

## TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION .....	1
REMERCIEMENTS .....	3
RÉSUMÉ .....	4
MOTS-CLES.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS .....	5
LISTE DES TABLEAUX .....	5
LISTE DES FIGURES .....	5
TABLE DES MATIÈRES .....	6
1. INTRODUCTION .....	8
2. PROBLÉMATIQUE.....	9
2.1. Description du cancer .....	9
2.2. Epidémiologie du cancer.....	9
2.3. Epidémiologie cancer du poumon.....	11
2.4. Souffrance psychologique.....	12
3. ANCORAGE THÉORIQUE .....	14
3.1. Théorie de Pamela Reed .....	14
3.1.1. Assomptions .....	14
3.2. Concepts clés .....	15
3.2.1. L'auto-transcendance .....	15
3.2.2. Vulnérabilité.....	15
3.2.3. Bien-être .....	15
3.2.4. Relation entre les concepts .....	16
3.3. Métaconcepts.....	16
3.3.1. La personne .....	16

3.3.2. Le soin .....	17
3.3.3. La santé .....	17
3.3.4. L'environnement .....	17
3.4. Question de recherche finale .....	17
4. MÉTHODE .....	19
4.1. Diagramme de flux .....	21
5. RÉSULTATS .....	22
5.1. Analyse critique des articles retenus .....	22
5.2. Tableau synoptique .....	22
5.2.1. Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire .....	22
5.2.2. Se préoccuper des proches aidants .....	23
5.2.3. Recevoir un soutien individuel .....	24
6. DISCUSSION .....	25
6.1. Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire .....	25
6.2. Se préoccuper des proches aidants .....	26
6.3. Recevoir un soutien individuel .....	27
7. CONCLUSION .....	29
8. RECOMMANDATIONS .....	30
8.1. Recommandations pratiques .....	30
8.2. Recommandations recherches .....	30
8.3. Recommandations enseignements .....	30
9. APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL .....	31
10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	32
11. ANNEXES .....	36
ANNEXE 1 - FICHE DE LECTURE .....	36
ANNEXE 2 - TABLEAU RÉSUMÉ DES EQUATIONS DE RECHERCHES .....	40
ANNEXE 3 - ECHELLE ESAS .....	41
ANNEXE 4 – ECHELLE DE L'AUTO-TRANSCENDANCE .....	44
ANNEXE 5 - TABLEAUX COMPARATIFS .....	45

## 1. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], a recensé 14,1 millions de nouveaux cas de cancer au niveau mondial et 8,2 millions de décès suite au cancer (2013). En Suisse, 40'000 nouveaux cas de cancer ont été chiffré depuis 2014 et plus de 16'500 personnes décèdent chaque année (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2014).

Cette revue de littérature a choisi de s'intéresser plus particulièrement au vécu psychologique des patients atteints de maladies chroniques évolutives. Après avoir relevé l'épidémiologie ainsi que les thèmes principaux, nous avons souhaité présenter une théorie pertinente à ce sujet. Une analyse critique des neufs articles a été faite ce qui nous a permis d'en ressortir trois thèmes majeurs. Un diagramme de flux a été créé afin de comprendre le déroulement des recherches scientifiques. Par la suite, l'élaboration d'une discussion a associé les résultats principaux avec la théorie choisie. Pour finir, une conclusion a mis en avant nos recommandations pratiques, de recherches et d'enseignement.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Le cancer est un fléau mondial. L'annonce d'un tel diagnostic engendre de nombreuses problématiques et remet en cause tout ce dont l'humain a construit jusqu'alors. Afin d'apaiser les patients dans cette transition de vie difficile, cette revue de littérature cherche à montré par quels moyens la gestion des symptômes pourrait avoir un impact sur la qualité de vie des patients. Ceci reste actuellement un véritable défi pour les soins infirmiers.

### **2.1. Description du cancer**

Durant de nombreuses années, le cancer est une maladie jugée comme inguérissable puis l'avancée de la médecine a permis à un certain nombre de cancers d'être guéris. D'un point de vue biologique, chaque humain est constitué de tissus et d'organes qui eux-mêmes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chacune d'entre elles renferment le patrimoine génétique de chacun : l'ADN.

Le cancer est dû à une série de modifications génétiques qui provoquent le dysfonctionnement de la cellule et de la communication entre elles. Ces modifications dues au hasard ou causées par des éléments mutagènes comme le soleil, le tabac sont susceptibles d'être réparées. Si les processus de réparation de l'ADN dysfonctionnent, la porte est alors ouverte à la cancérisation. Le cancer est alors une maladie génétique qui se développe par étapes. Il est défini comme la prolifération cellulaire incontrôlée, une perte de différenciation et une absence de mort cellulaire (Institut national du cancer, 2017).

Ainsi, nous avons souhaité nous intéresser au cancer du poumon également appelé carcinome du poumon ou carcinome bronchique. Sa localisation se trouve le plus souvent à la jonction entre les bronches principales, dans une des bronches ou à la périphérie, dans les alvéoles pulmonaires (Ligue pulmonaire Suisse, 2017).

### **2.2. Épidémiologie du cancer**

Le cancer est la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires (Office Fédéral de la Statistique (OFS), 2014).

En 2015, le cancer a engendré plus de 8,8 millions de décès dans le monde (OMS, 2017).

En 2000, le cancer était classé en neuvième position, dans les maladies qui avaient le plus haut taux de mortalité. En seulement quinze ans, le cancer est maintenant à la

cinquième place des causes de mortalité dans le monde (OMS, 2015). “ En Suisse, 30% des décès chez les hommes et 23% chez les femmes sont dus au cancer” selon le rapport des cancers de l’OFS (2015).

Selon la ligue Suisse contre le cancer (2014), les types de cancer les plus fréquents en Suisse sont le cancer de la prostate avec 28,2% pour l’homme et le cancer du sein 32,2% pour la femme.

Concernant le nombre de décès, c’est le cancer du poumon qui tue le plus d’hommes avec 21,9%. Chez la femme, le cancer de sein est le plus meurtrier avec 18,5% de décès.

Figure 1. Incidence, mortalité et prévalence globale (En Suisse)

	Hommes	Femmes	Total
<b>Nbre de nouveaux cas par année (incidence)*</b>	21'576 (53.9%)	18'435 (46.1%)	40'011 (100%)
<b>Nombre de décès par année (mortalité)*</b>	9'155 (55.4%)	7'378 (44.6%)	16'533 (100%)
<b>Prévalence sur 5 ans*</b>	56'000 (51.9%)	51'812 (48.1%)	107'812 (100%)

\* tous types de cancer, excepté les cancers de la peau non-mélanome

Trié de : Ligue suisse contre le cancer, 2014

Les projections fondées sur les estimations de Globocan 2012, avec une base de données du CIRC, amènent une estimation pour 28 types de cancers dans 184 pays et offre donc un aperçu du fardeau mondial du cancer. Ils anticipent une augmentation de 19.3 millions de nouveaux cas de cancer par an d’ici 2025, en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale.

Selon l’OMS, les soins palliatifs sont définis comme (2016) :

Des soins non curatifs mais qui permettent d’améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d’une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs sont préconisés à toutes les personnes, adultes et enfants atteints d’une maladie incurable, dont les traitements curatifs ne sont plus efficaces et dont le pronostic vital est avancé (OMS, 2017).

Selon l'OMS (2017) :

Chaque année, 40 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs et que 78% d'entre elles vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les soins palliatifs sont souvent entravés par le manque d'informations, par la barrière culturelle et par une idée préconçue qui met en lien soins palliatifs et fin de vie.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager la douleur physique mais aussi la douleur morale. Cependant, les soins palliatifs ne sont pas prévus pour accélérer le déroulement de la maladie jusqu'à la mort et encore moins en repousser l'échéance.

### **2.3. Epidémiologie cancer du poumon**

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du poumon (1.8 million de cas, soit 13% du total mondial), suivi du cancer du sein et du cancer colorectal. Les causes les plus fréquentes de décès du cancer étaient les cancers du poumon (1.6 million de décès, soit 19.4% du total), du foie et de l'estomac.

La ligue suisse contre le cancer a recensé le nombre de nouveaux cas du cancer du poumon de 2'600 cas par an pour les hommes et de 1'600 cas pour les femmes. En comparaison avec le nombre total de nouveaux cas par an, sur tous les types de cancer (40'000), le cancer du poumon à un pourcentage de 10.5% sur le taux mondial. Le cancer du poumon est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme 11.9% et le troisième chez la femme (8.7%).

Le cancer du poumon présente le plus grand taux de mortalité par an chez les hommes (21.9% soit 2'000 hommes) et le deuxième cancer avec la plus grande mortalité pour les femmes (15.6% soit 1'200 femmes). Le cancer du poumon est donc la principale cause de décès par an et par cancer en Suisse (Ligue pulmonaire, 2017).

Le nombre élevé de décès pour le cancer du poumon est dû au fait que la maladie ne peut être diagnostiquée précocement et à ses différents facteurs. En effet, la plupart du temps, les patients ne présentent pas de symptômes au stade précoce du cancer. De plus, une toux chronique apparaît chez beaucoup de gros fumeurs, qu'il s'agisse d'un carcinome du poumon ou non (Ligue pulmonaire Suisse, 2017). A ce jour, dans le programme du cancer du poumon des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), il n'y a pas de recommandation validée, pour le dépistage systématique ce qui explique que le diagnostic est trop souvent tardif.

Il y a trois facteurs principaux qui sont : le tabac, l'exposition au radon et l'amiante. Mais dans 85% des cas, le cancer du poumon est provoqué soit par le tabagisme actif, soit par le fait d'avoir été un ancien gros fumeur ou le tabagisme passif pendant des années (Ligue pulmonaire, 2017).

En 2009, la France a dépensé 17 milliards d'euros pour les soins aux personnes souffrant d'un cancer. Les pays les plus peuplés de l'Union Européenne (Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni) représentent les 2/3 de la dépense totale. Les 4 cancers les plus fréquents en Europe (poumon, sein, colorectal et prostate) représentent 44% des dépenses totales liées. Le cancer du poumon a le taux de mortalité le plus élevé, il est donc le plus coûteux (science et avenir, 2013).

## 2.4. Souffrance psychologique

Selon Dolbeault, Dauchy, Brédart & Consoli (2007) :

Les dysfonctionnements psychologiques se manifestent par un large éventail de troubles allant de la dépression à la psychose. Ceux-ci se classent en trois catégories :

- Premièrement, les troubles du comportement qui touchent environ 65% des patients, sont les plus fréquents, tels que l'agressivité, l'agitation, la désorientation et l'apathie.
- Deuxièmement, les troubles psychotiques qui peuvent entraîner une perte de mémoire, de l'anxiété et de la confusion. Ils sont de fréquence variable pouvant aller de 1,9% à 20%. Nous avons ciblé nos recherches sur cette dimension et plus particulièrement sur l'anxiété et la confusion (Bindler, Travers & Millet, 2009).

