

Travail de Bachelor
Les interventions infirmières pour les femmes atteintes du
cancer de l'ovaire

Revue de la littérature

Réalisé par : Pauline Dayer

Promotion : Bachelor 13

Sous la direction de : Christine Sennev

Sion, le 13 juillet 2016

1 Résumé

Le cancer des ovaires est le cancer gynécologique dont le taux de mortalité est le plus élevé, touchant des femmes de tout âge. Dans cette revue de la littérature, différentes études du paradigme naturaliste ont été analysées afin de connaître les expériences et les besoins des femmes atteintes de ce cancer ainsi que la prise en charge infirmière. L'échantillon concerne les femmes atteintes du cancer de l'ovaire à tout âge et à tous les stades de la maladie, ayant subi une ovariectomie ou des traitements oncologiques. Les études qualitatives retenues ont été publiées dès 2010. Les bases de données ont été consultées avec plusieurs mots-clés pour trouver la littérature.

Les résultats de ces études sont divers. Il en ressort une inquiétude sur la sexualité, la mort et la récurrence du cancer, avec un besoin de soutien et d'accompagnement sur le long terme pour réussir à s'adapter. Le diagnostic tardif dû à la méconnaissance des signes et symptômes de la population et des professionnels de la santé est également relaté.

Cette revue met en lumière le rôle de promotrice de la santé de l'infirmière, car il est essentiel qu'elle accompagne et éduque les femmes en leur donnant les informations nécessaires. Il paraît donc indispensable que ces dernières continuent à se former pour prévenir un diagnostic tardif en connaissant les signes et symptômes précoces de ce cancer.

De plus, il en ressort qu'un suivi sur le long terme est positif et rassurant quel que soit le stade de développement de la femme.

Mots-clés : cancer des ovaires, expériences, qualité de vie, sexualité, symptômes, besoins, adaptation, accompagnement

2 Remerciements

Je remercie Mme Christine Seppey, directrice de mon travail de Bachelor, pour son aide, son soutien et sa disponibilité.

Un grand merci aux relecteurs pour l'orthographe.

Finalement, un énorme merci à toute ma famille qui m'a confortée pendant de longues heures de travail.

3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date : Sion, le 13 juillet 2016

Signature

Table des matières

1	Résumé	2
2	Remerciements	3
3	Déclaration	4
4	Introduction	1
4.1	Problématique	1
4.1.1	Définition du problème	1
4.1.2	L'importance du problème	2
4.1.3	Etat de la question	4
4.2	Question de recherche	5
4.3	But de la recherche	5
5	Cadre théorique	6
5.1	Théorie de soins de Dorothea Orem	6
5.2	Concept d'adaptation	9
5.3	Concept de la qualité de vie	9
5.4	Concept d'accompagnement	10
6	Méthode	11
6.1	Devis de recherche	11
6.2	Collecte des données	11
6.3	Sélection des données	12
6.4	Analyse des données	14
6.5	Description de l'étude 1	15
6.5.1	Validité méthodologique	15
6.5.2	Pertinence clinique	16
6.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	16
6.6	Description de l'étude 2	17
6.6.1	Validité méthodologique	18
6.6.2	Pertinence clinique	19
6.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle	20
6.7	Description de l'étude 3	20
6.7.1	Validité méthodologique	21
6.7.2	Pertinence clinique	22
6.7.3	Utilité pour la pratique professionnelle	22
6.8	Description de l'étude 4	23
6.8.1	Validité méthodologique	24
6.8.2	Pertinence clinique	24
6.8.3	Utilité pour la pratique professionnelle	25
6.9	Description de l'étude 5	25
6.9.1	Validité méthodologique	26
6.9.2	Pertinence clinique	26
6.9.3	Utilité pour la pratique professionnelle	27
6.10	Description de l'étude 6	27
6.10.1	Validité méthodologique	27
6.10.2	Pertinence clinique	28
6.10.3	Utilité pour la pratique professionnelle	28
6.11	Synthèse des principaux résultats	29

7 Discussion	31
7.1 Discussion des résultats.....	31
7.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	32
7.3 Limites et critiques de la revue de la littérature.....	32
8 Conclusion	34
8.1 Propositions pour la pratique.....	34
8.2 Propositions pour la formation.....	35
8.3 Propositions pour la recherche.....	35
9 Références bibliographiques	37
10 Annexes	1
I. Les huit stades de développement psychosocial selon Erik Erikson.....	1
II. Pyramide de Maslow.....	2
III. Tableaux de recension.....	3
IV. Glossaire du contenu	9
V. Glossaire méthodologique	10

4 Introduction

Cette revue de la littérature est présentée dans le cadre de l'obtention du Bachelor of sciences nursing.

Elle portera sur les expériences et les besoins des femmes atteintes du cancer de l'ovaire ainsi que sur la prise en charge infirmière au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce travail se donne également comme but d'identifier les compétences de communications et relationnelles des infirmières en terme de soutien psychologique pour répondre aux besoins des patientes atteintes du cancer de l'ovaire, durant les différents stades de la maladie et dans tous les milieux de soins.

4.1 Problématique

4.1.1 Définition du problème

Le cancer de l'ovaire est une maladie silencieuse et sournoise. Il reste la cinquième cause de décès par cancer chez les femmes et le plus mortel des cancers gynécologiques (Jemal, Siegel, Xu, & Ward, 2010, p. 280).

Aux Etats-Unis, plus de 21'880 femmes sont diagnostiquées chaque année et parmi elles, 14'000 meurent dans les 5 ans après le diagnostic (Jemal, Siegel, Xu, & Ward, 2010, p. 281).

En France, 3'000 nouveaux cas sont dépistés chaque année et la maladie représente 5.8 % des causes de mortalité chez la femme (Pitard , 2008, p. 132).

En Suisse, il y a une incidence de 600 nouvelles femmes par année et 430 en décèdent (Ligue suisse contre le cancer, 2015, pp. 4-5). Enfin, il représente le 3.9 % des cancers féminins en Valais, avec un taux de décès qui se monte à 6.1 % (Observatoire valaisan de la santé, 2015). Il est estimé qu'une femme sur septante risque de développer un cancer de l'ovaire au cours de sa vie (Hôpitaux Universitaires de Genève , 2015).

Malgré les avancées dans le diagnostic et le traitement du cancer, le taux d'incidence et de mortalité continue d'augmenter dans les pays occidentaux (Parkin , Bray, Ferlay, & Pisani, 2005, pp. 74-108).

« Bien que la fréquence du cancer de l'ovaire augmente avec l'âge (entre 55 et 75 ans), il peut toucher des femmes jeunes : 14 % des patientes ont moins de 50 ans au moment du diagnostic » (Hôpitaux Universitaires de Genève , 2015). Cette revue prendra en compte l'ensemble des femmes atteintes de ce cancer à tout âge.

Il convient de distinguer trois types de cancer de l'ovaire, chaque type possédant des caractéristiques et pronostics différents. Le cancer épithélial est par exemple le plus commun chez la femme d'âge moyen à âgé (National Cancer Institute, S.d.).

Le cancer de l'ovaire se singularise par une détection lente, car il n'y a pas de symptômes spécifiques aux stades précoces de la maladie. Ainsi, dans 75 % des cas, la maladie est diagnostiquée en retard (Hôpitaux Universitaires de Genève , 2015).

Les principaux symptômes des femmes diagnostiquées avec un stade précoce ou avancé du cancer de l'ovaire sont des saignements, des douleurs pelviennes ou abdominales, des besoins fréquents d'uriner, une satiété précoce (Devlin, et al., 2010, pp. 382-389).

Les symptômes principaux dans les stades 1 et 2 sont des saignements, des indigestions, des douleurs abdominales et de la fatigue. Dans les stades 3 et 4, on retrouve des douleurs abdominales, des douleurs à la poitrine et des douleurs dorsales (Koldjeski D. , Kirkpatrick, Swanson, Everett, & Brown, 2003, pp. 927-933).

Certaines femmes plus âgées peuvent interpréter ces différents symptômes en lien avec l'âge, la prise de poids et d'autres symptômes associés traditionnellement à la ménopause (Evans, Ziebland, & Mc Pherson , 2007, pp. 48-55).

L'interprétation des symptômes du cancer de l'ovaire est nécessaire pour une détection et un diagnostic dans le stade précoce (Goff, Mandel, Melancon, & Muntz, 2004, pp. 2705-2712). En effet, le diagnostic précoce est vital pour adapter une prise en charge adéquate (Jayde, White, & Blomfield, 2009, pp. 55-65). Ainsi, il est important d'enseigner au public et d'éduquer les communautés médicales sur les signes et les symptômes du cancer de l'ovaire et sur les signes physiologiques en lien avec la ménopause (Igoe, 1997, pp. 127-128). Les infirmières ont également un rôle éducatif important auprès des femmes pour permettre de distinguer les signes et symptômes généraux liés à l'âge et à la reconnaissance d'autres signes et symptômes spécifiques en lien avec le cancer de l'ovaire. De plus, elles doivent les encourager à consulter des professionnels de la santé (Koldjeski, Kirkpatrick, Swanson, Everett , & Brown , 2005, pp. 1036-1042).

4.1.2 L'importance du problème

Au niveau de la prise en charge des patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, elle se résume pour l'essentiel à un accompagnement pluridisciplinaire (Institut Curie, 2002, p. 30). La femme malade, qui apprend son diagnostic, a besoin de soutiens physiques, spirituels, et psychologiques dès l'annonce de la maladie, pendant les traitements mais également après et en période de rémission (Guenther, Stiles, & Champion , 2012, pp. 595-603). Les professionnels de la santé doivent par ailleurs apporter de l'aide à la patiente et à son entourage (Mitchell, 2007, pp. 39-47).

Cet accompagnement prend en charge les complications des traitements, le type de cancer, les antécédents médicaux, la réaction psychologique et physique de la patiente. De plus, un suivi régulier et une bonne prise en charge semblent indispensables afin de déceler les

signes de rechute du cancer de l'ovaire. Ceux-ci augmentent selon le stade de la maladie et peuvent aussi dépendre de l'intervention chirurgicale (Institut Curie, 2002, p. 49).

