

Tables des matières

Résumé	ii
Remerciements	v
Introduction.....	1
Problématique	3
Epidémiologie	3
Traitements et programme de dépistage.....	5
Risque de récidive et trajectoire de la maladie	6
Incertitude.....	7
Rôle professionnel	8
Cadre théorique	10
La théorie	11
Concepts clés de la théorie.....	12
Les concepts.....	13
Schéma représentatif de la théorie de l'incertitude et son interprétation..	14
Les antécédents qui génèrent de l'incertitude	14
L'évaluation de l'incertitude	14
L'adaptation à la maladie	15
Les échelles de mesure de l'incertitude	16
Question de recherche (QDR)	17
Objectifs	17
Méthode	18
Argumentation et choix du devis	19
Les étapes de la revue de littérature.....	19
Mots-clés utilisés dans les bases de données.....	19
Critères d'inclusion et d'exclusions	20
Equation de recherches avec les limites	20
Méthodes d'extraction et synthèse des données.....	22
Résultats	23
Articles sélectionnés	24
Caractéristique des articles.....	25
Population.....	25
Instruments de mesure	25
Ethique	26

Présentation de chacun des articles	26
Synthétisation et catégorisation des résultats	31
Le cadre de stimuli.....	32
Les capacités cognitives	33
Les prestataires de soins	34
Discussion	35
Incertitude.....	36
Rôle professionnel et recommandations pour la pratique	37
Forces et limites	39
Recommandations pour les recherches futures	40
Conclusion.....	41
Références	43
Appendice A	47
Appendice B	49

Remerciements

Nous remercions infiniment :

Falta Boukar, notre directrice de travail de Bachelor, pour son soutien, ses corrections et précieux conseils qui ont permis l'élaboration de ce travail.

Tous les professeurs de la Haute Ecole de Santé de Fribourg.

Nos entreprises formatrices, soit les soins à domicile « SASDOVAL » à St-Imier et le Home médicalisé « Les Arbres » à la Chaux-de-Fonds.

Michel Jeanneret pour ses corrections.

Nos familles et amis qui nous ont toujours soutenues durant notre cursus de formation.

Introduction

La maladie chronique, souvent incurable, évolue lentement et dure dans le temps. Sa trajectoire engendre passablement de problèmes sociaux et psychologiques, tant pour le malade que pour ses proches aidants (Sager Tinguely & Weber, 2011).

En Suisse, parmi les principales maladies chroniques figurent le cancer (OFS, 2017, p.14). Le cancer du sein notamment démontre une forte prévalence (Ligue contre le cancer, 2018). Son diagnostic, ses traitements et ses effets indésirables apportent des troubles psychologiques (Bersay, 2008), persistant même en phase de rémission (Hawley & al., 2017). Durant cette phase, les femmes, appelées « survivantes », souffrent d'une peur du risque de récidive qui péjore la qualité de vie, apporte une inquiétude continue et une moins bonne santé physique et mentale (Hawley & al. 2017).

La volonté d'élaborer cette revue de littérature a jailli du fait qu'au niveau des soins infirmiers, l'incertitude liée à la peur de la récidive est peu étudiée. Il n'existe pas de référentiel, de protocole permettant de faire face à ce problème et de proposer des interventions pour accompagner les survivantes dans la peur de la récidive de la maladie (Lebel & al., 2014).

Cette revue de littérature débute par la problématique qui oriente vers la question de recherche et définit les objectifs en lien. Le cadre de référence est explicité ainsi que la méthodologie de recherche qui aboutit à la présentation des résultats. Dans la discussion, une synthèse narrative est élaborée et aboutit à des pistes d'interventions infirmières. Les forces et limites sont mentionnées ainsi que les recommandations pour les recherches futures.

Problématique

Epidémiologie

En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent de maladie chronique, qu'elle soit physique ou mentale. Si les personnes âgées sont le plus souvent touchées par les maladies chroniques (50% des plus de 75 ans et plus), et que ces maladies s'amplifient avec l'âge, on les rencontre aussi chez les plus jeunes (OBSAN, 2015, p. 123-124). Sur les 36 millions de personnes décédées de maladie chronique en 2008, 29% avaient moins de 60 ans (L'OMS, 2018).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2018) précise que les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles sont responsables de 63% des décès. Il s'agit des pathologies telles que : les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les affections respiratoires chroniques, le diabète entre autres. Elles sont la toute première cause de mortalité dans le monde.

Le cancer constitue la deuxième cause de décès dans le monde. Il a fait en 2015, 8,8 millions de morts : près d'un décès sur 6 est dû au cancer (L'OMS, 2018).

En Suisse, parmi les principales maladies chroniques potentiellement mortelles figurent le cancer. Il est la principale cause de décès à partir de 40 ans, à 28,7 % devant des maladies telles que les maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, accidents et morts violentes, démences et autres. En effet, plus de 40'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués par an. La tranche d'âge la plus

touchée par les tumeurs malignes se situe entre 45-64 ans, tous sexes (hommes et femmes) confondus (OFS, 2017, p.14).

Les cancers ne sont pas tous égaux, ils se distinguent par leur prévalence, leur virulence et leur taux de mortalité. En effet, le cancer du sein et celui de la prostate démontrent une forte prévalence. Chaque année, il apparaît 6100 nouveaux cas de cancer de la prostate et 6050 de cancer du sein (Ligue contre le cancer, 2018). Et concernant le taux de mortalité, il est plus élevé pour le cancer du sein. L'OFS relève que l'on a 1364 décès dus au cancer du sein pour 1350 pour le cancer de la prostate (OFS, 2017, p.18).

Le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué au monde, il y a plus d'un million de nouveaux cas chaque année (Essemman & Joe, 2018). Ceci incite les auteurs à orienter la recherche plus spécifiquement dans le cancer du sein.

Le cancer se définit comme un :

« Processus pathologique déclenché par l'apparition d'une cellule anormale issue d'une mutation génétique de son ADN. Une réplique de cette cellule anormale prolifère de façon anarchique, insensible aux signaux de régulation de la croissance qui sont émis dans leur environnement. Ces cellules deviennent envahissantes, et des transformations se produisent dans les tissus voisins. Les cellules y pénètrent, puis atteignent la circulation lymphatique et sanguine qui les transporte dans d'autres parties du corps » (Brunner & Suddhart, 2011, p. 409).

Quant au cancer du sein, il en existe plusieurs types dont les plus fréquents sont les carcinomes canalaires qui se forment dans les canaux galactophores et représentent 80% des cancers du sein, et les lobulaires se formant dans les lobules et représentant quant à eux 5 à 15% de ces cancers. Le carcinome peut se limiter à l'endroit où il s'est formé (*in situ*) ou devenir invasif en se propageant aux tissus voisins. (Ligue Suisse contre le cancer, 2018).

Comme le décrit Bersay (2008), quand il dit que le cancer représente la mort et qu'il est parfois trop tard lorsqu'il est découvert, on comprend aisément pourquoi l'évocation du cancer du sein peut être anxiogène. Il représente pour tout un chacun une crainte, même chez les personnes en bonne santé, à la simple idée d'y être confronté un jour.

Pour aboutir au diagnostic, le cancer du sein entraîne souvent un temps d'attente. Ce diagnostic détermine les types de traitements. Le temps d'attente d'un diagnostic, les traitements et leurs effets indésirables apportent des troubles psychologiques (Bersay, 2008).

Pour affiner la compréhension des éléments déclencheurs des troubles psychologiques, le traitement du cancer du sein, le programme de dépistage, le risque de récidive, la trajectoire de la maladie et l'incertitude sont explicités.

Traitements et programme de dépistage

En plus du type de cancer du sein, les traitements dépendent du stade et de la situation physique et psychique de la patiente. Ils peuvent avoir pour but de guérir, de contenir l'évolution, de traiter les symptômes, tout ceci pour assurer une meilleure qualité de vie. La chirurgie est le traitement de première intention. Radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie notamment, peuvent venir compléter la chirurgie. En cas de mastectomie, la patiente peut bénéficier de différentes techniques de reconstruction mammaire. Tous ces traitements peuvent avoir des effets indésirables en plus des symptômes du cancer : douleur, fatigue, troubles alimentaires, troubles sexuels, besoin de soutiens psychologiques, problèmes sociaux, entre autres. Une fois le traitement terminé, un suivi du cancer sur plusieurs années est proposé pour détecter et pallier d'éventuels effets indésirables tardifs tels que : lymphoedème, récidive du cancer. La fréquence du

suivi dépend du stade auquel le cancer a été diagnostiqué et du traitement administré, mais en général il nécessite plusieurs consultations médicales par an pendant cinq ans, et ensuite une fois par an (mammographie) (Haute Autorité de Santé, 2010).

La mammographie est la méthode de dépistage utilisée en Suisse pour les femmes à partir de 50 ans. Grâce à ce programme, la détection du carcinome canalaire *in situ* a augmenté de 32,5 pour 100'000 femmes en 2004, comparé à 5,8 pour 100'000 femmes dans les années 1970 (Groen & al. 2017).

Malgré cette augmentation, l'OFS révèle sur la période de 2008 à 2012 1400 décès du cancer du sein chaque année, soit 3,6 %. Cela signifie que quatre femmes sur cent peuvent encore en mourir (L'OFS, 2016, p. 71).

Risque de récidive et trajectoire de la maladie

Chez les survivantes du cancer, le risque de récidive est omniprésent. Ce risque, qui est la conséquence de troubles psychologiques, entraîne une altération de la qualité de vie, une inquiétude continue, une moins bonne santé physique et mentale. (Hawley & al. 2017).

Le cancer a un impact sur la trajectoire de vie des patientes et survivantes. Selon le modèle de la trajectoire de Corbin et Strauss (1970) : « les facteurs de la chronicité changent et évoluent avec le temps », impliquant chez les malades la survenue de diverses phases auxquelles ils doivent faire face. Ces phases sont « la pré-trajectoire, le début de la trajectoire, la crise, la phase aiguë, la phase stable, la phase instable, la rémission, la détérioration, le décès ». Les patientes peuvent passer plusieurs fois par la même phase ou ne pas passer par toutes les phases (Sager Tinguely & Weber, 2011).

Une étude, mettant en évidence les complications à long terme de la thérapie chez les survivantes du cancer du sein, souligne que « des sentiments d'incertitude peuvent persister pendant des années. Traiter cette incertitude est souvent la partie la plus difficile, la crainte du risque de récidive peut s'étendre bien au-delà des cinq premières années de survie au cancer », pouvant amener à un stress post traumatisant. La raison associée à ce stress est causée par « un niveau de scolarité inférieur, une disponibilité moindre du soutien social, des événements de vie plus négatifs et un plus grand sentiment d'insatisfaction à l'égard des soins médicaux » (Hurria, Come, Pierce, 2018). En plus d'avoir un impact sur les patientes, des perturbations surviennent aussi chez les proches, notamment dans la dynamique familiale pouvant générer une phase de crise (Sager Tinguely & Weber, 2011).

Ces éléments mettent en évidence que la période de survie (rémission) est propice à l'incertitude.

Incertitude

Mishel définit l'incertitude comme « l'incapacité de déterminer la signification des événements liés à la maladie, lorsque le décideur est incapable d'attribuer une valeur aux objets ou aux événements, ou est incapable de prédire les résultats avec précision » (Mishel, 1988 cité par Bailey & Stewart, 2017).

Shaha et al. (2008) relève que « l'incertitude change avec le temps » et d'autres auteurs relèvent que l'incertitude liée au cancer du sein prévaut pendant le diagnostic, le traitement (Gill & al., 2004) et peut perdurer des années après la fin du traitement. (Nelson, 1996 ; Wonghongkul & al., 2000).

L'incertitude s'atténue lorsque le traitement réussit, impliquant une diminution de la peur de mourir (Lien & al., 2009). Toutefois la baisse de suivis médicaux liée à la

rémission, la peur de la récidive, la dynamique familiale perturbée et les effets indésirables à long terme des traitements sont des facteurs liés à la persistance de l'incertitude et à son augmentation (Nelson, 1996, 2000).

Cette inquiétude et cette peur ressenties avec leurs déséquilibres (perte de repères, rupture de continuité des soins, rappels d'évenements douloureux passés) peuvent amener les patientes en phase de crise. (Sager Tinguely, Weber, 2011).

Selon Caplan (1964) :

« La crise est une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problème » et « la crise est directement liée à une notion de temps ».

La personne en crise n'arrive pas à trouver des solutions à ses difficultés, elle peut se tourner vers des solutions inadaptées et a une tension émotive (incertitude/anxiété) en lien avec sa situation qu'elle considère à haut risque et menaçante pour sa vie. Un épuisement des ressources cognitives peut résulter de cette tension émotive (Caplan, 1964 ; Sager Tinguely, Weber, 2011).

Rôle professionnel

Comme le précise Hawley et al. (2017) les survivantes souhaitent des soins de suivi plus approfondis. Toutefois le phénomène de la peur de la récidive, entre autres, est peu étudié. Il n'existe pas de référentiel, de protocole permettant de faire face à ce problème et de proposer des interventions pour accompagner les survivantes dans la peur de la récidive de la maladie (Lebel & al., 2014).

Pour accompagner les survivantes, durant cette phase de rémission, l'idée d'une collaboration pluridisciplinaire étroite entre les consultations de suivi et un service de soins à domicile émerge. Puisque les survivantes du cancer du sein vivent dans

l'incertitude, en comprendre les fondements de la théorie est élémentaire à ce stade et permettrait d'en utiliser les outils.

Cadre théorique

La théorie

Merle Helaine Mishel, née à Boston dans le nord des Etats-Unis, infirmière en psychiatrie puis doctorante en psychologie sociale, a effectué sa thèse sur l'ambiguïté perçue dans l'échelle de la maladie (MUIS-A) qu'elle nommera plus tard « l'échelle de l'incertitude ».

Cette théorie intermédiaire, conceptualisée en 1981 apporte un cadre pour expliquer comment l'incertitude est générée dans la maladie et comment elle affecte l'adaptation dans une expérience telle que le cancer notamment (Zhang, 2017)

C'est dans un contexte de santé et de maladie que Mishel (1981) a étudié l'incertitude. Elle s'intègre dans le paradigme intégratif qui permet une évaluation multidimensionnelle et la mise en avant de la personne comme un être biopsychosocial, culturel et spirituel, en interaction avec son environnement et tenant compte de la pleine conscience de la personne. Elle analyse donc les réactions de la personne dans son expérience de la maladie. Elle est influencée par la théorie du Chaos qui permet la précision d'intégrer l'incertitude et le déséquilibre dans le but de retrouver un sens dans la maladie (Bailey & Stewart, 2017).

Les fondements de la théorie de l'incertitude de Mishel ont été guidés par des modèles de traitement de l'information (Warbuton, 1979) et de la personnalité (Budner, 1962) ainsi que de la psychologie. Ensuite Mishel s'est inspirée de plusieurs théories et notamment du modèle d'adaptation-stress-évaluation de Lazarus et Folkman (1984), définissant l'incertitude comme un facteur de stress dans la maladie (Bailey & Stewart, 2017).

Concepts clés de la théorie

Le cadre de stimuli

C'est la perception des stimuli par le malade structuré par le schéma cognitif (interprétation subjective du malade de sa situation). Il comprend le modèle de symptômes (perception de l'apparition de symptômes conscientisés par le malade comme une référence, la connaissance de l'événement (permettant de reconnaître des situations déjà vécues), la congruence de l'événement (cohérence entre ce qui est perçu et ce qui est prévu). La connaissance des symptômes et des événements apportent une diminution de l'incertitude (Mishel, 1988 citée par Bailey & Stewart, 2017).

Les prestataires de soins

Ce sont des ressources utilisées pour aider le malade à comprendre le cadre de stimuli. La confiance que ressent le malade à l'égard des soins (autorité crédible) ainsi que l'aide des soutiens sociaux permettent au malade d'interpréter sa situation, ce qui influence l'incertitude (Mishel, 1988 citée par Bailey & Stewart, 2017).

Les capacités cognitives

C'est une évaluation de l'incertitude à l'aide d'expérience connue et déjà vécue (inférence), une croyance construite par l'incertitude (illusion), et offre une perspective de restructuration de soi afin d'accepter l'incertitude (nouvelle vision de la vie, pensée probabiliste). Cette acceptation est influencée par les prestataires de soins, notamment s'ils ne soutiennent pas la pensée probabiliste (Mishel, 1988 citée par Bailey & Stewart, 2017).

Les concepts

Le coping : définition et attributs

Lazarus et Folkmann (1984), décrivent le coping comme un élément modérateur entre la situation de stress et la détresse émotionnelle. Ce processus aboutit à une évaluation et au coping. Le coping n'est pas une conséquence émotionnelle mais une réponse à celle-ci. Il est consubstantiel au stress.

En situation de stress, des stratégies de coping comme les stratégies de résolution de problèmes, de recherches de soutien social et celles centrées sur les émotions sont socialement perçues comme efficaces (cité par Formarier & Jovic, 2012, p.128).

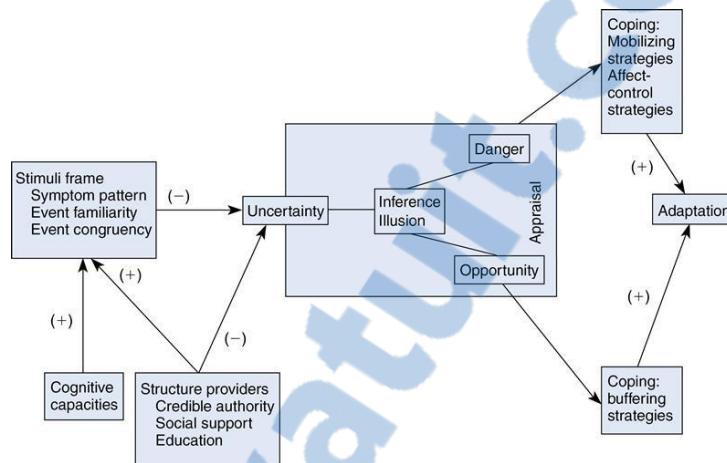
L'adaptation : définition et attributs

Le Petit Robert (2008), définit l'adaptation comme : « s'adapter, c'est se mettre en harmonie avec (les circonstances, le milieu), réaliser son adaptation biologique : s'acclimater, s'habituer. »

Pour s'adapter, les mécanismes de défense du moi (modèle psychanalytique) ainsi que le coping sont utilisés de manière individuelle et inconsciente. Les mécanismes de défense permettent : « de réduire ou supprimer tout danger et toute angoisse ; maintenir l'intégrité constante de l'individu ; assurer l'homéostasie psychique et physique » (cité par Formarier & Jovic, 2012, p.48, 49)

Pour mieux expliciter les concepts clés de la théorie, un schéma représente les phases à travers lesquelles les personnes passent depuis la perception du stimuli générant de l'incertitude jusqu'à l'adaptation.

Schéma représentatif de la théorie de l'incertitude et son interprétation



Modèle de l'incertitude perçue dans la maladie. (De Mishel, MH, 1988. *Incertitude dans la maladie Image : Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4), 226.

Les antécédents qui génèrent de l'incertitude

Englobent le cadre des stimuli, les capacités cognitives et les prestataires de soins. Mishel (1981) explique que lorsqu'un événement se produit, la personne utilise ses capacités cognitives (évaluation primaire) qui permettent l'analyse subjective de la situation.

Dans le cadre du cancer du sein, les symptômes, les traitements, les nouvelles structures de soins et la congruence de l'événement créent une incertitude par manque d'expérience ou par des attentes différentes des patients par rapport à ce qu'ils vivent (Mishel, citée par Bailey & Stewart, 2017).

L'évaluation de l'incertitude

L'événement (stimuli) doit correspondre à un cadre de référence cognitivement existant, c'est-à-dire que la personne peut gérer sa situation par le fait que

l'événement est déjà connu permettant ainsi une meilleure adaptation. Dans ce cas l'événement fait sens (Mishel, 1981).

Si l'analyse cognitive de la personne ne permet pas la catégorisation de l'événement, celui-ci est perçu comme incertain, engendrant l'une des trois situations suivantes : l'événement n'est pas reconnu, l'événement est reconnu mais non catégorisé, l'événement est reconnu mais mal catégorisé. L'incertitude génère alors un dysfonctionnement cognitif et ce dysfonctionnement entrave une analyse adéquate de l'événement, celui-ci étant alors perçu comme une menace faisant obstacle à l'adaptation (coping) et générant du stress (Mishel, 1981).

Si le stress est perçu comme une menace, il est interprété comme un danger. S'il est perçu comme une opportunité, il représente un défi. Si l'élément stressant est perçu comme une menace avec une issue négative, la personne utilisera des stratégies d'adaptation dites de « contrôle » pour diminuer l'incertitude. Ce sont des stratégies centrées sur le problème et/ou des stratégies centrées sur l'émotion dans le but de réduire la détresse émotionnelle reliée à l'incertitude. Si l'élément stressant est perçu comme une opportunité avec une issue positive, la personne utilisera des stratégies d'adaptation dites de « tamponnage » offrant du sens, centrées sur le soutien afin de maintenir l'incertitude et préserver l'espoir (Mishel, citée par Bailey & Stewart, 2017).

L'adaptation à la maladie

C'est le résultat d'un nouvel équilibre retrouvé par la personne grâce à ses stratégies d'adaptation mises en place (Mishel, citée par Bailey & Stewart, 2017).