En effet, selon l'article rédigé par Lavigne, Villate, Moreau & Clément (2014), une enquête quantitative concernant les patients en soins palliatifs démontre que l'anxiété est un symptôme courant qui représente 20% des personnes hospitalisées dans ces services et qu'elle est parfois prise en compte tardivement par les soignants. Cette anxiété se manifeste de façon singulière pour chaque patient. Le soignant doit mettre en place des actions spécifiques pour chacun. Celle-ci ce majore par la maladie mais le soignant doit aussi tenir compte des peurs, des angoisses récurrentes et de l'histoire de vie.

L'autre symptôme est le syndrome confusionnel (*Delirium en anglais*). Il est fréquent dans la majorité des maladies en phase terminale, environ 85%. La plupart du temps, ce syndrome confusionnel est dû à une intoxication médicamenteuse ou à cause d'un sevrage médicamenteux. Les infections, les rétentions urinaires et la douleur peuvent

également générer un syndrome confusionnel (Lavigne, Villate, Moreau & Clément, 2014).

Selon nous, les différents symptômes psychologiques décris ci-dessus se traduisent également par des signes physiques tels que la douleur, l'essoufflement et la fatigue.

### 3. ANCORAGE THÉORIQUE

#### 3.1. Théorie de Pamela Reed

Reed est une des premières théoriciennes à inclure la spiritualité dans les sciences infirmières (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p.417). Elle parle de l'auto-transcendance, un concept récent élaboré en 1991. Cette théorie est basée d'une part sur ses propres recherches, d'autre part sur sa vision du bien-être (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.411). Ces recherches en lien avec la spiritualité, la santé mentale, le bien-être, le vieillissement et la fin de vie ont été appuyées par les conceptions de la théoricienne Martha Rogers. La théorie de l'auto-transcendance peut être située dans le paradigme de la transformation, si l'on se réfère à la classification de Pepin, Kérouac & Ducharme (2010).

Cette théorie se développe sur la facilitation du processus de l'auto-transcendance dans le but d'améliorer ou de soutenir le bien-être dans le contexte d'une expérience de santé difficile. Reed suppose que la capacité d'auto-transcendance des personnes est mis en avant lorsqu'ils sont confrontés à une maladie mortelle ou lors de divers changements liés à la santé. Cette confrontation intensifie la prise de conscience de sa propre vulnérabilité ou de sa mortalité (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.412).

Dans le cadre du paradigme de la transformation, le changement est perçu comme étant constant, en accélération et unidirectionnel (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.30). Cette théorie est intégrée à l'école de pensée des patterns. La personne est un être humain unique, en relation avec elle-même et l'univers ; ceci forme un pattern dynamique, de relation mutuelle et simultanée avec l'environnement. Elle prend conscience du lien étroit qu'elle entretient avec l'environnement, de sa capacité de le transformer et également d'être transformé par lui. La personne ou la famille cherche une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.44).

##### 3.1.1. Assumptions

Par sa théorie de l'auto-transcendance, Reed se base sur deux assumptions majeures :

- La première assumption de la théorie de l'auto-transcendance est que les humains subissent des changements de nature diverse et dans le cadre de ce processus, ils possèdent également un potentiel inhérent de guérison, de

croissance émotionnelle et de bien-être, tout au long de la vie (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.412).

- La deuxième assumption est que l'auto-transcendance doit être vue dans une perspective comme de développement, ce qui signifie que c'est une fonction humaine qui exige de l'expression, tout comme d'autres processus de développement tels que la marche chez les tout-petits. C'est une ressource qui fait partie de l'être humain et qui l'amène au bien-être. En tant que telle, la participation de la personne à l'auto-transcendance fait partie intégrante du bien-être, et les soins infirmiers jouent un rôle dans la facilitation de ce processus (Smith & Liehr, 2014, traduction libre, p.111).

### **3.2. Concepts clés**

Il y a trois concepts majeurs dans cette théorie intermédiaire : L'auto-transcendance, la vulnérabilité et le bien-être.

#### **3.2.1. L'auto-transcendance**

Le concept de base, l'auto-transcendance se réfère à la capacité d'élargir ses propres limites de diverses façons afin d'améliorer le bien-être sur trois plans différents (intrapersonnel, interpersonnel et le transpersonnel) (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.413).

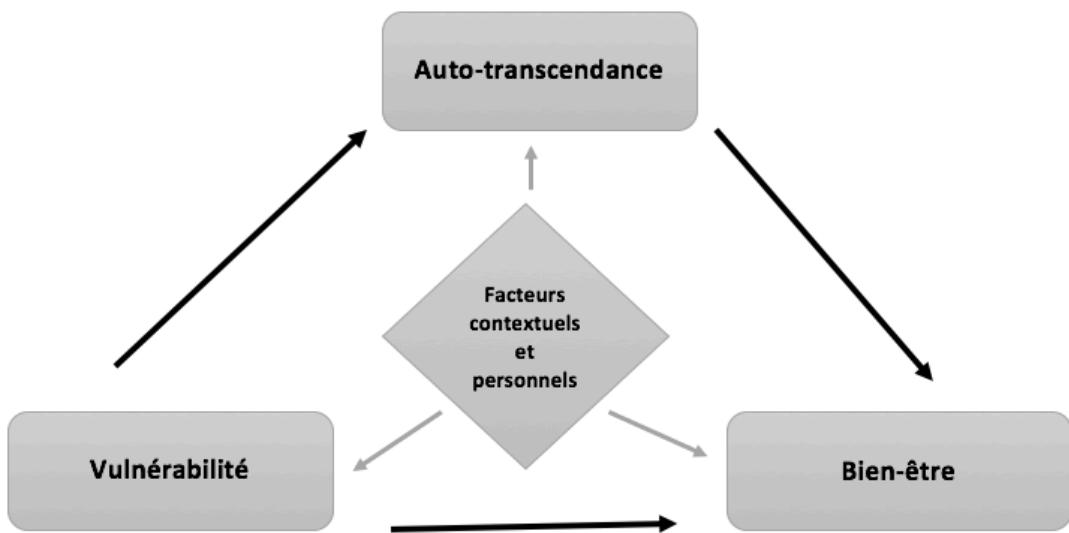
#### **3.2.2. Vulnérabilité**

En ce qui concerne la vulnérabilité, Reed souhaite une prise de conscience de la mortalité de tous, grâce aux diverses expériences vécues par l'être humain, en particulier aux événements de santé qui menacent la vie ou qui entraînent des pertes. La maladie chronique, le handicap, le vieillissement, le deuil, les événements traumatisques et la fin de vie sont autant de contextes de vulnérabilité qui permettent de faire prendre conscience de notre condition mortelle (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.413).

#### **3.2.3. Bien-être**

Pour le troisième concept, celui du bien-être, il est subjectif car il se fait en fonction des critères propres à la personne et à un moment donné. Il implique un jugement existentiel de l'individu, il est influencé par son histoire, sa culture, ses valeurs, sa famille et d'autres relations significatives ainsi que par les facteurs biophysiques (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.414).

### 3.2.4. Relation entre les concepts



Ces trois concepts ont une influence les uns sur les autres et sont interdépendants.

## 3.3. Métaconcepts

Toutes les théories de science infirmière sont directement liées aux quatre métaconcepts à savoir : *le soin*, *la santé*, *l'être humain* et *l'environnement*. Chaque théoricienne propose une définition bien précise et personnalisée de ces métaconcepts.

### 3.3.1. La personne

La personne se développe au cours de sa vie en interaction avec les autres et l'environnement, ce qui contribue à la fois positivement ou bien négativement à sa santé et à son bien-être (Alligood & Tomey, 2014, traduction libre, p.578). Pour un patient atteint d'un cancer, l'être humain pourrait être destiné à faire face à une expérience de vie complexe qu'il abordait différemment selon le contexte psycho-social dans lequel il vit. Les patients atteints de cette maladie peuvent développer une peur anticipatoire, celle-ci est-elle liée à la détresse psychologique qu'entraîne le cancer ? Ou est-ce une peur avancée de la mort. L'avenir amène le patient à faire face à différentes pertes qui peuvent toucher tant le réseau social, familial et professionnel.

### **3.3.2. Le soin**

Le rôle de l'infirmière est d'aider les personnes en utilisant les compétences adéquates pour promouvoir la santé et le bien-être (Alligood & Tomey, 2014, traduction libre, p.577). Pour ceci, l'infirmière doit se centrer sur les ressources et connaissances du patient en lien avec le concept d'auto-transcendance. Si on met en corrélation, le métaconcept du soin décrit par Reed et les personnes atteintes d'un cancer pulmonaire, nous pensons que l'objectif premier est d'accompagner ces patients en fonction de leurs besoins, en prenant en compte également leurs ressources afin qu'ils parviennent à trouver un certain bien-être, quel que soit le stade de la maladie. La prise en soin infirmière implique de nombreux acteurs, le patient au centre du dispositif de soins mais également les proches. Afin de mieux appréhender l'évolution de la maladie, des rencontres avec le patient et son entourage sont pertinentes.

### **3.3.3. La santé**

Selon Reed, la santé est définie de manière implicite comme un processus de vie, intégrant à la fois des expériences positives et négatives à partir desquelles les individus développent leurs propres valeurs et environnement de manière à favoriser le bien-être (Alligood & Tomey, 2014, traduction libre, p.578). En lien avec la pathologie oncologique, nous imaginons que le rôle de l'infirmière serait de promouvoir le bien-être en fonction des trajectoires de vie positives ou négatives, à un moment donné, en favorisant la parole, la communication, l'écoute et la reformulation.

### **3.3.4. L'environnement**

Le métaconcept de l'environnement comprend les dimensions intrapersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles. Ce qui veut dire que la famille, le réseau social et les ressources communautaires contribuent de manière significative au processus de santé (Alligood & Tomey, 2014, traduction libre, p.622). En tant que professionnel de santé, il est primordial de mobiliser et inclure les proches pour que ceux-ci soient en harmonie avec la maladie et conscient de la diminution des ressources du patient. L'aspect génétique génère un grand questionnement sur le devenir de chacun.

## **3.4. Question de recherche finale**

Au travers des diverses lectures sur l'auto transcendance et des différentes théories apportées lors de la formation, nous avons trouvé pertinent de construire notre travail en s'appuyant sur la théorie de Reed qui met en avant le bien-être, la fin de vie et la

santé. Cette théorie s'accorde parfaitement avec notre problématique, permet de mettre en relation les soins palliatifs et l'expérience des patients atteints d'une maladie oncologique, plus particulièrement d'un cancer pulmonaire.