Durant toutes ces étapes, différents professionnels de la santé entrent en jeu dans le suivi de cette maladie, afin d'accompagner la malade au mieux.

Cette revue s'attarde plus spécifiquement sur l'infirmière parce qu'elle prend en charge les soins de ces patientes. Le rôle ainsi que les compétences de l'infirmière sont l'évaluation d'une situation clinique en élaborant un plan de soins et surtout en accompagnant la personne tout au long de la prise en charge, de créer et d'établir une bonne relation avec la patiente tout en communiquant. De plus, elle aura le rôle d'élaborer des soins éducatifs et préventifs, elle devra répondre aux besoins de la personne en la soutenant et lui expliquant les diverses démarches de soins (Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmier(e)s de Paris 75, 2008).

Les patientes avec un cancer ont des besoins spécifiques selon leur âge. Les femmes plus jeunes diagnostiquées avec le cancer de l'ovaire expriment le désir de « revenir à une normalité », un souhait qui s'explique par un meilleur pronostic et un meilleur état de santé (Baker, Denniston, Smith, & West, 2005, pp. 2565-2576). Elles auront des répercussions dans différentes dimensions biologiques, psychologiques mais aussi sociales et spirituelles (Andersen, et al., 2007, pp. 814-820).

Les femmes, ainsi que leur famille, sont profondément affectées lors du diagnostic. Peur, tristesse et anxiété s'expriment alors, souvent en lien avec le stade de développement du cancer de l'ovaire. L'expérience de stress et de peur des femmes est aussi soulignée lors de leur contrôle sanguin (Howell, Fitch, & Deane, 2003, pp. 1-9). De plus, les femmes qui ont, dans leurs antécédents familiaux, une personne touchée par un cancer du sein et de l'ovaire ont beaucoup de craintes. Leur degré de souci des effets négatifs se retrouve ainsi également influencé par leur environnement familial et social (Bennett, et al., 2008, pp. 159-165).

Lors d'un cancer, l'objectif principal des traitements vise à détruire les cellules cancéreuses. Le traitement du cancer de l'ovaire débute donc habituellement par une intervention chirurgicale. Parfois, une chimiothérapie est effectuée comme traitement complémentaire à la chirurgie. Celle-ci peut être faite dans le cas où la patiente est inopérable, ou en préopératoire dans le but de diminuer la taille de la tumeur. Cette étape a le mérite de faciliter la chirurgie, notamment en postopératoire si la tumeur ne peut pas être ôtée entièrement du fait de son ampleur ou de sa position (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 21), (Mallard, 2010, pp. 102-103). La radiothérapie est aussi utilisée et dans certaines conditions, pour certaines

femmes, il existe des traitements hormonaux de substitution (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 24).

Le choix des traitements est décidé par l'équipe pluridisciplinaire, au regard « du type de tumeur, du stade de la maladie, de l'analyse du tissu cancéreux, de l'âge et de l'état de santé général » de la patiente (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 21).

Les mutilations de la chirurgie ainsi que l'ensemble de ces traitements sont difficiles à supporter physiquement et psychologiquement pour la patiente. De plus, les variations hormonales sont pénibles parce qu'elles peuvent créer des variations d'humeur.

Selon la sensibilité individuelle, les traitements entraînent certains effets secondaires très variables d'une patiente à l'autre. Ils peuvent être plus ou moins accentués en fonction des traitements utilisés. Les effets secondaires ne signalent par ailleurs pas que le traitement est efficace ou inefficace (Institut Curie, 2002, p. 30).

Ces différents traitements envisagés peuvent évidemment avoir diverses conséquences sur la fertilité et la sexualité. Lors de l'opération, les deux ovaires, les deux trompes et l'utérus sont retirés. Pour les femmes en âge de procréation, elles auront une ménopause prématurée. Les traitements peuvent aussi avoir des incidences sur le quotidien et sur l'image corporelle (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 24). La perception de l'image corporelle va altérer la sexualité (Hughes, 2009, pp. 241-246). Wilmoth (2006) souligne l'importance pour les infirmières d'informer les patientes atteintes du cancer de l'ovaire de toutes les répercussions de la chirurgie et de la chimiothérapie sur leur sexualité (pp. 905-910). Le diagnostic a des répercussions sur tous les aspects de la vie. Les femmes ont besoin de partager leurs expériences avec d'autres femmes, de persévérer et de trouver un sens dans leur vie (Guenther, Stiles, & Champion, 2012, pp. 595-603).

Pour certaines tumeurs, il est possible, pour les femmes nullipares ou désirant avoir à nouveau des enfants, de réaliser une chirurgie conservatrice dans le but de laisser en place un ovaire avec sa trompe et l'utérus. D'autre part, au terme de la grossesse, il est préconisé, de tout enlever afin d'écartier une éventuelle rechute (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 24).

4.1.3 Etat de la question

Selon le stade de développement des personnes atteintes du cancer de l'ovaire, les préoccupations sont différentes. En effet, les jeunes femmes adultes de 19 à 39 ans sont préoccupées essentiellement par leur fertilité. Elles se demandent comment elles pourront avoir des enfants, quand est-ce que leur situation redeviendra normale et se questionnent aussi

sur leur relation de couple. Les femmes adultes de 40 à 59 ans se demanderont plutôt comment continuer l'éducation de leurs enfants ou comment gérer leur travail ainsi que leurs finances. Pour finir, les femmes âgées de 60 à 82 ans privilégieront la question sur la peur de ne pas pouvoir effectuer leur rôle de grand-maman et de laisser leur conjoint ou partenaire tout seul. D'autre part, il est relevé que ces femmes ont moins d'inquiétude et sont en paix avec elles-mêmes. Les préoccupations communes à ces femmes, indépendamment de leur âge, sont la peur de la récurrence et de la mort (Cesario, Nelson, Broxson, & Cesario, 2010, pp. 609-617).

Dans un tel cadre, le soutien de l'entourage ainsi que l'aide infirmière restent indispensables à une rémission, et ce tout au long de la prise en charge. Cette dernière doit aussi s'orienter vers un aspect psychologique. En effet, il est difficile pour une femme d'accepter cette maladie et les émotions de peur, d'angoisse, de colère ou de révolte émergent. La patiente peut témoigner le besoin d'être rassurée et entourée. Des sentiments de culpabilité, de vulnérabilité, de solitude et d'injustice, apparaissent également fréquemment et méritent une prise en compte par l'équipe médicale. Ainsi, des explications, de l'aide et du soutien sont indispensables tout au long de la maladie pour que la femme garde son identité et solidifie son estime de soi (Institut Curie, 2002, pp. 55-57). De plus, accompagner les femmes ayant un cancer de l'ovaire est important car ces dernières paraissent très attentives à chaque signe et symptôme qui pourraient évoquer la maladie (Cesario, Nelson, Broxson, & Cesario, 2010, pp. 609-617).

4.2 Question de recherche

Quels sont les expériences et les besoins des patientes atteintes du cancer de l'ovaire dès l'annonce du diagnostic, à tout âge et à tous les stades de la maladie, lors de leur rencontre avec les soignants ?

4.3 But de la recherche

L'objectif de cette revue de la littérature est d'identifier les expériences et les besoins des femmes atteintes du cancer de l'ovaire et de proposer des ressources pour les infirmières dans le but d'aider, de soutenir ces femmes et de répondre à leurs questions. Elle veillera également à déterminer les répercussions de la prise en charge infirmière sur la patiente et son entourage.

5 Cadre théorique

L'infirmière accompagne la femme atteinte du cancer de l'ovaire dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la prise en charge finale. Effectivement, elle sera présente pour répondre à ses besoins et pour lui offrir des soins de qualité. Ainsi, dans cette revue, elle se rattachera à la théorie de Dorothea Orem afin de ressortir les déficits d'auto-soins pour accompagner et soutenir la patiente tout au long de sa prise en charge.

Pour mieux comprendre la question de recherche, plusieurs thèmes nécessitent une clarification. Ainsi, dans ce cadre théorique différents concepts seront abordés tels que l'adaptation, la qualité de vie ou encore l'accompagnement.

5.1 Théorie de soins de Dorothea Orem

La théorie de Dorothea Orem est basée sur trois catégories de nécessités d'auto-soins :

La première est universelle et comporte huit nécessités d'auto-soins (Gasse & Guay, 2009, p. 89).

La seconde est développementale, elle amène la patiente à un niveau plus élevé de maturation pour empêcher les effets nocifs pour le développement.

Différentes phases soutiennent les processus vitaux et favorisent le développement : Les phases de la vie utérine et le processus de la naissance, la période néonatale selon que l'enfant est né à terme ou prématurément, la petite enfance, les phases du développement de l'enfance incluant l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte, les phases du développement de l'âge adulte et la grossesse, à l'adolescence ou à l'âge adulte (Petiprin, 2016).

Ensuite, le but est de procurer des soins pour prévenir les effets nocifs pour le développement et surmonter les effets de ces conditions : les carences éducatives, les problèmes d'adaptation sociale, les troubles d'identité personnelle, les pertes de relations, d'amis et d'associés, la perte de bien et de sécurité d'emploi, le changement subit de l'environnement, les problèmes associés au statut social, la santé précaire ou l'invalidité, les conditions de vie opprimantes et la phase terminale de la maladie et la mort imminente (Petiprin, 2016).

