possible stress psychologique pour les personnes en couple, et sentiment d'indésirabilité chez les personnes célibataires.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Autres traitements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les antiémétiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akinésie</li> </ul> </li> <li>• Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse de la libido (Holland, Greenberg et Hughes, 2006)</li> <li>• Retard de l'orgasme (Holland, Greenberg et Hughes, 2006)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Facteurs psychologiques contribuant au</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse de l'estime de soi</li> <li>• Culpabilité et honte</li> <li>• Frustration</li> </ul>

**dysfonctionnement  
de la sexualité**

- Colère
- Mauvaises informations
- Déception
- Anxiété de la performance
- Tristesse
- Dépression
- Anxiété
- Se sentir contaminée ou isolée
- Faible image corporelle
- Peur de mourir
- Peur de la douleur
- Peur de ne jamais aller mieux
- Peur du rejet
- Peur d'être un fardeau
- Peur de contagion
- Peur de l'abandon

Dépression et anxiété surviennent dans 20-70% des survivants de cancer (souvent sous diagnostiqués et sous traités)

## II. Equations de recherche

Tableau 1  
Descripteurs

Thématiques	Descripteurs CINAHL
Ménopause	Menopause
Alopécie	Alopecia
Sécheresse vaginale	Vaginal Diseases
Vagin Atrophie vaginale Dystrophie vaginale Fragilité vaginale	Vagina
Qualité de vie	Quality of life
Hormonothérapie	Hormone Therapy

Tableau 2  
*Concepts de la problématique*

((MH "Oncologic Nursing/") OR (MH "Nursing Care+"))	AND (MH "Breast Neoplasms+/PF")	66 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+/PF") AND (MH "Body Image+")	3 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Body Image+")	17 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+/PF") AND (MH "Sexuality+")	8 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+/") AND (MH "Sexuality+")	14 résultats

Tableau 3  
*Prise en charge infirmière de l'aspect de la sexualité dans le contexte du cancer*

(MH "Oncologic Nursing/PF")	AND (MH "Sexuality+")	2 résultats
-----------------------------	-----------------------	-------------

MH "Oncologic Nursing/")	AND (MH "Sexuality+")	36 résultats
--------------------------	-----------------------	--------------

Tableau 4

*Prise en charge infirmière du dysfonctionnement de la sexualité féminine dans un contexte de cancer du sein*

( (MH "Nursing Care+") OR (MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female")	9 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female") AND (MH "Menopause+/")	2 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female") AND (MH "Body Image")	4 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Cancer Survivors") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female")	4 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Dyspareunia")	1 résultat
	AND (MH "Dyspareunia")	10 résultats

Tableau 5

*Barrières à la communication sur la sexualité*

( (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Nursing Care+") )	AND (MH "Communication Barriers") AND (MH "Sexuality+")		Pas de résultat
	AND ( (MH "Communication+") OR (MH "Communication Barriers") ) AND ( (MH "Sexuality+") OR (MH "Sexual Dysfunction, Female+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+")	1 résultat
AND (MH "Cancer Survivors")		6 résultats	
AND (MH "Breast Neoplasms+")		24 résultats	
		22 résultats	

Tableau 6

*Prise en charge infirmière de la ménopause induite par un traitement contre le cancer du sein*

( (MH "Nursing Care+/PF") OR (MH "Oncologic Nursing+/PF") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexuality+") AND (MH "Menopause+")	Pas de résultat
( (MH "Nursing Care+") OR (MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexuality+") AND (MH "Menopause+")	1 résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexuality+") AND (MH "Menopause+")	1 résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Menopause+")	12 résultats

Tableau 7

*Le dysfonctionnement sexuel féminin dans un contexte de cancer du sein*

(MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female") AND (MH "Body Image+")	11 résultats
---	--------------

Tableau 8

*La prise en charge infirmière de l'alopecie dans un contexte de cancer du sein*

( (MH "Nursing Care+") OR (MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Alopecia/PF")	Pas de résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Alopecia")	2 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female") AND (MH "Alopecia")	Pas de résultat
	AND (MH "Alopecia/PF")	5 résultats
	AND (MH "Alopecia")	29 résultats

Tableau 9

*Prise en charge infirmière de la sécheresse vaginale dans un contexte de cancer du sein*