Mishel, (1981) décrit que les ressources externes ainsi que l'utilisation adéquate ou inadéquate des stratégies d'adaptation sont des éléments contribuant à

l'intensité de l'incertitude. L'action directe, la vigilance et l'évitement représentent des stratégies d'adaptation courantes. Mishel relève qu'avoir recours à une action directe, par exemple par une recherche d'information auprès du personnel soignant, impliquerait une diminution du degré d'incertitude. Elle postule toutefois « qu'un degré élevé d'incertitude diminue le recours à l'action directe et à la recherche d'information et encourage les modes intrapsychiques d'adaptation, de vigilance et d'évitement ».

Si aucune de ces stratégies utilisées n'est efficace, la personne développera des réactions émotionnelles de stress, celui-ci étant le résultat d'une incapacité de gérer l'incertitude.

Les échelles de mesure de l'incertitude

Mishel a élaboré diverses échelles permettant aux professionnels de la santé d'évaluer l'incertitude avec les patients et ainsi pouvoir travailler en partenariat pour la gestion de celle-ci.

L'échelle de l'incertitude « MUIS-A » a servi de socle pour le développement de 3 autres échelles :

1. MUIS-C : échelle ciblée pour les malades chroniques non hospitalisés
2. PPUS : cible l'incertitude des parents lorsque leurs enfants sont malades
3. PPUS-FM : cible les proches-aidants lors de maladie d'un membre de la famille.

L'incertitude semble être omniprésente pour les patientes et le besoin en accompagnement pendant la phase de rémission plus que nécessaire, notamment à domicile. Il semble alors judicieux de s'interroger sur les possibilités, moyens,

mesures, dont disposent les soignants pour réperer, identifier, reconnaître l'incertitude et faciliter sa gestion.

Question de recherche (QDR)

« Dans quelles mesures des interventions basées sur la théorie de l'incertitude permettraient une identification et une gestion optimale de l'incertitude vécue par les femmes de 45-64 ans pendant la phase de rémission d'un cancer du sein et vivant à domicile ? ».

Objectifs

Les objectifs poursuivis sont :

1. Identifier la perception (cadre des stimuli), la compréhension de la maladie et les sentiments des survivantes vivant dans l'incertitude
2. Identifier les habiletés, les aptitudes (capacités cognitives) des survivantes lorsqu'elles sont en proie à l'incertitude
3. Identifier, mettre en évidence des interventions infirmières aidant à accompagner les survivantes dans la gestion de l'incertitude

Méthode

Ce chapitre décrit les étapes réalisées par les auteurs pour trouver des études basées sur des preuves scientifiques (Evidence Based Nursing) dans le but de répondre à la question de recherche.

Argumentation et choix du devis

Une revue de littérature est effectuée afin de réaliser ce travail de Bachelor en soins infirmiers en utilisant des recherches antérieures et en découvrant l'étendue de la recherche sur le sujet afin de répondre à la QDR. Cette revue de littérature utilise 6 études quantitatives et qualitatives.

Les étapes de la revue de littérature

Mots-clés utilisés dans les bases de données

Les recherches sont effectuées entre avril et mai 2018 dans les bases de données CINHAL et PUBMED. La QDR a été décomposée en concepts, traduite dans HeTop puis en terme MeSH et/ou en descripteurs CINHAL. Une vérification dans le Thésaurus a été réalisée. Les résultats sont décrits dans le tableau ci-dessous :

Mots-clés	Traduction anglaise	CINHAL	PUBMED
Cancer du sein	Breast neoplasms	Breast neoplasms	"Breast Neoplasms"[Mesh]
Incertitude	Uncertainty	Uncertainty in illness theory or uncertainty	"Uncertainty"[Mesh]
Interventions infirmières	Nursing care	Nursing care	
Domicile	Home patients	Home patients	
Rémission	remission	Disease remission	
Stratégies d'adaptation	Coping strategies	Coping strategies	

Critères d'inclusion et d'exclusions

Afin de cibler la recherche scientifique, les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités.

Critères d'inclusion

Articles de moins de 10 ans

Femmes de 45 ans et plus

Cancer du sein

Femmes expérimentant l'incertitude

Femmes ayant subit un traitement contre le cancer

Articles multilangues

Contexte de domicile

Critères d'exclusion

Hommes

Femmes de moins de 45 ans

Contexte hospitalier

Articles ne contenant pas de résumés

Equation de recherches avec les limites

Ce tableau décrit les équations de recherches effectuées avec le nombre d'articles trouvés et sélectionnés.

Equation de recherche CINHAL	Articles trouvés	Articles sélectionnés
1ère équation: Breast neoplasms and Uncertainty in illness theory and Nursing care or Nursing home patients and Disease remission	9 sans les limites <u>Limites</u> : 2008-2012, pas de possibilité de sélectionner l'âge ou les femmes	Résultats après les limites : 4 articles. Retenu après lecture: 1 article: Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory: Uncertainty in breast cancer survivors. <i>Journal of Clinical Nursing</i>
2ème équation: Breast neoplasms and uncertainty	<u>Limites</u> : Europe, résumé disponible, 2008-2018, 45-64 ans Nombre d'articles : 75 Cette équation est ensuite affinée en ajoutant la limite 2015-2018 ce qui donne 26 articles	Sélectionné: 2 articles Rentenu après lecture: 1 article: Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer. <i>BMC Cancer</i> . L'article original a été trouvé en entrant le nom des auteurs dans la base de données et c'est ce dernier qui a été sélectionné pour l'analyse: <i>Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer</i> : celle-ci a été retenue
3ème équation: Breast neoplasms and uncertainty and Coping strategies	Limite : 2008-2018 (avec cette équation CINHAL a donné automatiquement la limite de 2011-2018) Nombres d'articles: 7	Retenu après lecture: 2 articles: « Waiting for the other shoe to drop »: a distress and coping during and after treatment for breast cancer. <i>Journal of psychosocial oncology</i> et Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i>
Equation de recherche PUBMED	Articles trouvés	Articles sélectionnés
("Breast Neoplasms"[Mesh]) AND "Uncertainty"[Mesh]	212 sans les limites Limites : 2008-2018, femmes, 45-64 ans	Sélectionné : 2 articles Retenu après lecture : 2 articles : Illness uncertainty in breast cancer patients: validation of the 5-item

	Résultats après les limites : 75	short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. Et Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors.
--	----------------------------------	---

Méthodes d'extraction et synthèse des données

La lecture des titres des articles a permis une première sélection basée sur les critères d'inclusion et d'exclusion. En lisant les résumés des articles, une deuxième sélection a été réalisée. Puis, en se penchant intégralement sur 18 articles, un dernier tri a été effectué pour obtenir finalement six articles pertinents. Parmi ces six articles figurait le protocole d'un essai clinique randomisé qui a servi de base à la recherche de l'étude, et c'est cette dernière qui a été sélectionnée pour l'analyse.

Un diagramme de flux présenté à l'appendice A indique le processus d'identification des articles.

Résultats

Articles sélectionnés

Etude [1]. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., ... Catton, P. (2014).

Etude [2]. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. Kim, S.H., Lee, R., & Lee, K.S. (2012).

Etude [3]. Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2012).

Etude [4]. Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Younger African American and Caucasian Breast Cancer Survivors. Gerimo, B.B., Porter, L., Blyler, D., & Jenerette, C. (2013).

Etude [5]. Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. Hagen, K. B., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Kvaløy, J. T., ... Lind, R. (2015).

Etude [6]. "Waiting for the Other Shoe to Drop:" Distress and Coping During and After Treatment for Breast Cancer. Waldrop, D.P., O'Connor, T.L., & Trabold, N. (2011).

Les grilles des articles sont présentées à l'appendice B et montrent le processus d'analyse et de résumé.

Caractéristique des articles

Les articles retenus sont écrits entre 2011 et 2015, et proviennent majoritairement des Etats-Unis [3,4,6], du Canada [1], de Corée [2], et de Norvège [5].

Population

L'âge moyen des participantes est de 50 ans. Il s'agit de femmes souffrant d'un cancer du sein [1,2,3,4,5,6], ayant terminé leur traitement initial [1,2,3,4,6] ou encore en traitement. [2,5]. L'étude [1] a également une population souffrant d'un cancer de l'ovaire. Les recherches se centrent essentiellement sur les patientes à domicile [1,2,3,4,5,6] et à l'hôpital [2,5].

Instruments de mesure

Les études utilisent différentes échelles et questionnaires de mesures : échelle de l'impact des événements stressants (IES) [1,6], échelle de l'incertitude dans la maladie de Mishel [1, 5,2], échelle de l'adaptation (S-COPÉ) [1,3] et questionnaire du chemin vers l'adaptation (WAYS) [6], sous-échelles de symptômes de l'Organisation Européenne de Recherche et de Thérapie pour le Cancer pour la qualité de vie (EORTC) QLQ-C30 [2], échelle de l'impact du cancer, breast cancer Module (BR23) et FACT-ES [1,2,5], échelle de Kanner et al. [3] qui évalue les tracas du quotidien, échelle de la dépression Beck [3] et HADS [5], échelle du réseau de soutien social de Lubben [6], questionnaire d'évaluation de la qualité des informations reçues (IQP) [5].

Ethique

Les articles sélectionnés sont approuvés par un comité éthique [1,3,4,5]. Un de ces articles est approuvé par le conseil d'examen institutionnel du Centre national coréen contre le cancer [2]. Un article est soutenu par une subvention pilote du Centre de recherche sociale, Buffalo, E-U [6].

Présentation de chacun des articles

L'étude [1] est une étude de faisabilité (pilote) canadienne, menée auprès de 44 femmes ayant un cancer du sein ou de l'ovaire de stade I-III, évaluant la peur de la récidive à un degré modéré à élevé. Elles doivent être sujettes à des pensées intrusives et adopter un comportement d'évitement associés au cancer.

L'étude est guidée par le modèle du sens commun de Léventhal, la théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel et le modèle cognitif de l'inquiétude.

L'étude teste et développe durant six semaines la faisabilité d'une intervention de groupe cognitivo-existentielle ciblant la peur de la récidive, et évalue le maintien des améliorations après 3 mois. Les objectifs sont d'aider les femmes à identifier les déclencheurs de la peur de la récidive du cancer, recevoir une éducation sur les signes significatifs de récidive du cancer, les aider à utiliser des techniques de restructuration cognitive afin de diminuer les interprétations erronées des symptômes physiques, leur changer l'idée que l'inquiétude est avantageuse, et de travailler les stratégies d'adaptation (prise de conscience des mauvaises stratégies utilisées et les remplacer par des stratégies efficaces). Elles doivent également

travailler leur pire scénario de vie et travailler l'incertitude en pouvant l'identifier et la tolérer par des actions adaptées.

Il ressort de cette étude que l'intervention permet une diminution très significative de la peur de la récidive du cancer, de la détresse, de l'incertitude et la perception négative du niveau de qualité de vie ($p=0.001$).

Cette étude n'est pas randomisée, ce qui ne permet pas d'affirmer que l'intervention est responsable des changements observés. Certaines des diverses échelles de mesures utilisées ne bénéficient pas d'un seuil clinique, rendant certains résultats peu fiables quant aux réels changements observés chez les participantes. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence même si l'étude pilote démontre une faisabilité dans le traitement de la peur de la récidive du cancer par l'approche cognitivo-expistentielle. L'étude est choisie car il soulève l'impact psychologique ressenti par les femmes en rémission du cancer du sein et de l'ovaire, ainsi qu'une péjoration de la qualité de vie suite à un sentiment perdurant dans le temps de peur que le cancer revienne.

L'étude [2] est une étude descriptive transversale coréenne menée auprès de 252 femmes adultes, sélectionnées pour leur cancer du sein soit encore en traitement soit l'ayant terminé. L'étude est guidée par la théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel.

Basée sur l'hypothèse que l'incertitude change avec le temps et que les symptômes sont prédictifs d'incertitude, les objectifs sont d'examiner les symptômes et l'incertitude et d'explorer leurs relations, de comparer les facteurs associés et les éléments déclencheurs d'incertitude par trajectoire de traitement.

Il ressort de cette étude que de nombreux symptômes tels que les nausées – vomissements, la douleur, l'insomnie, la perte d'appétit, les diarrhées, le traitement

systémique, l'impact de la perte des cheveux sont plus sévères chez les femmes en traitement du cancer du sein tandis que la fatigue, la dyspnée, l'insomnie, les sensations dans la poitrine et au bras persistent après le traitement et augmentent l'incertitude.

Il n'est pas certain qu'une transférabilité puisse être assurée à une population européenne ; une échelle européenne (EORTC) est toutefois utilisée dans cette étude. Une étude longitudinale aurait permis d'affiner la précision des facteurs prédictifs d'incertitude bien que les échelles utilisées pour l'évaluation soient cohérentes. L'étude est choisie pour sa recherche sur les troubles psychologiques persistants même en phase de rémission chez les survivantes du cancer et il explore l'incertitude tout au long de la trajectoire de vie des personnes touchées par le cancer du sein.

L'étude [3] est une étude quantitative longitudinale. Cette recherche américaine menée auprès de 84 femmes, dont 42 femmes qui ont terminé leur traitement du cancer du sein avec succès et 42 femmes qui n'ont jamais eu de cancer. L'objectif de cette étude est d'examiner l'impact psychologique de l'expérience de cancer du sein, de déterminer si cette expérience influence la façon dont les femmes perçoivent les événements quotidiens et évalue le rôle de l'incertitude et la capacité d'adaptation par rapport à cette expérience. L'étude est guidée par la théorie de l'incertitude de Mishel et les stratégies de coping de Lazarus et Folkman.

Il ressort de cette étude que les femmes qui ont été confrontées à un cancer du sein arrivent à tirer des résultats positifs de cette expérience, comme le fait d'apporter moins d'importance à des événements mineurs du quotidien mais que l'incertitude ressentie face à la possibilité d'une récidive est un facteur affectant leur bien-être psychologique. Malgré tout, les symptômes dépressifs ne sont pas plus

importants que dans le groupe témoin. Les résultats mettent en avant le fait que les femmes qui viennent de terminer leur traitement ont plus de préoccupations et de symptômes dépressifs que celles qui ont terminé leur traitement depuis plus longtemps.

L'échantillonnage étant restreint, il serait nécessaire d'obtenir un échantillon suffisamment grand pour que l'âge, le type de cancer, le temps écoulé depuis le traitement et d'autres facteurs individuels permettent d'affiner la recherche. Des analyses qualitatives pourraient être nécessaires pour déterminer dans quelle mesure trouver un sens pourrait faciliter le bien-être suite à une expérience de cancer. L'étude est choisie car elle examine l'impact psychologique du cancer du sein, le rôle de l'incertitude et fait des hypothèses quant à la cause et aux symptômes liés à cette incertitude.

L'étude [4] est une étude randomisée. Cette recherche américaine menée auprès de 313 femmes atteintes de cancer du sein analyse si les survivantes du cancer du sein ayant reçu une intervention de gestion de l'incertitude (CD, livret et appels téléphoniques réalisés par des infirmiers) souffrent moins d'incertitude, ont une meilleure gestion de celle-ci, moins de problèmes spécifiques au cancer du sein et plus de résultats psychologiques positifs. L'étude est guidée par la théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel.

Il ressort de cette étude que l'intervention améliore les stratégies d'adaptations comportementales et cognitives pour gérer l'incertitude, l'auto-efficacité et les problèmes de sexualité.

L'inclusion de survivantes d'autres ethnies aurait été favorable pour s'assurer que l'intervention est efficace sur une population diversifiée. L'étude est sélectionnée car elle aborde une intervention de gestion de l'incertitude afin de

déterminer si les survivantes du cancer du sein auraient une meilleure gestion de celle-ci après l'intervention, moins de problèmes spécifiques au cancer et un état psychologique plus positif.

L'étude [5] est une étude quantitative longitudinale. Cette recherche norvégienne est menée auprès de 281 patientes suivant un traitement curatif contre le cancer du sein. L'objectif de cette étude est de valider une version courte de «l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie» (SF-MUIS) et examine l'impact de l'incertitude chez les patientes atteintes de cancer du sein. L'étude est guidée par la théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel.

Il ressort de cette étude que l'anxiété est le principal élément qui augmente l'incertitude liée à la maladie suivi de la qualité de l'information fournie.

Des recherches plus approfondies avec une taille d'échantillon plus large et une recherche plus élaborée sur les causes affectant l'incertitude de la maladie pourraient offrir un meilleur aperçu de cette condition complexe. L'étude est retenue car elle examine une échelle de l'incertitude qui peut être un outil dans la pratique avec la population de la question de recherche, et elle examine l'impact de cette incertitude chez les patientes atteintes du cancer du sein.

L'étude [6] est une étude mixte, descriptive, exploratoire soit quantitatif dominant et qualitatif non dominant, américaine menée auprès de 50 femmes âgées de 26-76 ans souffrant de cancer du sein stade I-III. Elles doivent avoir terminé depuis au moins 12 mois le traitement initial, et si nécessaire suivre un traitement hormonal. De plus, elles doivent être encore suivies par des professionnelles. Les objectifs de l'étude comparent les stratégies d'adaptation utilisées par les patientes et identifient leurs sentiments de détresse durant les différentes phases de la maladie, leurs préoccupations psychosociales, ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées.

L'étude est guidée par la théorie du stress et de l'adaptation de Lazarus et Folkmann.

Il ressort de cette étude que le cancer du sein génère une menace pour la vie impliquant une détresse durant toute la trajectoire de la maladie.

Cette étude utilise un échantillonage restreint. Les participantes sont divisées en deux groupes malgré des scores parfois proches d'une détresse élevée ou faible. Etudier un plus grand échantillonnage permettrait d'être plus précis dans les variables. De plus, une des échelles utilisée (échelle WAYS) montre des indices de cohérence probématique pour la plupart des items, rendant les résultats de la mesure des stratégies d'adaptation utilisé en situation de stress peu fiables. L'étude est sélectionnée pour sa recherche des stratégies d'adaptations utilisées pour faire face aux troubles psychologiques présents tout au long de la trajectoire de la maladie chez les patientes souffrant d'un cancer du sein.

Les méthodes de récolte de données se divisent en entretiens téléphoniques, entretiens, échelles/questionnaires à remplir, et sont pertinentes par rapport à la question de recherche car elles permettent de déterminer précisément les causes, les stratégies d'adaptation et les besoins de ces femmes souffrant d'incertitude. La similitude de certains résultats permet de les catégoriser.

Synthétisation et catégorisation des résultats

Suite à l'analyse critiques des six articles, des catégories sont définies pour classer les résultats selon les concepts de la théorie. La première catégorie concerne le cadre de stimuli, soit la perception des stimuli par le malade, structurée par l'interprétation subjective de sa situation. La deuxième catégorie

concerne les capacités cognitives, donc les capacités de traitement de l'information. La troisième catégorie concerne les prestataires de soins soit les ressources utilisées pour aider les survivantes.

Le cadre de stimuli

Les femmes ayant vécu une expérience de cancer doivent faire face à la possibilité d'une récidive, ce qui génère de l'incertitude affectant le bien-être psychologique et la qualité de vie durant toute la trajectoire de la maladie. (Taha, Matheson, & Anisman, 2012 ; Waldrop, O'Connor, & Trabold, 2011). Plus le niveau d'incertitude est élevé plus les femmes souffrent d'incohérence et d'ambiguité liées à l'impact des symptômes. ($p=.005$) (Kim, Lee, & Lee, 2012). Les symptômes dépressifs sont toutefois moins importants en phase de rémission. ($p=.001$), tout comme l'influence négatives des tracas du quotidien ($p=.05$) (Taha, Matheson, & Anisman, 2012).

Concernant les facteurs prédictifs d'incertitude, plus la femme a un âge avancé, plus elle est confrontée à une incompréhension vis à vis de ses soins ($p=.028$). Tout comme le régime matrimonial, en effet, une femme mariée s'inquiète de l'impact de sa maladie sur sa famille ($p=.002$) (Kim, Lee, & Lee, 2012 ; Waldrop, O'Connor, & Trabold, 2011).

Les symptômes tels que la fatigue, la dyspnée ($p=.005$), l'insomnie ($p=.0043$), les sensations dans la poitrine et au bras ($p=.039$) persistant après le traitement augmentent l'incertitude, tout comme un bas niveau d'éducation ($p=.028$) et un faible revenu mensuel ($p=.006$) (Kim, Lee, & Lee, 2012).

Les capacités cognitives

Des symptômes comme les démangeaisons, la douleur, l'engourdissement, le lymphœdème, un changement dans la sexualité apportent un sentiment de détresse car ces symptômes rappellent à la maladie. L'expérience de détresse est ressentie chez 40% des femmes. De là découlent des scores élevés d'utilisation de stratégies d'adaptation, notamment dans l'adoption de comportements tels que l'évitement ($p=.000$), l'intrusion (incapacité d'empêcher les souvenirs de venir nous hanter = cauchemar et angoisse) ($p=.044$) et l'hypervigilance (hyperagitation) ($p=.001$) (Waldrop, O'Connor, & Trabold, 2011).

Les stratégies d'adaptation utilisées sont liées à la variabilité des sentiments de détresse. Des femmes utilisent des stratégies d'adaptation cognitives et spirituelles en travaillant par exemple sur des pensées récurrentes, en s'empêchant de croire que le cancer va revenir ou s'empêchant d'adopter un scénario de vie négatif lié à la responsabilité familiale. De plus certaines femmes pratiquent des activités telles que maintenir son travail ou respecter des horaires précis dans des activités récréatives régulières. Certaines se rendent à l'église ou prient ou méditent. Ceci afin de trouver de l'assurance pour faire face au stress, mieux gérer les préoccupations et les traitements, retrouver du sens à la vie et aider à la gestion de la détresse durant la phase de rémission (Waldrop, O'Connor, & Trabold, 2011).