Comme cette revue aborde les femmes atteintes du cancer de l'ovaire à tout âge, il est important de repérer les différents stades du développement pour comprendre les besoins et les expériences de chaque femme. Selon Erikson, il y a huit stades de développement psychosocial. Cette revue abordera les trois derniers stades :

Stade	Qualités du moi en émergence	Question centrale	Force adaptative et exemples de tâches ou d'activités typiques
De 18 ans à 30 ans	Intimité ou isolement	Vais-je partager ma vie avec une autre personne ou devrais-je vivre seule ?	AMOUR Nouer au moins une relation intime véritable ; fonder un foyer.
De 30 ans à 50 ans	Générativité ou stagnation	Vais-je produire quelque chose de vraiment valable ?	SOLLICITUDE Avoir des enfants et les éduquer, se concentrer sur la réussite professionnelle et la créativité, se tourner vers les autres, et former la prochaine génération.
50 ans et plus	Intégrité personnelle ou désespoir	Ai-je eu une vie bien remplie ou suis-je passé à côté ?	SAGESSE Intégrer les stades précédents, accepter la vie qu'on a menée et vivre en harmonie avec soi-même.

(Bee & Boyd, 2012, p. 16) (cf. Annexe 1).

La troisième est reliée à l'altération de la santé. Elle regroupe les besoins qui se présentent pour apprendre à vivre avec les effets de conditions pathologiques, elle se divise en six catégories : solliciter et se procurer une assistance médicale appropriée, prendre conscience et s'occuper des effets que produisent les conditions pathologiques, y compris ceux qui affectent le développement, effectuer les mesures de diagnostic, de traitement et de réadaptation prescrites par le médecin pour prévenir certains types de pathologies, prendre conscience et veiller à corriger les effets désagréables ou nuisibles des traitements, modifier la conception de soi et l'image de soi et apprendre à vivre avec les effets causés par les conditions pathologiques (Petiprin, 2016).

Les deux dernières catégories sont pertinentes à relever pour cette revue de la littérature parce que le cancer de l'ovaire peut altérer le développement et la santé de la femme en provoquant des déficits. Ceux-ci sont repris dans la problématique sous des aspects comme la sexualité, la fertilité, l'image de soi, les effets secondaires, les traitements, les signes et les symptômes. De plus, en lien avec la problématique, les besoins des femmes touchées par le cancer de l'ovaire, avec les différentes répercussions de la chirurgie et les différents traitements, les nécessités d'auto-soins reliées à l'altération de la santé et développementales apportent un cadre d'analyse des déficits des patientes et s'adaptent à leur nouvel état de santé (Petiprin, 2016).

Dorothea Orem décrit chaque auto-soin à partir des capacités et des exigences d'auto-soins thérapeutiques. L'infirmière, grâce à cette théorie de soins, peut s'appuyer sur les capacités et ressources de la patiente pour proposer un projet de soins adapté aux besoins spécifiques

de la personne et en tenant compte de ses différentes stratégies d'adaptation. Pour les nécessités d'auto-soins universelles, il convient de les prendre en compte dans la prise en charge globale de la personne aux différents stades de la maladie (Petiprin, 2016).

Les soins infirmiers sont nécessaires quand un adulte est incapable ou limité pour ses auto-soins. La théorie identifie cinq modes d'assistance pour aider la patiente : agir, guider, soutenir physiquement et psychologiquement, fournir un environnement favorisant le développement personnel permettant de répondre aux besoins présents et futurs et l'enseignement. De plus, cette théorie identifie trois catégories de systèmes de soins infirmiers pour répondre aux conditions requises par la patiente pour ses auto-soins : le système entièrement compensatoire, le système partiellement compensatoire, et le système de soutien éducatif (Petiprin, 2016).

Dans ce modèle de soins, le processus infirmier comporte trois parties.

La première partie est celle de l'évaluation, qui consiste à recueillir des données pour déterminer le problème qui doit être abordé (Petiprin, 2016).

La prochaine partie consiste à poser un diagnostic et à créer un plan de soins infirmiers (Petiprin, 2016). L'infirmière doit argumenter la priorité des diagnostics. Cette étape peut se faire à l'aide de la pyramide de Maslow (cf. Annexe 2), qui comporte cinq grandes catégories de besoins humains, à satisfaire un après l'autre pour arriver au dernier niveau. Elle regroupe en premier lieu les besoins physiologiques liés à la survie des individus et le besoin de sécurité pour les différents dangers qui menacent la vie. Maslow évoque aussi le besoin d'appartenance montrant le besoin individuel de se faire accepter par les groupes avec lesquels il vit, et le besoin d'estime, en prolongement du besoin d'appartenance. Finalement, le besoin de s'accomplir vise à atteindre l'épanouissement (Le sémioscope, 2005).

La troisième et dernière étape de la démarche de soins est la mise en œuvre et l'évaluation. L'infirmière définit alors le plan de soins pour répondre aux objectifs fixés par le patient et son équipe de soins. Elle doit ensuite l'évaluer en interprétant les résultats de toute la démarche de soins (Petiprin, 2016).

Ce modèle montre que l'infirmière devra collaborer avec la femme atteinte de cancer en l'informant, la soutenant et en l'accompagnant. Ainsi, dans cette revue de la littérature, cette théorie démontre de façon intéressante que l'infirmière est actrice dans la prise en charge des patientes atteintes de ce cancer et que plus particulièrement les nécessités d'auto-soins développementales et d'altération de la santé sont déficitaires dans ce contexte.

5.2 Concept d'adaptation

Selon Formarier & Jovic (2012), l'être humain est unique et singulier, il doit faire face en permanence aux changements individuels, sociaux, de sa naissance à sa mort. L'adaptation nécessaire à la survie, implique que la personne change, évolue au gré du contexte intrinsèque et extrinsèque vers une recherche d'équilibre dynamique jamais statique et définitif (p. 48).

« L'adaptation est bien un phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux » (Formarier & Jovic , 2012, p. 48).

Le concept d'adaptation est abordé dans cette revue pour montrer que chaque individu a sa manière de s'adapter. En effet la personne qui apprend son diagnostic de cancer de l'ovaire doit apprendre à faire face à la maladie et vivre avec. Les traitements sont contraignants et pénibles. « Si certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes, d'autres n'y arrivent plus ». L'âge de la personne, le stade de la maladie, le nouvel état de santé, la sexualité, l'image corporelle, la fertilité, le pronostic vital sont des critères qui rentrent en compte dans l'adaptation psychologique, physique et sociale pour le cancer de l'ovaire (Ligue suisse contre le Cancer, 2011, p. 37).

Lors du processus d'adaptation, l'individu se retrouve face à des difficultés internes ou externes et passe d'un état d'équilibre et de bien-être à celui d'inadaptation provisoire, où il rencontre des déséquilibres et des difficultés. Ensuite, un cheminement adaptatif se met en place pour retrouver un état d'équilibre (Tremblay, 2001, p. 50).

Selon Anadi (1990), le concept d'adaptation est un concept fondamental en soins infirmiers. « L'objectif des soins est de soutenir l'adaptation du bénéficiaire vers des réactions qui permettent de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques » (Formarier & Jovic , 2012, pp. 49-50).

5.3 Concept de la qualité de vie

Comme l'aborde la problématique, le cancer des ovaires a de nombreuses influences et répercussions sur la qualité de vie de la personne malade. Ainsi, il paraît primordial de s'y intéresser en tant qu'infirmière afin d'améliorer la qualité de vie de la patiente en lui permettant de mieux vivre avec la maladie et s'adapter aux diverses conséquences de celle-ci sur la vie quotidienne.

Lorsque les femmes sont en période de rémission, la crainte de la récurrence reste souvent présente et peut donc altérer la qualité de vie. Cette crainte constitue la source d'inquiétude

la plus fréquente. Ainsi, encourager la femme à exprimer ses pensées et avoir une communication ouverte avec les professionnels de la santé peut donner de l'espoir au milieu de l'incertitude d'un diagnostic (Reb, 2007, pp. 70-81).

Selon Formarier & Jovic (2012), « le terme (qualité de vie) a été créé pour souligner que la seule influence matérielle ne suffit pas pour bien vivre » (p. 260).

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne une définition de la qualité de vie : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Mias, 2009, p. 1).

Leplège (1999) décrit quatre grands domaines pour dire que seule une personne peut définir son niveau de qualité de vie à propos de critères qui lui sont propres : « L'état physique du sujet, ses sensations somatiques, son état psychologique, ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel » (pp. 18-21).

5.4 Concept d'accompagnement

Selon Verspieren (1984), accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas (p. 183).

L'accompagnement s'étaye sur des valeurs humanistes. Les professionnels doivent ainsi combiner leurs savoirs, tout en s'adaptant aux nouvelles situations (Formarier & Jovic , 2012, p. 42).

La collaboration des soignants avec les patientes est primordiale pour une guérison ou une amélioration de leur santé. Ainsi, il est important de communiquer et de donner du soutien thérapeutique (Ardoino, 2000).

« La posture d'accompagnement est une manière d'être en relation dans un espace et un temps donné, avec bienveillance et sollicitude » (Formarier & Jovic , 2012, p. 42). L'accompagnant s'adapte à l'évolution de la situation, il s'appuie sur les ressources de la personne et ses compétences, il la valorise et préserve son autonomie (Formarier & Jovic , 2012, p. 43).

Dans cette revue, l'équipe soignante a un rôle primordial dans l'accompagnement de la femme atteinte de cette maladie, afin de répondre à ses besoins tout au long de la prise en charge.

6 Méthode

6.1 Devis de recherche

Dans cette revue de la littérature, le cadre théorique se veut la base du développement de ce travail. L'objectif est de démontrer le rôle de l'infirmière dans la prise en charge des patientes atteintes du cancer de l'ovaire en tenant compte de leurs besoins ainsi que de leurs expériences. Etant donné que la question de recherche repose sur les expériences et les besoins des femmes, nous allons nous reposer sur six études de nature qualitative, faisant partie du paradigme naturaliste.

6.2 Collecte des données

Lors des recherches pour retenir les six études définitives, il en est ressorti la richesse et la variété de la littérature disponible à ce sujet. Afin de trouver les éléments pour répondre à la question de recherche, plusieurs bases de données ont été consultées : BDSP, CINAHL Complete, Cochrane Library, Pubmed.