Le rôle infirmier est d'accompagner au jour le jour les patients de manière holistique, en gardant à l'esprit d'avancer à leur rythme selon leurs besoins, leurs ressources et leurs craintes. Dans un cancer avancé, le mot "guérison" n'est pas approprié, pour une prise en soin optimale, il est nécessaire de fixer des objectifs à court terme et de traiter les symptômes uniquement.

Cette réflexion mène à la question de recherche finale :

"Quels sont les moyens mis en place pour diminuer la souffrance psychologique chez les patients atteints d'un cancer pulmonaire ?"

## 4. MÉTHODE

Une recherche dans la base de données électroniques, pour la période de novembre 2017 à mars 2018, a été effectuée sur Pubmed et Cinhal. De plus, des livres, des revues de littératures, des échelles en soins palliatifs et Bigorio<sup>1</sup> (Palliatifs, 2017) ont permis d'analyser les données. Pour se faire, la première étape a été l'élaboration d'un PICO (tableau 1. PICO). Par la suite, les mots-clés ressortis ont été traduits en anglais "Mesh-Terms" pour les introduire dans les bases de données afin d'obtenir des articles scientifiques (tableau 2. Mesh-Terms). Les critères d'inclusion étaient : un filtre de 5 à 10 ans, le patient adulte atteint d'un cancer pulmonaire, le cancer pulmonaire, les soins palliatifs et la souffrance psychologique. Plusieurs questions ont émergé telle que : Quels sont les moyens pour diminuer les symptômes ? La relation d'aide a-t-elle un impact pour diminuer la souffrance psychologique ?

Les articles sur les patients incapables de discernement, l'aggravation du processus de la maladie, l'incohérence du titre et une mauvaise population cible (N=109) ont été exclus. Neufs articles répondant à nos critères d'inclusion ont été retenus pour être examinés (figure 2).

Le nombre total de titres, de résumés trouvés au cours des processus de recherche et de sélection sont présentés à la figure 2. Après avoir examiné indépendamment les titres et décidé quels résumés devraient être choisis, nous nous sommes rejoints sur les sujets lors de la discussion (BS, CM et DR).

---

<sup>1</sup> **Bigorio** : Recommandations de bonnes pratiques pour les soins palliatifs qui sont revues chaque année. Voici les meilleures recommandations sur <https://www.palliative.ch/fr/professionnels/groupes-de-travail-standards/best-practice/>

Tableau 1. PICO

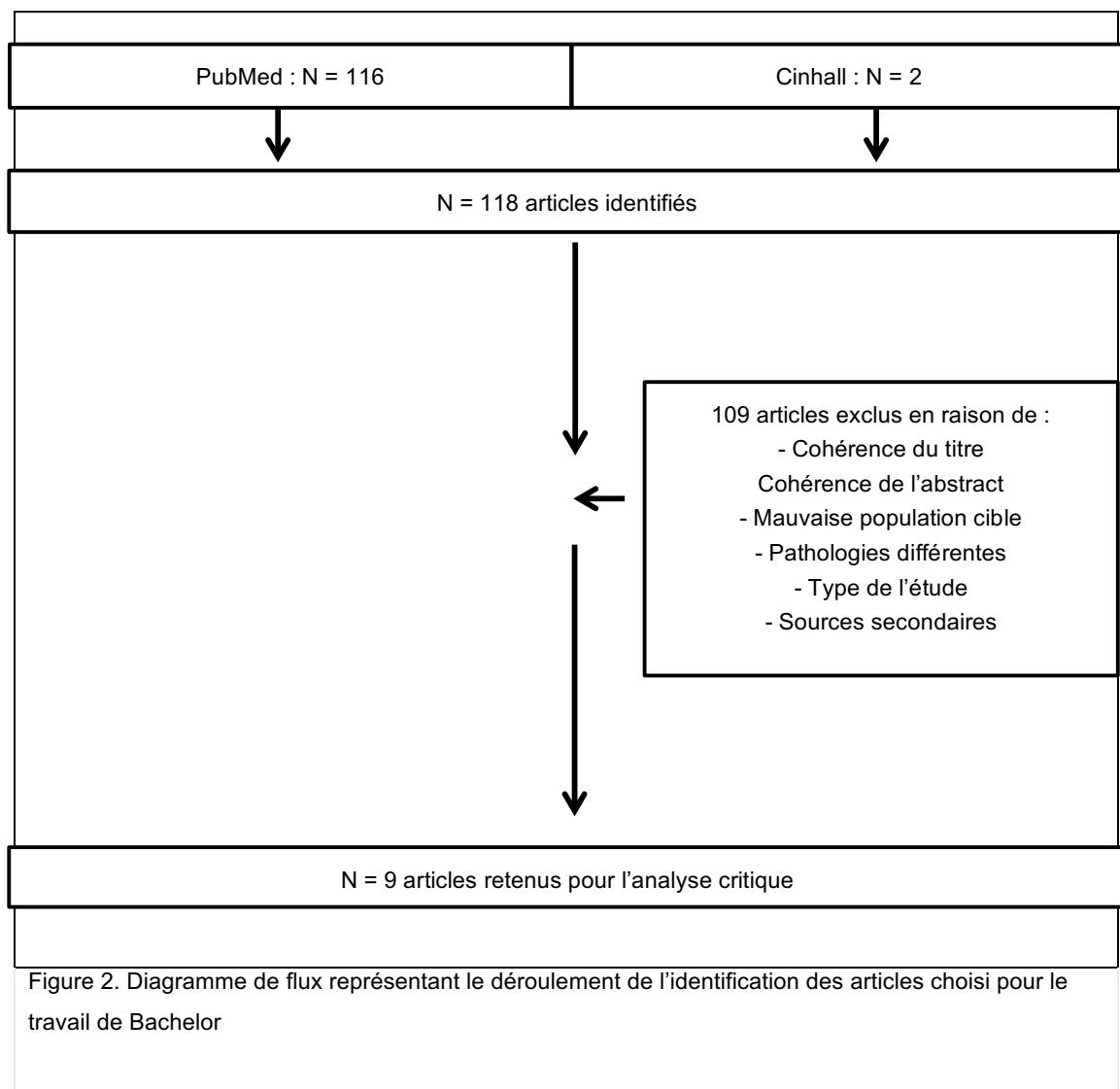
	P population	P Pathologie	I Intervention	C Comparateur	O Outcome
<b>Mots-clés</b>	Patients adultes	Cancer pulmonaire	Moyens mis en place pour diminuer la souffrance psychologique		Résultats à rechercher
<b>Mesh-Terms</b>	Adult	Lung neoplasms	Nursing care Stress, psychological		
<b>Mesh-Terms supplémentaires</b>		Lung cancer	Psychological distress		

Tableau 2. Associations des Mesh-Terms

Lung cancer AND psychological distress AND palliative care
Psychological distress AND lung neoplasms AND palliative care
Lung cancer AND palliative care AND psychological distress
Stress, psychological AND Nursing care AND Lung neoplasms
Stress, psychological AND Lung neoplasms
Complementary medicine AND psychological distress AND cancer AND art therapy
Lung Neoplasms/radiotherapy AND psychological distress AND palliative care

#### 4.1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux (Figure 2.) est un mécanisme permettant de synthétiser et d'identifier les articles trouvés dans les différentes bases de données. Ce graphique met en avant le déroulement des recherches scientifiques et les critères d'exclusion et l'inclusion.



## 5. RÉSULTATS

Neufs articles scientifiques sont retenus. Une analyse a été faite avec deux études qualitatives, deux études de cohorte et 6 articles avec une intervention.

Trois sujets ont émergé de notre recherche. Ces thèmes ont permis de mettre en avant les différents résultats trouvés. Ces derniers sont :

1. Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire
2. Se préoccuper des proches aidants
3. Recevoir un soutien individuel

### 5.1. Analyse critique des articles retenus

Lors de l'élaboration des tableaux, plusieurs thématiques ont été identifiées. Après une présentation de chaque article au sein du groupe, différents concepts ont été mis en avant.

### 5.2. Tableau synoptique

Ce tableau permet de classer les principaux thèmes et concepts présents dans les articles.

	Auteurs	Geerse et al. (2017)	Krebber et al. (2016)	Simon et al. (2016)	Ferrell et al. (2015)	Lefèvre et al. (2016)	Schofield et al. (2013)	Carlson et al. (2013)	Dale et al. (2011)	Turner et al. (2007)
Sujet 1	<b>Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire</b>	X			X			X	X	
Sujet 2	<b>Se préoccuper des proches aidants</b>							X	X	X
Sujet 3	<b>Recevoir un soutien individuel</b>		X	X		X	X			

Tableau 3. Tableau synoptique

#### 5.2.1. Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire

Le soutien apporté par les équipes pluridisciplinaires auprès des patients souffrant de détresse psychologique est un sujet qui ressort de manière récurrente dans quatre études (Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L. & Bultz, B. D., 2013 ; Dale, M. J. & Johnston, B., 2011 ; Ferrell, B., Sun, V., Hurria, A., Cristea, M., Raz, D. J., Kim, J. Y., ... Koczywas, M., 2015 & Geerse, O. P., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Stokroos, M.

H., Burgerhof, J. G. M., Groen, H. J. M., Kerstjens, H. A. M. & Hiltermann, T. J. N., 2017) (voir annexe 5). Tous les participants ( $n = 6$ ) de l'étude qualitative de Dale et al., ont mentionné l'importance de pouvoir faire confiance et avoir le soutien des professionnels à leur disposition. De plus, l'étude quasi expérimentale de Ferrell et ses collègues démontre qu'une intervention pluridisciplinaire a un impact significativement sur les scores de la qualité de vie ( $p < 0,001$ ), les symptômes ( $p < 0,001$ ), le bien-être spirituel ( $p < 0,001$ ), la diminution de détresse psychologique ( $p < 0,001$ ) et les directives anticipées ( $p < 0,001$ ) à 12 semaines. En revanche, avant l'intervention de l'étude de Carlson et al., il n'y a pas eu de différence significative dans les trois groupes (groupe minimal ; groupe complet et groupe triage) pour la prévalence de la douleur ( $p = > 0,05$ ) et la fatigue ( $p = > 0,05$ ). Cependant, après trois mois, une différence significative est constatée pour les groupes concernant la douleur (32.1% groupe triage ( $n = 44$ ) / 49.6% ( $n = 68$ ) groupe minimal). De plus, il n'y a pas eu de différence significative ( $p = 0,16$ ) entre le groupe complet et le groupe triage à propos de la douleur. Par rapport au pourcentage des patients qui présentaient de la fatigue, les auteurs ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative ( $p = 0,79$ ) dans les trois groupes. Le problème le plus fréquent dans tous les groupes était l'essoufflement avec un pourcentage de 41.7% ( $n = 151$ ). Enfin 12,9% du groupe triage ( $n = 18$ ) rapporte un problème d'adaptation comparé au groupe minimal de 23.9% ( $n = 28$ ) et le groupe complet avec un pourcentage de 26.9% ( $n = 29$ ). Selon l'étude randomisée contrôlée de Geerse et ses collègues, il n'y a pas eu de différence significative entre l'échelle EORTC-QLQ-C30 ( $p = 0,61$ ) et Patient Satisfaction Questionnaire-III ( $p = 0,13$ ). Les soins habituels étaient suffisamment bons et optimaux face aux soins expérimentaux.