( (MH "Nursing Care+") OR	AND (MH "Breast Neoplasms+")	Pas de
---------------------------	------------------------------	--------

(MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Vaginal Diseases")	résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Vagina")	1 résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND ( ( (MH "Atrophy+/" ) OR (MH "Muscular Dystrophy") ) AND (MH "Vagina") )	1 résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND ( ( ( (MH "Atrophy+/" ) OR (MH "Muscular Dystrophy") ) AND (MH "Vagina") ) OR (MH "Dyspareunia") )	4 résultats
	AND ( ( ( (MH "Atrophy+/" ) OR (MH "Muscular Dystrophy") ) AND (MH "Vagina") ) OR (MH "Dyspareunia") )	12 résultats

Tableau 10

*Prise en charge infirmière de la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein*

( (MH "Nursing Care+") OR (MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Cancer Survivors") AND (MH "Quality of Life/PF")	Pas de résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Cancer Survivors") AND (MH "Quality of Life+")	20 résultats
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Cancer Survivors") AND (MH "Quality of Life+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female")	1 résultat

Tableau 11

*Prise en charge infirmière du dysfonctionnement sexuel des femmes sous hormonothérapie*

( (MH "Nursing Care+") OR (MH "Oncologic Nursing+") )	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Hormone Therapy+/PF") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female")	Pas de résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+") AND (MH "Hormone Therapy+") AND (MH "Sexual Dysfunction, Female")	1 résultat
	AND (MH "Breast Neoplasms+")	Pas de résultat

	AND (MH "Hormone Therapy+/") AND (MH "Sexuality+")	
	AND (MH "Cancer Survivors") AND (MH "Hormone Therapy+/")	3 résultats

Tableau 12  
*Equations de recherche sur MEDLINE*

(((("Nursing"[Mesh]) OR "Oncology Nursing"[Mesh]) OR "Professional-Patient Relations"[Mesh])))	AND "Breast Neoplasms"[Mesh] AND "Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] AND "Communication Barriers"[Mesh]	0 résultat
	AND "Breast Neoplasms"[Mesh] AND "Sexuality"[Mesh]	11 résultats
	AND "Communication Barriers"[Mesh] AND "Breast Neoplasms"[Mesh]	17 résultats
	AND (("Communication Barriers"[Mesh] OR "Communication"[Mesh])) AND "Sexuality"[Mesh]	23 résultats
("Oncology Nursing"[Mesh])	AND "Sexuality"[Mesh]	25 résultats
(((("Nursing"[Mesh]) OR "Oncology Nursing"[Mesh])))	AND (((("Dyspareunia"[Mesh]) OR "Sexuality"[Mesh])) AND "Breast Neoplasms"[Mesh] AND	3 résultats

### III. Lecture critique d'une étude quantitative (Fortin, 2010, pp. 88-89)

Eléments d'évaluation Questions pour faire la lecture critique	
<b>Titre</b>	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?
<b>Introduction</b>	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? Les études montrent-elles la progression des idées ?</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p><del>La recension des écrits présente-t-elle une base solide pour l'étude ?</del></p> <p>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p><del>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</del></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p>
<b>Méthode</b>	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p>

	<p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p><del>Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe ?</del></p> <p><del>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</del></p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p><del>Les définitions opérationnelles sont-elles adéquates ? Tiennent-elles compte des activités nécessaires à la mesure des variables ?</del></p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ? <del>Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</del></p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</p> <p><del>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</del></p> <p><del>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</del></p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</p> <p><del>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables, à la comparaison entre les groupes, etc. ?</del></p> <p><del>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</del></p>
<p><b>Résultats</b></p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p><del>Le seuil de signification pour chaque test statistique est-il indiqué ?</del></p>

## Discussion

Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</p>

#### IV. Lecture critique d'une étude qualitative (Fortin, 2010, pp. 90-91)

Eléments d'évaluation		Questions pour faire la lecture critique	
<b>Titre</b>		Le titre précise-t-il de façon succincte les <b>concepts clés</b> et la <b>population</b> à l'étude ?	
<b>Résumé</b>		Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	
<b>Introduction</b>			
Problème de recherche		Le <b>phénomène à l'étude</b> est-il clairement défini et placé en contexte ?  Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?  Les <b>postulats</b> sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?	
Recension des écrits		Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?  L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?	
Cadre de recherche		Un <b>cadre conceptuel</b> a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?  Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?	
But, questions de recherche		Le but est-il clairement énoncé ?  Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?  Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?  Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?	
<b>Méthode</b>			
Population et échantillon		La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillé ?  La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?  La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?  La <b>saturation des données</b> a-t-elle été atteinte ?	
Devis de recherche		Le devis de recherche est-il explicité ?  <del>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte de données proposées ?</del>  Y a-t-il eu suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des	