Seules les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions influencent la relation incertitude-symptômes dépressifs durant la phase de traitement. Une fois la menace immédiate de la maladie passée, les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions sont moins efficaces (Taha, Matheson, & Anisman, 2012). Les stratégies d'adaptation comportementales sont efficaces pour faire face aux facteurs de stress liés à la survie, tels que la recherche et l'utilisation de l'information sur la gestion des symptômes physiques. Cependant, les stratégies d'adaptations

cognitives peuvent être plus efficaces pour faire face au facteur de stress de la peur de la récidive (Germino, Porter, Blyler, & Jenerette, 2013).

Les prestataires de soins

Une intervention cognitivo-existentielle et/ou de gestion de l'incertitude, travailler les stratégies d'adaptation et utiliser des outils tels que CD, livrets, guides démontrent une réduction de l'incertitude ($p=.001$) par le biais de : meilleure utilisation de soutien affectif ($p<.05$), recadrage positif ($p<.001$), acceptation ($p<.01$), utilisation de sources d'information ($p<.001$) (Lebel et al., 2014 ; Germino, Porter, Blyler, & Jenerette, 2013).

Après l'anxiété, la qualité de l'information fournie est le principal élément qui augmente l'incertitude liée à la maladie. Les femmes satisfont de la qualité des informations qu'elles reçoivent ont moins d'incertitude liée à la maladie ($p<.0001$) (Hagen et al., 2015).

Concernant l'utilisation de l'échelle de l'incertitude de Mishel dans la maladie, une forme abrégée de l'échelle MUIS (SF-MUIS) peut être plus facile à utiliser et mieux adaptée pour mesurer l'incertitude de la maladie chez les patientes atteintes de cancer, et un contact prolongé avec le personnel médical peut être un facteur important réduisant l'incertitude de la maladie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Hagen et al., 2015).

Discussion

Les six études choisies pour ce travail de Bacheor ont été menées sur des populations culturellement différentes, réparties sur trois continents (Amérique, Asie et Europe). Au total, 919 personnes atteintes de cancer du sein ont participé aux six études.

Pour faire le lien avec la problématique, la QDR et le cadre de référence, l'incertitude et le rôle professionnel sont mis en évidence afin de permettre des propositions d'interventions.

Incertitude

L'incertitude est notamment déclenchée par le fait que le cancer peut réapparaître et que les symptômes physiques déclenchent l'incertitude induite par une interprétation erronée par manque de connaissances. Cet impact influe sur toute la famille et augmente la peur de la récidive. La peur modérée à élevée de récidive du cancer est une préoccupation et nécessite pour les survivantes de bénéficier d'aides appropriées. Lorsque cette peur n'est pas traitée, elle ne s'estompe pas avec le temps (Lebel et al., 2014 ; Kim, Lee, & Lee, 2012 ; Waldrop, O'Connor, & Trabold, 2011).

Cependant, fait important à relever, certaines femmes ayant vécu des maladies potentiellement mortelles, telles que le cancer, souffrent moins des petits tracas du quotidien et réussissent, pour certaines, à tirer un bénéfice de l'expérience du cancer (Taha, Matheson, & Anisman, 2012). Cette réaction peut expliquer, en lien avec la théorie, que l'événement (stimuli) fait sens par reconnaissance de celui-ci ce qui favorise l'adaptation.

Rôle professionnel et recommandations pour la pratique

Une baisse de contact avec l'entourage et le personnel médical après la phase de traitement a été décrite comme facteur d'apparition de l'incertitude (Germino, Porter, Blyler, & Jenerette, 2013).

Comme le mentionne Zhang (2017), plusieurs chercheurs ont mis en place des interventions pour faire face à l'incertitude se basant sur la théorie de Mishel. Ses interventions comprennent quatre éléments pour agir sur les antécédents et l'évaluation de l'incertitude et les stratégies d'adaptation. Les deux premiers éléments sont l'information et la communication. Le cadre de stimuli est traité par de l'information sur les traitements, les symptômes et les ressources de soutien afin d'offrir de meilleures connaissances sur la maladie. Les prestataires de soins fournissent de l'enseignement sur les stratégies de communication permettant le développement de la communication entre malade et prestataires de soins. Le troisième élément vise les stratégies d'adaptation et permet de percevoir l'incertitude sous un angle positif. Le quatrième élément permet la possibilité de travailler les stratégies d'adaptation par des thérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale, la relaxation, l'imagerie agréable, entre autres.

Une collaboration pluridisciplinaire pour accompagner les survivantes, mise en avant dans la problématique, semble évidente. L'approche de ces femmes, souffrant d'incertitude, par le biais des soins à domicile pourrait être faite en partenariat avec les professionnels de la santé lors des consultations de suivi, auprès de groupes de soutien et d'associations telle que la ligue contre le cancer.

Conformément à la théorie de l'incertitude de Mishel, l'information peut clarifier les événements liés à la maladie génératrices d'incertitude et ainsi faciliter l'adaptation.

La thérapie de type cognitivo-existentielle semble être efficace pour diminuer la peur de la récidive car elle permet une analyse cognitive sur les façons de réagir dans la maladie, apporte une conscientisation sur les stratégies d'adaptation utilisées permettant de s'approprier des stratégies plus efficaces afin de réduire les facteurs phsyologiques entravant la qualité de vie. Suite à la thérapie il est constaté, 3 mois après l'intervention, que 71% des survivantes démontrent une amélioration dans la mesure de la peur de la récidive. 29% l'évaluent de façon inchangée et aucune survivante ne relève une augmentation de la peur de la récidive. Seul le besoin de soutien affectif a diminué, pouvant s'expliquer par le fait qu'une amélioration des symptômes psyhchologiques engendrent une diminution de recherches de soutien (Lebel et al., 2014). Il a été démontré que les programmes de réduction du stress basés sur la pleine conscience limitent les sentiments d'anxiété, de dépression et de peur de récidive du cancer au cours de la vie (Taha, Matheson, & Anisman, 2012). Se basant sur ces faits, les infirmières à domicile pourraient utiliser l'échelle SF-MUIS afin de mesurer l'incertitude et de pouvoir diriger les survivantes vers des groupes de soutien ainsi que vers des thérapies en partenariat avec les proches aidants. Tenir compte des proches-aidants et les orienter vers des programmes de soutien fait partie du rôle de l'infirmière, sachant que l'incertitude est le reflet d'une inquiétude systémique au sein de la famille.

Cependant, il a été relevé que le fait d'entendre parler de cancer pourrait faire resurgir l'incertitude (Hagen et al., 2015). Les groupes de soutien ne sont donc pas adaptés à toutes les survivantes et proches aidants. L'infirmière doit alors, évidemment, tenir compte des besoins et ressentis individuels de chacun.

Les stratégies d'adaptation comportementales et cognitives délivrées par le biais de CD ont des effets positifs sur l'incertitude (Germino, Porter, Blyler, & Jenerette, 2013). L'infirmière doit connaître ce type d'outils afin de permettre aux survivantes d'accéder à l'information, aux ressources et aux stratégies de gestion facilement. L'intervention peut être donnée à domicile, par le biais d'explications de l'infirmière. Celle-ci peut ensuite utiliser l'échelle SF-MUIS afin de mesurer les effets de l'intervention. De plus, sachant maintenant que les symptômes physiques et psychologiques sont liés à l'incertitude, évaluer les différents symptômes avec l'aide d'échelles adaptées fait partie du rôle infirmier.

Forces et limites

L'incertitude étant un sujet peu étudié dans les soins infirmiers, cette revue de littérature apporte des pistes d'interventions notamment pour les infirmières des soins à domicile.

Trois articles contenant un échantillonnage restreint ($n=50$, $n=44$, $n=42$) ont été maintenus car ils permettent de constater le type de stratégies d'adaptation efficaces pour faire face à l'incertitude et donnent des pistes d'intervention.

La mortalité dépendant du type de cancer du sein est une limite considérable qui n'a pas été prise en compte dans la génération de l'incertitude, c'est donc le cancer du sein général qui a été étudié. De plus, la peur de la récidive a été étudiée chez un échantillonnage manifestant un degré moyen à élevé. Une faible peur de la récidive n'a donc pas été étudiée.

Sachant que les symptômes physiques et psychologiques génèrent de l'incertitude, la précision sur le pronostic, les traitements et l'impact des effets secondaires n'ont pas, pour chaque étude, été pris en compte.

L'âge auquel le cancer se manifeste n'a pas été relevé et il peut avoir des effets différentiels sur l'adaptation psychologique et le bien-être, étant donné l'influence du cancer sur l'image corporelle, la sexualité, la fertilité, entre autres.

Recommandations pour les recherches futures

Des études futures avec un plus grand échantillonnage permettraient d'affiner le niveau d'incertitude en fonction des éléments déclencheurs, du type et du stade du cancer du sein, du type de traitements reçus, de la culture, de l'âge où la maladie se déclenche et du temps écoulé depuis le traitement. De plus, l'utilisation d'échelles quantitatives cohérentes, conjointement à des analyses qualitatives, permettraient de développer la recherche dans l'incertitude par l'affinement des variables.

Des moyens de gestion de l'incertitude basés sur la technologie actuelle (Smartphone, entre autres) pourraient être des options innovantes pour les futures recherches.

Conclusion

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence que les survivantes du cancer du sein souffrent d'incertitude tout au long de la trajectoire de la maladie. Elle relève un manque de suivi des soins de santé en phase de rémission maintenant l'incertitude.

La théorie de l'incertitude de Mishel dans la maladie a permis de comprendre le fonctionnement de l'incertitude, permettant ainsi de relever les diverses stratégies d'adaptation utilisées par les survivantes.

Les résultats révèlent que l'incertitude est liée à : l'âge, les symptômes physiques et psychologiques, le statut familial, l'utilisation de stratégies d'adaptation inefficaces, la qualité de l'information fournie et la perception de celle-ci, une baisse de contact avec l'entourage et le personnel médical après le traitement ainsi qu'entendre parler du cancer.

L'analyse des études a permis de mettre en évidence des pistes d'intervention pour répondre à la question de recherche : « dans quelles mesures des interventions basées sur la théorie de l'incertitude permettraient une identification et une gestion optimale de l'incertitude vécue par les femmes de 45-64 ans pendant la phase de rémission d'un cancer du sein et vivant à domicile ? », telles que la qualité de l'information, l'orientation vers des thérapies cognitivo-existentialles, cognitivo-comportementales et de travailler la pleine conscience pour une meilleure adaptation des stratégies ainsi que l'utilisation d'échelles de mesure (SF-MUIS).

Travailler en partenariat, en plusridisciplinarité, en tenant compte de la qualité de vie des survivantes ainsi que de leur individualité fait partie du rôle infirmier. Les interventions de cette revue de littérature permettent d'apporter un suivi personnalisé dans un contexte de soins à domicile.

Références

- Bailey, D.E.Jr., Stewart, J.L., (2017). Fasterst Nurse Insight Engine. Uncertainty in illness theory. 28. Repéré à <https://nursekey.com/28-uncertainty-in-illness-theory/>
- Bersay, C. (2008). La peur de la mort : *étude sur la mort*, 134, 125-133.
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). Soins infirmiers : médecine et chirurgie : Vol. 1. Généralités (5ème éd., version française). Traduction française par S. Longpré & B. Pilote (Éds), Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*, Basic Books, New York, 26-55.
- Essermann, L.J., Joe, B.N. (2018). Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer. *Uptodate*. Reperé à <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-newly-diagnosed-breast-cancer>
- Formarier, M., Jovic, L. (2012). Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition. Lyon, France : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
- Germino, B.B., Porter, L., Blyer, D., & Jenerette, C. (2013). Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Yougner Afrincan American and Caucasian Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 11.
- Gill, KM., Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Germino, LS., Porter, L., LaNey, IC., Stewart, J. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 31, 633–639.
- Groen, E. J., Elshof, L. E., Visser, L. L., Rutgers, E. J. T., Winter-Warnars, H. A. O., Lips, E. H., & Wesseling, J. (2017). Finding the balance between over- and under-treatment of ductal carcinoma in situ (DCIS). *The Breast*, 31, 274- 283. doi.org/10.1016/j.breast.2016.09.001
- Hagen, K. B., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Kvaløy, J. T., ... Lind, R. (2015). Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 113- 119. doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.009

Haute Autorité de Santé. (2010). *Cancer du sein*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_qm_ksein_vd.pdf

Hawley, S. T., Janz, N. K., Griffith, K. A., Jagsi, R., Friese, C. R., Kurian, A. W., ... Katz, S. J. (2017). Recurrence risk perception and quality of life following treatment of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 161(3), 557- 565. doi.org/10.1007/s10549-016-4082-7

Hurria, A., Come, S., Pierce, L., (2018). Patterns of relapse and long-term complications of therapy in breast cancer survivors. *Uptodate*. Repéré à <https://www.uptodate.com/contents/patterns-of-relapse-and-long-term-complications-of-therapy-in-breast-cancer-survivors>

Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory: Uncertainty in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7- 8), 1014- 1023. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x>

Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 485- 496. doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3

Lien CY, Lin HR, Kuo IT & Chen ML (2009) Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2311–2319.

Ligue contre le cancer (2018) : *Qu'est-ce que le cancer?*. Repéré à <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/quest-ce-que-le-cancer/>

Mishel, M.H., (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing reaserch*, 30(5), 258-263.

Nelson, J.P. (1996) Struggling to gain meaning: living with the uncertainty of breast cancer. *Advances in Nursing Science*. 18, 59–76

OBSAN, (2015). La santé en suisse : *le point sur les maladies chroniques*. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>

- OFS, (2016). Le cancer en Suisse, rapport 2015 : *état de lieux et évolutions*. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/.../cancer-suisse-rapport-2015-etat.pdf>
- OFS, (2017). Santé : *statistique de poche 2017*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-dneuf.assetdetail.4342092.html>
- OMS (2018), la maladie chronique, repéré à http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- OMS (2018), cancer, repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
- Sager Tinguely, C., Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Shaha, M., Cox, CL., Talman, K., Kelly, D., (2008). Uncertainty in breast, prostate and colorectal cancer: implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*. 40, 60–67.
- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 359–379. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664259>
- Waldrop, D.P., O'Connor, T.L., Trabold, N. (2011). « Waiting for the other shoe to drop » : a distress and coping during and after treatment for breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 29 (4), 450-473. doi : 10.1080/07347332.2011.582638
- Wonghongkul, T., Moore, SM., Musil, C., Schneider, S., Deimling, G. (2000) The influence of uncertainty in illness, stress appraisal and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 23, 422–429.
- Zhang, Y., (2017). *Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension*. Oncology Nursing Forum. 44 (6). DOI 10.1188/17.ONF.645-649

Appendice A

Diagramme de Flux Prisma 2009

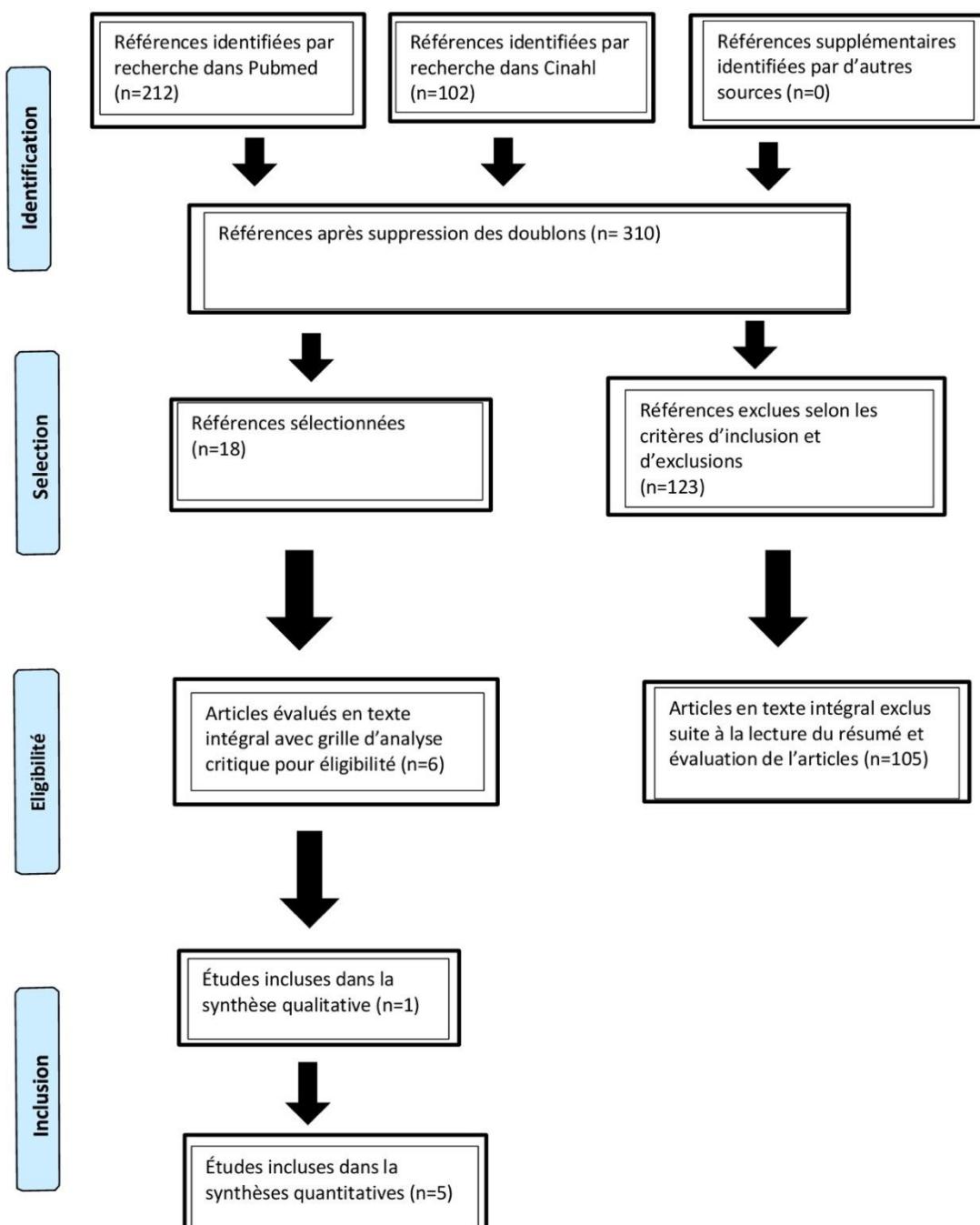


Figure X. Traduction française du diagramme de flux Prisma 2009

Appendice B

Grilles de récapitulatives, de résumés et grilles lectures

Grille récapitulative

Référence APA : Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer : a feasibility and preliminary outcome study. <i>Journal of Cancer Survivorship</i> , 8(3). doi 10.1007/s11764-014-0357-3					
But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
Tester et développer durant six semaines la faisabilité d'une intervention de groupe cognitivo-existentielle ciblant la peur de la récurrence chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ou de l'ovaire et en évaluer le maintien des améliorations après 3 mois.	Quantitatif : Etude de faisabilité (pilote) effectuée sur deux sites de recherche	Femmes : n= 44 souffrant d'un cancer du sein ou de l'ovaire et ayant terminé leurs traitements	Utilisation de deux manuels (un pour les thérapeutes, un pour les participantes). Les données démographiques sont relevées préalablement. Une série de questionnaires a dû être remplie avant l'intervention (T1), à la fin de l'intervention (T2), et trois mois après la fin de l'intervention (T3). Ces questionnaires sont : <ul style="list-style-type: none">- Le questionnaire de la peur de la récurrence- L'échelle de l'impact des événements (IES)- L'échelle de l'impact du cancer- L'échelle de l'incertitude dans la maladie de Mishel- Le COPE (évalue l'adaptation).	<p>Les résultats psychologiques à T1, T2 et T3 démontrent une diminution très significative de la peur de la récurrence ($p=0.001$), idem pour la détresse spécifique liée au cancer, l'incertitude et la perception négative du niveau de qualité de vie. Il en est de même pour certaines sous-échelles de l'évaluation de l'adaptation telles que l'utilisation de soutien affectif et instrumental ($p<0.05$), le recadrage positif ($p<0.001$) et l'acceptation ($p<0.01$).</p> <p>Tous ces changements ont donc été maintenus sur les trois mois de suivi, sauf le soutien affectif qui a diminué à T3 par rapport à T2 et ne montrait donc plus de différences significatives par rapport à T1.</p> <p>Concernant le changement de la peur de la récurrence, 71% des participantes ont démontré une amélioration de celle-ci, 29% l'évalue de façon inchangée et aucune participante ne relève une augmentation de la peur de la récurrence.</p>	<p>Etude non randomisée.</p> <p>Cohérence problématique de l'échelle COPE.</p> <p>Manque une vue d'ensemble par l'utilisation des échelles d'évaluation de la peur de la récurrence : ne permettent pas encore d'avoir une réelle perception des changements puisqu'il n'existe pas de seuil clinique.</p> <p>Questionnement sur la pertinence de l'intervention pour des personnes souffrant d'un niveau faible de leur peur de la récurrence.</p> <p>L'étude manque de données sur le test de fidélité de l'intervention et l'utilisation de celle-ci par les thérapeutes.</p>