### **5.2.2. Se préoccuper des proches aidants**

L'importance du bien-être concernant les proches aidants était une des préoccupations majeures des participants (Carlson et al., 2012 ; Dale et al. & Turner, N. J., Muers, M. F., Haward, R. A. & Mulley, G. P., 2007) (voir annexe 5). Tous les participants de l'étude qualitative de Dale et ses collègues, ( $n = 6$ ) ont exprimé l'importance de la famille, du soutien familial et du bien-être des membres de celle-ci avant eux-mêmes. L'étude de cohorte de Turner et al., relève que les trois préoccupations principales du groupe jeunes étaient : l'avenir, la maladie et la famille. Concernant le groupe âgé, la famille et l'essoufflement étaient l'une de leurs préoccupations majeures avant le traitement. Pour finir, Carlson et al., indiquent qu'un des problèmes les plus fréquents

rencontrés par tous les groupes, après 3 mois, étaient l'inquiétude vis-à-vis de leur famille (34% et N = 123).

### **5.2.3. Recevoir un soutien individuel**

La majorité des articles ont démontré que le soutien individuel est un point important qui diminue la détresse globale (Krebber, A. M. H., Jansen, F., Witte, B. I., Cuijpers, P., de Bree, R., Becker-Commissaris, A., ... Verdonck-de Leeuw, I. M., 2016 ; Lefèvre, C., Ledoux, M. & Filbet, M., 2016 ; Schofield, P., Ugalde, A., Gough, K., Reece, J., Krishnasamy, M., Carey, M., ... Aranda, S., 2013 ; & Simon, S. T., Weingärtner, V., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E. M., ... Bausewein, C., 2016) (voir annexe 5). L'art thérapie évoquée dans l'étude de cohorte de Lefèvre et al., et ses effets sur le bien-être pourrait également avoir un impact positif sur une meilleure identification des sentiments, comme les données relatives à la douleur, à la tristesse qui sont deux symptômes les plus présents avant les sessions. La séance génère un réel effet sur la détresse globale (réduction de 47%  $p < 0.0001$ ) ainsi qu'une réduction significative de tous les symptômes étudiés : douleur ( $p = 0,003$ ), anxiété ( $p = 0,0001$ ), mal-être ( $p = 0,0001$ ), fatigue ( $p = 0,0001$ ), tristesse ( $p = 0,0001$ ) et dépression ( $p = 0,0001$ ). Les auteurs Krebber et al., ont montré une diminution de la détresse psychologique après les SC par rapport aux CAU (HADS-total,  $p = 0,005$ ; HADS-A,  $p = 0,046$ ; HADS-D,  $p = 0,007$ ). L'effet des SC était plus marqué chez les patients souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux que chez ceux qui n'en souffraient pas (HADS-total,  $p = 0,001$ ; HADS-A,  $p = 0,003$ ; HADS-D,  $p = 0,041$ ). D'après Schofield et ses collègues, il n'y a pas eu de différences significatives pour l'échelle HADS, l'échelle DT et l'échelle EORTC-QLQ-C30 entre les deux groupes. Les auteurs n'ont pas souligné de résultats en fonction de l'intervention mais uniquement par rapport aux questionnaires. Selon l'étude qualitative de Simon et al., les participants ( $n = 51$ ) ont mis en place différentes stratégies pour faire face à l'essoufflement épisodique. Certaines d'entre elles étaient : La réduction de l'effort physique, des techniques et positions respiratoires ( $n = 35$ ) et aussi l'apport d'air et d'oxygène ( $n = 28$ ). De plus, ils ont développé des stratégies cognitives, psychologiques ( $n = 31$ ) et environnementales pour diminuer la dyspnée. Finalement, certains participants ont mentionné la prise de traitement médicamenteuse afin de diminuer l'essoufflement.

## 6. DISCUSSION

Le but de notre discussion est de mettre en évidence les points principaux de l'analyse de nos résultats en les croisant avec la théorie de Reed qui prône l'auto-transcendance, la vulnérabilité et le bien-être.

### 6.1. Avoir un soutien d'une équipe pluridisciplinaire

Nos résultats montrent que la relation de confiance envers une équipe pluridisciplinaire permet une amélioration des symptômes physiques et psychiques.

Les participants ont mentionné l'importance de pouvoir faire confiance et avoir un soutien professionnel à leur disposition. Deux aspects en ressortent.

- Premièrement, il y a les patients compliant dans leur devenir qui suivent les conseils sans questionnement. En effet, la confiance que la plupart des patients accordent aux infirmières peut être liée "à l'effet blouse blanche" et le fait d'être dans un état de vulnérabilité accroît leurs niveaux de dépendance. Reed met en avant que tant que la personne n'a pas conscience de sa mortalité, elle ne peut pas progresser dans le processus de l'auto-transcendance (Smith & Parker, 2015), d'où l'importance d'un soutien, d'une relation de confiance auprès des professionnels de la santé.
- Deuxièmement, il y a ceux qui sont acteurs de leur trajectoire de vie qui adhèrent au plan de soin des professionnels. Pour Reed, la pro-activité dans la prise en soins malgré un contexte de vie difficile permet de faciliter le processus d'auto-transcendance en diminuant la vulnérabilité, pour aller vers un état de bien-être (Smith & Parker, 2015).

L'intervention simultanée d'une équipe de soins palliatifs et d'une équipe interdisciplinaire (aumônier, nutritionniste, gestionnaire douleur et le travailleur social...) entraîne des améliorations significatives de la qualité de vie, des symptômes et de la détresse psychologique chez les patients souffrant d'un cancer pulmonaire.

Nos résultats montrent que l'interprofessionnalité améliore la communication entre les patients et les soignants bien qu'il n'y ait pas eu un impact significatif sur la qualité de vie, la dépression, l'anxiété et la satisfaction du patient.

Nous avons constaté qu'un soutien pluridisciplinaire, complété par un appel téléphonique, a eu un effet bénéfique sur le groupe triage. Cette intervention a permis de diminuer la détresse psychologique chez les patients.

Nous constatons que la prise en soin en médecine palliative ne se limite pas à "l'effet blouse blanche" même si le patient est acteur de sa santé, les infirmières doivent s'adapter à leur rythme, à leur capacité et au moment présent. La nécessité de prodiguer des soins selon une approche centrée sur le patient est mise en évidence par les résultats de la présente ainsi que dans les recherches antérieures. Les infirmières doivent être conscientes que l'expérience de vie du patient en soins palliatifs est singulière contrairement à d'autres hospitalisations. Ces perspectives différentes constituent un aspect important des soins infirmiers palliatifs. D'ailleurs, Reed le souligne lorsqu'elle évoque la ressource interpersonnelle qui tant à visée une collaboration soignant soigné tout en réorientant et réévaluant quotidiennement les besoins, les ressources et l'état de vulnérabilité. Il s'agit d'un accompagnement linéaire où l'infirmière et le patient avancent ensemble.

Finalement, l'objectif de l'infirmière en soins palliatifs est d'entourer, aider et soutenir le patient malgré toutes les étapes difficiles et d'avoir un regard holistique (bio-psychosocial et spirituel) (Smith & Parker, 2015).

## **6.2. Se préoccuper des proches aidants**

Selon la théoricienne, l'environnement a un impact direct sur la famille et le réseau social de la personne qui est une ressource dans le processus de santé. En effet, celui-ci est un métaconcept en constante évolution tout comme l'être humain. Ces deux notions sont indissociables. Ainsi, l'auto-transcendance prend toute son importance car elle permet l'adaptation de la personne face aux étapes de vie rencontrées (Smith & Parker, 2015).

Le bien-être de chacun est subjectif et en fonction de la personne. Cela implique un jugement existentiel de l'individu, qui est influencé par l'histoire de vie, la culture, les valeurs, la famille et d'autres relations significatives ainsi que par les facteurs biophysiques (Smith & Parker, 2015). Nous pensons qu'une attention sur les sentiments et le vécu des proches face à la maladie est directement liée au processus de l'auto transcendance et diminue la détresse psychologique du patient. En ce qui concerne le deuxième thème, les résultats montrent l'importance du soutien des proches aidants pour les participants dans une maladie oncologique. En effet, la plupart des patients déclarent que l'une de leur préoccupations capitale est le bien être de leur famille avant eux-mêmes. Le problème le plus fréquemment soulevé par les participants, dans l'étude, est l'inquiétude concernant leur famille. Bien que ce soit un problème courant, lorsqu'il y a des conflits familiaux, ceux-ci sont peu signalé et discutés avec les professionnels de santé. C'est un souci majeur qui semble être

difficile à aborder car il relève de leur intimité. Nous pensons qu'il agrave la détresse psychologique des patients et peut avoir un impact sur la détérioration de la maladie.

Nos résultats mettent en évidence deux groupes :

- Le groupe jeune mentionne que la maladie, l'avenir et la famille est une priorité
- Le groupe âgé classe la famille en tête de liste.

Notre discussion nous amène à penser que les préoccupations peuvent être identiques mais à une échelle différente selon la tranche d'âge. Les plus jeunes participants éprouvent plus d'inquiétude face à leur pathologie et les conséquences qu'elle engendre sur leur futur. A contrario, le groupe des personnes âgées est plus affecté par le fait de laisser leur famille derrière eux, l'entourage reste peut-être un moteur de vie pour eux.

Enfin, notre étude montre que les préoccupations des patients sont le bien-être de leur famille avant leur propre maladie.

Les professionnels de la santé sont-ils suffisamment attentifs à l'éventuel détresse psychologique de la famille en intégrant l'impact que cela pourrait avoir sur le patient et sa prise en soin ?

### **6.3. Recevoir un soutien individuel**

Enfin, le dernier sujet évoque un point essentiel dans la prise en soin des patients souffrant d'un cancer pulmonaire.

Nous constatons qu'un dépistage précoce des besoins non satisfaits des patients ou leurs symptômes à des moments critiques de la maladie (le diagnostic, le début, la fin du traitement et un changement dans leur état) permet d'agir rapidement sur une éventuelle détresse psychologique et améliorer la qualité de vie des patients.