Des recherches ont été faites entre avril 2015 et janvier 2016. Dans un premier temps, une recherche sur le cancer de l'ovaire a été effectuée. Puis le sujet s'est vite concentré sur les expériences et les besoins des femmes atteintes de ce cancer, ainsi que sur la prise en charge infirmière de ce dernier, vu la quantité d'études qualitatives ressorties. Les mots-clés utilisés en français sont : cancer des ovaires, expériences de vie, sexualité, expériences des femmes, stades de développement, symptômes vagues. Ensuite, ils ont été traduits en anglais via le logiciel Mesh : ovarian cancer, lived experience, sexuality, experiences of women, life stages, vague symptoms.

CINAHL est la base de données octroyant les études les plus pertinentes aux thèmes de cette recherche. D'autre part, il a également été constaté, au fur et à mesure des recherches, que les cinq premières études se retrouvaient sur la base de données Pubmed.

Bases de données consultées	Mots-clés	Nombres d'études trouvées	Nombres d'études sélectionnées
CINAHL Complete	Life stages ovarian cancer	68	1, la 2 ^{ème}
CINAHL Complete	Lived experience ovarian cancer	8	1, la 2 ^{ème}
CINAHL Complete	Sexuality ovarian cancer	17	1, la 1 ^{ère}

CINAHL Complete	Experiences Women ovarian cancer	77	2, la 2 ^{ème} et la 4 ^{ème}
CINAHL Complete	Vague symptoms ovarian cancer	4	1, la 2 ^{ème}

6.3 Sélection des données

Comme le montre le tableau ci-dessus, ces recherches ont mis en évidence de nombreuses études correspondant aux thèmes de cette revue de la littérature.

Finalement, six d'entre elles ont été choisies grâce aux conditions nommées plus loin, afin de pouvoir répondre à la question de recherche définie.

Des critères d'inclusion ont par exemple été sélectionnés. Les études portaient sur l'expérience et les besoins des femmes avec le cancer des ovaires à tout âge. De plus, tous les stades de la maladie sont traités et la prise en charge est envisagée dans tous les milieux de soins. Ces femmes ont soit subi une ovariectomie soit ont suivi divers traitements oncologiques. Pour terminer, les études ont été sélectionnées dès 2010, elles sont primaires, disciplinaires et qualitatives.

Toutefois, des critères d'exclusion ont également été pris en compte tels que les études centrées uniquement sur les femmes portant les gènes BRCA1 et BRCA2 et les pays avec un système de santé et une culture très différents de la Suisse. Les études antérieures à 2010 n'ont pas été retenues ainsi que les études non disciplinaires et secondaires.

Voici donc les six études retenues avec leur niveau de preuve :

N°	Références des études	Bases de données	Niveaux de preuve
1	Cesario, S., Nelson, L., Broxson, A., & Cesario, A. (2010). Sword of Damocles Cutting Through the Life Stages of women with ovarian cancer. <i>Oncology nursing forum</i> , 37(5), 609-617. doi :10.1188/10.ONF.609-617	CINAHL Complete	2
2	Guenther, J., Stiles, A., & Dimmitt Champion, J. (2012). The lived experience of ovarian cancer : A phenomenological approach. <i>Journal of the American Academy Of Nurse Practitioners</i> , 24(10), 595-603. doi :10.1111/j.1745-7599.2012.00732.x	CINAHL Complete	2
3	Wilmoth, M., Hatmaker-Flanigan, E., & LaLoggia, V. (2011). Ovarian Cancer Survivors : Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38(6), 699-708. doi :10.1188/06.ONF.905-910	CINAHL Complete	2

4	Cox, A., & Faithfull, S. (2015). Aiding a reassertion of self : a qualitative study of the views and experiences of women with ovarian cancer receiving long-term nurse-led telephone follow-up. <i>Support care cancer</i> , 23(8), 2357-2364. doi :10.1007/s00520-014-2578-4	CINAHL Complete	2
5	DellaRipa, J., Conlon, A., Lyon, D-E., Ameringer, S-A., Lynch Kelly, D., & Menzies, V. (2015) Perceptions of Distress in Women With Ovarian Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 42(3), 292-300. doi : 10.1188/15.ONF.292-300	CINAHL Complete	2
6	Smith, A., Rocconi, R., & Finan, M. (2012). Signs of Aging or the Vague Symptoms of Ovarian Cancer ? <i>Oncology Nursing Forum</i> , 39(2), 150-156. doi : 10.1188/12.ONF.E150-E156	CINAHL Complete	2

Les niveaux de preuves scientifiques pour chacun des articles ont été définis selon la pyramide suivante (Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk, & Schultz, 2005) :

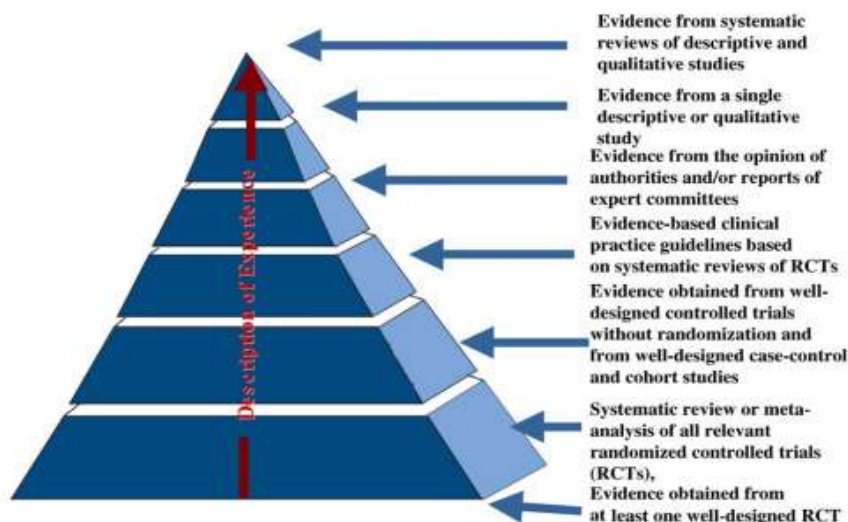


Figure 3. Levels of evidence for answering clinical questions about meaning.

Pour terminer, il a été constaté que dans chaque étude des considérations éthiques ont été réalisées :

Dans la première, les participantes ont été informées que l'achèvement de l'enquête en ligne demande un consentement implicite.

L'université institutionnelle de Review Board a approuvé la deuxième étude, le consentement éclairé a été obtenu par chaque personne avant l'entrevue. Chaque femme peut aussi refuser de répondre à des questions et peut se retirer à tout moment de l'entrevue, elles ont la possibilité d'accéder à des soutiens psychologiques pour d'éventuelles détresses émotionnelles. De plus, des pseudonymes sont utilisés pour garder la confidentialité des participantes.

Le conseil de Carolinas Medical Centre a quant à lui approuvé la troisième étude. Les participantes ont signé une lettre de consentement éclairé, rempli un formulaire démographique et reçu une carte cadeau.

Pour la quatrième étude, suite à l'avis favorable du comité d'éthique de la recherche « Surrey » et du comité de l'université de « Surrey » onze femmes ont été interrogées par des chercheurs.

La cinquième étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université Virginia Commonwealth Bon Secours Richmond Health System.

Pour la sixième étude, le conseil de l'institut du cancer de l'ovaire a approuvé les révisions institutionnelles avant la collecte des données et une lettre de consentement éclairé a été présentée.

6.4 Analyse des données

Pour répondre à la question de recherche, les résultats de chaque étude seront analysés individuellement, et des liens seront régulièrement effectués avec le cadre théorique. Les études seront ensuite analysées étude par étude sur les expériences et les besoins des femmes atteintes du cancer de l'ovaire, ainsi que sur la prise en charge infirmière. Puis, des tableaux de recensions seront élaborés en annexe (cf. Annexe 3).

6.5 Description de l'étude 1

Cesario, S., Nelson, L., Broxson, A., & Cesario, A. (2010). Sword of Damocles Cutting Through the Life Stages of women with ovarian cancer. *Oncology nursing forum*, 37(5), 609-617. doi :10.1188/10.ONF.609-617

Cette étude qualitative phénoménologique descriptive, commencée en 2008, a été faite en Amérique, à Houston. Elle a pour but d'identifier les soucis les plus fréquents et les craintes des femmes diagnostiquées avec un cancer de l'ovaire.

L'invitation a été envoyée au monde entier par e-mail, par des sites en ligne et des journaux internationaux aux différents groupes de soutien du cancer de l'ovaire et aux professionnels de la santé. Les femmes intéressées, ayant eu un diagnostic du cancer de l'ovaire et parlant anglais, se retrouvent incluses dans cette recherche.

L'échantillon contient 360 femmes qui parlent anglais, de 19 à 82 ans, ayant appris le diagnostic du cancer de l'ovaire. Ces femmes proviennent de douze pays et quarante-quatre états différents et leur moyenne d'âge s'élève à 83 ans. Le 91 % des femmes sont caucasiennes et ont fait des études collégiales.

Une interview virtuelle en ligne a été faite avec ces femmes afin de recueillir des données narratives pour une analyse qualitative. Une femme survivante du cancer a formulé les questions qui ont été mises à l'essai avec un groupe de soutien du cancer de l'ovaire, à Oklahoma. La pertinence des questions a ensuite été révisée et validée par huit membres du groupe focus. Pour finir, une seule question a été retenue dans le but d'explorer les sentiments de la femme et ses compréhensions sur le cancer de l'ovaire : « Lorsque vous allez au lit et que vous n'arrivez pas à dormir, qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? »

Au final, les résultats affirment en premier lieu que la qualité de vie est significativement différente en fonction de l'âge du survivant du cancer de l'ovaire. Enfin, lorsque la question sur l'inquiétude a été posée, les mots récurrence et mort sont apparus à tout âge et témoignent bien de la constante des préoccupations des femmes sondées.

6.5.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, les données narratives ont pu être lues à maintes reprises afin d'éviter des biais et ce grâce à l'interview effectuée en ligne pour les recueillir. Etant donné qu'une femme expérimentée a composé les questions et qu'ultérieurement huit membres du groupe focus les ont révisées et validées, cela montre une saine réflexion posée sur celles-ci et permet une plus grande validité de l'étude.