Grille récapitulative

Référence APA : Kim, S.H., Lee, R., Lee, K.S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory: Uncertainty in breast cancer survivors. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21 (7-8), 1014-1023. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x					
But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
Comparer les symptômes et le niveau d'incertitude dans divers groupes ethniques, les facteurs associés à ces phénomènes et les relations entre eux, ainsi que les déclencheurs d'incertitude tout au long de la trajectoire du traitement et chez les femmes ayant terminé un traitement contre le cancer du sein	Devis quantitatif par une étude descriptive transversale	N=252 femmes de Corée du Sud atteintes du cancer du sein, recevant un traitement anticancéreux (n=130) ou ayant terminé leur traitement (n= 122, avec un traitement anti-hormonal si néc.). Age moyen = 47,5 ans	<p>Les patientes ont été réparties en 2 groupes selon la phase de traitement.</p> <p>Analyse des données basée sur le développement de l'échelle de Connaissance</p> <p><u>Echelles utilisées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de sous-échelles de symptômes de l'Organisation Européenne de Recherche et de Thérapie pour le Cancer (EORTC) QLQ-C30 - Utilisation d'un questionnaire : Breast cancer Module (BR23) - Utilisation de l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie (MUIS-A) 	<p>Nombreux symptômes tels que les nausées-vomissement, douleur, insomnie, perte d'appétit, diarrhées, traitement systémique, impact de la perte des cheveux, sont plus sévères chez les femmes en traitement, ceux-ci étant corrélés aux traitements adjuvants. La prise en charge de la douleur, par exemple, peut aider à la diminution de l'incertitude.</p> <p>Fatigue, dyspnée, insomnie, constipation, sensations dans la poitrine et au bras persistent après le traitement et augmentent l'incertitude. Des interprétations des symptômes ressentis même en rémission, engendrent une crainte de la rechute par manque de connaissances.</p> <p>L'incertitude se révèle plus élevée durant le traitement (puisque la crainte de ne pas survivre au traitement est omniprésente), qu'après le traitement. Celle-ci est augmentée si la femme est mariée puisqu'elle s'inquiète de l'impact de sa maladie sur sa famille. L'âge est également un facteur d'incertitude durant le traitement. Plus la femme a un âge avancé, plus elle est confrontée à une incompréhension de la part de ses soins. (Interprétation compliquée de ses symptômes).</p>	<p>Un plan d'étude longitudinal aurait permis plus de précision sur la nature de l'incertitude. Les traitements spécifiques (moment de la chimiothérapie, radiothérapie, etc..) n'ont pas été pris en compte, les différences culturelles non plus. La communication n'a pas été évaluée alors que celle-ci peut avoir un impact important sur l'incertitude.</p>

Grille récapitulative

Référence APA : Aislinn Taha, S., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30:3, 359-379, DOI: 10.1080/07347332.2012.664259

But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
<p>Examiner l'impact psychologique d'avoir eu une expérience de cancer du sein et de déterminer si cette expérience a influencé la façon dont les femmes perçoivent les événements quotidiens. Évaluer le rôle de l'incertitude et la capacité d'adaptation par rapport à cette expérience.</p>	<p>Quantitatif longitudinal</p>	<p>Femmes âgées de plus de 22 ans et vivant au Canada (N = 84)</p>	<p>Pour l'incertitude, une échelle évaluait la façon dont les déclarations reflétaient les sentiments de la personne. L'échelle raccourcie de Kanner et al (1981), a quantifié combien de tracas une survivante a connu au cours du mois. Une échelle abrégée a quantifié le nombre d'événements qu'une survivante a effectué au cours du dernier mois. L'échelle SCOPE évaluait, après le traitement, les diverses stratégies utilisées pour faire face à la peur de la récurrence du cancer. L'échelle Beck Dépression Inventory (BDI) a évalué la gravité des symptômes dépressifs que les participantes éprouvaient.</p>	<p>Après le traitement du cancer, les femmes avaient une plus grande tolérance à l'incertitude que les femmes qui n'avaient jamais eu d'expérience du cancer (tableau 3). A mesure que l'intensité des tracas du quotidien augmentait, les symptômes dépressifs augmentaient également. (figure 2). Les symptômes dépressifs étaient moins importants après que les femmes aient terminé leur traitement ($p <0.01$) et la sévérité des tracas quotidiens, ($p <0,05$). Les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions étaient plus fréquentes juste après la fin du traitement et ont diminué avec le temps contrairement aux stratégies d'adaptations centrées sur l'évitement qui ont gardé la même fréquence et permettent de prévenir les symptômes dépressifs.</p>	<p>Le type de cancer, l'âge au moment du cancer, la petite taille de l'échantillon.</p>

Grille récapitulative

Référence APA : Germino, B. B., Porter, L., Blyler, D., & Jenerette, C. (2013). Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Younger African American and Caucasian Breast Cancer Survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(1), 11.					
But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
Déterminer si les survivantes du cancer du sein ayant reçu une intervention de gestion de l'incertitude souffriraient moins d'incertitude, aurait une meilleure gestion de celle-ci, moins de problèmes spécifiques au cancer du sein et plus de résultats psychologiques positifs.	Quantitatif, essai randomisé, longitudinal	313 femmes survivantes du cancer du sein, âgées de 50 ans ou moins; 117 Africaines/Américaines et 196 Caucasiennes. Age moyen : 44 ans.	Recueil téléphonique : Quatre appels téléphoniques de 20 minutes d'étudiants diplômés en psychologie qui invitait la survivante à décrire l'expérience du cancer liée à son diagnostic, à son traitement et à son statut de survivante.	Réduction de l'incertitude ($p = 0,01$). Augmentation du nombre de sources d'information ($p <0,001$) et de l'utilité des sources utilisées ($p <0,001$). La connaissance des effets secondaires à long terme a significativement augmenté par rapport aux valeurs initiales ($p = 0,02$), dépassant celle du groupe témoin.	Manque de diversité ethnique. Le suivi de l'étude s'est limité à 8-10 mois après l'intervention.

Grille récapitulative

Référence APA : Britt Hagen, K., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Terje, J., ... Lind, R. (2015). Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 113-119. doi : 10.1016/j.ejon.2014.10.009

But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
Valider une version courte norvégienne de «l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie» (SF-MUIS) et examiner l'impact de l'incertitude chez les patientes atteintes de cancer du sein.	Quantitatif longitudinal	209 patientes âgées de plus de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires ont été admises à l'étude. Toutes les patientes devaient suivre un traitement curatif pour le cancer du sein L'âge moyen : 57,9 ans	Les patientes ont rempli les quatre questionnaires : SF-MUIS, échelle d'anxiété et de dépression (HADS), l'évaluation fonctionnelle du cancer-sein (FACT-ES), et huit questions concernant la qualité des informations reçues (IQP).	Les femmes qui avaient été diagnostiquées avec un cancer du sein il y a un an, ont rapporté des scores plus élevés d'incertitude que celles nouvellement diagnostiquées ($P <0,0001$). Les patientes qui étaient « très satisfaite » ou « satisfaites » de la qualité de l'information avaient moins d'incertitude liée à la maladie comparé à celles « insatisfaite » ou « très insatisfaite », $P <0,0001$.	Population homogène

Grille récapitulative

Référence APA : Waldrop, D.P., O'Connor, T.L., Trabold, N. (2011). « Waiting for the other shoe to drop » : a distress and coping during and after treatment for breast cancer. <i>Journal of psychosocial oncology</i> , 29 (4), 450-473. doi : 10.1080/07347332.2011.582638					
But de la recherche	Type de recherche (devis)	Population, échantillon	Méthode de collecte de données	Principaux résultats	Limites
<p>Comparer les stratégies d'adaptation utilisées par des patientes atteintes de cancer du sein après les traitements. Reconnaître chez ces patientes les sentiments de détresse durant les différentes phases de la maladie et leurs préoccupations psychosociales, ainsi que la façon d'y faire face pour permettre d'améliorer la qualité des soins</p>	<p>Etude mixte, descriptive, exploratoire. Il est relevé un devis quantitatif dominant et qualitatif non-dominant</p>	<p>N= 50 femmes âgées de 26-76 ans (moyenne 50,14) souffrant de cancer du sein stade I-III</p>	<p>Entrevues ouvertes enregistrées et retranscrites qui évalue le stress, la détresse, et comment les participantes font face à la maladie durant toute sa trajectoire. Personnellement et avec les soins.</p> <p>Diverses échelles : Echelle de réévaluation de l'impact des événements = IES-R (mesure l'impact d'un événement pénible durant les 7 derniers jours)</p> <p>Questionnaire du chemin vers l'adaptation = WAYS (the ways of coping) mesure les adaptations mobilisées par les participantes lors de situation de stress.</p> <p>Echelle du réseau de soutien social de Lubben (LSNS-6) évalue les liens sociaux, donc la fréquence des contacts avec les amis et la famille.</p>	<p>40% de l'échantillon ressentent de la détresse. Des stratégies d'adaptation pour faire face à la détresse sont utilisées comme l'évitement, l'intrusion et l'hypervigilance dans la phase de rémission.</p> <p>Divers symptômes (démangeaisons, douleur, engourdissement, lymphœdème) apportent un sentiment de détresse impliquant une peur constante de la réapparition du cancer chez toutes les survivantes ce qui implique des répercussions sur tout le cercle familial. Ceci apporte de l'incertitude durant toute la trajectoire, durant des années.</p> <p>Les stratégies d'adaptation sont liées à la variabilité des sentiments de détresse. Les stratégies d'adaptation cognitives et spirituelles donnent de l'assurance pour faire face au stress et au traitement et aide à la prise de décision pour la gestion de la détresse.</p> <p>Les survivantes ayant un faible taux de détresse utilise mieux leur réseau social</p> <p>L'utilisation de stratégies d'adaptations positives, le soutien social et la réévaluation positive permettent une meilleure gestion des préoccupations et des traitements durant la phase de rémission.</p>	<p>Echantillon de petite taille et étude non aléatoire.</p> <p>Bien que l'étude soit centrée sur les symptômes de détresse, l'évaluation du PTSD a peut-être été manquée.</p> <p>La procédure à division moyenne a divisé les participantes malgré des scores parfois proches d'une détresse élevée ou faible.</p>

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer : a feasibility and preliminary outcome study. <i>Journal of Cancer Survivorship</i> . 8(3). doi 10.1007/s11764-014-0357-3
Introduction Problème de recherche	Les survivants du cancer sont souvent confrontés à la peur de la récurrence de leur cancer. Sans soutien, la peur de la récurrence perdure dans le temps entraînant un stress, des symptômes de détresse psychologique, une péjoration de la qualité de vie. Ce phénomène est peu étudié.
Recension des écrits	<p>La peur de la récurrence que le cancer reprenne dans une autre partie du corps touche 22-87% des survivants d'un cancer du sein, de l'ovaire, du colon, du poumon ou de la prostate. Il existe une variation de la peur de la récurrence de 49% chez les survivants du cancer de la prostate et 74% pour les survivants du cancer du poumon. Etre une femme jeune avec des enfants implique une peur de la récurrence à un degré sévère.</p> <p>Les survivants se rendent plus facilement dans un centre de soins, prennent plus de médicaments et utilisent des thérapies alternatives. La probabilité que de ne pas suivre de près cette peur de la récurrence augmentera les coûts de la santé.</p> <p>La peur de la récurrence ressentie par les patients à un degré élevé entraîne des ressources psychologiques plus faibles et des tendances à adopter des comportements catastrophés.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le modèle du sens commun de Léventhal, la théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel, le modèle cognitif de l'inquiétude (sous-entendent que les personnes souffrant d'inquiétude développent de fausses croyances, notamment sur les bienfaits de l'inquiétude). L'intervention s'est adaptée pour la psychothérapie de groupe cognitivo-existentielle à Kissane et coll. qui traite des problèmes existentiels liés à la vie avec le cancer.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But : Tester et développer durant six semaines la faisabilité d'une intervention de groupe cognitivo-existentielle ciblant la peur de la récurrence chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ou de l'ovaire et en évaluer le maintien des améliorations après 3 mois.</p> <p>Objectifs de l'intervention : aider à identifier les déclencheurs de la peur de la récurrence, éduquer sur les signes significatifs de récurrence du cancer, aider à utiliser des techniques de restructuration cognitive afin de diminuer les interprétations erronées des symptômes physiques, changer l'idée que l'inquiétude est avantageuse, travailler les stratégies d'adaptation (prise de conscience des mauvaises stratégies utilisées et les remplacer par des stratégies efficaces), travailler sur un scénario (le pire scénario pour les femmes), travailler l'incertitude en pouvant l'identifier et la tolérer par des actions adaptées. Hypothèse : la peur de la récurrence a diminué chez les femmes ayant suivi l'intervention ainsi que les sentiments de détresse face au cancer, l'incertitude, les stratégies d'adaptation sont améliorées. L'impact de la thérapie perdure durant un suivi de trois mois.</p>
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif : Etude de faisabilité (pilote) effectuée sur deux sites de recherche.
Population, échantillon et contexte	Femmes : n= 44 de 36-71 ans (moyenne : 55 ans), souffrant d'un cancer du sein ou de l'ovaire. (Initialement 56 femmes ont été recrutées mais 12 ont abandonné au cours de l'étude soit pour une augmentation de la peur de la récurrence (n=3), difficulté à ressasser le cancer (n=3), problème d'organisation ou maladie pour suivre l'intervention (n=5), abandon sans justification (n=1). Le calcul de la taille de l'échantillon est basé sur les scores d'intrusion observés dans une autre étude traitant des femmes à risque du cancer du sein.

	<p><u>Inclusions</u> : stade I-III du cancer du sein ou de l'ovaire, évaluation de la peur de la récurrence égale ou supérieure à 4 sur plus de 50% des 22 items du questionnaire de la peur de la récurrence, avoir obtenu 26 ou plus à l'échelle de l'impact des événements (IES), doivent avoir terminé le traitement contre le cancer sauf une thérapie ciblée ou hormonothérapie en cas de besoin</p> <p><u>Exclusions</u> : ne pas souffrir d'un trouble psychiatrique majeur non traité, la non-maîtrise de l'anglais</p> <p><u>Contexte</u> : Les participantes ont été recrutées sur deux sites (Princess Margaret Cancer Centre à Toronto et l'hôpital d'Ottawa). 9 groupes ont été formés : 7 groupes pour le cancer du sein et 2 groupes pour le cancer de l'ovaire.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Utilisation de deux manuels (un pour les thérapeutes, un pour les participantes). Les données démographiques sont relevées préalablement.</p> <p>Une série de questionnaires a dû être remplie avant l'intervention (T1), à la fin de l'intervention (T2), et trois mois après la fin de l'intervention (T3). Ces questionnaires sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le questionnaire de la peur de la récurrence : 22 items mesurés sur une échelle de Likert en 5 points. Evalue les inquiétudes sur l'état de santé et le retour à la maladie, les éléments déclencheurs de l'inquiétude, l'incertitude et les préoccupations des autres. - L'échelle de l'impact des événements (IES) : évalue la fréquence des pensées intrusives et l'évitement associés au cancer. - L'échelle de l'impact du cancer : évalue la qualité de vie, les aspects spécifiques de l'expérience de survie du cancer, les préoccupations liées à l'emploi, les perspectives de vie, la relation au corps et à la santé, le sentiment sur le cancer, sa signification, les activités sociales, les relations. Elle comprend 81 items avec dix sous-échelles. Une échelle de Likert est utilisée en 5 points. - L'échelle de l'incertitude dans la maladie de Mishel : évalue l'incertitude. 33 items. - Le COPE : évalue l'adaptation. 28 items, quatorze sous-échelles.
Déroulement de l'étude	<p>Sélection des participantes : par le biais d'affiches et de brochures disposées dans les deux centres de recrutement. Des lettres sont envoyées aux participantes admissibles. Le personnel médical collabore également pour fournir des informations aux participantes. C'est ensuite un assistant de recherche, après avoir pris contact avec les participantes, qui les sélectionne et s'assure de leur admissibilité.</p> <p>Un thérapeute d'intervention de groupe effectue ensuite une première évaluation individuelle afin de donner des conseils, les objectifs de l'intervention et le formulaire de consentement. Il s'assure également que les participantes ne souffrent pas de trouble psychique et met en garde quant à l'importance de participer à toutes les séances. Les chefs de groupe ont suivi une journée de formation.</p> <p>L'étude pilote comprend des interventions de 6 séances de groupe par semaine de 90 minutes ainsi que des exercices à domicile entre chaque séance. La première séance met l'accent sur l'expérience de la peur de la récurrence, la deuxième séance traite des signes de récurrences et des soins de suivi, la troisième séance explore les niveaux d'inquiétude, la quatrième séance offre une psychoéducation sur l'inquiétude, la cinquième séance approfondit les pires scénarios possibles et la dernière séance discute des objectifs futurs après avoir examiné le contenu des autres séances.</p>
Considérations éthiques	Les comités d'éthique de la recherche des deux sites ont donné leur approbation.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Chaque séance est enregistrée et écoutée chaque semaine pour vérifier le respect de l'utilisation du manuel. Un retour est ensuite fait aux thérapeutes. Le SPSS Statistics version 20 a été utilisé pour analyser les données. La moyenne, les écarts types, la taille d'effet ont été utilisés pour les statistiques descriptives des variables psychologiques à trois occasions. L'indice de changement (RCI) a été utilisé pour la mesure de la peur de la récurrence.</p> <p>Il n'existe pas de fiabilité test-t pour le questionnaire de la peur de la récurrence, la valeur de celui-ci est donc fixé à T1 et T2 à une corrélation $r = 0.80$, ce qui démontre un lien entre les variables très fort. Les valeurs supérieures à 1.96 sont classées comme modifiées de manière fiable tandis que les valeurs inférieures à 1.96 sont significatives d'inchangées. ANOVA est utilisé pour étudier</p>

	les variables du comportement des résultats primaires et secondaires.
Présentation des résultats	<p>Le questionnaire de la peur de la récurrence a donné une cohérence interne d'alpha de Cronbach de 0,83 indiquant une bonne fiabilité de l'échelle. L'échelle de l'impact des événements (IES) indique une cohérence interne d'alpha de Cronbach de 0.79 indiquant une fiabilité acceptable. L'échelle de l'impact du cancer avec ses dix sous-échelles indique une variabilité des alphas de Cronbach oscillant de 0.61-0.85. Les résultats ne sont pas tous fiables. L'échelle de l'incertitude dans la maladie de Mishel démontre une cohérence interne d'alpha de Cronbach de 0.91. La fiabilité de cette échelle est démontrée. Le COPE démontre une variation dans l'alpha de Cronbach entre 0.43-0.96. Neuf des sous-échelles ont une bonne cohérence interne. Cinq des sous-échelles sont donc problématiques.</p> <p><u>Résultats psychologiques à T1, T2 et T3:</u> Une diminution très significative de la peur de la récurrence est observée de T1 à T3 ($p=0.001$), idem pour la détresse spécifique liée au cancer, l'incertitude et la perception négative du niveau de qualité de vie. Il en est de même pour certaines sous-échelles de l'évaluation de l'adaptation telles que l'utilisation de soutien affectif ($p<0.05$), le recadrage positif ($p<0.001$) et l'acceptation ($p<0.01$). Tous ces changements ont donc été maintenus sur les trois mois de suivi, sauf le soutien affectif qui a diminué à T3 par rapport à T2 et ne montrait donc plus de différences significatives par rapport à T1.</p> <p>Selon le RCI qui mesure le changement de la peur de la récurrence, 71% des participantes ont démontré une amélioration de celle-ci, 29% l'évaluent de façon inchangée et aucune participante ne relève une augmentation de la peur de la récurrence.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>L'étude pilote présente une diminution significative de la peur de la récurrence, de l'incertitude, de la détresse et une amélioration de la qualité de vie et de certaines composantes liées à l'adaptation. Ce phénomène est maintenu jusqu'à la dernière évaluation (T3) (hormis la recherche de soutien affectif qui diminue en T3).</p> <p>L'intervention semble être réaliste malgré l'utilisation de deux sites de recrutement et deux populations différentes (cancer du sein et de l'ovaire) ainsi qu'elle est toutefois remise en question par rapport aux abandons. Il est mentionné que les abandons sont également liés à une intervention d'une infirmière sur les symptômes possibles de la récurrence du cancer, ce qui a rendu l'information anxiogène chez certaines participantes, leur rendant impossible de rassurer leur cancer. Il est alors susceptible que ces participantes ont souffert d'une augmentation de la peur de la récurrence suite à ces informations.</p> <p>L'échelle de l'impact du cancer indique une variabilité des alphas de Cronbach oscillant de 0.61-0.85. La fiabilité de cette échelle est donc problématique pour certaines des sous-échelles utilisées.</p>
Forces et limites	<p>Forces : l'intervention est guidée par une théorie, elle explique le déroulement ainsi que les outils utilisés par les praticiens pour travailler la peur de la récurrence.</p> <p>Limites : la non randomisation de l'étude ne permet pas d'affirmer que l'intervention est responsable des changements observés. L'échelle COPE n'est peut-être pas suffisamment spécifique pour évaluer l'adaptation. Les échelles d'évaluation de la peur de la récurrence, soit l'inventaire de la peur de la récidive et le questionnaire sur la peur de la progression de la maladie, ne permettent pas encore d'avoir une réelle vue d'ensemble des changements puisqu'il n'existe pas de seuil clinique, bien que cette étude démontre des améliorations fiables, mais cette fiabilité est probablement induite par le fait que les participantes à cette étude souffraient d'un niveau élevé de peur de récurrence du cancer. Reste à savoir si cette intervention est pertinente pour des personnes souffrant d'un niveau faible de leur peur de la récurrence. L'étude manque de données sur le test de fidélité de l'intervention et l'utilisation de celle-ci par les thérapeutes.</p> <p>Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence suite à toutes ces limites mentionnées.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Bien que l'étude pilote démontre une faisabilité dans le traitement de la peur de la récurrence du cancer par l'approche cognitivo-existentielle, une étude contrôlée randomisée est nécessaire afin de préciser la fiabilité de l'intervention ainsi les recherches futures doivent affiner qu'est-ce qui est pertinent dans le modèle utilisé, ce qui détermine de réels changements. D'autres études devraient se pencher sur l'impact de la peur de la récurrence sur les hommes, cette étude traitant uniquement des femmes, celles-ci étant, d'après d'autres études plus sujettes à la peur de la récurrence à un degré modéré à élevé.</p>
Commentaires	<p>Cette étude va permettre aux auteurs de poursuivre l'exploration de l'intervention dans un essai contrôlé randomisé auprès de la même population. Cette étude suggère aussi que la peur modérée à élevée de récurrence du cancer est une préoccupation et nécessite pour les survivantes de bénéficier d'aides appropriées. Lorsque cette peur n'est pas traitée, elle ne s'estompe pas avec le temps.</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Kim, S.H., Lee, R., Lee, K.S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory: Uncertainty in breast cancer survivors. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21 (7-8), 1014-1023. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x
Introduction Problème de recherche	<p>Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus étendu en Corée. Il ne cesse d'augmenter depuis 1990. La rémission après 5 ans est une étape importante. Malgré le rétablissement, bon nombre de femmes souffrent de troubles psychologiques liés à la maladie. (Sentiment de négativité, dépression, anxiété, incertitude). L'incertitude augmente les facteurs émotionnels, la détresse et péjore la qualité de vie de par un stress constant engendrant différentes stratégies d'adaptation. La peur de la récurrence du cancer, divers symptômes, les effets indésirables des traitements, la peur de la mort et de la souffrance, les préoccupations financières sont des facteurs déclencheurs de l'incertitude. Ces femmes font des interprétations des symptômes ressentis (par ex. fatigue, douleur), même en rémission, engendrant une crainte de la rechute par manque de jugement.</p> <p>Il est important de comprendre l'incertitude et ses facteurs associés ressentie durant la trajectoire afin de pouvoir gérer l'incertitude. Identifier et aider les survivantes est un défi pour les infirmières.</p>
Recension des écrits	<p>Des recherches ont été effectuées en Occident. Sur le plan culturel, l'anxiété est plus élevée chez les Coréens qu'en Occident. Une étude antérieure relève que la baisse des activités physiques après un traitement anticancéreux augmente la fatigue et mentionne qu'il est possible que la dyspnée découle également de cette diminution de l'activité mais qu'elle est également liée à de la radiothérapie pulmonaire. L'incertitude change avec le temps et l'incertitude liée au cancer du sein prévaut pendant le diagnostic, le traitement et peut perdurer des années après la fin du traitement. Elle diminue lorsque le traitement réussit, impliquant une diminution de la peur de mourir. Toutefois la baisse de suivis médicaux liée à la rémission, la crainte de la récidive et les effets indésirables à long terme des traitements sont des facteurs liés à la persistance de l'incertitude et à son augmentation. Certains facteurs comme le fait d'être mariée augmentent l'incertitude en lien avec la responsabilité familiale.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'incertitude dans la maladie de Mishel (1988), la qualité de vie
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Hypothèse : l'incertitude change avec le temps, les symptômes sont prédictifs d'incertitude.</p> <p>But : comparer les symptômes et le niveau d'incertitude dans divers groupes ethniques, les facteurs associés à ces phénomènes et les relations entre eux, ainsi que les déclencheurs d'incertitude tout au long de la trajectoire du traitement et chez les femmes ayant terminé un traitement contre le cancer du sein.</p> <p>Objectifs : « 1. Examiner les symptômes et l'incertitude, 2. Comparer les facteurs associés aux symptômes et à l'incertitude 3. Explorer les relations entre les symptômes et l'incertitude, 4. Comparer les déclencheurs d'incertitude par trajectoire de traitement ».</p>
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif par une étude descriptive transversale