La mise en place de l'auto assistance guidée, une thérapie de résolution de problèmes, une psychothérapie et/ou des médicaments psychotropes doivent être pris en compte. Il a été démontré que les soins évoqués ci-dessus étaient plus bénéfiques chez les patients atteints de troubles dépressifs et anxieux. Pour appuyer le fait que le soutien individuel est primordial, les séances d'art thérapie ont une action efficace sur le bien-être, la confiance en soi, elles permettent une meilleure identification des sentiments relatifs à la douleur et à la tristesse. Au lieu d'être soigné de manière passive, le patient peut jouer un rôle plus actif et accroître l'idée d'exister indépendamment du statut de personne malade. En effet, plus un patient est satisfait de son travail, plus il aura de l'estime pour lui-même. C'est un réel investissement

personnel et individuel de sa part car le sentiment d'exister, de pouvoir faire et de réussir, pourra ainsi contribuer à l'amélioration des symptômes. Selon nous, l'art-thérapie est un outil utile en soins palliatifs, particulièrement lorsque les patients doivent prendre des décisions importantes qui exigent une prise de conscience de leur situation. Ainsi, des stratégies efficaces ont été développées par les professionnels de la santé et les patients eux-mêmes permettant de contrer certains symptômes tels que l'essoufflement épisodique. Quelques-uns ont adopté la détente, d'autre se sont concentrés sur leur respiration ou bien même ont détourné leur attention de toute pensée ou sentiment d'essoufflement. Nous imaginons donc que la force de cette étude est de montrer que ce sont les patients les mieux placés pour trouver des astuces pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent.

En tenant compte des métaconcepts utilisés dans la discipline infirmière, le soin montre l'importance du rôle infirmier dans l'élaboration de techniques et la promotion de la santé pour diminuer certains symptômes récalcitrants. En ce qui concerne la santé, les individus qui font face à une situation problématique sont supposés réussir à se dépasser grâce à leurs forces et leurs ressources. Bénéficier d'un soutien individuel diminue la vulnérabilité, conforte l'état de bien-être et permet de simplifier le processus d'auto-transcendance (Reed, 1997).

## 7. CONCLUSION

Au terme de la revue de littérature, nous constatons que la détresse psychologique des patients atteints d'un cancer pulmonaire est un problème en soins palliatifs mais également dans les autres spécialités médicales. Les résultats montrent les moyens suivants : la médecine alternative complémentaire<sup>2</sup>, le soutien pluridisciplinaire et des soins individualisés sont important dans la prise en soin du patient.

La médecine alternative englobe les cultures, les croyances, le lieu de vie et l'expérience de chaque individu. Cette revue met en évidence les bénéfices de l'art thérapie en favorisant le bien-être et l'estime de soi. Elle aide le patient à retrouver son statut de personne. A travers l'art, le patient arrive à exprimer ses ressentis, ses appréhensions et ses craintes.

Concernant le soutien pluridisciplinaire, l'étude montre qu'un regard élargi, interdisciplinaire et l'apport de différentes expertises sont des moyens qui permettent au patient de se sentir accompagné, d'être dans une position centrale tout au long du cheminement de la maladie.

Les soins individualisés regroupent les entretiens spécialisés, les thérapies de résolution de problèmes, la psychothérapie, les médicaments psychotropes, la détente et l'autogestion des symptômes. L'étude montre alors que ses méthodes sont propres à chaque individu et à leurs besoins pour pallier à leurs difficultés.

Individuellement, nos trois thèmes ont eu un impact pour diminuer certains symptômes. Cependant, nous concluons que l'association des trois apporte des effets nettement plus bénéfiques.

---

<sup>2</sup> **Médecine alternative complémentaire** : La médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. (OMS, 2018)

## 8. RECOMMANDATIONS

### 8.1. Recommandations pratiques

Cette revue nous amène à penser que nous pourrions intégrer l'échelle de l'auto-transcendance (annexe 4) qui est axé sur le plan psycho-spirituelle, en l'associant à l'échelle ESAS<sup>3</sup>, déjà présente en soins palliatifs (annexe 3).

Nous proposons en complémentarité des activités déjà connues (musicothérapie, Reiki, lit flottant...) dans le domaine hospitalier, d'intégrer des séances d'art thérapie peu coûteuses qui permettent au patient d'exprimer ses émotions ressenties pour accroître son bien-être.

### 8.2. Recommandations recherches

Afin de mieux répondre aux besoins des patients, nous suggérons une étude sur l'efficacité en associant l'échelle ESAS et l'échelle de l'auto-transcendance pour obtenir une vision globale de la détresse psychologique et physique en soins palliatifs.

### 8.3. Recommandations enseignements

Après réflexion, il nous semblerait pertinent d'introduire dans le module mixte 3 (Oncologie/Diabétologie), un cours sur la souffrance psychologique et spirituelle et d'analyser son impact sur le patient et son entourage.

Par ailleurs, lors de la présentation de la théorie de Reed, l'intégration de l'échelle sur l'auto-transcendance nous semblerait pertinente afin de faire un lien avec la pratique.

---

<sup>3</sup> **ESAS** : Echelle d'évaluation des symptômes en soins palliatifs. Celle-ci évalue les symptômes les plus rencontrés par les patients.

## **9. APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL**

Selon nos connaissances ce travail présente plusieurs limites. D'une part, le fait que l'étude recense neufs articles dans deux bases de données. D'autre part, en y ajoutant un filtre de 5 à 10 ans, cela a restreint le nombre d'études et les probabilités de trouver des articles en lien avec notre question de recherche.

Certaines études n'ont pas été faites dans un milieu hospitalier mais au domicile des patients. Une vision globale sur l'évolution des moyens mis en place et l'action des professionnels travaillant à domicile pour gérer les symptômes nous auraient permis d'avoir des informations plus précises dans cette recherche.

Au vue de la thématique fin de vie des patients il a été recensé un certains nombres d'abandons et de décès ce qui a restreint l'échantillon et les résultats.

## 10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed). USA : Heather Bays.

Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L. & Bultz, B. D. (2013). Screening for distress, the sixth vital sign, in lung cancer patients : effects on pain, fatigue, and common problems—secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1880-1888.

<https://doi.org/10.1002/pon.3223>

Centre international de Recherche sur le cancer. (2013). *Dernières statistiques mondiales sur le cancer En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses.*

Accès [http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_F.pdf](http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf)

Dale, M. J. & Johnston, B. (2011). An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(6), 285-290. doi : [10.12968/ijpn.2011.17.6.285](https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.6.285)

Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A. & Consoli, S. M. (2007). *La psycho-oncologie*. Paris : John Libbey Eurotext.

Ferrell, B., Sun, V., Hurria, A., Cristea, M., Raz, D. J., Kim, J. Y., ... Koczywas, M. (2015). Interdisciplinary Palliative Care for Patients With Lung Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 758-767.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2015.07.005>

Fondation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER). (2017). *Incidence du cancer. Les statistiques nationales sur l'incidence du cancer*. Accès <http://www.nicer.org/fr/statistiques-atlas/incidence-du-cancer/>

Geerse, O. P., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Stokroos, M. H., Burgerhof, J. G. M., Groen, H. J. M., Kerstjens, H. A. M. & Hiltermann, T. J. N. (2017). Structural distress screening and supportive care for patients with lung cancer on systemic therapy: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, 72, 37-45.

<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.006>

Institut national du cancer. (2017). *Le ou les cancers ?*

Accès <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers>

Krebber, A. M. H., Jansen, F., Witte, B. I., Cuijpers, P., de Bree, R., Becker-Commissaris, A., ... Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients : a randomized, controlled trial. *Annals of Oncology*, 27(9), 1754-1760.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdw230>

Lavigne, B., Villate, A., Moreau, S. & Clément, J.-P. (2014). Dépression, anxiété et confusion en soins palliatifs. *Medecine Palliative Soins de Support - Accompagnement* - *Ethique*, 13(4), 219-225.

<https://doi.org/10.1016/j.medpal.2014.06.005>

Lefèvre, C., Ledoux, M. & Filbet, M. (2016). Art therapy among palliative cancer patients: Aesthetic dimensions and impacts on symptoms. *Palliative and Supportive Care*, 14(04), 376-380. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001017>

Ligue Suisse contre le cancer. (2014). *Le cancer en Suisse : Les chiffres*.

Accès <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-chiffres-du-cancer/-dl/fileadmin/downloads/sheets/chiffres-le-cancer-en-suisse.pdf>

Office Fédéral de la Statistique. (2014). *Cancer*.

Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.html>

Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Le cancer en Suisse, rapport 2015*.

Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.assetdetail.40068.html>

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Définition des soins palliatifs*.

Accès <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>

Organisation Mondial de la Santé. (2017). *Cancer*.

Accès <http://www.who.int/cancer/fr/>

Organisation Mondial de la Santé. (2017). *Soins palliatifs*.

Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/fr/>

Parker, M. E. & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice* (F.A. Davis Company). Philadelphia.

Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e édition). Montréal : Chenelière education.

Reed, P. G. (2009). Demystifying Self-Transcendence for Mental Health Nursing Practice and Research. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 397-400.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.06.006>

Reed, P. G. (Éd.). (2012). *Perspectives on nursing theory* (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Schofield, P., Ugalde, A., Gough, K., Reece, J., Krishnasamy, M., Carey, M., ... Aranda, S. (2013). A tailored, supportive care intervention using systematic assessment designed for people with inoperable lung cancer : a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2445-2453.

<https://doi.org/10.1002/pon.3306>

Simon, S. T., Weingärtner, V., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E. M., ... Bausewein, C. (2016). "I Can Breathe Again!" Patients' Self-Management Strategies for Episodic Breathlessness in Advanced Disease, Derived From Qualitative Interviews. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 228-234. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2016.02.016>

Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and Nursing Practice* (Fourth Edition). Philadelphia : Marcia Kelley.

Smith, M. J. & R. Liehr, P. (2014). *Middle Range Theory for Nursing* (Third Edition). New York : Springer Publishing Company

Turner, N. J., Muers, M. F., Haward, R. A. & Mulley, G. P. (2007). Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 16(8), 707-713. <https://doi.org/10.1002/pon.1109>

## 11. ANNEXES

### ANNEXE 1 - FICHE DE LECTURE

Références de l'article :

Lefèvre, C., Ledoux, M. & Filbet, M. (2015). Art therapy among palliative cancer patients : Aesthetic dimensions and impacts on symptoms. *Palliative and Supportive Care*, (14), 376 - 380.

#### 1. Démarche descriptive

##### 1.1. Le contexte de réalisation et de la publication de l'étude

***Identité des auteurs :***

Cédric Lefèvre est un docteur en biologie, diplômé de la faculté de médecine et d'art-thérapie à Grenoble. Il a mis en place une unité en soins palliatif qui utilise l'art thérapie comme moyen pour diminuer les symptômes, au Centre Hospitalier Lyon-Sud.