De plus, les sept étapes de la méthode de Colaizzi ont été utilisées pour l'analyse des données ce qui montre la véracité de l'étude. En effet, quatre chercheurs ont relu les récits et les phrases spécifiques ont été directement dirigées sur le phénomène étudié et extraites

par une équipe, individuellement, puis en groupe. Les réponses ont été organisées en catégories significatives et une description exhaustive des phénomènes a été étudiée. La validation des conclusions de l'étude a été faite par les survivantes du cancer de l'ovaire pour vérifier l'exactitude, l'interprétation et évidemment la confirmabilité, la fiabilité et la crédibilité des données.

L'échantillon en boule de neige, stratifié par la situation géographique, le revenu et la distance parcourue pour accéder aux soins, représente le monde entier ce qui est très intéressant pour la transférabilité de l'étude.

Toutefois, la fiabilité et la crédibilité de cette étude peuvent être interrogées puisqu'une seule question a été posée, sans qu'aucune information sur ce choix ne soit précisée. La présence d'une majorité de femmes âgées de plus de 50 ans montre également une grande variabilité dans l'expérience. En ce qui concerne la transférabilité, les résultats démontrant les craintes, les soucis et le diagnostic tardif du cancer de l'ovaire dû à la méconnaissance des signes et symptômes précoces par les femmes peuvent être utiles pour sensibiliser les professionnels de la santé à améliorer leurs connaissances sur le cancer de l'ovaire et toute sa prise en charge.

6.5.2 Pertinence clinique

Cette étude est intéressante pour les professionnels de la santé. Elle montre qu'il faut continuer à chercher pour améliorer la qualité de vie de ces femmes. En ce sens, elle peut constituer un guide pour les recherches futures.

De plus, une telle étude a touché les femmes du monde entier atteintes du cancer de l'ovaire. Elle est donc transférable en Suisse et dans tout le monde car elle est intéressante pour le suivi des patientes dans tous les contextes de soins.

6.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Des appréhensions apparaissent selon les différentes nécessités d'auto-soins développementales de chacune. Il reste intéressant d'observer que les mots mort et rémission apparaissent à tout âge lors de la question posée sur l'inquiétude. Malgré tout, l'infirmière doit anticiper les différents besoins et craintes de ces femmes pour savoir les accompagner et les soutenir tout au long de la maladie. Comme dit dans le cadre théorique, l'accompagnement s'adapte à l'évolution de la situation, il s'appuie sur les ressources de la personne et ses compétences, il la valorise et réserve son autonomie. De plus, la nécessité d'auto-soin liée à l'altération de la santé souligne que la femme doit apprendre à vivre avec les effets causés par les conditions pathologiques. Pour cela, les soins infirmiers sont présents pour agir, guider, soutenir, créer un environnement favorisant le développement de la personne

et enseigner. Les professionnels de la santé choisissent alors un système d'intervention partiellement compensatoire, relié au soutien et à l'éducation.

Cette étude montre qu'il faut continuer de faire des recherches et se former pour améliorer la qualité de vie de ces femmes et ensuite, il faudrait promouvoir davantage l'éducation au sujet du cancer de l'ovaire pour que les femmes soient vigilantes aux signes et symptômes précoces et pourquoi pas organiser des groupes de soutien d'âge similaire.

6.6 Description de l'étude 2

Guenther, J., Stiles, A., & Dimmitt Champion, J. (2012). The lived experience of ovarian cancer : A phenomenological approach. *Journal of the American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(10), 595-603. doi :10.1111/j.1745-7599.2012.00732.x

A travers une étude qualitative phénoménologique descriptive, faite en Amérique, onze participantes qui correspondent aux critères d'inclusion ont été sélectionnées dans le but de décrire leur expérience de vie après avoir été diagnostiquées avec le cancer de l'ovaire. Ces femmes ont vingt ans et plus, elles parlent anglais et ont été diagnostiquées dans les cinq dernières années.

La collecte des données a été une approche phénoménologique herméneutique pour que le chercheur puisse interpréter et rechercher les significations de l'expérience de ces femmes. Des interviews semi-structurées ont été menées et une question générale a été posée : « Dites-moi quels étaient les événements principaux survenus lors de votre diagnostic du cancer de l'ovaire ? ». Ensuite, les questions sont devenues plus spécifiques dans le but de viser et susciter les perceptions et les croyances des femmes concernant leur maladie.

L'interview individuelle est un enregistrement audio, retranscrit ensuite en verbatim. De plus, un journal a été conservé par les chercheurs pour pister les impressions, les idées et les perceptions personnelles de l'interview.

L'analyse des données a été conduite par l'équipe de recherche composée d'un investigateur principal et de deux enquêteurs expérimentés en recherche qualitative. Elle a commencé immédiatement après la première entrevue puis par des entrevues subséquentes. L'équipe a suivi les sept étapes herméneutiques selon Diekelmann et Ironside (1989). Une analyse des données individuelles a été faite puis une évaluation en équipe pour éviter les conflits et les incohérences. Chaque participante a relu ses notes pour la précision des verbatim en suivant son journal.

En conclusion, les résultats affirment en premier lieu le choc de la révélation du diagnostic tardif. Ils reviennent également sur le péril pour ces femmes, le traitement étant une bataille physique et psychologique. Cette étude avance également la perpétuelle vigilance face aux craintes de la récurrence du cancer et traite de l'adaptation ainsi que de la réorganisation afin d'avoir de nouveaux buts dans la vie et de vivre pleinement chaque moment. Comme le

souligne le concept de la qualité de vie et de l'accompagnement dans le cadre théorique, la crainte de la récurrence est souvent présente ainsi, encourager la femme à exprimer ses pensées et avoir une communication ouverte avec les professionnels de la santé peut donner de l'espoir au milieu de l'incertitude dans le but de retrouver un état d'équilibre. Les femmes ont aussi affirmé que les professionnels de la santé devaient les former sur le cancer de l'ovaire et sur les signes et symptômes précoces. Cela s'appuie sur le rôle de promotrice de la santé de l'infirmière en prévenant et informant la population.

6.6.1 Validité méthodologique

Les forces de cette étude résident tout d'abord dans l'approche phénoménologique herméneutique pour interpréter et rechercher les significations des expériences des femmes.

Ensuite, des interviews semi-structurées ont été enregistrées puis retranscrites en verbatim et enfin, un journal a été conservé par les chercheurs pour pister les impressions, les idées et les perceptions personnelles des femmes. Immédiatement après la première entrevue, un investigateur principal et deux enquêteurs expérimentés en recherche qualitative ont analysé les données.

L'équipe a suivi les sept étapes herméneutiques selon Diekelmann et Ironside (1989) :

1. L'enquêteur et chaque membre de l'équipe de recherche lit les transcriptions pour développer une compréhension globale de leur sens. Dans cette étude, les trois membres de l'équipe de recherche ont lu et relu indépendamment chaque transcription des verbatim des interviews.
2. Les enquêteurs de l'équipe les catégorisent indépendamment des thèmes en mettant des extraits des transcriptions comme preuve. Dans cette recherche, les enquêteurs ont identifiés des thèmes relationnels et les ont mis en évidence sur les transcriptions d'entrevues.
3. L'équipe de recherche se réunit pour comparer les interprétations individuelles pour les similitudes et les différences, puis elle vérifie les textes originaux. Dans cette étude, l'équipe s'est réunie pour comparer les interprétations individuelles pour les similitudes et les différences. Dix entrevues ont été réalisées. Chaque membre est venu avec sa liste de thèmes. Bien que quelques différences surgissent, de nombreuses similitudes restent présentes dans les analyses. Après plusieurs discussions, une liste de thèmes a finalement été créée.
4. Le processus d'analyse se poursuit avec une analyse plus approfondie indépendante des transcriptions et des comparaisons de l'interprétation de la recherche. L'objectif de cette étape est de définir plus précisément les relations des thèmes avec les transcriptions. Dans cette étude, lorsque la dernière entrevue a été achevée, l'équipe a examiné

et trouvé qu'aucune révision majeure des thèmes n'était nécessaire. A ce moment, l'équipe a commencé à regrouper les thèmes pour des motifs constitutifs.

5. Les motifs constitutifs commencent à émerger. Un motif constitutif est commun à toutes les transcriptions et exprime une relation entre plusieurs thèmes. Dans cette étude, le regroupement des thèmes et la dénomination du modèle constitutif correspondent et continuent à être similaires.
6. Les enquêteurs valident les conclusions en les partageant avec les collègues qui examinent et analysent les transcriptions. Dans cette étude, après que tous les modèles et thèmes constitutifs aient été établis, une liste d'extraits des interviews a été préparée.
7. L'enquêteur prépare le rapport final des conclusions avec l'inclusion des extraits d'interviews pour soutenir les thèmes et valider les résultats. Dans cette étude, l'enquêteur principal a préparé le rapport final en faisant les révisions recommandées par l'équipe.

Pour terminer, le cadre de Lincoln et Guba a été établi pour montrer la fiabilité, la transférabilité, la crédibilité et la confirmabilité des données :

La crédibilité a été renforcée par les comparaisons de l'enquêteur de chaque entrevue transcrite et de la bande sonore. Ce processus a été suivi par les participantes pour la précision. Les participantes ont corrigé ou ajouté des informations sur les transcriptions.

La transférabilité des résultats a été renforcée pour obtenir des informations démographiques et descriptives de chaque participante.

La fiabilité et la confirmabilité étaient accomplies par le maintien d'une piste de vérification qui inclut la documentation (les verbatims transcrits) et un processus de fonctionnement (journal).

Cette étude comporte également certaines faiblesses car les entretiens ont été menés de manière rétrospective. Les participantes peuvent alors oublier ou modifier des événements et les expériences des femmes ont été décrites mais pas analysées.