Population, échantillon et contexte	<p>N=252 femmes de Corée du Sud atteintes du cancer du sein, recevant un traitement anticancéreux (n=130) ou ayant terminé leur traitement (n= 122, avec un traitement anti-hormonal si néc.). Age moyen = 47,5 ans. La plupart des femmes étaient mariées, avaient une appartenance religieuse et au moins un diplôme d'études secondaires. 70.6% de ses femmes ont privilégié une chirurgie mammaire conservatrice à la mastectomie, 73% reçoivent ou ont reçu une chimiothérapie, 54.4% une radiothérapie et 49.6% une thérapie antihormonale.</p> <p><u>Inclusions</u> : ces femmes devaient : 1. Avoir 20 ans ou plus 2. Cancer du sein comme cancer unique, 3. Ne pas être en récidive 4. Pas de trouble psychiatrique. <u>Exclusions</u> : 11 femmes dont trop de données manquaient. <u>Contexte</u> : Ces femmes ont été recrutées au centre national du cancer du sein en Corée, soit en consultation externe, soit en hospitalisation.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><u>Collecte de données</u> : Les participantes motivées ont rempli un formulaire de consentement éclairé puis un questionnaire. Les variables cliniques sont tirées des dossiers médicaux.</p> <p><u>Echelles utilisées</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de sous-échelles de symptômes de l'Organisation Européenne de Recherche et de Thérapie pour le Cancer (EORTC) QLQ-C30 - Utilisation d'un questionnaire : Breast cancer Module (BR23) - Utilisation de l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie (MUIS-A) avec ses quatre sous-échelles (ambiguïté, complexité, incohérence, imprévisibilité)
Déroulement de l'étude	C'est une infirmière qui a reconnu les participants potentiels et leur a ensuite expliqué l'objectif de l'étude. Les patientes ont été réparties en 2 groupes selon la phase de traitement. (Recevant un traitement ou l'ayant terminé)
Considérations éthiques	Approuvé par le conseil d'examen institutionnel du Centre national Coréen contre le cancer
Résultats Traitement/Analyse des données	<p><u>Traitements</u> : L'EORTC QLQ-30 et BR23 ont été notés selon le manuel de notation de l'EORTC. Les données ont été transformées de manière linéaire pour obtenir des scores de 0-100. Plus le score est élevé, plus le niveau de symptômes est élevé. L'échelle de l'incertitude (MUIS-A) allait de 1-5 donnant un total entre 33-165, 165 étant le score le plus élevé de l'incertitude.</p> <p><u>Analyse des données</u> : ANCOVA a été utilisé pour comparer les symptômes et l'incertitude, les moyennes des symptômes de l'incertitude ont ensuite été comparées avec les variables multivariées (cause des différences dans les caractéristiques des participantes). Test-T pour identifier les facteurs associés aux symptômes. Pearson pour la corrélation entre symptôme et incertitude par trajectoire de traitement. Analyse de régression linéaire multiple pour évaluer les éléments déclencheurs d'incertitude (les effets secondaires de la thérapie systémique ont été exclus).</p> <p>Chaque facteur indépendant statistiquement significatif au niveau univarié (regard de l'effet de l'incertitude, 1 par 1) a été entré dans le modèle de régression final ; la procédure par étape (une variable est mise puis ajouté et on regarde si elle améliore le modèle) a permis d'obtenir un modèle de régression ; lors de l'exécution de régression linéaire multiples, les effets secondaires de la thérapie systémique ont été exclus. Les auteurs ont essayé de prédire l'incertitude avec les différences entre avant et après le traitement à partir des caractéristiques sociodémographiques et des symptômes, (cela fait beaucoup de test) ; ils regardent donc ceux pour lesquels il y avait un lien avec l'incertitude et ensuite ils les mettent dans le modèle. Le paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS version 16.0), a été utilisé pour analyser les données</p>
Présentation des résultats	<p><u>Symptômes et incertitudes par trajectoire de traitement</u> : Le groupe sous traitements ont significativement plus de nausées et vomissements ($p=.01$) de douleur ($p=.13$), d'insomnie ($p=.41$), de perte d'appétit ($p=.01$), de diarrhée ($p=0.10$), etc,... Celles-ci présentent un niveau d'incertitude plus élevé surtout en terme d'ambiguïté ($p=.005$) et d'incohérence ($p=.005$).</p> <p><u>Les facteurs associés aux symptômes et à l'incertitude par trajectoire de traitement</u> : chez les femmes en traitement, les symptômes sont liés au type de chirurgie reçue. ($p=.025$). La mastectomie apporte des symptômes significativement plus importants que la chirurgie mammaire conservatrice. Concernant l'incertitude, l'âge ($r=.189$, $p=.028$), le régime matrimonial ($p=.002$), la ménopause ($p=.016$), sont des éléments déclencheurs de l'incertitude durant le traitement. Dans le groupe des femmes ayant terminé le</p>

	<p>traitement, elles relèvent des symptômes liés à la radiothérapie ($p=.041$). Concernant l'incertitude, un bas niveau de scolarité ($p=.028$) et un bas revenu mensuel ($p=.006$) sont significatifs d'incertitude.</p> <p><u>La corrélation entre symptômes et incertitude par trajectoire de traitement</u> : pour le groupe en traitement la plupart des symptômes sauf les nausées, vomissements, les symptômes du bras et la perte des cheveux sont corrélés à l'incertitude. Pour les femmes ayant terminé le traitement, la dyspnée ($p=.005$), l'insomnie ($p=.0043$) les effets secondaires systémiques ($p=.039$) et les symptômes du bras ($p=.039$) sont corrélés à l'incertitude.</p> <p><u>Les éléments déclencheurs d'incertitude par trajectoire de traitement</u> : Durant le traitement, le régime matrimonial ($p=.002$), la douleur ($p=.003$), et l'âge ($p=.013$) sont des éléments déclencheurs significatifs d'incertitude, tandis qu'après le traitement, c'est le revenu mensuel ($p=.006$), la dyspnée ($p=.016$) et l'insomnie ($p=.008$) qui sont significatifs</p>
Discussion Interprétation des résultats	De nombreux symptômes tels que les nausées – vomissement, la douleur, l'insomnie, la perte d'appétit, les diarrhées, le traitement systémique, l'impact de la perte des cheveux, sont plus sévères chez les femmes en traitement du cancer du sein, ceux-ci étant corrélés aux traitements adjutants. La prise en charge de la douleur, par exemple, peut donc aider à la diminution de l'incertitude. Toutefois, les symptômes tels que la fatigue, la dyspnée, l'insomnie, la constipation, les sensations dans la poitrine et au bras doivent faire l'objet d'une attention particulière puisque ceux-ci persistent après le traitement et augmentent l'incertitude. L'incertitude générale se révèle plus élevée durant le traitement (puisque la crainte de ne pas survivre au traitement est omniprésente), qu'après le traitement. Celle-ci est augmentée si la femme est mariée puisqu'elle s'inquiète de l'impact de sa maladie sur sa famille. L'âge est également un facteur d'incertitude durant le traitement. Plus la femme a un âge avancé, plus elle est confrontée à une incompréhension de la part de ses soins. (Interprétation compliquée de ses symptômes).
Forces et limites	Un plan d'étude longitudinal aurait permis plus de précision sur la nature de l'incertitude. Les traitements spécifiques (moment de la chimiothérapie, radiothérapie, etc..) n'ont pas été pris en compte, les différences culturelles non plus alors qu'il y a des différences épidémiologiques du cancer du sein entre les Coréennes et les femmes des pays occidentaux (notamment l'âge). Il est donc difficile de transférer ces résultats chez les patientes des pays occidentaux. La communication n'a pas été évaluée alors que celle-ci peut avoir un impact important sur l'incertitude.
Conséquences et recommandations	<p><i>Il est recommandé que d'autres recherches devant utiliser une étude longitudinale sont nécessaire pour identifier avec plus de précision la nature de l'incertitude. Les résultats de cette étude offrent une nouvelle perspective pour la prise en charge de l'incertitude chez les survivantes du cancer du sein.</i></p> <p><i>Il est recommandé pour la pratique clinique, de respecter la trajectoire et de faire le lien avec l'incertitude tout en tenant compte de l'âge, du statut matrimonial ainsi que de la douleur durant le traitement et de tenir compte des autres symptômes, notamment la dyspnée et l'insomnie chez les femmes après le traitement. Des programmes de soutien aux familles sont recommandés aux femmes mariées afin de diminuer l'incertitude.</i></p> <p><i>Des possibilités de programmes d'interventions à distance sont évoquées afin de pallier la distance entre le domicile et l'institution de soins ainsi que de tenir compte des facteurs socio-économiques liées à l'incertitude, bien que ce phénomène ait été ignoré.</i></p>
Commentaires	Les soignants doivent identifier, surveiller les symptômes et aider les survivantes durant leur trajectoire de la maladie afin de les accompagner dans leur gestion de l'incertitude avec une évaluation de celle-ci, tout en tenant compte de la détresse liée aux symptômes.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Aislinn Taha, S., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> , 30:3, 359-379, DOI: 10.1080/07347332.2012.664259
Introduction Problème de recherche	La détresse associée à un diagnostic de cancer, les traitements et leurs effets secondaires, ainsi que l'incertitude des résultats, il a été suggéré que les facteurs psychosociaux devraient être considérés comme un aspect important du traitement du cancer du sein. La période de post-traitement s'accompagne souvent d'une variété de facteurs de stress qui peuvent influer sur le bien-être physique et psychologique et, par conséquent, un ajustement efficace et des capacités d'adaptation peuvent être nécessaires.
Recension des écrits	<p>Après la fin du traitement et la perte simultanée d'une équipe de traitement, une survivante du cancer du sein peut avoir l'impression de perdre son «filet de sécurité». Cela peut être aggravé lorsque les ressources de soutien social diminuent, lorsque les amis considèrent les femmes comme «guéries». Après l'achèvement du traitement, il existe encore un risque important de récurrence du cancer pouvant mener à des peurs obsessionnelles. Toutes ces préoccupations pèsent sur le bien-être psychologique et peuvent amener à des symptômes dépressifs.</p> <p>En réponse aux facteurs de stress, les survivantes peuvent adopter différentes stratégies d'adaptation. Il a été suggéré que l'adaptation centrée sur les problèmes est favorisée lorsqu'un événement stressant est évalué comme pouvant être modifié, alors que l'adaptation centrée sur les émotions et les évitements tend à être endossée dans une situation lorsque le contrôle n'est pas possible.</p> <p>Les femmes peuvent utiliser une adaptation centrée sur les problèmes pour modifier leur mode de vie, leur alimentation et leur activité afin de réduire l'influence des facteurs qui peuvent contribuer à la récurrence du cancer. Les stratégies d'adaptation qu'une survivante adopte pour faire face au cancer peuvent avoir des implications marquées pour le bien-être psychologique.</p> <p>Les femmes vivant avec un cancer du sein ont souvent déclaré avoir trouvé un sens à leur maladie (c.-à-d. Comprendre le lien de causalité avec le cancer, pourquoi elle les a isolées), avoir trouvé des avantages à vivre une expérience de cancer. En effet, la croissance post-traumatique de celles qui ont survécu au cancer s'est avérée être un tampon contre le stress post-traumatique et les pensées intrusives.</p> <p>Certaines femmes ont réussi à utiliser leur expérience du cancer comme une opportunité de poursuivre ce qu'elles avaient toujours voulu en termes de carrière et de vie familiale, et de profiter consciemment de leur temps et de leur entourage. En post-traitement, les femmes doivent encore faire face à l'incertitude de leur santé à l'avenir, et ce facteur aussi, peut influencer leur perception de la vie de tous les jours.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Stratégies d'adaptation, l'incertitude

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But : examiner l'impact psychologique d'avoir eu une expérience de cancer du sein et déterminer si cette expérience a influencé la façon dont les femmes perçoivent les événements quotidiens. Évaluer le rôle de l'incertitude et la capacité d'adaptation par rapport à cette expérience.</p> <p>Les hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les femmes après le traitement signaleraient moins de tracas quotidiens par rapport aux femmes qui n'ont pas eu d'expérience de cancer. Les symptômes dépressifs sont généralement inférieurs que chez les femmes en post-traitement. 2. L'intolérance à l'incertitude est associée à des symptômes élevés de dépression, et cette relation est influencée par les perceptions des tracas quotidiens. Les symptômes dépressifs sont plus faibles chez les femmes après le traitement que chez les femmes du groupe témoin. 3. Chez les femmes après le traitement, le temps écoulé depuis la fin du traitement interagirait avec l'intolérance à l'incertitude et les stratégies d'adaptation pour prédire les symptômes dépressifs. Plus précisément, plus la période est longue depuis qu'une femme a terminé son traitement, plus elle est susceptible de tolérer l'incertitude et d'endosser une adaptation centrée sur les problèmes, ce qui serait associé à une réduction des symptômes dépressifs. 4. Chez les femmes après le traitement, la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes dépressifs est basée sur des stratégies d'adaptation, en particulier axées sur les émotions et sur l'évitement.
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif longitudinal
Population, échantillon et contexte	<p>Femmes âgées de plus de 22 ans et vivant au Canada (N = 84).</p> <p>Les critères d'admission comprenaient d'être anglophone et ne pas avoir de troubles psychiatriques ou autres troubles immunologiques. La moitié des femmes âgées de 22 à 63 ans avaient terminé le traitement du cancer du sein avec succès (50%, n = 42), tandis que les femmes du groupe témoin, entre 22 et 63 ans, n'avaient jamais eu de cancer du sein.</p> <p>Les critères d'exclusion chez les participants du groupe témoin étaient les suivants: n'avoir jamais été traité pour un cancer ou une autre maladie mettant la vie en danger et n'avoir été traité pour aucune maladie psychologique. Une fois les mesures terminées, les femmes ont reçu un compte rendu qui expliquait le but de l'étude et leur fournissait un lien vers de l'information pour les centres de soutien du cancer à travers le Canada.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Contexte : des centres de soutien du cancer du sein, sites Web.</p> <p>Diverses échelles ont été utilisées :</p> <p>Une échelle de 27 items évaluait la façon dont les déclarations reflétaient les sentiments de la personne (par exemple, l'incertitude rend la vie intolérable, j'étais frustré de ne pas avoir toutes les informations dont j'avais besoin, l'incertitude me rendait vulnérable, malheureuse ou triste). Le score de points allait de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait) puis un score total a été calculé en prenant la moyenne sur l'ensemble des items.</p> <p>Pour les tracas du quotidien, l'échelle raccourcie de Kanner et al (1981), a quantifié combien de tracas (sur 60 décrits) un participant a connu au cours du mois passé (par exemple, avoir à attendre, surcharge de responsabilités) puis le score a été examiné sur une échelle de 3 points allant de 1 (assez sévère) à 3 (extrêmement sévère). Un score d'intensité a été calculé en divisant la sévérité cumulée des tracas par le nombre de tracas vécus.</p> <p>Les événements quotidiens :</p> <p>Cette échelle abrégée a quantifié le nombre d'événements (sur les 75 décrits) qu'une participante a effectué au cours du dernier mois (p. Ex., Dormir suffisamment, accomplir une tâche, passer du temps avec des enfants) ainsi que la fréquence des événements sur une échelle de 3 points allant de 1 (assez souvent) à 3 (extrêmement souvent). Comme avec l'échelle des tracas, un nombre total, la</p>