Mathilde Ledoux est une psychologue clinicienne et psychothérapeute. Elle accueille toutes les personnes en situation de difficulté psychologique, familiale ou professionnelle.

Marilène Filbet est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital universitaire de Lyon-Sud. Elle a terminé sa formation en médecine interne et maladies pulmonaires aux Hôpitaux de Lyon, puis a suivi une formation en gestion de la douleur. Elle a ouvert la première unité de soins palliatifs de cette région en 1988, qui est maintenant située dans l'hôpital universitaire de Lyon-Sud.

***Nom et type de revue :***

L'étude a été publiée en 2015 dans la revue "Palliative and Supportive Care". Cette revue est officielle et relue et corrigée par les pairs. Ce journal est consacré aux professionnels de la santé et aux chercheurs qui souhaitent s'informer sur les différentes stratégies pour diminuer les divers symptômes liés aux cancers pulmonaires.

***Lieu de l'étude :***

L'étude s'est déroulée au Centre de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Lyon-Sud en France en 2015.

***Objectifs pratiques :***

L'objectif de l'étude est de détecter les symptômes liés aux patients souffrant d'un cancer pulmonaire et de leur proposer des stratégies pour diminuer ceux-ci.

**1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

**1.2.1 Objet de la recherche :**

Voir l'impact de l'art thérapie sur les symptômes tels que l'anxiété, la dépression, la fatigue, le mal-être et la tristesse.

**1.2.2 Question de recherche :**

Quels sont les impacts de l'art thérapie sur les symptômes et sur la dimension esthétique chez les patients atteints de cancer ?

**1.2.3 Hypothèse de travail :**

L'art thérapie a-t-elle vraiment un impact sur certains symptômes ?

**1.2.4 Cadre théorique de la recherche :**

Pas mentionné

**1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Art thérapie, cancer pulmonaire, soins palliatifs, gestion des symptômes.

**1.3. Méthodologie de recherche**

**1.3.1 Outil pour la récolte de donnée**

Les patients ont été recrutés dans une unité de soins palliatifs aigus sur une période de 18 mois. Parmi les critères d'inclusion, les personnes devaient être diagnostiquées d'un cancer avancé, être capable de communiquer en français, être capable de

participer à une séance d'art-thérapie d'une heure et être capable de compléter toutes les auto-évaluations.

#### **1.3.2 Population de l'étude**

Ce sont des personnes adultes qui souffrent d'un cancer pulmonaire (n=22) et également de dépression, d'anxiété, de fatigue, de tristesse, de mal-être et de douleur.

#### **1.3.3 Type de l'analyse :**

Etude de cohorte.

### **1.4. Présentation résultats**

#### **1.4.1 Principaux résultats de la recherche :**

A la fin de l'étude, les auteurs ont pu constater une réduction significative de tous les symptômes tels que la douleur, l'anxiété, le mal-être, la fatigue, la tristesse, et dépression.

#### **1.4.2 Conclusions générales :**

Incitation de poursuivre des études sur l'efficacité de l'art-thérapie et impliquer un plus grand nombre de participants.

### **1.5 Éthique**

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique et le comité de révision institutionnelle des Hospices Civils de Lyon.

### **2. Démarche interprétative**

#### **2.1 Apports de l'article :**

La séance d'art-thérapie et ses effets positifs sur le bien-être pourraient également avoir un effet sur une meilleure identification des sentiments. Avant une séance, les autoévaluations de la tristesse et de la dépression étaient identiques ( $p > 0,407$ ), cependant après la séance, ils ont pu constater une différentes entre elles. Si cette hypothèse s'avérait exacte, l'art-thérapie pourrait s'avérer un outil utile en soins palliatifs, particulièrement lorsque les patients doivent prendre des décisions importantes qui exigent une prise de conscience de leur situation.

## 2.2 Limites :

Les limites de ce travail, sont dues au nombre de participants, à l'absence d'un groupe témoin, et à la nature monocentrique.

## 2.3 Pistes de réflexion :

La grande signification statistique des bénéfices après une séance d'art-thérapie indique et confirme des tendances très encourageantes pour les patients et le personnel infirmier. Ces résultats incitent à poursuivre des études sur l'efficacité de l'art-thérapie qui impliquerait un plus grand nombre de participants avec des groupes témoins et dans de nombreux centres différents.

## ANNEXE 2 - TABLEAU RÉSUMÉ DES EQUATIONS DE RECHERCHES

Bases de données et date	Équitation	Filtres	Résultats
PubMed, Novembre 2017	Lung cancer AND psychological distress AND palliative care	10 ans : 2007 - 2017 Humains	48 résultats dont 4 articles retenus
PubMed, Décembre 2017	Psychological distress AND lung neoplasms AND palliative care	5 ans : 2012 - 2017	13 résultats dont 1 articles retenu
PubMed, Janvier 2018	Stress, psychological AND Nursing care AND Lung neoplasms	Pas de filtre	10 articles dont 2 articles retenus
PubMed, Janvier 2018	Stress, psychological AND Lung neoplasms	5 ans : 2008 - 2018 Abstract Clinical trial	12 articles dont 6 articles retenus
PubMed, Mars 2018	Complementary medicine AND psychological distress AND cancer AND art therapy	5 ans : 2013 - 2018	3 articles dont 1 article retenu

## ANNEXE 3 - ECHELLE ESAS

### ECHELLE D'EVALUATION DES SYMPTÔMES EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM - ESAS



Nom :

Date :

VEUILLEZ ENTOURER CI-DESSOUS LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE VOUS RESENTEZ ACTUELLEMENT :												
Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale
Pas de fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fatigue maximale
Pas de nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nausées maximales
Pas de déprime	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Déprime maximale
Pas d'anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Anxiété maximale
Pas de somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Manque d'appétit maximal
Pas de peine à respirer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peine à respirer maximale
Se sentir bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se sentir mal
Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :												
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	.....

ECHELLE D'EVALUATION DES SYMPTÔMES  
EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM - ESAS

Nom :

Date :

TRACER SUR LES LIGNES CI-DESSOUS UNE BARRE VERTICALE (OU UNE CROIX) CORRESPONDANT LE MIEUX A CE  
QUE VOUS RESENTEZ ACTUELLEMENT :

Pas de douleur	<hr/>	Douleur maximale
Pas de fatigue	<hr/>	Fatigue maximale
Pas de nausée	<hr/>	Nausées maximales
Pas de déprime	<hr/>	Déprime maximale
Pas d'anxiété	<hr/>	Anxiété maximale
Pas de somnolence	<hr/>	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	<hr/>	Manque d'appétit maximal
Pas de peine à respirer	<hr/>	Peine à respirer maximale
se sentir bien	<hr/>	se sentir mal
Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :		
<hr/>		

**ECHELLE D'EVALUATION DES SYMPTÔMES  
EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM - ESAS**

Nom :

Date :

VEUILLEZ ENTOURER CI-DESSOUS LA MENTION QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS RESENTEZ ACTUELLEMENT :					
Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur forte	Douleur très forte	Douleur maximale
Pas de fatigue	Fatigue faible	Fatigue modérée	Fatigue forte	Fatigue très forte	Fatigue maximale
Pas de nausée	Nausées faibles	Nausées modérées	Nausées fortes	Nausées très fortes	Nausées maximales
Pas de déprime	Déprime faible	Déprime modérée	Déprime forte	Déprime très forte	Déprime maximale
Pas d'Anxiété	Anxiété faible	Anxiété modérée	Anxiété forte	Anxiété très forte	Anxiété maximale
Pas de Somnolence	Somnolence faible	Somnolence modérée	Somnolence forte	Somnolence très forte	Somnolence maximale
Pas de Manque Appétit	Manque Appétit faible	Manque Appétit modéré	Manque Appétit fort	Manque Appétit très fort	Manque Appétit maximal
Pas de Peine à respirer	Peine à respirer faible	Peine à respirer modérée	Peine à respirer forte	Peine à respirer très forte	Peine à respirer maximale
Pas de Mal-être	Mal-être faible	Mal-être modéré	Mal-être fort	Mal-être très fort	Mal-être maximal
Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :					
Pas de symptôme	Symptôme faible	Symptôme modéré	Symptôme fort	Symptôme très fort	Symptôme maximal

Tiré de : palliative genève, 2012

## ANNEXE 4 – ECHELLE DE L'AUTO-TRANSCENDANCE

### Self-Transcendence Scale

©Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN 1987

**DIRECTIONS:** Please indicate the extent to which each item below describes you. There are no right or wrong answers. I am interested in your frank opinion. As you respond to each item, think of how you see yourself at this time of your life. Circle the number that is the best response for you.

	Not at all	Very little	Some- what	Very much
<i>At this time of my life, I see myself as:</i>				
1. Having hobbies or interests I can enjoy.	1	2	3	4
2. Accepting myself as I grow older.	1	2	3	4
3. Being involved with other people or my community when possible.	1	2	3	4
4. Adjusting well to my present life situation.	1	2	3	4
5. Adjusting to changes in my physical abilities.	1	2	3	4
6. Sharing my wisdom or experience with others.	1	2	3	4
7. Finding meaning in my past experiences.	1	2	3	4
8. Helping others in some way.	1	2	3	4
9. Having an ongoing interest in learning.	1	2	3	4
10. Able to move beyond some things that once seemed so important.	1	2	3	4
11. Accepting death as a part of life.	1	2	3	4
12. Finding meaning in my spiritual beliefs.	1	2	3	4
13. Letting others help me when I may need it.	1	2	3	4
14. Enjoying my pace of life.	1	2	3	4
15. Letting go of my past regrets.	1	2	3	4

*Thank you very much for completing these questions. On the back of this sheet, please write down any additional comments that may help us understand your views.*