6.6.2 Pertinence clinique

La présence dans cette étude de femmes caucasiennes permet la généralisation des résultats en Suisse. Bien que les femmes diagnostiquées avec le cancer des ovaires représentent plus particulièrement des femmes ayant plus de 50 ans, la moyenne d'âge qui s'élève à 51 ans dans cette étude, pourrait limiter la transférabilité pour les femmes plus jeunes.

Cette étude pourrait certainement être transférable, car elle montre l'importance du rôle de promotrice de la santé de l'infirmière pour toutes les femmes quel que soit leur pays, afin de les sensibiliser au cancer de l'ovaire et sur ses signes et symptômes précoces.

6.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

L'étude montre que les professionnels de la santé doivent former les femmes sur les signes et symptômes précoces de ce cancer et évaluer les facteurs de risques pour chacune d'entre elles. L'équipe des soins pourrait mettre en place des préventions générales primaires, secondaires et tertiaires dans les milieux de soins en lien avec le cancer de l'ovaire, dans les hôpitaux et dans les services de gynécologie.

L'étude indique aussi qu'il faut encore effectuer des recherches pour connaître les symptômes associés aux stades précoces de la maladie afin que les professionnels de la santé soient alarmés le plus rapidement possible et qu'ils puissent accompagner correctement la patiente quels que soient son âge et ses besoins développementaux.

Pour ces femmes, les traitements représentent une bataille physique et psychologique. En perpétuelle vigilance face aux craintes de la récurrence du cancer, elles s'adaptent et réorganisent leur vie pour vivre chaque moment. Comme décrit par Leplège, dans le concept de la qualité de vie, seule une personne peut définir son niveau de qualité de vie, en fonction de critères subjectifs situés dans quatre domaines, tels que : « l'état physique du sujet, ses sensations somatiques, son état psychologique, ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel ».

6.7 Description de l'étude 3

Wilmoth, M., Hatmaker-Flanigan, E., & LaLoggia, V. (2011). Ovarian Cancer Survivors : Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. doi :10.1188/06.ONF.905-910

Une nouvelle étude a été menée en Amérique, afin de mieux comprendre les influences du traitement sur la sexualité. L'objectif était aussi de savoir comment les femmes adaptent ces changements sexuels et d'identifier ce que ces femmes attendent des infirmières sur l'explication des différents symptômes et effets secondaires des traitements. Il s'agit en l'occurrence d'un devis qualitatif descriptif.

Une clinique ambulatoire gynécologique dans une zone urbaine au Sud-Est des Etats-Unis a été le site de recrutement pour les patientes. Huit femmes de 33 à 69 ans qui reçoivent la première ligne de traitement pour le cancer de l'ovaire ou qui ont terminé leur traitement ont participé à une interview individuelle. Cinq femmes de 40 à 75 ans et ayant reçu le diagnostic en phase terminale d'un cancer de l'ovaire ont participé dans un groupe de discussion. L'âge moyen se monte à 56 ans et uniquement trois des femmes ont moins de quarante ans.

Deux entretiens individuels et un groupe de discussion ont été organisés. Les patientes ont décrit ce que signifiait la sexualité pour elles et deux questions leur ont ensuite été posées : « Comment les patientes atteintes du cancer de l'ovaire décrivent les changements dans leur sexualité depuis l'annonce du diagnostic et comment gèrent-elles ces changements ? »

« Quelles sont les informations et quelle est l'éducation que les femmes atteintes du cancer de l'ovaire ont besoin au sujet des symptômes liés au traitement ? »

Les participantes ont dû identifier de un à dix l'intensité des changements qu'elles avaient connus dans leur sexualité depuis le diagnostic. Pour finir, les femmes ont parlé de la manière dont les équipes de soins les avaient informées ou non sur les signes et symptômes de la chirurgie ou de la chimiothérapie, tels que la diminution des désirs sexuels, des neuropathies périphériques, de l'infertilité, des sensations de symptômes ménopausiques, des douleurs lors de rapports sexuels, de la sécheresse vaginale, de l'alopecie, des problèmes cognitifs, du changement de poids et de la fatigue. Chaque entretien était enregistré et retranscrit pour l'analyse.

L'analyse du contenu a été utilisée pour identifier les thèmes qui décrivent l'expérience des femmes quand elles ont pris conscience de l'évolution de leur sexualité.

Pour finir les résultats affirment qu'indépendamment de l'âge ou de la relation de couple, la sexualité se retrouve altérée par le diagnostic et les traitements et que les participantes n'ont pas reçu les informations nécessaires par les professionnels de la santé sur le changement amené par la maladie dans leur sexualité. Lors des traitements de chimiothérapie, certaines femmes n'avaient plus de désirs sexuels alors que d'autres, après la chirurgie, ont été dérangées par la sécheresse vaginale et la douleur qui ont altéré leur activité sexuelle. En rapport avec le concept de l'adaptation, la sexualité rentre en compte dans l'adaptation psychologique, physique et sociale pour le cancer de l'ovaire.

6.7.1 Validité méthodologique

L'étude avait initialement l'intention d'utiliser le groupe de discussion pour récolter les données. Cependant, cela n'a pas pu être réalisé parce que les participantes potentielles avaient planifié leur rendez-vous en dehors de leurs horaires de travail. Par conséquent, les interviews ont été effectuées une après l'autre et le groupe de discussion a dû, après chaque entrevue, contrôler les résultats au cours de l'analyse finale. Cela montre un déroulement perturbé de l'expérience prévue mais souligne une autre solution trouvée par les chercheurs afin de pouvoir continuer leur recherche avec la plus grande véracité possible.

Par ailleurs, l'étude a respecté les normes éthiques car les entrevues ont commencé après que le consentement et les données démographiques aient été complétés. Mentionnons également que le séquençage des questions a suivi des lignes directrices en commençant par les articles les moins sensibles en progressant vers les plus sensibles en posant des questions indiscretes. Après plusieurs entrevues, l'analyse initiale a été effectuée et les questions ont été modifiées pour demander plus spécifiquement chaque aspect des symptômes ressentis et l'intensité des changements expérimentés dans leur sexualité depuis le

diagnostic du cancer de l'ovaire. Ensuite, l'enquêteur a alors demandé aux participantes de répondre aux thèmes identifiés dans les entretiens individuels.

Les forces de cette étude sont que les interviews et les entrevues des groupes de discussion étaient toutes enregistrées puis transcrites pour l'analyse. Les assistants de recherche ont écouté ces enregistrements audio et lu les transcriptions pour assurer l'exactitude et éviter les biais en faisant les corrections nécessaires. D'une fois que les transcriptions précises ont été assurées, l'analyse a commencé en utilisant un contenu descriptif technique analytique avec des mots et des phrases de l'unité de Neuendorf 2002.

Le principal investigateur et les assistants de recherche ont analysé chaque entrevue transcrite individuellement puis en groupe pour discuter des thèmes identifiés.

De plus, un codage a été fait au niveau des unités de mots et un livre de codes a été développé pour assurer la cohérence en utilisant un codage humain et non un logiciel. Cela montre une analyse plus fructueuse des séances de discussion à travers les auteurs. La théorie des symptômes désagréables (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) a également été utilisée comme cadre pour guider les questions.

Dans cette étude, la triangulation d'approche, les chercheurs et la théorie ont permis une description riche de l'expérience des symptômes.

6.7.2 Pertinence clinique

Des femmes d'une large gamme d'âges ont participé à cette recherche, ce qui permet de confirmer ce problème à toute période de développement. Indépendamment de l'âge ou de la relation de couple, la sexualité se retrouve altérée par le diagnostic et les traitements.

Soulignons la difficulté ici de trouver des participantes ; il se peut donc que tout n'ait pas été dit dans les groupes de discussion.

Une telle étude pourrait sûrement être généralisable en Suisse, car elle concerne toute la population féminine, et comme le montre l'étude, ces signes et symptômes sont souvent présents chez toutes les femmes.

6.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a permis aux femmes d'exprimer leurs préoccupations. Ainsi, elle montre aux infirmières qu'elles devraient fournir davantage de conseils préventifs pour les femmes sur les symptômes sexuels qui proviennent des traitements car les participantes affirment n'avoir pas reçu les indications nécessaires sur le changement dans leur sexualité comme par exemple, une ménopause précoce comme des « bouffées de chaleur », une répercussion sur la vie et le plaisir sexuel ainsi que sur la perception corporelle, c'est-à-dire une diminution du désir sexuel, une sécheresse vaginale des douleurs lors de rapports, une alopécie et une

cicatrice chirurgicale. Des recherches supplémentaires devraient être faites pour mieux comprendre, réduire et contrôler les symptômes du cancer de l'ovaire afin de pouvoir faire une bonne prévention.

Les infirmières doivent former les femmes atteintes du cancer de l'ovaire à propos des changements dans leur sexualité car ceux-ci peuvent survenir lors de leurs traitements. Elles devraient en parler chaque fois et lorsque les patientes seront prêtes à les entendre, elles les entendront. En effet comme précisé dans le cadre théorique, les femmes doivent prendre conscience des effets que produisent les conditions pathologiques et apprendre à vivre avec ceux-ci, plus précisément ici, en lien avec la sexualité, même si l'adaptation est difficile.

Comme dit dans cette étude, ce cancer provoque une altération du développement de la santé de la femme et un déficit comme celui de la sexualité apparaît. L'infirmière devrait alors s'appuyer sur les ressources et les capacités de la patiente afin de proposer un projet de soins adaptés aux besoins spécifiques de la personne et en tenant compte de ses différentes stratégies d'adaptation pour l'accompagner au mieux. Comme le démontre Ardoino dans le concept d'accompagnement, la collaboration des soignants avec les patientes est primordiale pour une guérison ou une amélioration de leur santé. Ainsi, il est important de communiquer et de donner du soutien thérapeutique. Par ailleurs, il est clair qu'il est difficile pour les infirmières d'aborder la sexualité avec les patientes car c'est un sujet intime et personnel. Cependant, cette étude met en évidence le besoin d'informations des femmes malades recevant un traitement de chimiothérapie ou ayant subi une chirurgie et l'importance d'en connaître les conséquences.