	<p>fréquence et le score d'intensité a été calculé.</p> <p>L'échelle SCOPE de 50 items évaluait, après le traitement, les diverses stratégies utilisées par les individus pour faire face à la peur de la récurrence du cancer. Les femmes ont indiqué sur une échelle de 5 points de 0 (jamais) à 4 (presque toujours) à quelle fréquence elles avaient utilisé diverses stratégies d'adaptation.</p> <p>L'échelle Beck Dépression Inventory (BDI) a évalué la gravité des symptômes dépressifs que les participantes éprouvaient.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude s'est déroulée entre février 2010 et janvier 2011.</p> <p>Une série de questions préalables au dépistage a été posée (p. Ex. Taille de la tumeur au moment du diagnostic, stade du cancer au moment du diagnostic, type de cancer du sein, traitement médicamenteux utilisé et influence hormonale). Les participantes qui étaient incapables de répondre à ces questions n'ont pas été inclus dans l'étude.</p>
Considérations éthiques	Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Carleton.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Dans un cas, les analyses de variances (ANOVAs) ont déterminé si les deux conditions présentaient des différences sur l'une des constructions dans cette étude. Une régression hiérarchique a ensuite été utilisée pour déterminer le rôle modérateur des tracas quotidiens et / ou de l'intensité de remontée quotidienne sur la relation entre l'appartenance à un groupe et les symptômes dépressifs. Ceci a été suivi d'une analyse de médiation modérée pour déterminer si l'intensité des tracas quotidiens modérait la relation entre l'incertitude et les symptômes dépressifs et, en outre, si cette relation différait entre les deux conditions. La méthode de médiation modérée a été utilisé avec 5000 échantillons bootstrap. Le modèle hypothétique a ensuite été comparé à d'autres modèles médiatisés.</p> <p>L'expérience unique des femmes après le traitement a ensuite été examinée en utilisant des corrélations pour déterminer s'il y avait des changements dans ces constructions au fil du temps depuis l'achèvement du traitement.</p> <p>Des analyses de régression hiérarchique ont ensuite été utilisées pour déterminer si le temps écoulé depuis l'achèvement du traitement interagissait avec l'incertitude et chacune des stratégies de survie individuellement pour prédire les symptômes dépressifs. Une médiation multiple utilisant la méthodologie bootstrap de Preacher et Hayes (2008) pour des médiateurs multiples, avec 5 000 itérations, a examiné si les stratégies d'adaptation axées sur les émotions, les problèmes ou l'évitement influençaient la relation entre l'intolérance et les symptômes dépressifs; et une simple médiation a examiné si la restructuration cognitive était à l'origine de la relation susmentionnée.</p>
Présentation des résultats	<p>Les symptômes dépressifs ainsi que le nombre de tracas au quotidien ne différaient pas entre les groupes (tableau 3). Après le traitement du cancer, les femmes avaient une plus grande tolérance à l'incertitude que les femmes qui n'avaient jamais eu d'expérience du cancer (tableau 3).</p> <p>Comme le montre la figure 2, à mesure que l'intensité des tracas du quotidien augmentait, les symptômes dépressifs augmentaient également. Fait important, cependant, cet effet était plus important chez les femmes qui étaient sous contrôle.</p> <p>Les symptômes dépressifs étaient moins importants après que les femmes aient terminé leur traitement ($p <0.01$) et la sévérité des tracas quotidiens, ($p <0.05$).</p> <p>Stratégies d'adaptation :</p> <p>Les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions étaient plus fréquentes juste après la fin du traitement et ont diminué avec le temps contrairement aux stratégies d'adaptations centrées sur l'évitement qui ont gardé la même fréquence.</p> <p>L'utilisation des stratégies d'adaptation centrée sur les émotions sont les stratégies qui permettent de prévenir le mieux les</p>

	symptômes dépressifs.
Discussion Interprétation des résultats	<p>Bien que les femmes qui ont vécu une expérience du cancer signalent des problèmes physiques et psychologiques persistants, elles signalent aussi de nombreux résultats positifs de leur expérience. Toutefois, la possibilité de récurrence du cancer est un facteur affectant leur bien-être psychologique lié à l'incertitude qu'elle génère.</p> <p>Les femmes qui avaient terminé plus récemment un traitement contre le cancer du sein ont signalé des symptômes dépressifs et des tracas quotidiens plus importants que les femmes qui avaient terminé leur traitement depuis plus longtemps. Les symptômes dépressifs étaient plus présent dans le groupe témoin, il se peut que le fait d'avoir survécu au cancer du sein, les femmes après le traitement, aient pu développer des stratégies d'adaptation plus efficaces pour faire face à l'incertitude. Lorsque la relation entre l'incertitude et les symptômes dépressifs a été examinée après le traitement, seule le coping centré sur l'émotion a influencé cette relation.</p> <p>La réduction de l'incertitude peut être atteint en promouvant l'adoption de stratégies de pleine conscience, qui mettent l'accent sur le moment présent, et éliminent la ruminination sur des événements futurs qui peuvent ne pas être sous le contrôle des femmes. Il a été démontré que les programmes de réduction du stress basés sur la pleine conscience limitent les sentiments d'anxiété, de dépression et de peur de récidive du cancer au cours de la vie.</p>
Forces et limites	Limites : le pronostic, la progression et le traitement de la maladie cancéreuse de chaque femme sont uniques, et ces facteurs n'ont pu être contrôlés dans cette étude. De même, le risque de récurrence du cancer du sein peut varier en fonction du type de cancer du sein (par exemple HER2 positif) et du temps écoulé depuis l'achèvement du traitement. La petite taille de l'échantillon n'a pas permis d'effectuer des analyses sur le type de cancer. L'âge auquel le cancer est vécu peut avoir des effets différentiels sur l'adaptation psychologique et le bien-être étant donné l'influence du cancer sur l'image corporelle, la sexualité, la fertilité, etc.
Conséquences et recommandations	<p>Il serait nécessaire d'obtenir une taille d'échantillon suffisamment grande pour que l'âge, le type de cancer, le temps écoulé depuis le traitement et d'autres facteurs de différence individuels puissent être examinés pour déterminer leurs effets indépendants et conjoints.</p> <p>Des analyses qualitatives pourraient être nécessaires pour déterminer dans quelle mesure trouver un sens pourrait avoir facilité le bien-être suite à une expérience de cancer</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Germino, B. B., Porter, L., Blyler, D., & Jenerette, C. (2013). Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Younger African American and Caucasian Breast Cancer Survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(1), 11.
Introduction Problème recherche	<p>Les femmes plus jeunes (50 ans et moins) survivent en plus grand nombre au cancer du sein, car les taux d'incidence sont stables et les taux de mortalité diminuent. Cependant, particulièrement au cours des cinq premières années suivant la fin du traitement, bon nombre de ces femmes ne sont pas préparées et n'ont pas les ressources nécessaires pour gérer les incertitudes persistantes et souvent pénibles de la survie, y compris la menace de récurrence et les changements majeurs de leur corps.</p> <p>L'expérience de vivre avec l'incertitude est l'un des défis les plus courants auxquels sont confrontés les jeunes survivants du cancer du sein.</p> <p>Pour les survivantes du cancer du sein, l'incertitude est présente dans la crainte d'une récurrence, d'un dysfonctionnement sexuel, de changements corporels et de symptômes liés à l'impact du traitement et de problèmes psychologiques.</p>
Recension des écrits	<p>L'incertitude et sa gestion font partie des problèmes physiques et sociaux persistants qui affectent la qualité de vie</p> <p>Étant donné que le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes plus âgées, les survivantes plus jeunes manquent de groupes de pairs, ce qui limite également l'accès aux conseils et aux connaissances sur la gestion des effets secondaires du traitement à long terme, tels que la ménopause prématuée (par exemple, dysfonctionnement sexuel, fatigue, insomnie), ainsi que les ressources contenant des informations crédibles.</p> <p>Les survivantes plus jeunes hésitent souvent à divulguer leurs inquiétudes par peur d'intimider et elles signalent souvent des niveaux de détresse plus élevés que les survivantes plus âgées, affectant leur état psychologique et leur fonction affective et sociale, causant des problèmes sexuels et conduisant à des besoins non satisfaits. Leurs incertitudes et leurs peurs peuvent être liées à la peur de la progression du cancer.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'incertitude de Mishel.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But : Déterminer si les survivantes du cancer du sein ayant reçu une intervention de gestion de l'incertitude souffriraient moins d'incertitude, aurait une meilleure gestion de celle-ci, moins de problèmes spécifiques au cancer du sein et plus de résultats psychologiques positifs.</p> <p>Objectif : - d'enseigner des stratégies aux survivantes plus jeunes pour gérer l'incertitude dans la survie</p> <ul style="list-style-type: none"> - examiner l'impact de l'intervention sur les épisodes de stress aigu épisodique courant chez les survivantes afin de déterminer si la relation entre l'incertitude et le stress entraînerait une détresse émotionnelle <p>Hypothèse : les femmes ayant reçu l'YS-UMI, par rapport au groupe témoin, auraient moins d'incertitude, une meilleure gestion des</p>

	incertitudes plus de connaissance des effets secondaires à long terme, un meilleur recadrage cognitif et plus de sources d'information et une plus grande utilité de cette information, moins de préoccupations propres au cancer du sein (moins de crainte de récurrence) , moins de pensées négatives et réduction des symptômes liés au traitement, y compris des résultats psychologiques plus positifs (une plus grande croissance personnelle, une plus grande auto-efficacité, et un effet plus positif et moins négatif
Méthodes Devis de recherche	Quantitative longitudinale, essai randomisé
Population, échantillon et contexte	<p>Échantillon : 313 femmes survivantes du cancer du sein, âgées de 50 ans ou moins; 117 Africaines/Américaines et 196 Caucasiennes. Age moyen : 44 ans.</p> <p>Critère d'inclusion</p> <p>Les femmes qui ont été choisies avaient pour symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) des changements hormonaux entraînant une ménopause prématuée avec des bouffées de chaleur, des problèmes sexuels, des problèmes de fertilité, une prise de poids, une perte de densité osseuse et une humeur changeante b) des troubles de l'image de soi c) fatigue et troubles du sommeil d) les symptômes du pré-lymphœdème et du lymphœdème <p>Contexte : domicile</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les survivantes du groupe de contrôle ont reçu quatre appels téléphoniques de 20 minutes d'étudiants diplômés en psychologie qui l'invitait à décrire l'expérience du cancer liée à son diagnostic, à son traitement et à son statut de survivante. Les étudiants diplômés ont également été formés pour écouter la participante et ne pas offrir d'informations ou de commentaires. Tous les appels ont été enregistrés et examinés par un enquêteur afin de s'assurer que les directives relatives à la durée, au contenu et au rôle d'appelant étaient respectées.</p> <p>À la fin de l'étude, les participants au contrôle ont reçu le CD d'intervention et le guide.</p> <p>Les données sur les résultats ont été recueillies après 4 à 6 mois et après 8 à 10 mois après l'intervention.</p> <p>Les ressources comprenaient donc le CD d'intervention ainsi qu'une liste d'organisations, de sites Web, de livres et de brochures, des groupes de soutien spécialement conçus pour les jeunes femmes et les Afro-Américaines. Ces interventions ont été adaptées aux femmes survivantes vivant une vie active et ont été conçues pour être facilement utilisées à tout moment où des préoccupations liées à leur survie ont surgi.</p>

Déroulement de l'étude	<p>Il y a une intervention en 2 volets :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le premier volet est un CD produit par des professionnels qui fournissent des stratégies cognitives et comportementales spécifiques pour contrôler l'incertitude et promouvoir l'auto-efficacité face aux idées de récidive, améliorer les préoccupations liées au cancer ou d'autres et faire des changements de vie positifs. 2) Le deuxième volet de l'intervention était un guide élaboré par un chercheur qui traitait de certaines incertitudes liées aux effets secondaires à long terme du traitement du cancer du sein et aux problèmes de la vie. <p>Les matériaux d'intervention ont été livrés aux participantes à leur domicile par les collecteurs de données lors de la première collecte de données (T1). Le matériel a été complété par quatre appels de formation hebdomadaires de 20 minutes menés par des infirmières et infirmiers interventionnistes (IA) en utilisant un protocole et des heures de rendez-vous planifiées. Au téléphone, les infirmiers/infirmières ont revu et renforcé la pratique avec les compétences de la semaine précédente, se concentrant sur la justification des nouvelles compétences et répétant de nouvelles compétences. Les infirmiers/infirmières ont aidé les femmes à appliquer les compétences à leurs incertitudes spécifiques et à les intégrer dans leur vie.</p>
Considérations éthiques	Tous les appels téléphoniques ont été enregistrés avec le consentement des participantes. L'enregistrement a également permis aux enquêteurs d'examiner tous les appels afin de s'assurer de l'intervention.
Résultats Traitement/Analyse des données	L'effet de l'intervention sur les résultats a été évalué à l'aide de modèles mixtes linéaires dans SAS® (PROC MIXED), version 9.2. Toutes les informations provenant des appels ont été saisies dans une base de données interactive.
Présentation des résultats	<p>Au départ, les groupes d'intervention et témoin avaient une tendance à des différences significatives sur les trois résultats de l'étude : connaissance des effets secondaires à long terme ($p = 0,006$), utilisation des activités comportementales comme stratégie d'adaptation cognitive ($p = 0,05$), et affect négatif ($p = 0,03$ chez les Afro-Américains). Plus particulièrement, le groupe d'intervention a commencé l'étude avec moins d'effets secondaires à long terme et moins d'activités comportementales rapportées, et les Afro-Américains du groupe d'intervention ont commencé avec un effet négatif plus élevé que les participants du groupe témoin. Parce que les groupes ont été randomisés, les résultats pour les données démographiques diffèrent entre les groupes (statut de l'éducation et de l'assurance maladie) ne sont pas rapportés. Cependant, les auteurs ont utilisé les modèles mixtes qui contrôlent ces variables, et tous les effets d'intervention statistiquement significatifs ont demeurés significatifs.</p> <p>Les femmes survivantes du cancer qui ont reçu l'intervention ont signalé des réductions de l'incertitude ($p = 0,01$). Une augmentation plus importante du nombre de sources d'information ($p < 0,001$) et de l'utilité des sources utilisées ($p < 0,001$).</p> <p>L'intervention a également eu un impact positif sur la connaissance des effets secondaires à long terme. Bien que le groupe témoin était plus élevé au départ que le groupe d'intervention, la connaissance des effets secondaires à long terme a significativement augmenté par rapport aux valeurs initiales ($p = 0,02$), dépassant celle du groupe témoin.</p> <p>Implications pour les soins infirmiers :</p>

	<p>L'intervention peut être appliquée de façon réaliste dans la pratique en raison de son caractère efficace et exigeant une participation minimale directe des soignants. L'intervention permet aux survivantes qui ont un problème particulier d'incertitude à un moment donné d'accéder à l'information, aux ressources et aux stratégies de gestion.</p> <p>Préoccupations spécifiques au cancer du sein :</p> <p>Les participantes du groupe d'intervention ont connu une augmentation plus importante de l'auto-efficacité liée au cancer que celles du groupe témoin ($p = 0,003$).</p> <p>En ce qui concerne la croissance personnelle, aucun effet significatif n'a été noté sur le score total GTUS (Growth Through Uncertainty Scale) ou sur trois des sous-échelles (new view, approach, and growth). Cependant, un effet significatif a été détecté sur l'absence de peur et d'incertitude ($p = 0,03$), un résultat important parce que l'absence de peur et d'incertitude se rapportent à des événements futurs, cela indique donc que l'influence de l'intervention s'est notablement améliorée au fil du temps.</p> <p>En résumé, le groupe d'intervention a connu des diminutions significatives de l'incertitude et du dysfonctionnement sexuel par rapport au groupe témoin et une diminution plus importante (bien que non significative) des craintes de récurrence. Les femmes ayant bénéficié de l'intervention ont signalé une meilleure connaissance des effets secondaires du traitement à long terme, un plus grand nombre de sources d'information, une plus grande utilité de l'information, une utilisation plus fréquente des stratégies d'adaptation cognitives, la résolution de problèmes et une amélioration de l'auto-efficacité liée au cancer.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Comparées aux femmes du groupe témoin, les survivantes qui ont reçu le YS-UMI ont signalé des avantages significatifs dans un certain nombre de domaines. Comme supposé, l'intervention a conduit à des réductions de l'incertitude pour les femmes caucasiennes et afro-américaines, une augmentation des connaissances sur le cancer et l'utilisation de l'information sur le cancer du sein (ressources primaires). L'information peut donc réduire l'incertitude.</p> <p>Conformément à la théorie de l'incertitude, l'information et le soutien fournis par le guide et les intervenants ont probablement clarifié les préoccupations des survivantes, affaiblissant ainsi l'incertitude.</p> <p>Le YS-UMI a également permis d'améliorer les stratégies d'adaptation : stratégies d'adaptation comportementales et cognitives. Les activités comportementales sont efficaces pour faire face à certains facteurs de stress liés à la survie, tels que la recherche et l'utilisation d'informations sur la gestion des symptômes physiques. Cependant, les stratégies cognitives peuvent être plus efficaces pour faire face à d'autres facteurs de stress, tels que la peur de la récidive.</p> <p>Bien que les participantes aient indiqué qu'elles préféraient la gestion des symptômes sous forme de livret, ce format n'avait pas la portabilité et la facilité d'accès du CD. Les auteurs savent que beaucoup de femmes dans l'étude ont écouté le CD dans leur voiture sur le chemin du travail ou même au travail.</p>
Forces et limites	<p>L'échantillon ne comprenait que des femmes caucasiennes et afro-américaines, ce qui limitait la possibilité de généraliser les résultats à d'autres groupes ethniques. Le suivi de l'étude s'est limité à 8-10 mois après l'intervention. Cela a peut-être empêché les auteurs de détecter des améliorations dans certains résultats qui pourraient prendre plus de temps.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En dépit de quelques limites, l'efficacité de l'YS-UMI pour les survivantes plus jeunes américaines et africaines à long terme est très prometteuse pour l'application clinique car elle peut être livrée de manière réaliste dans un contexte clinique. Le YS-UMI est efficace</p>

	<p>et rentable car des matériels d'intervention, peu coûteux à reproduire, peuvent être donnés aux survivantes et utilisés selon les besoins.</p> <p>Parce que les auteurs ciblaient des femmes plus jeunes, l'utilisation de la technologie actuelle pour réaliser l'intervention est vitale. Beaucoup de jeunes femmes utilisent des smartphones et des tablettes pour gérer l'information dans leur vie. Les auteurs adaptent actuellement cette intervention pour l'utilisation de dispositifs en ligne et mobiles et la testeront par le biais d'un groupe national de survivantes en ligne.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Des essais futurs sont nécessaires qui doivent inclure un nombre suffisant de survivantes plus jeunes d'autres ethnies pour s'assurer que l'intervention est efficace pour une population diversifiée.</p> <p>La portabilité et l'accès pratique à l'information étant une valeur importante pour les jeunes ayant une vie active et complexe, l'étude de la technologie actuelle pour la prestation d'interventions est un domaine important pour la recherche future.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hagen, K. B., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Kvaløy, J. T., ... Lind, R. (2015). Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 19(2), 113-119. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.009
Introduction Problème recherche	<p>En Norvège, le cancer du sein représente plus de 20% de tous les cancers féminins, avec une incidence indiquant qu'environ une femme sur 12 développe la maladie avant l'âge de 75 ans. À la fin de l'année 2011, environ 38500 femmes étaient sous traitement actif ou avaient été traitées pour un cancer du sein.</p> <p>Vivre avec l'incertitude pendant et après avoir terminé le traitement peut poser un défi de toute une vie en raison de la nature chronique de la maladie. Les patientes rapportent une exacerbation des symptômes et une peur de la progression de la maladie avant de passer une mammographie, et les études montrent que l'imprévisibilité des symptômes et l'avenir incertain ont été identifiés comme des causes d'incertitude. L'incertitude est définie comme «l'incapacité de déterminer la signification des événements liés à la maladie».</p> <p>Une forte incertitude est associée à une capacité réduite de traiter de nouvelles informations et à s'adapter au diagnostic du cancer. L'incertitude liée à la maladie et la peur de la progression de la maladie affectent l'adaptation psychosociale et la qualité de vie. Un degré élevé d'incertitude est démontré plusieurs années après le traitement, ce qui peut être l'un des plus grands défis pour les survivantes du cancer du sein.</p> <p>Bien que les facteurs qui déclenchent l'incertitude puissent changer au fil du temps, les symptômes angoissants et la peur de la récidive sont fortement associés à une incertitude et à une détresse émotionnelle accrue.</p>
Recension des écrits	<p>Les informations données par le personnel soignant sur la cause, l'intensité et la durée des symptômes ont été rapportées comme étant un facteur majeur dans la réduction de l'incertitude de la maladie.</p> <p>L'échelle originale de Mishel Uncertainty in Illness (MUIS ou MUIS-A) de 1981 comprenait 33 énoncés et examinait l'incertitude chez les patients adultes hospitalisés. Plusieurs autres versions du MUIS ont été développées pour différents contextes. La forme abrégée de MUIS a été établie en 2012, mais jamais utilisée dans aucune étude. Malgré l'importance du concept d'incertitude dans la maladie chez les patients cancéreux, il n'existe aucun outil fiable et valide en Norvège. L'échelle a ensuite été modifiée pour évaluer la perception de l'incertitude de la maladie liée à quatre facteurs; ambiguïté, complexité, imprévisibilité et information incohérente à travers toute la trajectoire de la maladie. L'échelle modifiée mesurerait l'incertitude sur les changements de la vie des patients atteints de cancer pendant la période de diagnostic, les phases de traitement et les survivants du cancer à long terme.</p> <p>Dans les échelles avec des réponses de type Likert ordinaires, l'alpha ordinal a montré qu'il estimait la fiabilité plus précisément que l'alpha de Cronbach, en particulier dans les échelles de forme courte.</p> <p>Une forme courte applicable de MUIS pourrait être plus facile et plus appropriée à utiliser que la version longue de l'échelle, quand il</p>

	s'agit d'identifier les patients qui ont besoin de soins de support supplémentaire.
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'incertitude de Mishel.
Hypothèses/question de recherche/buts	But : Valider une version courte norvégienne de «l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie» (SF-MUIS) et examiner l'impact de l'incertitude chez les patientes atteintes de cancer du sein. Hypothèse : Une forme courte applicable de MUIS pourrait être plus facile et plus appropriée à utiliser que la version longue de l'échelle, afin d'identifier les patientes qui ont besoin de soutien supplémentaire.
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif, longitudinale
Population, échantillon et contexte	Population : 209 patientes âgées de plus de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires ont été admises à l'étude. Toutes les patientes devaient suivre un traitement curatif pour le cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et/ou traitement endocrinien) et être capables de parler, de lire et d'écrire le norvégien. L'âge moyen des patientes était de 57,9 ans, allant de 34 à 81 ans. Cent vingt (57,4%) ont été traités par chimiothérapie, 128 (61,2%) par radiothérapie et 147 (70,3%) par hormonothérapie. Contexte : domicile, hôpital
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les patientes ont rempli les quatre questionnaires : SF-MUIS, échelle d'anxiété et de dépression (HADS), l'évaluation fonctionnelle du cancer-sein (FACT-ES), et huit questions concernant la qualité des informations reçues (IQP). Un groupe a rempli les questionnaires entre 0 à 4 semaines après la chirurgie du sein, un deuxième entre 4 et 24 semaines et un troisième 24 à 52 semaines (groupe A,B et C). Échelle de l'incertitude de Mishel dans la forme courte (SF-MUIS) : Le SF-MUIS couvre cinq énoncés des 33 questions examinant l'incertitude de la maladie chez les adultes demandant aux participantes de remplir par 1 "fortement en désaccord", 2 "en désaccord", 3 "incertain", 4 "d'accord" et 5 "fortement d'accord" aux énoncés : "J'ai beaucoup de questions sans réponses", "Je comprends tout ce qu'on m'a expliqué", "Les médecins me disent des choses qui ont beaucoup de sens", "Il y a tellement de types de personnel différents; on ne sait pas qui est responsable de quoi ", et "Le but de chaque traitement est clair pour moi ". Les énoncés 1 et 3 concernent l'état de la maladie, les énoncés 2 et 4 la complexité de la maladie et l'énoncé 4 est un facteur personnel. L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) : L'anxiété et la dépression ont été mesurées par le HADS, qui est une échelle d'auto-évaluation composée de 14 items, 7 pour le HADS-A (anxiété) et 7 pour le HADS-D (dépression). L'évaluation fonctionnelle de la thérapie du cancer du sein (FACT-ES) : La version 4 de FACT-ES est un questionnaire à 46 items qui mesure la fatigue et les aspects physiques, sociaux, émotionnels et fonctionnels de la qualité de vie. Évaluation de la qualité de l'information reçue (QPI) :