	<p>participants ?</p> <p><del>La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ?</del></p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>
Mode de collecte des données	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils <del>appropriés et</del> convenablement décrits ?</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</p> <p>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p><del>Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ?</del></p>
Conduite de la recherche	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits <del>et appropriés</del> ?</p> <p><del>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ?</del></p>
<b>Crédibilité</b> des données	<p>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</p> <p><del>Les moyens utilisés pour rehausser la crédibilité des données sont-ils convenables et suffisants ?</del></p>
Analyse des données	<p>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</p> <p><del>La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</del></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p>
<b>Résultats</b>	
Présentation des résultats	<p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p><i>S'ils sont présents</i>, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p>
<b>Discussion</b>	
Interprétation des résultats	<p><del>Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre approprié ?</del></p> <p>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p>

	Soulève-t-on la question du caractère <b>transférable</b> des conclusions ?
Conséquences et recommandations	L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

## The PLISSIT Model of Treatment

### Permission.

Give the patient permission to discuss sexuality. All nurses should be able to do this. They can include in the conversation a general statement that introduces the topic in a nonthreatening manner.

- Example: "Many couples are concerned about making love after one of them has had a heart attack. Do you have any concerns that I can help you with?"

### Limited Information.

Provide enough information to help the patient function sexually. Most nurses should be able to do this.

- Example: "Mr. Jones, when you are able to climb two flights of stairs with no discomfort, you should be able to resume sexual intercourse. If you experience chest pain, you should stop and take your medication."

### Specific Suggestion.

Requires a higher level of expertise on the part of the

nurse, who must be able to anticipate possible sexual consequences of medications and other treatments.

- Example: "Taking tamoxifen for the prevention of breast cancer recurrence may have the adverse effect of reducing desire or libido. If you notice that you're less interested in sex while you're taking tamoxifen, and it bothers you, you may want to talk with a sex therapist. And we happen to have one on staff. Would you like to have her name and number? You can call her anytime to schedule an appointment."

### Intensive Therapy.

Usually requires a referral to a sex therapist or a specially trained counselor.

- Example: "It sounds to me like you're very upset about your inability to have an erection since your surgery, Mr. Evans. There are a number of treatments that may help, and I'd like to refer you to our sexual medicine expert who can discuss them with you."

## *The BETTER Model of Treatment*

### **Bringing up the topic.**

Raise the issue of sexuality with patients.

- Example: "Couples often have questions about the possibility of sexual problems after treatment for prostate cancer. If you have any questions, please don't hesitate to ask."

### **Explaining that sex is an important part of life.**

This helps to normalize the discussion and may help the patient to feel less embarrassed or alone.

- Example: "It may feel like sex is the last thing on your mind right now, but over the next few months, as you recover, you'll probably find yourself becoming interested in that aspect of your life again."

### **Telling patients that resources will be found to address their concerns.**

Even if the nurse doesn't have an immediate solution, others can help.

- Example: "I'm not sure why you're experiencing pain during intercourse, Mrs. Smith. I will raise the issue with Dr. Brown when I see him later today and ask him to call you. Or if you prefer, we can arrange an appointment with him at your earliest convenience."

### **Timing of intervention.**

Patients who aren't ready to deal with sexual issues can ask for information in the future.

- Example: "I wanted you to be aware that we have a number of books and videos that deal with sexual problems after treatment for endometrial cancer. Here are the phone number and address of the resource center you can contact."

### **Education regarding sexual side effects of treatment.**

Informing the patient about sexual side effects is as important as informing her about any other adverse effects.

- Example: "Some women report that after hysterectomy, their orgasms feel different. You may not experience this, but I wanted to let you know that it's a possibility."

### **Recording.**

In the patient's file, include a brief note that a discussion about sexuality or sexual side effects took place.

- Example: "Possible sexual side effects related to the planned surgery were discussed. Patient was given reading material, as well as contact information for the resource center."