6.8 Description de l'étude 4

Cox, A., & Faithfull, S. (2015). Aiding a reassertion of self: a qualitative study of the views and experiences of women with ovarian cancer receiving long-term nurse-led telephone follow-up. *Spinger-Verlag Berlin Heidelberg*, 23(8), 2357-2364. doi:10.1007/s00520-014-2578-4

Cette étude qualitative phénoménologique interprétative, élaborée en Angleterre, a pour objectif d'explorer les opinions et les expériences des femmes qui suivent un traitement pour le cancer de l'ovaire par un suivi téléphonique dirigé par les infirmières. Le but est aussi d'explorer les expériences des femmes atteintes du cancer de l'ovaire sur le long terme pour fournir les informations importantes concernant les processus d'adaptation des survivantes du cancer. Ces données peuvent éclairer l'élaboration d'approches innovantes centrées sur le suivi des patientes.

Onze femmes ont été retenues par une infirmière clinicienne spécialisée. Toutes atteintes du cancer de l'ovaire, elles sont alors en post-traitement. Pendant trois ans, des infirmières ont donc suivi ces femmes par appels téléphoniques ou en personne.

Les suivis téléphoniques ont été adaptés entre 2005 et 2009 par des infirmières cliniciennes. Une interview semi-structurée a été effectuée pour faciliter la discussion et encourager les femmes à parler librement et de manière réfléchie. Les questions portaient sur leur expérience de vie, leur expérience sur le suivi-téléphonique à long terme et comment elles verraient un service de suivi dans leur futur, après leur traitement.

Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, retranscrites en verbatim et analysées avec l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

Les résultats de cette étude démontrent que le suivi infirmier a contribué à une réaffirmation de soi. Trois thèmes principaux ont émergé quant à l'impact positif du suivi téléphonique de l'infirmière : la perception du soutien social accru, la confiance en l'expertise de l'infirmière et l'assurance des tests sanguins continus et pour terminer la perception d'un suivi relaxant avec du temps pour parler.

6.8.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, il convient tout d'abord de souligner un engagement prolongé de la part des infirmières cliniciennes, notamment dans l'adaptation des suivis téléphoniques de 2005 à 2009. Cela montre une longue durée d'observation et constitue une force pour l'étude.

Le procédé des interviews semi-structurées est également positif, notamment pour faciliter les entretiens et encourager les femmes à parler librement tout en leur posant des questions pour les guider dans leurs réflexions.

Positif également, l'ensemble des entrevues ont été enregistrées sur bande audio, retranscrites en verbatim et analysées avec l'IPA pour obtenir la plus grande véracité possible.

Les interviews et leur analyse étaient conduites par un chercheur et le deuxième auteur a conduit un audit indépendant pour confirmer que l'analyse était systématique, transparente, fiable et crédible.

Finalement, l'analyse des expériences et des opinions des participantes a été comparée et retranscrite pour mettre l'accent sur les points communs et développer chaque thème. Cela a donc permis d'analyser l'interprétation de ces femmes pour montrer la confirmabilité de l'étude.

6.8.2 Pertinence clinique

Quelques questions peuvent se poser pour la transférabilité de cette étude. Tout d'abord, elle donne un aperçu unique de l'expérience d'un suivi téléphonique sur le long terme. Les visions et les expériences de ces femmes ne sont donc pas représentatives pour toutes les femmes atteintes du cancer de l'ovaire. Ensuite, les discussions téléphoniques peuvent être mal interprétées et les expressions non-verbales sous-estimées, voire inconsidérées.

Cette recherche montre que les études futures devraient examiner plus précisément l'impact du stade et du type de cancer de l'ovaire pour identifier les besoins de ces femmes et pour savoir comment les soutenir.

Le système de santé suisse pourrait certainement se fier à cette étude parce que les cliniciennes sont de plus en plus reconnues et présentes dans les milieux de soins, ainsi elles pourraient mettre en place un suivi téléphonique sur le long terme après les traitements.

6.8.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Le suivi téléphonique par des infirmières cliniciennes a été largement recommandé pour les femmes suivant un traitement pour le cancer de l'ovaire, car trois thèmes principaux ont émergés quant à son impact positif : la perception du soutien social accru, la confiance en l'expertise de l'infirmière et l'assurance des tests sanguins continus et pour terminer la perception d'un suivi relaxant avec du temps pour parler. Cette étude montre qu'un accompagnement sur le long terme est positif et rassurant quel que soit le stade de développement de la femme.

6.9 Description de l'étude 5

DellaRipa, J., Conlon, A., Lyon, D-E., Ameringer, S-A., Lynch Kelly, D., & Menzies, V. (2015) Perceptions of Distress in Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 292-300. doi : 10.1188/15.ONF.292-300

Cette étude qualitative de théorie ancrée a pour objectif d'explorer l'expérience de la détresse des femmes en demandant : « Qu'est-ce que les femmes atteintes du cancer de l'ovaire veulent que leur conjoint, leur famille, leurs amis et les professionnels de la santé connaissent de leurs expériences de détresse pendant le diagnostic et le traitement ? ».

Cette recherche s'est faite dans le milieu urbain dans la région médio-atlantique des Etats-Unis. Les interviews ont débuté en février 2013 et se sont poursuivis jusqu'en août de la même année. Quinze femmes ont été recrutées dans les services d'oncologie gynécologique, mais uniquement douze correspondaient aux critères de sélection. Ces douze femmes étaient âgées de 21 à 71 ans, diagnostiquées et traitées pour le cancer de l'ovaire. Par la suite, une analyse comparative constante des données a été faite.

Les résultats affirment que les expériences individuelles diffèrent mais ce cancer reste malgré tout une agression existentielle. Le caractère choquant et improvisé du diagnostic ressort également. Malgré le refus ou l'hésitation des participantes à aborder le sujet de leur propre mort, ce thème est signalé comme récurrent dans toutes les interviews. Comme précisé dans le cadre théorique selon Erikson la femme pourrait se questionner à propos de sa vie et se retrouver dans le versus désespoir en pensant à sa propre mort.

6.9.1 Validité méthodologique

Un guide d'entretien a été utilisé pour commencer et terminer la conversation. Celui-ci a le mérite de fournir une structure initiale de la collecte des données. Par la suite, comme les interviews ont progressé, les participantes ont partagé volontairement leur contenu.

Une analyse comparative constante des données obtenues, par des entretiens audios enregistrés a été faite selon la méthode Glaserian. De plus, les professionnels ont retranscrit les interviews et les ont converties sur des documents Microsoft Word. Ensuite elles ont été comparées avec les enregistrements audios pour la précision et les passages non-verbaux. Le codage a été fait par des investigateurs avec une évaluation par les paires des interviews 1, 5 et 9 pour évaluer l'exactitude, les biais, le potentiel et la cohérence dans le processus. Des mémos ont été compilés tout au long du processus de collecte d'analyses de données. Un codage de fond, ligne par ligne, a été fait, suivi par l'abstraction et la conceptualisation de codes théoriques qui ont été triés à la main ainsi que les variables pour être finalement regroupés en sous-catégories. L'enquêteur revenait toujours aux données, tout en menant une réflexion sur le processus « memoing and bracketing », de façon à capturer tous les aspects du processus de développement de la théorie ancrée.

La tenue des registres systématiques et la journalisation de réflexion ont contribué à la rigueur de cette recherche.

Les interviews enregistrées ont fourni de riches détails sur le diagnostic des participantes, sur les traitements tout comme sur l'impact émotionnel de la maladie sur ces femmes et leur entourage.

Les données fournies par les douze femmes ont produit suffisamment de contenu pour faire une analyse comparative constante avec saturation de données en commençant par l'interview 10 et en le confirmant tout au long des interviews 11 et 12.

Cette étude comporte toutefois certaines faiblesses, comme la petite taille de l'échantillon et la divergence de la méthode Glaserian. Cette méthode n'aurait en effet pas inclus une pré-recherche de revue de la littérature et n'aurait pas commencé avec une question de recherche et un guide d'entretien. De plus, un échantillonnage théorique aurait été utilisé, ce qui peut mener à des entrevues individuelles avec des personnes dans le réseau social et de la santé.

6.9.2 Pertinence clinique

Cette étude peut être considérée comme pertinente car elle rapporte les perceptions de la détresse personnelle des femmes, par un sentiment d'impuissance dans une situation désespérée. Elle peut être transférable dans le monde entier car elle parle de la détresse des femmes, ce qui peut représenter toute la population avec le cancer des ovaires.

6.9.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Dans cette recherche, il n'y a pas d'exploration du rôle de l'infirmière pour une bonne communication lors de pronostic mortel, ni pour soutenir la patiente et son réseau social. Il n'y a pas d'investigation sur les effets de l'âge, du stade de développement, de la maladie et des traitements, de l'origine ethnique et financière. Malgré ces manques, la recherche reste utile pour la pratique professionnelle car elle démontre bien la spécificité des besoins et des expériences des femmes. En effet, les femmes affirment que ce cancer reste une agression existentielle et que la mort est une crainte. Ainsi, il est possible de s'apercevoir de la détresse des femmes ce qui confirme l'intérêt d'un suivi par des professionnels.

6.10 Description de l'étude 6

Smith, A., Rocconi, R., & Finan, M. (2012). Signs of Aging or the Vague Symptoms of Ovarian Cancer ? *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 150-156. doi : 10.1188/12.ONF.E150-E156

Cette étude qualitative descriptive, faite en Amérique, explore les sentiments développés en même temps que les symptômes physiques du cancer de l'ovaire puis les présente par thèmes. La collecte de données a eu lieu de juin 2009 à juin 2010.

Les femmes âgées de plus de 20 ans, diagnostiquées d'un cancer de l'ovaire et capables de lire et écrire en anglais ont été incluses dans cette étude. L'échantillon comprend 24 femmes de 39 à 78 ans.