	<p>Huit items modifiés pour les patientes atteintes d'un cancer du sein ont été utilisés pour indiquer comment les patientes avaient reçu l'information donnée au moment du diagnostic de cancer du sein. Les patientes ont répondu à 4 questions sur le contenu de l'information; «Les informations sur la maladie étaient-elles satisfaisantes?», «Vous ont-t-elles informé du traitement de la maladie?», «Avez-vous eu des informations sur les effets secondaires du traitement de votre maladie?» et «Avez-vous eu des informations sur l'importance d'adhérer au traitement?», avec des alternatives de réponse; 1 "non", 2 "trop peu", 3 "certains", et 4 "oui". Puis 4 énoncés : «On m'a donné des informations adéquates sur le cancer du sein», «J'ai eu le temps de réfléchir à ce qu'ils m'ont dit», «Ils m'ont demandé de poser des questions», «Je me suis sentie prise en charge» avec les possibilités de réponse : 1 "pas du tout d'accord", 2 "pas d'accord", 3 "d'accord" et 4 "tout à fait d'accord".</p>
Déroulement de l'étude	<p>Entre janvier 2012 et juin 2013, en préopératoire, les patientes ont été contactées par téléphone, informées de l'étude et invitées à participer. Elles ont reçu par la poste une lettre expliquant l'étude, les quatre questionnaires, un formulaire de consentement et une enveloppe affranchie pour le retour du courrier.</p> <p>229 patientes (81,5%) ont retourné les questionnaires remplis, 52 patients n'ont pas répondu après un rappel. 20 patientes ont abandonné pour des diverses raisons. Les 209 patientes restantes (74%) ont été inclus dans l'étude.</p> <p>Un groupe a rempli les questionnaires 0e4 semaines (N 1/4 65), un deuxième 4e24 semaines (N 1/4 65), et un troisième 24e52 semaines (N 1/4 79) après la chirurgie du sein, dénommés sous-groupes A, B et C respectivement. Les 30 premiers patientes, qui ont retourné le SF-MUIS, ont été invitées à le compléter une fois de plus quatre semaines plus tard.</p>
Considérations éthiques	Toutes les patientes ont donné leur consentement éclairé, et le Comité régional pour l'éthique de la recherche médicale (REKeNord n ° 2011/2161) et le Service norvégien de données en sciences sociales ont approuvé l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>La validité apparente a été utilisée, en demandant aux patientes et aux «experts» d'examiner le contenu de l'échelle pour voir si les items semblent appropriés. La validité convergente a également été utilisée.</p> <p>La cohérence interne de SF-MUIS a été estimée par une version ordinale du coefficient alpha.</p> <p>La différence entre l'indice de fiabilité de Cronbach le plus largement utilisé et le plus utilisé est que la dernière est basée sur la matrice de corrélation polychorique plutôt que sur la matrice de covariance de Pearson dans l'alpha de Cronbach.</p> <p>La corrélation polychorique pour le calcul de l'alpha représente une approche variable sous-jacente de la modélisation de la covariance des données ordinaires.</p> <p>La taille de l'échantillon nécessaire a été calculée par un statisticien.</p> <p>L'influence de l'âge, de l'anxiété, de la dépression, de la qualité de l'information de la patiente et du soutien social (variables indépendantes) sur l'incertitude de la maladie (variable dépendante) a été étudiée par une analyse de régression multiple.</p> <p>Les différences entre les groupes ont été analysées à l'aide de : ANOVA (analyse de variances), et les tests post hoc avec correction de Bonferroni. Les corrélations ont été calculées en utilisant le coefficient de corrélation d'ordre de rang de Spearman. Les données ont été analysées à l'aide de SPSS 22.0 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) et R (Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche).</p>
Présentation des résultats	<p>Les scores de SF-MUIS étaient significativement corrélés avec les scores de HADS, FACT-ES et IQP.</p> <p>Les femmes qui avaient été diagnostiquées avec un cancer du sein il y un an, ont rapporté des scores plus élevés d'incertitude que celles nouvellement diagnostiquées ($P <0,0001$).</p>

	<p>Les femmes du groupe C ont signalé significativement plus d'incertitude que les femmes du groupe A et du groupe B. Les résultats des questionnaires HADS, FACT-ES et QPI sont présentés dans le tableau 2. Pour ces questionnaires, il n'y avait pas de différences significatives entre les trois groupes de patientes.</p> <p>Les patientes anxieuses avaient également plus d'incertitude que celles sans anxiété. Les patientes qui étaient « très satisfaite » ou « satisfaites » de la qualité de l'information avaient moins d'incertitude liée à la maladie comparé à celles « insatisfaite » ou « très insatisfaite », $P <0.0001$.</p> <p>Fiabilité</p> <p>Le coefficient ordinal alpha pour le SF-MUIS était de 0,70. Une échelle est considérée raisonnablement cohérente si son alpha se situe entre les valeurs de 0,65 et 0,90. Le test SF-MUIS a été évalué chez 26 patients provenant principalement des groupes A et B, et le coefficient de corrélation pour le score total était de 0,98, ce qui a confirmé la fiabilité de l'échelle.</p> <p>Analyse de régression multiple</p> <p>L'anxiété est le principal élément qui augmente l'incertitude liée à la maladie suivit de la qualité de l'information fournie. Le soutien social a significativement moins d'impact sur l'incertitude.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats confirment que la version norvégienne du SF-MUIS est un outil approprié pour l'évaluation de l'incertitude chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, qui ont rapporté un degré modéré d'incertitude dans la maladie.</p> <p>Les résultats indiquent que les 5 items SF-MUIS pour l'évaluation de l'incertitude de la maladie se sont avérés acceptables chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, et ont révélé un degré modéré d'incertitude chez les patientes. La version traduite du SF-MUIS a été jugée compréhensible et donnant des réponses significatives. L'alpha ordinal était satisfaisant, l'échelle corrélait avec l'anxiété et la dépression, la qualité de l'information, le bien-être émotionnel et le soutien social (des facteurs bien connus pour interagir avec l'incertitude de la maladie)</p> <p>L'instrument offre au personnel soignant une approche pour évaluer l'impact de l'incertitude à la fois dans la phase aiguë et la phase de traitement.</p> <p>Les résultats d'une incertitude modérée de la maladie peuvent être attribuables au soutien social et la satisfaction à l'égard de l'information fournie, qui préviennent l'anxiété et la dépression.</p> <p>Les patientes qui avaient subi une chirurgie du cancer du sein un an plus tôt ont signalé beaucoup plus d'incertitude que celles nouvellement opérées. Une explication pourrait être que les survivants du cancer à long terme sont confrontés à un risque important de récidive tardive ou de progression de la maladie.</p> <p>Les déclencheurs les plus fréquents consistaient à entendre parler du cancer, de la fatigue ou d'une nouvelle douleur de quelqu'un d'autre. Par conséquent, l'information sur les effets secondaires tardifs peut prévenir l'incertitude et la détresse émotionnelle.</p> <p>La plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein achèvent leur traitement hospitalier en l'espace d'un an et continuent de prendre des traitements (comme les anti-estrogènes par exemple) pendant encore 5 à 10 ans. Une fois le traitement primaire terminé, les patientes ont peu de contacts avec les soignants. Généralement, elles ne sont pas suivies en ce qui concerne l'apparition d'effets secondaires et l'adhésion au traitement adjuvant.</p>

	Après avoir terminé une partie de leur traitement, les femmes ont signalé un soutien social réduit de la part des amis, des soignants et des membres de la famille. Un contact prolongé avec le personnel médical pourrait être un facteur important réduisant l'incertitude de la maladie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.
Forces et limites	Le groupe de patients peut ne pas être représentatif pour l'ensemble de la population de femmes atteintes du cancer du sein en Norvège. D'un point de vue ethnique, l'échantillon était homogène et une étude incluant des immigrants aurait pu donner d'autres résultats.
Conséquences et recommandations	Des recherches plus approfondies avec une taille d'échantillon plus large et une recherche plus élaborée sur les causes affectant l'incertitude de la maladie pourraient offrir un meilleur aperçu de cette condition complexe.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Waldrop, D.P., O'Connor, T.L., Trabold, N. (2011). « Waiting for the other shoe to drop » : a distress and coping during and after treatment for breast cancer. <i>Journal of psychosocial oncology</i> , 29 (4), 450-473. doi : 10.1080/07347332.2011.582638
Introduction Problème de recherche	<p>Bien que le cancer du sein est classé deuxième cause de décès de cancer chez les femmes, le cancer du sein reste le plus important en terme de survivantes. Ses femmes utilisent des stratégies d'adaptation spécifiques ; elles ont une qualité de vie physique et psychologique inférieure aux femmes en bonne santé.</p> <p>Pour améliorer la qualité de soins auprès de ces survivantes, il est important de déceler les préoccupations sur les peurs de la rechute ainsi que l'incertitude ressentie face à l'avenir, et de comprendre la détresse (anxiété, dépression, fatigue, peurs, douleurs, diminution des capacités physiques, diminution du réseau social et conflits familiaux) et les stratégies d'adaptation utilisées. (Pendant et après le traitement). Le traitement ayant un impact sur le bien-être (physique, psychosocial, spirituel).</p> <p>La détresse ressentie par ces femmes est attribuée à l'intensité de la menace ressentie en situation stressante, aux expériences vécues (traitements invasifs, effets indésirables à long terme, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie)</p>
Recension des écrits	<p>Chaque femme utilise ses propres stratégies pour faire face à son traitement, diagnostic et à ses soins personnalisés.</p> <p>Il a été démontré que le stress et l'évitement augmentent les symptômes dépressifs chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, alors que le soutien social et la positivité les réduisent</p> <p>La clinique chez les femmes souffrant d'un cancer du sein a démontré une hyperglycémie en situation de stress ainsi que des réactions émotionnelles négatives. Le stress post traumatique demeurant peu élevé, il n'est alors pas conseillé d'intervenir en ce sens mais il n'est pas improbable que la détresse mène au stress post-traumatique (PTSD).</p> <p>Des stratégies d'adaptation efficaces utilisées par les patientes souffrant de cancer du sein dans la gestion de la douleur ont aidé à diminuer l'anxiété, la fatigue et la dépression.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le stress et l'adaptation de Lazarus et Folkman (1984)
Hypothèses/question de recherche/buts	Comparer les stratégies d'adaptation utilisées par des patientes atteintes de cancer du sein après les traitements. Reconnaître chez ces patientes les sentiments de détresse durant les différentes phases de la maladie et leurs préoccupations psychosociales, ainsi que la façon d'y faire face pour permettre d'améliorer la qualité des soins.
Méthodes Devis de recherche	Etude mixte, descriptive, exploratoire. Il est relevé un devis quantitatif dominant et qualitatif non-dominant
Population, échantillon et contexte	<p>N= 50 femmes âgées de 26-76 ans ($m = 50,14$) souffrant de cancer du sein stade I-III (stade II : 26.52%, stade III 32%, 16% : stade I)</p> <p>L'échantillon était de religion variée, d'un niveau d'éducation différent ainsi que de diverses cultures</p> <p>29,58% de ces femmes ont subi une tumorectomie pour la conservation mammaire, et 21,42% une lymphectomie.</p> <p>38,76% étaient positives au récepteur d'oestrogène, et 11,22% positive au HER 2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor)</p> <p><u>Inclusions</u> : les femmes doivent avoir terminé depuis au moins 12 mois un traitement de chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie mais avec un traitement hormonal suivi si nécessaire, ainsi qu'être encore suivies.</p>

	<p><u>Contexte</u> : Les participantes ont été recrutées à la clinique du sein d'un centre de cancérologie désigné par le National Cancer Institute (NCI)</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><u>Méthode</u> :</p> <p>Entrevues ouvertes enregistrées et retranscrites afin d'évaluer le stress, les sentiments de détresse, et comment les participantes font face à la maladie durant toute sa trajectoire. Personnellement et avec les soins. Les participantes ont décrit le parcours, l'expérience de leur maladie (diagnostic, impact des traitements, des hospitalisations).</p> <p>Utilisation des diverses échelles :</p> <p>Echelle de réévaluation de l'impact des événements = IES-R (mesure l'impact d'un événement pénible durant les 7 derniers jours. L'IES-R contient 3 sous échelles : 1. Intrusion 2. Evitement 3. Hypervigilance</p> <p>Questionnaire du chemin vers l'adaptation = WAYS (the ways of coping) mesure les adaptations mobilisées lors de situation de stress. WAYS comprend 8 sous-échelles. (1. Adaptation 2. Distanciation 3. Auto-contrôle 4. Recherche de soutien social 5. Acceptation de la responsabilité 6. Évitement 7. Résolution de problèmes 8. Réévaluation). Les résultats sont sous une forme d'échelle de Likert.</p> <p>Echelle du réseau de soutien social de Lubben (LSNS-6) évalue les liens sociaux, donc la fréquence des contacts avec les amis et la famille. Elle comprend 2 sous-échelles soit 1. Les parents et 2. Les amis.</p>
Déroulement de l'étude	Les participantes ont d'abord reçu une lettre d'invitation à l'étude. Pour démontrer leur intérêt, elles devaient ensuite renvoyer un formulaire . Cette réponse démontrait leur volonté de participer à l'étude.
Considérations éthiques	Cette recherche a été soutenue par une subvention pilote du Centre de recherche sociale Buffalo, Université de Buffalo School of Social Work
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les scores moyens des sous-échelles de l'IES-R sont calculés pour permettre la comparaison des scores de l'échelles d'évaluation de 0-3, les scores relatifs des sous-échelles du WAYS sont calculées pour illustrer l'effort centrées sur les stratégies d'adaptation en pourcentage de 0-100</p> <p><u>Analyse des données</u> :</p> <p>Les données quantitatives ont été insérées dans SPSS (version 18). Pour l'analyse qualitative, les propres mots des participantes sont soutenus. Des codes ont permis l'attribution d'un sens aux mots. Ces données sont insérées dans un logiciel Atlas ti (version 6) Ensuite un codage permettant la fusion de tous les codes a été utilisé afin de faire ressortir les thèmes. Pour clore un codage axial a affiné les thèmes ressortis de la détresse durant le traitement et post-traitement ainsi que les stratégies utilisées.</p> <p>La moyenne des résultats de l'IES-R est utilisée comme point de repère pour comparer les résultats des groupes de détresse plus élevée (n=20, résultat >19) à ceux plus faible (n=30, résultat de 0-18). Les résultats bruts du WAYS sont additionnés pour les huit sous-échelles suivis du calcul des résultats relatifs.</p> <p>Une procédure de division moyenne a été utilisée pour créer une moyenne du niveau de détresse afin de permettre la comparaison des réponses des 2 groupes dans l'idée de comprendre les différences dans les stratégies d'adaptation après le traitement (participantes divisées en 2 groupes, soit un groupe élevé de détresse et l'autre plus bas). Le « Cutoff » toutefois pas recommandé a</p>

	<p>été utilisé pour identifier le PTSD.</p> <p>Des test T ont également été utilisés.</p>
Présentation des résultats	<p>Les femmes du groupe de faible détresse ont une moyenne d'âge de 52 ans, tandis que le groupe de femmes reflétant un niveau de détresse élevé ont une moyenne de 47 ans. ($p = 0.025$). Les résultats des données qualitatives ont démontré l'émergence des mêmes thèmes pour les 2 groupes. Les survivantes du cancer du sein éprouvent « une détresse cliniquement significative ». Phénomène lié à la constance de la peur de la rechute qui interfère directement avec la qualité de vie.</p> <p>Les symptômes de détresse globale de tous les participants analysés avec l'échelle IES-R sont statistiquement significatifs. Soit une p-value à $p.000$ pour la détresse globale et l'évitement, un $p.044$ pour l'intrusion et un $p.001$ pour le symptôme d'hypervigilance (hyperagitation).</p> <p>La cohérence interne de l'alpha de Cronbach est à 0.85 pour l'évitement, à 0.77 pour l'intrusion et à 0.72 pour l'hypervigilance et démontre la fiabilité de l'échelle</p> <p>Les résultats individuels avec l'échelle IES-R ne sont pas cliniquement significatifs. Il y a une variabilité entre certaines femmes qui vivent un haut niveau de détresse, et d'autres qui supportent ces symptômes.</p> <p>Les résultats globaux de l'échelle WAYS avec les sous-échelles ne montrent pas de significativité, contrairement aux scores individuels avec des statistiques significatives.</p> <p>L'échelle WAYS montre des indices de cohérence problématique pour la plupart des items, il vaudrait donc mieux utiliser une autre échelle (seulement 2 items sur 8 démontrent un alpha de Cronbach à .70)</p> <p>Les résultats de l'échelle du réseau social de Luben n'ont pas montré de significativité : liens sociaux globaux $p=.93$, liens sociaux familles $p = .28$ et liens sociaux amis $p=.32$. L'alpha de Cronbach démontre une cohérence interne de 0.78</p> <p><u>Les questions ouvertes sur le niveau de détresse et l'adaptation :</u></p> <p>Les symptômes de détresse impliquaient : le stress physique, le stress psychosocial, ceux-ci impliquant à leur tour les préoccupations axées sur la famille et la peur de la récurrence.</p> <p>L'adaptation : mise en évidence des stratégies centrées sur l'activité, des stratégies cognitives et des stratégies spirituelles.</p> <p>Les facteurs de stress physique : impliquent les effets secondaires des traitements demandant un ajustement constant dans la gestion des symptômes. De plus, ces effets secondaires constants rappellent sans cesse aux participantes qu'elles sont malades. Voici les principaux effets secondaires ressortis : engourdissement, picotement, douleur, inconfort, symptômes de ménopause, changement dans la sexualité (sécheresse).</p> <p>Le stress psychosocial : préoccupations axées sur la famille : impliquent une inquiétude pour les proches affectés et les changement systémiques induits par la maladie. L'inquiétude des mamans a été relevée par la préoccupation des enfants de vivre les différents symptômes affectant leur maman. De plus, les participantes mentionnent que plus les conséquences des traitements avançaient, plus l'anxiété des proches grandissait.</p> <p>La peur de la récurrence : augmentée déjà par les éléments figurant dans le chapitre des facteurs de stress physique, qui rappellent le rapport à la maladie. Les participantes décrivent une inquiétude chronique qui ne cesse pas même lorsque les traitements sont finis.</p> <p>Les stratégies cognitives : décrivent la gestion des pensées et des peurs et la façon de faire face aux facteurs stressants (physiques et psychosociaux) durant la trajectoire de la maladie. Par exemple, empêcher des pensées négatives en donnant la priorité aux besoins des enfants.</p>

	<p>Les participantes ont utilisé des mécanismes comportementaux pour la gestion des traitements. Par exemple, l'utilisation d'un calendrier pour cocher les dates de chimiothérapie ou encore rester au plus proche de soi-même pour se montrer identique aux yeux des enfants.</p> <p>Les stratégies centrées sur l'activité : les participantes mentionnent l'importance de poursuivre les activités afin de pouvoir faire face aux facteurs stressants. Par exemple : maintenir un horaire régulier, des activités récréatives afin de se centrer sur autre chose que les traitements.</p> <p>Les stratégies spirituelles : les participantes mentionnent l'application de rituels religieux (se rendre à l'église, prier), ainsi que de méditer, dans l'idée de redonner du sens à la vie et de calmer la détresse.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Le cancer du sein génère une menace pour la vie impliquant une détresse durant toute la trajectoire de la maladie avec ses différentes phases.</p> <p>L'étude démontre une variabilité dans l'expérience de détresse. Certaines femmes ressentent de la détresse, parfois faiblement et seulement maximum 4% de l'échantillon n'ont aucun symptôme. 40% de l'échantillon (résultat individuel) ressentent de la détresse impliquant un résultat au-dessus de la moyenne. Des scores élevés de stratégies mises en place notamment dans l'évitement, l'intrusion et l'hypervigilance (hyperagitation) démontrent une significativité du symptôme de détresse dans la phase de rémission (survie du cancer). De plus, des symptômes comme les démangeaisons, la douleur, l'engourdissement, le lymphoœdème apportent un sentiment de détresse. Tout ceci implique également une peur constante de la réapparition du cancer d'où le titre de cette étude : « attendre que l'autre chaussure tombe ». Bien que certaines femmes aient mentionné un faible taux de détresse, la peur de la récidive est omniprésente chez toutes les survivantes ce qui implique des répercussions sur tout le cercle familial. Cette insécurité apporte de l'incertitude durant toute la trajectoire, durant des années.</p> <p>Les stratégies d'adaptation sont liées à la variabilité des sentiments de détresse. La réévaluation positive (stratégies d'adaptation cognitives et spirituelles), utilisée par les participantes leur donne de l'assurance pour faire face au stress et au traitement et aide à la prise de décision pour la gestion de la détresse.</p> <p>Le soutien social permet une adaptation importante. Il est relevé que les survivantes ayant au taux de détresse faible reçoivent plus de soutien.</p> <p>L'utilisation de stratégies d'adaptations positives, le soutien social et la réévaluation positive permettent une meilleure gestion des préoccupations et des traitements durant la phase de rémission.</p>
Forces et limites	<u>Limites</u> : petite taille de l'échantillon, (non aléatoire). L'utilisation de l'IES-R pour identifier le PTSD, sans preuve que le cancer du sein apporte un réel traumatisme. Bien que l'étude soit centrée sur les symptômes de détresse, l'évaluation du PTSD a peut-être été manquée. La procédure à division moyenne a divisé les participantes malgré des scores parfois proches d'une détresse élevée ou faible.
Conséquences et recommandations	<i>Des études futures avec un plus grand échantillonnage permettraient l'utilisation d'une division à trois voies donc d'être plus précis dans les variables.</i> Le lien entre le stade du cancer et le niveau de détresse aurait permis un approfondissement des résultats, ainsi que de mesurer plus précisément les sentiments de détresse post traitement.
Commentaires	<i>La détresse est cliniquement significative chez les survivantes du cancer du sein, engendrée par une crainte omniprésente de la récidive du cancer. Ceci a donc un impact sur la qualité de vie même après le traitement.</i> <i>Tenir compte de l'évaluation des facteurs de détresse est primordial chez les infirmières en oncologie et les travailleurs sociaux afin</i>

d'offrir un suivi de qualité (identification, éducation, intervention), chez les survivantes du cancer du sein.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., ... Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer : a feasibility and preliminary outcome study. <i>Journal of Cancer Survivorship</i> , 8(3). doi 10.1007/s11764-014-0357-3				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	La peur de la récurrence est mentionnée, les femmes aussi. Il n'est pas spécifié leurs types de cancer. Le cadre théorique n'est pas mentionné dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il y est noté le contexte, les objectifs, les méthodes, les résultats, la conclusion ainsi que l'implication de l'intervention pour les survivantes du cancer
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Il est décrit l'impact de la peur de la récurrence sur les survivantes du cancer lorsqu'elles ne sont pas accompagnées dans ce processus et ce que peut apporter une thérapie cognitivo-existentielle.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Il est décrit le pourcentage de peur de la récurrence par type de cancer. une étude en cours donc pas encore publiée est aussi mentionnée.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Un schéma décrit la théorie soit comment les éléments déclencheurs internes et externes déclenchent la peur de la récurrence et ce que cela implique en terme d'utilisation de stratégies d'adaptation
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Très clairs. Des plus les objectifs de l'intervention sont nommés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Quantitatif : Etude de faisabilité effectuée sur deux sites de recherche.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il est également décrit les causes des abandons.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusions et d'exclusions sont explicités.