Tiré de : Reed, P. G., 2009

## ANNEXE 5 - TABLEAUX COMPARATIFS

<b>Titre</b>	<p><b>Structural distress screening and supportive care for patients with lung cancer on systemic therapy: A randomised controlled trial</b></p> <p>Dépistage structurel de la détresse et soins de soutien pour les patients atteints d'un cancer du poumon en thérapie systémique: un essai comparatif randomisé</p>
<b>Auteurs, année, lieu</b>	<p>Geerse, O. P., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Stokroos, M. H., Burgerhof, J. G. M., Groen, H. J. M., Kerstjens, H. A. M. &amp; Hiltermann, T. J. N. (2017), Groningen, Pays-Bas.</p>
<b>Méthodologie :</b> - <b>Design</b> - <b>But de l'étude</b> - <b>Echantillon</b> - <b>Intervention</b>	<p><b>Design</b> : Essai comparatif randomisé</p> <p><b>But de l'étude</b> : Voir l'impact de l'intervention sur l'approche de soin de soutien et un soutien psychologique sur la qualité de vie, l'anxiété, la dépression et la satisfaction du patient à l'aide de différents questionnaires.</p> <p><b>Échantillon</b> : Total de l'étude : n = 223</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Groupe de soin habituel</u> n = 113           <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : N= 74</li> <li>Femme : N = 39</li> <li>Moyenne d'âge de <math>62.3 \pm 9.7</math></li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Groupe expérimental</u> n = 110           <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : N = 64</li> <li>Femme : N = 46</li> <li>Moyenne d'âge de <math>60.6 \pm 10.5</math></li> </ul> </li> </ul> <p>Suivi sur 25 semaines.</p> <p>Au total 111 patients ont rempli les 4 évaluations.</p> <p><b>Intervention</b> : Une approche expérimentale décrit en trois niveaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtenir un aperçu du niveau et de la nature de la détresse chez les patients.</li> <li>2. Entretien avec une infirmière spécialisée</li> <li>3. Diriger les patients vers des soins de soutien psychosociaux et/ou paramédicaux si nécessaires (en fonction de l'entretien avec l'infirmière)</li> </ol>
<b>Résultats principaux</b>	Pas de différence significative entre EORTC-QLQ-C30 ( $p = 0.61$ ) et Patient Satisfaction Questionnaire-III ( $p = 0.13$ ).
<b>Conclusion</b>	Les soins habituels étaient suffisamment bon et optimaux face aux soins expérimentaux.
<b>Limites</b>	<p>Abandon de 30% (n = 112)</p> <p>Pas d'évaluation des trois interventions. (Méthode Mixte)</p>

<b>Titre</b>	<b>Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients : a randomized, controlled trial</b>
--------------	--

	Les soins échelonnés ciblant la détresse psychologique chez les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou et d'un cancer du poumon: essai randomisé et contrôlé
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Krebber, A. M. H., Jansen, F., Witte, B. I., Cuijpers, P., de Bree, R., Becker-Commissaris, A., ... Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016), Pays-Bas.
<b>Méthodologie :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Design</b></li><li>- <b>But de l'étude</b></li><li>- <b>Echantillon</b></li><li>- <b>Intervention</b></li></ul>	<b>Design :</b> Essai randomisé contrôlé  <b>But de l'étude :</b> Voir l'impact de l'intervention afin d'améliorer la détresse psychologique chez les patients souffrant d'un cancer. <b>Échantillon :</b> Total de l'étude : n = 156 <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Groupe témoin</u> (soins habituels - CAU) n = 81<ul style="list-style-type: none"><li>Homme : 48</li><li>Femme : 33</li><li>Moyenne d'âge de <math>61.6 \pm 10.0</math></li></ul></li><li>• <u>Groupe intervention</u> (soins échelonnés - SC) n = 75<ul style="list-style-type: none"><li>Homme : 47</li><li>Femme : 28</li><li>Moyenne d'âge de <math>62.5 \pm 8.7</math></li></ul></li></ul> Sur 12 mois  Au total n= 106 patients

	<p><b>Intervention :</b></p> <p>Comparaison entre les soins habituels et les soins échelonnés pour voir la diminution de la détresse psychologique.</p> <p>Les soins échelonnés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance accrue des patients</li> <li>• Auto assistance guidée via internet ou un livret</li> <li>• Une thérapie de résolution de problèmes en entretien</li> <li>• Interventions psychologiques</li> <li>• Médicaments psychotropes</li> </ul>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Diminution de la détresse psychologique après le SC par rapport au CAU (HADS-total, <math>P = 0.005</math>; HADS-A, <math>P = 0.046</math>; HADS-D, <math>P=0.007</math>).</p> <p>Le taux de récupération était de 55% après le SC comparativement après le CAU qui était de 29%.</p> <p>L'effet de la SC était plus marqué chez les patients souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux que chez ceux qui n'en souffraient pas (HADS-total, <math>P = 0,001</math>; HADS-A, <math>P = 0,003</math>; HADS-D, <math>P = 0,041</math>).</p>
<b>Conclusion</b>	<p>Groupe intervention : significativement meilleure après l'intervention.</p> <p>Le programme SC bénéfique pour les patients atteints de cancers et souffrant d'un trouble dépressif ou d'anxiété.</p>
<b>Limites</b>	<p>Patients atteints d'un cancer du poumon (<math>n = 9</math>) donc pas généralisable à la population.</p> <p>Abandon 47% (<math>n = 50</math>)</p>

<b>Titre</b>	<p><b>I Can Breathe Again!" Patients' Self-Management Strategies for Episodic Breathlessness in Advanced Disease, Derived From Qualitative Interviews</b></p> <p>Je peux respirer à nouveau !" Autogestion des patients. Stratégies pour l'essoufflement épisodique dans la maladie avancée,</p>
--------------	--

	Tiré d'entrevues qualitatives
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Simon, S. T., Weingärtner, V., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E. M., ... Bausewein, C. (2016), Allemagne et Angleterre.
<b>Méthodologie :</b> - <b>Design</b> - <b>But de l'étude</b> - <b>Echantillon</b>	<b>Design :</b> Etude qualitative  <b>But de l'étude :</b> comprendre la perception des patients sur l'essoufflement  <b>Échantillon :</b> Total de l'étude : n = 51 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femme : 21</li> <li>• Homme : 30</li> <li>• Moyenne d'âge de <math>68.2 \pm 11.6</math></li> </ul> Janvier et Mai 2010. <ul style="list-style-type: none"> <li>• BPCO : N = 14 (28%)</li> <li>• Insuffisance cardiaque (CHF) : N = 15 (29%)</li> <li>• Cancer pulmonaire (LC) : N = 13 (26%)</li> <li>• Maladie motrice neuronale (DMN) : N = 9 (18%)</li> </ul> Entretien à domicile pour décrire leur stratégies face aux épisodes d'essoufflement.
<b>Résultats principaux</b>	Les moyens mis en place : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de l'effort physique</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies cognitives et psychologiques (n = 31)</li> <li>Techniques et positions respiratoire (n =35)</li> <li>Air et O2 (n =28)</li> <li>Médicaments et dispositifs médicaux</li> <li>Stratégies environnementales</li> </ul>
<b>Conclusion</b>	Les patients ont des stratégies différentes pour faire face à l'essoufflement épisodique. Certaines stratégies sont enseignées dans des programmes de réadaptation pulmonaire ou de physiothérapie.
<b>Limites</b>	Dans le tableau, le nombre d'homme n'était pas mentionné. Il a fallu le calculer en fonction du nombre de femme moins le total de participant.

<b>Titre</b>	<b>Interdisciplinary Palliative Care for patients with lung cancer</b> Soins palliatifs interdisciplinaires pour les patients atteints du cancer du poumon
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Ferrell, B., Sun, V., Hurria, A., Cristea, M., Raz, D. J., Kim, J. Y., ... Koczywas, M.(2015), Los Angeles.
<b>Méthodologie :</b>  - <b>Design</b> - <b>Echantillon</b> - <b>Intervention</b>	<b>Design</b> : Étude quasi expérimentale  <b>Échantillon</b> : Total de l'étude : n = 491  Homme : 189 Femme : 302  • <u>Soins habituels</u> : N = 219 Homme : 90 (41,1%)

	<p>Femme : 129 (58,9 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Soins intervention</u> : N = 272</li> </ul> <p>Homme : 99 (36,4 %)</p> <p>Femme : 173 (63,6 %)</p> <p>Entre novembre 2009 et Août 2014</p> <p>Total : n = 417</p> <p><b>Intervention :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluation complète (symptômes, qualité de vie, détresse psychologique)</li> <li>2. Réunions en équipe interdisciplinaire pour présenter les patients grâce à l'évaluation de départ. But : consultations en soins palliatifs</li> <li>3. Les patients ont reçu 4 sessions éducatives ( domaine: physique, psychologique, social/spirituel, qualité de vie)</li> </ol>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Scores intervention significativement meilleurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La qualité de vie (<math>p &lt; 0,001</math>),</li> <li>• Les symptômes (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Bien-être spirituel (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Diminution de détresse psychologique (<math>p &lt; 0,001</math>) à 12 semaines</li> <li>• Directives anticipées (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul>

<b>Conclusion</b>	L'étude a démontré qu'une intervention interdisciplinaire associé à des soins palliatifs entraînait une amélioration significative de la qualité de vie, des symptômes et de la détresse psychologique. L'intervention a également eu un impact sur les soins palliatifs, le soutien et sur la planification d'interventions.
<b>Limites</b>	Abandon 18% (n = 74) Plan séquentiel qui peut biaiser les résultats. Essai à site unique

<b>Titre</b>	<b>Art therapy among palliative cancer patients : Aesthetic dimensions and impacts on symptoms</b> Art-thérapie chez les patients atteints de cancer palliatif : dimensions esthétiques et impacts sur les symptômes
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Lefèvre, C., Ledoux, M. & Filbet, M. (2016), Lyon, France
<b>Méthodologie :</b> <b>- Design</b> <b>- But de l'étude</b> <b>- Echantillon</b>	<b>Design de l'étude :</b> Etude de cohorte  <b>But de l'étude :</b> Savoir si l'art thérapie peut contribuer à réduire les symptômes. Le choix de la technique d'art et le sujet dépend du patient.  <b>Échantillon :</b> Total de l'étude : N = 22 patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 femmes</li> <li>• 6 hommes</li> <li>• Moyenne d'âge de 56,5</li> </ul> 53 sessions d'art thérapies Juillet 2012 à décembre 2013.