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Le calcul de la taille de l'échantillon est basé sur les scores d'intrusion observés dans une autre étude traitant des femmes à risque du cancer du sein.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Contient des questionnaires et quatres échelles de mesures. Le nombre d'items est décrit ainsi que la plupart utilise une échelle de Likert
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<i>La fiabilité des échelles sont évaluées avec un score alpha de Cronbach, les résultats de celles-ci sont visibles.</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Il est inscrit la durée de l'étude, comment les participantes ont été recrutées ainsi que le contenu de chaque séance de thérapie
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Il est mentionné que l'approbation de l'étude a été donnée par les comités d'éthique de la recherche des deux sites mais la notion de confidentialité n'est pas clairement explicitée.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<i>L'étude a utilisé SPSS Statistics version 20, l'indice de changement (RCI), ANOVA.</i>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	<i>Il manque des résultats spécifiques par échelles utilisées. Les résultats sont décrits de manière globale.</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			la peur de la récurrence ainsi que la détresse spécifique liée au cancer, l'incertitude et la perception négative du niveau de qualité de vie, l'adaptation sont interprétés.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			X	L'intervention est guidée par plusieurs théories et fait référence à des données épidémiologiques antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les forces de l'étude sont aussi mentionnées. Il manque dans la partie limite l'indication sur la fiabilité de l'échelle de l'impact du cancer qui indique une variabilité des alphas de Cronbach oscillant de 0.61-0.85. La fiabilité de cette échelle est donc problématique pour certaines des sous-échelles utilisées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<i>Ils mentionnent une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats suite aux limites mentionnées.</i>
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<i>Ils mentionnent l'importance de développer la recherche par une étude contrôlée randomisée.</i>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils suggèrent que la peur modérée à élevée de récurrence du cancer nécessite pour les survivantes de bénéficier d'aides appropriées. Cette étude va permettre aux auteurs de poursuivre l'exploration de l'intervention dans un essai contrôlé randomisé auprès de la même

				population
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Il contient le titre, les auteurs, les mots-clés, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et conclusion, les remerciements, la bibliographie

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Kim, S.H., Lee, R., Lee, K.S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory: Uncertainty in breast cancer survivors. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21 (7-8), 1014-1023. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Il est nommé le pays concerné par l'étude ainsi que le concept d'incertitude et la trajectoire de la maladie, toutefois la population n'est pas clairement citée dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Très clair. Il contient également un item sur la pertinence de l'étude pour la pratique clinique.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			L'étude relève des donnée épidémiologique du cancer du sein en Corée et met en avant l'impact des troubles psychologiques après le traitement du cancer du sein.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Il y a passablement d'auteurs mentionnées tout au long de l'article et qui ont travaillé sur le sujet de l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			L'étude contient un chapitre sur la perspective théorique, donc guidée par l'incertitude de Mishel dans la théorie de la maladie.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Après la formulation des buts de l'étude, quatre objectifs sont clairement décrits, soit : « 1. Examiner les symptômes et l'incertitude, 2. Comparer les facteurs associés aux symptômes et à l'incertitude 3. Explorer les relations entre les symptômes et l'incertitude, 4. Comparer les déclencheurs d'incertitude par trajectoire de traitement ».
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Devis quantitatif par une étude descriptive transversale
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les critères d'inclusions et d'exclusions sont mentionnés.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Il y est précisé la moyenne d'âge de 47,5 ans, le régime matrimonial, l'appartenance religieuse, le niveau d'études ainsi que le pourcentage des femmes ayant privilégié une chirurgie mammaire conservatrice en

					comparaison de la mastectomie, ainsi que le pourcentage de celles qui ont suivi une chimiothérapie, une radiothérapie et une thérapie antihormonale.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Des tableaux englobent toutes les participantes, répertoriées en 2 groupes soit les femmes durant le traitement et celles l'ayant terminé.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			En plus du questionnaire, deux échelles ont été utilisées et il est décrit comment les résultats ont été interprétés
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			L'incertitude durant la trajectoire de la maladie ainsi que les symptômes engendrant de l'incertitude sont évalués, ce qui correspond aux objectifs de recherche.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les groupes sont séparés en deux par trajectoire de traitement.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Il est mentionné l'approbation par le conseil d'examen institutionnel du Centre national coréen contre le cancer, mais il n'y a pas d'élément plus précis concernant la préservation des droits des participantes ; toutefois celles-ci ont reçu un formulaire de consentement éclairé.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Il est précisé l'utilisation de Test-T, ANCOVA, Pearson, Analyse de régression linéaire, l'obtention d'un modèle de régression avec l'exclusion des effets secondaires de la thérapie systémique lors de l'exécution de régression linéaire multiples. Le paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS version 16.0), a été utilisé pour analyser les données.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les caractéristiques des participantes sont relevées, des résultats d'études antérieures aussi. Il est décrit les statistiques significatives ainsi que les différences dans cinq tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Tous les résultats sont interprétés en fonction de l'incertitude. Celle ressentie par les patientes durant le traitement ou après, la corrélation de l'incertitude avec les symptômes, les déclencheurs d'incertitude et l'incertitude liée aux caractéristiques des participantes.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Plusieurs études antérieures sont citées.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il est relevé qu'une étude longitudinale apporterai plus de précision sur l'interprétation de l'incertitude. Le lien avec un transfert de l'étude vers

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			les pays occidentaux est questionné. Affinée par l'impact des limites à cette étude.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Le respect de la trajectoire est mis en avant pour les praticiens en devant tenir compte de l'âge, du statut matrimoniale, etc... Tenir compte de la famille est évoqué.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Il y est noté dans les limites à l'étude qu'une étude longitudinale aurait permis plus de précision sur la nature de l'incertitude.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il contient le titre, les auteurs, les mots-clés, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et conclusion, les informations sur le financement, les remerciements, la bibliographie
Commentaires :	Les soignants doivent identifier, surveiller les symptômes et aider les survivantes durant leur trajectoire de la maladie afin de les accompagner dans leur gestion de l'incertitude avec une évaluation de celle-ci, tout en tenant compte de la détresse liée aux symptômes.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Aislinn Taha, S., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> , 30:3, 359-379, DOI: 10.1080/07347332.2012.664259				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème : le rôle de l'incertitude, des tracas et de l'adaptation aux symptômes dépressifs, au quotidien, après le traitement du cancer du sein Concept : stratégies d'adaptation, l'incertitude Population : Femmes ayant subi un traitement pour le cancer du sein.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Il n'y a pas un titre mentionnant le résumé avec les différentes parties principales de la recherche mais il y a une brève description du problème de la méthode et des résultats.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La période de post-traitement s'accompagne souvent d'une variété de facteurs de stress qui peuvent influer sur le bien-être physique et psychologique et, par conséquent nécessiter un ajustement efficace des capacités d'adaptation
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Diverses études sont citées sur l'état des connaissances actuelles.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Incertitude, stratégies d'adaptation
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			But : examiner le bien-être psychologique des survivantes du cancer du sein (post-traitement) face à l'incertitude. 4 hypothèses sont formulées
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Quantitatif longitudinal
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les critères d'inclusion et d'exclusion sont également expliqués
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Femmes entre 22 et 63 ans, vivant au Canada, ayant été traité pour un cancer du sein

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Les tableaux englobent toutes les participantes, repertoriées en 2 groupes
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Quatres échelles ont été utilisées.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<i>Sentiments, événements, stratégies d'adaptation et symptômes dépressif</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La durée et la procédure sont décrites
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Carleton pour la recherche en psychologie
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Analyse de variances, de médiation, ...
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableaux et figures
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Stratégies d'adaptation
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont comparés à d'autres études
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Le type de cancer, l'âge au moment du cancer, la petite taille de l'échantillon..
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La petite taille de l'échantillon, le type de cancer, de traitement et l'âge ne permettent pas de généraliser.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique			X	Chez les femmes qui étaient moins aptes à tolérer l'incertitude, l'utilisation d'une adaptation centrée sur les émotions pour faire face à

	clinique ?				la menace de récurrence du cancer peut les exposer à un plus grand risque de développer des symptômes dépressifs. Ainsi, bien qu'il y ait des avantages à vivre une expérience de cancer chez les femmes, dans un sous-ensemble de femmes, les interventions visant à apaiser les craintes de récurrence et à développer une adaptation efficace peuvent favoriser leur bien-être.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Il serait nécessaire d'obtenir une taille d'échantillon suffisamment grande pour que l'âge, le type de cancer, le temps écoulé depuis le traitement et d'autres facteurs de différence individuels puissent être examinés pour déterminer leurs effets indépendants et conjoints. Des analyses qualitatives pourraient être nécessaires pour déterminer dans quelle mesure trouver un sens pourrait avoir facilité le bien-être suite à une expérience de cancer.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Introduction, méthode, résultats, discussion, conclusion, et références sont bien détaillés
Commentaires :	.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Germino, B. B., Porter, L., Blyler, D., & Jenerette, C. (2013). Outcomes of an Uncertainty Management Intervention in Younger African American and Caucasian Breast Cancer Survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(1), 11.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Résultats d'une intervention de gestion de l'incertitude chez les jeunes survivants du cancer du sein afro-américaines et caucasiennes
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il n'y a pas de titre « résumé » mais il y a un encadré qui résume très bien l'étude
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			L'expérience de vivre avec l'incertitude est l'un des défis les plus courants auxquels sont confrontés les jeunes survivants du cancer du sein.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études antérieures sont citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Théorie de l'incertitude de Mishel.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			But : Déterminer si les survivantes du cancer du sein ayant reçu une intervention de gestion de l'incertitude souffriraient moins d'incertitude, aurait une meilleure gestion de celle-ci, moins de problèmes spécifiques au cancer du sein et plus de résultats psychologiques positifs. Hypothèses : Les femmes ayant reçu une intervention de gestion de l'incertitude auraient moins d'incertitude et une meilleure gestion de celle-ci.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Quantitative, essai randomisé, longitudinal
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			313 femmes survivantes du cancer du sein, âgées de 50 ans ou moins; 117 Africaines/Américaines et 196 Caucasiennes. Age moyen : 44

					ans.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusion sont explicités.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	Appels téléphoniques où les participantes décrivaient leurs ressentis mais aucune échelle n'est mentionnée.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	Stratégies cognitives et comportementales spécifiques pour contrôler l'incertitude et promouvoir l'auto-efficacité face aux idées de récidive, améliorer les préoccupations liées au cancer ou d'autres, faire des changements de vie positifs, décrire l'expérience du cancer liée à son diagnostic, à son traitement et à son statut de survivante.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Intervention en 2 volets : CD, guide
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Tous les appels téléphoniques ont été enregistrés avec le consentement des participantes.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			L'effet de l'intervention sur les résultats a été évalué à l'aide de modèles mixtes linéaires dans SAS® (PROC MIXED), version 9.2.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableau et figure
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Ils traitent de l'incertitude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont comparés avec des études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Manque de diversité ethnique. Le suivi de l'étude s'est limité à 8-10 mois après l'intervention.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			L'échantillon ne comprenait que des femmes caucasiennes et afro-américaines, ce qui limitait la possibilité de généraliser les résultats à d'autres groupes ethniques.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs adaptent actuellement cette intervention pour l'utilisation de dispositifs en ligne et mobiles et la testeront par le biais d'un groupe national de survivantes en ligne.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Des essais futurs sont nécessaires qui doivent inclure un nombre suffisant de survivantes plus jeunes d'autres ethnies pour s'assurer que l'intervention est efficace pour une population diversifiée.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est divisé en chapitre et sous chapitre qui permettent une bonne analyse.
Commentaires :	.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Britt Hagen, K., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Terje, J., ... Lind, R. (2015). Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 19, 113-119. doi : 10.1016/j.ejon.2014.10.009				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Incertitude liée à la maladie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein: validation de la forme abrégée en 5 points de l'échelle d'incertitude de Mishel
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Objectifs, méthode et échantillon, résultat, conclusion
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Une forte incertitude est associée à une capacité réduite de traiter de nouvelles informations et à s'adapter au diagnostic du cancer affectent l'adaptation psychosociale et la qualité de vie. Contexte : traitement du cancer du sein
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs références à des études antérieurs sont faites.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Théorie de l'incertitude de Mishel
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			But : valider une version courte norvégienne de «l'échelle d'incertitude de Mishel dans la maladie» (SF-MUIS) et d'examiner l'impact de l'incertitude chez les patientes atteintes de cancer du sein. Hypothèse : une forme courte applicable de MUIS pourrait être plus facile et plus appropriée à utiliser que la version longue de l'échelle, afin d'identifier les patientes qui ont besoin de soutien supplémentaire.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Quantitatif longitudinal
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			En Norvège, 209 patientes âgées de plus de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Toutes les patientes devaient suivre un traitement curatif pour le cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et/ou traitement

					endocrinien) et être capables de parler, de lire et d'écrire le norvégien. L'âge moyen des patientes était de 57,9 ans, allant de 34 à 81 ans. Cent vingt (57,4%) ont été traités par chimiothérapie, 128 (61,2%) par radiothérapie et 147 (70,3%) par hormonothérapie.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			La taille de l'échantillon nécessaire a été calculée par un statisticien.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Échelle de l'incertitude de Mishel dans la forme courte (SF-MUIS) L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) L'évaluation fonctionnelle de la thérapie du cancer du sein (FACT-ES) Évaluation de la qualité de l'information reçue (QPI)
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<i>Identifier les patientes qui ont besoin de soins de suppléments</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les patientes ont été contactées par téléphone, informées de l'étude et invitées à participer. Elles ont reçu par la poste une lettre expliquant l'étude, les quatre questionnaires, un formulaire de consentement.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Toutes les patientes ont donné leur consentement éclairé, et le Comité régional pour l'éthique de la recherche médicale (REKeNord n ° 2011/2161) et le Service norvégien de données en sciences sociales ont approuvé l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Validité apparente, validité convergente, version ordinaire du coefficient alpha, corrélation polychorique, ANOVA
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Résumés et tableaux
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			L'incertitude
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils sont comparés à d'autres résultats d'études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Population homogène

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Le groupe de patients peut ne pas être représentatif pour l'ensemble de la population de femmes atteintes du cancer du sein en Norvège.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X	Les résultats confirment que la version norvégienne du SF-MUIS est un outil approprié pour l'évaluation de l'incertitude chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			Des recherches plus approfondies avec une taille d'échantillon plus large et une recherche plus élaborée sur les causes affectant l'incertitude de la maladie pourraient offrir un meilleur aperçu de cette condition complexe.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Introduction, méthode, résultats, discussion, conflit d'intérêts, remerciements et références.
Commentaires :	.			

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Waldrop, D.P., O'Connor, T.L., Trabold, N. (2011). « Waiting for the other shoe to drop » : a distress and coping during and after treatment for breast cancer. <i>Journal of psychosocial oncology</i> , 29 (4), 450-473. doi : 10.1080/07347332.2011.582638				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Il énonce la détresse et le coping pendant et après le traitement du cancer du sein, mais la population n'est pas énoncée dans le titre
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Il n'y a pas un titre mentionnant le résumé, toutefois un entête décrit brièvement les méthodes, le devis, les analyses des résultats et certains résultats ainsi que le problème de recherche
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Des données épidémiologiques sont mentionnées ainsi qu'une définition de ce que signifie « survivantes ». Des détails sur l'adaptation sont décrits ainsi que l'influence de la détresse sur le stress et la qualité de vie . Il y a des références sur des études antérieures.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Il est cité plusieurs études dans plusieurs chapitres de cette étude
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Il ne sont pas décrit tels quels, mais on devine clairement les stratégies d'adaptation, la détresse, la qualité de vie, l'incertitude durant la trajectoire de la maladie.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Il n'y a pas de chapitre explicitant clairement le but, mais l'on devine les hypothèses, les buts dans les premiers chapitre. (entête, introduction, étude actuelle).
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une étude mixte, descriptive, exploratoire. Il est relevé un devis quantitatif dominant et qualitatif non-dominant
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il est également mentionné les critères d'inclusion
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Il est écrit la moyenne d'âge de femmes, leurs stades du cancer avec les pourcentages ainsi que la description des traitements qu'elles ont reçus

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Les tableaux englobent toutes les participantes, répertoriées en 2 groupes
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il est signalé des entrevues ouvertes et divers échelles de mesures utilisées ainsi qu'un questionnaire.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?		X		L'échelle WAYS montre des indices de cohérence problématique pour la plupart des items, il vaudrait donc mieux utiliser une autre échelle (seulement 2 items sur 8 démontrent un alpha de Cronbach à .70)
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Il manque la durée de l'étude
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Il est décrit que cette recherche a été soutenue par une subvention pilote du Centre de recherche sociale Buffalo, Université de Buffalo School of Social Work, mais rien n'indique la confidentialité des participantes, par exemple.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			L'étude contient 6 tableaux qui donnent les résultats des échelles utilisées ainsi que des entretiens qualitatifs.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont toutefois étendus sur plusieurs chapitres,, il est difficile de comprendre tous les résultats de manière synthétique, mais les tableaux sont explicites.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les différentes échelles de mesures utilisées se situent toutes autour des concepts choisis. (stratégies d'adaptation, détresse, lien sociaux, trajectoire de la maladie)
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Cette présente étude se base dans ses résultats sur des études antérieures concernant une variabilité dans l'adaptation face au cancer du sein (Santon & al., 2002), qui soulignent que la détresse peut aller jusqu'au stress post-traumatique (PTSD). (Bellizzi & Blank, 2006). D'autres études mentionnent que les stratégies d'adaptation efficaces utilisées par les patientes souffrant de cancer du sein dans la gestion de la douleur ont aidé à diminuer l'anxiété, la fatigue et la dépression (Reddick & coll., 2005).
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Il est mentionné certaines limites. Toutefois, l'échelle WAYS montre des indices de cohérence problématique pour la plupart des items. il vaudrait mieux utiliser une autre échelle. Cette information manque

					dans les limites
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils donnent également des pistes pour améliorer les résultats dans une étude future
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Il disent qu'il faut tenir compte de l'évaluation des facteurs de détresse afin d'offrir un suivi de qualité (identification, éducation, intervention), chez les survivantes du cancer du sein.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils mentionnent qu'étudier un plus grand échantillonnage permettrait l'utilisation d'une division à trois voies donc d'être plus précis dans les variables. Ainsi que de tenir compte du lien entre détresse et stade du cancer permettrait un approfondissement des résultats. L'idée de mesurer plus précisément les sentiments de détresse post traitement est relevée.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il contient le titre, les auteurs, les mots-clés, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et conclusion, les informations sur le financement, les remerciements, la bibliographie
Commentaires :	La détresse est cliniquement significative chez les survivantes du cancer du sein, engendrée par une crainte omniprésente de la récidive du cancer. Ceci a donc un impact sur la qualité de vie même après le traitement. Tenir compte de l'évaluation des facteurs de détresse est primordiale chez les infirmières en oncologie et les travailleurs sociaux afin d'offrir un suivi de qualité (identification, éducation, intervention), chez les survivantes du cancer du sein.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
 Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Lieu, date et signature