	<p>Auto-évaluation avant et après une séance de 6 symptômes adapté de l'échelle des symptômes d'Edmonton (ESAS). Une analyse de corrélation a ensuite été effectuée</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p>La séance a un effet important sur la détresse globale (réduction de 47% <math>p &lt; 0.0001</math>).</p> <p>Avant la session, le score d'auto-évaluation de la tristesse et de la dépression n'était pas significativement différente (<math>p = 0.407</math>) et étaient les plus fortement corrélés de tous les symptômes (<math>rs=0.9</math>).</p> <p>Après une séance, une très légère inflexion de la corrélation (<math>rs=0.88</math>).</p> <p>Réduction significative de tous les symptômes étudiés; douleur (<math>p \leq 0,003</math>), anxiété (<math>p, 0,0001</math>), mal-être (<math>p, 0,0001</math>), fatigue (<math>p, 0,0001</math>), tristesse (<math>p, 0,0001</math>), et dépression (<math>p, 0,0001</math>).</p> <p>La satisfaction technique, la beauté esthétique et le plaisir sont impliqués dans la réduction des symptômes.</p>
<b>Conclusion</b>	<p>Incitation de poursuivre des études sur l'efficacité de l'art-thérapie.</p> <p>Impliquer un plus grand nombre de participants.</p>
<b>Limites</b>	<p>Compte tenu des limites de ce travail en raison du nombre de participants, l'absence d'un groupe témoin, et sa nature monocentrique : généralisation difficile.</p>

<b>Titre</b>	<p><b>A tailored, supportive care intervention using systematic assessment designed for people with inoperable lung cancer: a randomised controlled trial</b></p> <p>Une intervention de soins de soutien adaptée et axée sur les besoins, au moyen d'interventions systématiques conçu pour les</p>
--------------	--

	personnes atteintes d'un cancer du poumon inopérable:un essai comparatif randomisé
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Schofield, P., Ugalde, A., Gough, K., Reece, J., Krishnasamy, M., Carey, M., ... Aranda, S. (2013), Australie
<b>Méthodologie :</b> - <b>Design</b> - <b>But de l'étude</b> - <b>Echantillon</b> - <b>Intervention</b>	<b>Design</b> : Essai comparatif randomisé  <b>But de l'étude</b> : Voir l'impact de l'intervention sur les besoins et la détresse psychologique des patients souffrant d'un cancer pulmonaire.  <b>Échantillon</b> : Total de l'étude : n = 108 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Groupe soin habituel</u> : N = 53 <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 34</li> <li>Femme : 19</li> <li>Moyenne d'âge de 63.8</li> </ul> </li> <li>• <u>Groupe intervention</u> : N = 55 <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 31</li> <li>Femme : 24</li> <li>Moyenne d'âge de 62.3</li> </ul> </li> </ul> Suivi sur 12 semaines

	<p>Au total 79 patients ont terminé l'étude.</p> <p><b>Intervention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien / coaching (but de l'entretien : discuter des besoins non satisfaits du patient, fournir un soutien adapté et un moment adapté à leur besoins)</li> <li>• Environnement adapté à l'écoute</li> </ul>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Pas de différences significatives pour l'échelle HADS et l'échelle DT entre les deux groupes.</p> <p>Pas de différences significatives sur l'échelle EORTC-QLQ-C30 sur les deux groupes.</p> <p>Pas de résultats en fonction de l'intervention mais uniquement des résultats par rapport aux questionnaires.</p>
<b>Conclusion</b>	Faire état d'une nouvelle intervention de soins de soutien pour les patients atteints d'un cancer pulmonaire avec l'évaluation systématique
<b>Limites</b>	<p>La taille de l'échantillon était restreinte + Abandon 27% (n = 29)</p> <p>Evaluation de l'intervention : pas de résultats car pas d'évaluation</p> <p>J'ai calculé le nombre de femme en fonction du pourcentage d'homme.</p>

<b>Titre</b>	<b>Screening for distress, the sixth vital sign, in lung cancer patients : effects on pain, fatigue, and common problems—secondary outcomes of a randomized controlled trial</b>  Dépistage de la détresse, le sixième signe vital, chez les patients atteints d'un cancer du poumon: effets sur la douleur, la fatigue et les problèmes courants - résultats secondaires d'un essai comparatif randomisé
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L. & Bultz, B. D. (2012), Canada.
<b>Méthodologie :</b>	<b>Design :</b> Essai comparatif randomisé

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Design</b></li> <li>- <b>But de l'étude</b></li> <li>- <b>Echantillon</b></li> <li>- <b>Intervention</b></li> </ul>	<p><b>But de l'étude :</b> Voir l'impact de l'intervention sur la détresse psychologique des patients.</p> <p><b>Échantillon :</b> Total de l'étude : n = 549.</p> <p>Réparti en 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Groupes dépistage minimal</u> (soins habituels + DT), N = 176           <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 91</li> <li>Femme : 85</li> <li>Moyenne d'âge de <math>63 \pm 12.7</math></li> </ul> </li> <li>• <u>Groupe dépistage complet</u> (DT + PT + FT+ CPC + PSSCAN). N = 174           <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 100</li> <li>Femme : 74</li> <li>Moyenne d'âge de <math>62.4 \pm 12.8</math></li> </ul> </li> <li>• <u>Groupe triage</u> (complet + téléphonique personnalisé), N = 199           <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 109</li> <li>Femme : 90</li> <li>Moyenne d'âge de <math>63.5 \pm 12.5</math></li> </ul> </li> </ul> <p><b>Intervention :</b></p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir l'impact du dépistage systématique sur la douleur, la fatigue et les problèmes psychosociaux à l'aide d'échelles.</li> <li>• Avoir l'impact à l'utilisation des soins psychosociaux sur l'évolution de la douleur, de la fatigue et des problèmes psychosociaux.</li> <li>• Appel téléphonique par un professionnel de l'équipe soignante visant à voir les préoccupations du patient et à rediriger le patient.</li> </ul>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Pas de différence significative dans les 3 groupes pour la prévalence de la douleur (<math>p = &gt; 0.05</math>) et à la fatigue (<math>p = &gt; 0.05</math>) au début.</p> <p>Après 3 mois, différence significative entre les groupes par rapport à la douleur (32.1% groupe triage (<math>n = 44</math>) / 49.6% (<math>n = 68</math>) groupe minimal)</p> <p>Pas de différence significative (<math>p = 0.16</math>) entre le groupe complet et le groupe triage concernant la douleur.</p> <p>Pas de différence significative (<math>p = 0.142</math>) par rapport à la moyenne de la douleur entre tous les groupes.</p> <p>Pas de différence significative (<math>p = 0.79</math>) dans aucun des groupes par rapport au pourcentage des patients avec de la fatigue.</p> <p>Problème le plus fréquent dans tous groupes à 3 mois, c'est essoufflement avec un pourcentage de 41.7% (<math>n = 151</math>).</p> <p>Inquiétude de la famille à 34% (<math>n = 123</math>).</p> <p>Troubles du sommeil à 30.4% (<math>n = 110</math>).</p> <p>A 3 mois pas de différence significative par rapport aux trois groupes sur la moyenne des problèmes physiques (<math>p = 0.29</math>), psychologique (0.19) et les problèmes pratiques (<math>p = 0.23</math>).</p> <p>A 3 mois, 12.9% du groupe triage (<math>n = 18</math>) rapporte un problème d'adaptation (coping) comparé au groupe minimal de 23.9% (<math>n = 28</math>) et le groupe complet avec un pourcentage de 26.9% (<math>n = 29</math>).</p>
<b>Conclusion</b>	Le groupe triage a eu un effet bénéfique.
<b>Limites</b>	<p>J'ai calculé les <math>n</math> en fonction des pourcentages.</p> <p>Abandon 34% (<math>n = 187</math>)</p>

<b>Titre</b>	<b>An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer</b> Une étude/recherche des préoccupations des patients atteints d'un cancer du poumon inopérable
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Dale, M. J. & Johnston, B. (2011), Ecosse (Royaume-Uni)
<b>Méthodologie :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Design</b></li><li>- <b>But de l'étude</b></li><li>- <b>Echantillon</b></li></ul>	<b>Design de l'étude</b> : Etude qualitative  <b>But de l'étude</b> : Explorer les préoccupations des patients. 2 entretiens 2 participants ont été interviewés deux fois.  <b>Échantillon</b> : Total de l'étude : n= 6 Moyenne d'âge de 73,5
<b>Résultats principaux</b>	<b>Résultats</b> : <u>Trois thèmes</u> et <u>huit sous-thèmes</u> ont émergé de l'analyse thématique.  <b>Thème 1</b> : <u>Vivre la vie sans relâche</u> . Les participants (n=6) ont démontré une détermination à poursuivre leur vie malgré leur diagnostic. Tirer le meilleur parti du temps, tout en reconnaissant l'impact du diagnostic et la nécessité de s'adapter aux limites qui leur sont imposées.  <b>Thème 2</b> : <u>Soutien familial et séparation</u> . Les participants (n=6) ont parlé de l'importance de la famille, du soutien familial et du bien-être des membres de la famille avec eux-mêmes. <b>Thème 3</b> : <u>La confiance auprès des professionnels</u> . Les participants (n=6) a mentionné l'importance de pouvoir faire confiance et avoir le soutien des professionnels à leur disposition.

	<b>Finalité</b> : Tous les participants ont fait preuve de <u>dignité</u> dans leur attitude vis-à-vis de leur maladie et d'une <u>volonté</u> de participer à l'étude afin de se rendre utile tout en tenant compte des limites de leur maladie.
<b>Conclusion</b>	Perception et ressentis des participants.
<b>Limites</b>	Taille et nature de l'échantillon restreint : Résultats pas généralisables Abandon : 3 patients sur 6 sont décédés et un patient était trop malade.

<b>Titre</b>	<b>Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer</b> Troubles psychologiques et préoccupations des patients âgés traitées par radiothérapie palliative pour le cancer du poumon
<b>Auteurs, année, lieu</b>	Turner, N. J., Muers, M. F., Haward, R. A. & Mulley, G. P. (2007), Royaume-Uni.
<b>Méthodologie :</b>  - <b>Design</b> - <b>Echantillon</b>	<b>Design</b> : Étude de cohorte  <b>Échantillon</b> : Total de 132 participants traités par radiothérapie palliative pour le cancer pulmonaire.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Groupe âgé</u> (n = 83) <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 59 %</li> <li>Femme : 41%</li> <li>Moyenne d'âge de 78 (plus de 75 ans)</li> </ul> </li> <li>• <u>Groupe jeune</u> (n = 49) <ul style="list-style-type: none"> <li>Homme : 69.4%</li> <li>Femme : 30.6%</li> <li>Moyenne d'âge de 60 (65 ans et moins)</li> </ul> </li> </ul>

	Sur 12 mois.
<b>Résultats principaux</b>	<p><b>Retour questionnaire :</b> n = 76 (58 %) avec n = 42 (51 %) du groupe âgé et n = 34 (69 %) du groupe jeunes.</p> <p><b>Après traitement :</b></p> <p>Scores d'anxiété : (groupe jeune p= 0.53) (groupe âgé p = 0.46)</p> <p>Scores dépression : (groupe jeune p= 0.29) (groupe âgé p = 0.04)</p> <p>Différences entre les deux groupes n'étaient pas significatives (p = 0.03 avant le traitement / p = 0.49 après le traitement).</p> <p>Préoccupation groupe jeune : l'avenir, et la famille.</p> <p>Préoccupation groupe âgé : la famille et l'essoufflement.</p> <p>Les symptômes physiques : la douleur et l'essoufflement, maladie et traitement abordés plus facilement que les problèmes psychosociaux.</p>
<b>Conclusion</b>	L'étude confirme que la morbidité psychosociale est commune.
<b>Limites</b>	Abandon : 52% (n = 29) décès.