La collecte des données s'est faite par sondage papier-crayon de dix-huit questions, aux femmes ayant eu un rendez-vous clinique avec un gynécologue-oncologue à l'Institut Universitaire du cancer. Ensuite, l'analyse du contenu qualitatif et descriptif a été utilisée pour identifier les thèmes des réponses de chaque participante.

Les résultats montrent le côté tardif du diagnostic et les réactions de choc et de surprise lors de son annonce. Les femmes pensaient le plus souvent que les symptômes étaient dus au vieillissement. Cette étude souligne bien la nécessité d'informer les femmes et les professionnels de la santé aux signes et symptômes du cancer des ovaires et à leurs préventions.

6.10.1 Validité méthodologique

La collecte des données s'est déroulée dans ce cas entre juin 2009 et juin 2010. Un tel prolongement du recueil de données paraît favorable pour la crédibilité d'une telle étude.

De plus, un sondage papier crayon de dix-huit questions a été effectué par un membre de l'équipe spécifique pour la recherche qualitative descriptive et n'a pas été utilisé dans d'autres études (figure 1). Les questions ont été validées par deux experts oncologues-gynécologues. Ensuite, le logiciel SPSS version 18.0 a été utilisé pour résumer les caractéristiques démographiques et les analyses qualitatives, descriptives pour identifier les thèmes des données narratives.

Par la suite, ces données ont été saisies dans un Microsoft sur document Word.

Les déclarations communes ont été dénombrées, cependant avec l'analyse qualitative, les thèmes ou les concepts peuvent être pris en compte pour la fréquence, mais les concepts latents des données sont identifiés.

Plus tard, un membre de recherche a étudié les données narratives et identifié les thèmes. Puis, les données et les thèmes ont été examinés par le deuxième membre de l'équipe de recherche pour avoir la plus grande fiabilité possible.

Les résultats reflètent les forces de cette étude car ils confirment ce qui est disponible dans d'autres recherches publiées.

Les faiblesses restent la petite taille de l'échantillon recruté, et cela uniquement dans un centre de traitement du cancer. Par conséquent, seul un petit échantillon de cette région géographique est représenté. De plus, les données sont fondées sur les souvenirs de ces femmes. La mémoire et son côté rétrospectif peuvent facilement être à l'origine de certains oublis, voire de la création de biais.

6.10.2 Pertinence clinique

Cette étude pourrait probablement être transférable en Suisse pour les personnes atteintes du cancer de l'ovaire ou simplement pour les femmes et les professionnels de la santé car le niveau de vie d'Amérique y est ressemblant à celui de la Suisse. De plus, le diagnostic tardif y est aussi fréquent et les signes et symptômes sont souvent confondus avec ceux de la ménopause.

6.10.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude montrent un besoin d'éducation aux signes et symptômes du cancer de l'ovaire chez la population générale ainsi que chez les professionnels de la santé, le retard du diagnostic étant fréquent.

Les infirmières et les services de santé pourraient prendre l'initiative de diffuser des informations sur ce cancer en éduquant les femmes et en développant des campagnes de prévention dans les lieux publics. De plus, la formation continue des infirmières semble capitale pour assurer un suivi et un accompagnement corrects des femmes. Avec une relation thérapeutique, une infirmière évaluerait si les signes et symptômes ressentis sont dus au vieillissement ou au cancer des ovaires. Si la situation devait ne pas être claire, elle devrait avoir les moyens d'investiguer plus profondément en demandant des tests de diagnostics. Les infirmières devraient davantage être à l'écoute de ces femmes qui expriment leurs préoccupations.

Les recherches futures devraient donc inclure davantage l'évaluation de l'éducation des campagnes pour le public et les professionnels de la santé pour détecter précocement le cancer de l'ovaire.

Les professionnels de la santé devraient être invités à dire aux femmes que vieillir ne signifie pas nécessairement des ballonnements constants, une incontinence passagère ou un état de fatigue et sensibiliser à l'importance d'investiguer plus loin si ces symptômes devaient persister.

6.11 Synthèse des principaux résultats

Suite à l'analyse des différentes études, nous pouvons constater que les femmes ont exprimé de l'inquiétude par rapport à la récurrence du cancer et que malgré leur différence d'âge, les préoccupations liées à la mort et à une potentielle récurrence apparaissent chez chaque participante. De plus, la révélation du diagnostic constitue le plus souvent un choc violent, une agression pour ces femmes, ce qui reflète la nature insidieuse de l'apparition des symptômes de ce cancer. Les femmes parlent de péril parce que le traitement ressemble à une bataille pour chacune d'entre elle. Un tel combat ne se gagne pas sans un changement d'image corporelle, une altération de la sexualité, une fatigue accompagnée parfois d'une anémie, de tristesse et de désespoir, de nausées ou de constipation.

Ces femmes malades restent toujours à l'affût, en perpétuelle vigilance face aux signes et symptômes de ce cancer. Elles aimeraient redevenir normales et vivre chaque moment en réorganisant leur vie pour obtenir de nouveaux buts.

Les recherches ont également démontré qu'un suivi téléphonique à long terme par les infirmières constitue un soutien agréable, une mise en confiance et une perception d'un suivi relaxant pour les femmes.

La plupart des femmes rencontrées dans ces études affirment que leur diagnostic a été très tardif, un constat que l'on doit à certaines méconnaissances des signes et symptômes de ce cancer et à celles des professionnels de la santé. Le plus souvent, ces femmes pensaient que les symptômes étaient dus au vieillissement mais savaient malgré tout que quelque chose n'allait pas. Il y a donc fondamentalement un besoin d'éducation pour les signes et symptômes du cancer pour la population générale ainsi que pour les professionnels de la santé.

Ces études montrent que les infirmières doivent anticiper les besoins et les craintes de ces femmes selon leurs différents stades de développement. Elles deviennent des partenaires pour les aider à surmonter leur stress, à leur donner les indications nécessaires pour leurs changements corporels et pour les soutenir, surtout en période de rémission.

Le bilan sur ces travaux montre donc qu'il faut continuer de faire des recherches et à se former pour améliorer la qualité de vie de ces femmes et pour connaître les signes et symptômes associés aux stades précoces de la maladie.

7 Discussion

Pour la discussion, les thèmes de la partie « Synthèse des principaux résultats » seront repris. Ainsi, nous mettrons ensemble les expériences, les besoins, et les interventions infirmières en lien avec le cadre théorique.

7.1 Discussion des résultats

D'après les résultats des différentes études analysées, les femmes ont remarqué la présence d'un diagnostic tardif. Cela provient d'un manque de connaissances des professionnels de la santé et surtout d'un manque d'enseignement à la population générale. A ce moment, la prévention intervient afin de sensibiliser l'individu sur les signes et symptômes précoces du cancer de l'ovaire. Ces réponses sont appuyées car différents auteurs, Jayde et Boughton (2012) et Jayde, White et Blomfield (2009), citent que les expériences des femmes montrent majoritairement un diagnostic tardif de la maladie dû au retard de la reconnaissance des signes et symptômes (p. 5) (p. 55). Celui-ci a un impact sur la gestion du quotidien des patientes, de leur famille et de leur entourage. Dans un premier temps, les femmes ressentent de l'inconfort plutôt que de la douleur. Ensuite, jusqu'à ce que la femme, sa famille et ses amis reconnaissent que les symptômes persistent et qu'ils sont de plus en plus graves, les conseils médicaux sont enfin recherchés (Koldjeski D. , Kirkpatrick, Everett, Brown, & Swanson, 2004, p. 373), (Koldjeski D. , Kirkpatrick, Swanson, Everett , & Brown , 2005, p. 1039). L'éducation et la communication claire sont des outils clés pour la reconnaissance en temps opportun des symptômes potentiels du cancer de l'ovaire (Jayde & Boughton, 2012, p. 11). Le perfectionnement de l'éducation des femmes et des professionnels de la santé concernant les symptômes du cancer de l'ovaire doit être considéré comme une priorité dans l'approche de cette maladie. En effet, les infirmières sont idéalement placées pour diffuser des informations sur les symptômes du cancer de l'ovaire et en ont la responsabilité. Il est crucial que les infirmières soient conscientes des symptômes courants et habituels du diagnostic, afin de demander les examens nécessaires et investiguer plus loin (Jayde, White, & Blomfield, 2009, p. 55).

D'autre part, comme le montre les études analysées ci-dessus, les femmes ressentent beaucoup d'inquiétude face à la mort et à la récurrence du cancer. Van Duin et Kaptein (2013) l'affirment : la mort est un sujet difficile à traiter, des similitudes ont été trouvées, dans la façon dont les personnes font face à la maladie et à l'angoisse de la mort. Un aperçu de la perception de la maladie et des stratégies d'adaptation des patientes atteintes du cancer de l'ovaire est important pour sensibiliser les professionnels de la santé en les conduisant à une meilleure compréhension et une amélioration des traitements des patientes (pp. 629-630). Les symptômes dus aux traitements et à la chirurgie sont pénibles et difficiles à supporter.

En effet, une apparition soudaine des symptômes de la ménopause comme des « bouffées de chaleur » et une sécheresse vaginale peuvent survenir. Il peut aussi en résulter une dyspareunie, une diminution de la libido, de l'humeur et une perte de confiance en soi (Kew, Nevin, & Cruickshank, 2002, pp. 193-196). De plus, la discussion entre les professionnels de la santé, les femmes et leurs partenaires des préoccupations sexuelles peut soulager la détresse personnelle des femmes (Maughan & Clarke, 2001, pp. 221-229).

L'étude quatre démontre qu'un accompagnement sur le long terme de la personne suivant un traitement pour le cancer de l'ovaire a des aspects positifs car elle peut exprimer ses ressentis et ses préoccupations. Les infirmières essaieraient d'anticiper davantage les besoins ainsi que les craintes des patientes, indépendamment de leur âge, pour améliorer leur qualité de vie et l'accompagnement en leur donnant les informations nécessaires. Smith affirme que l'écoute et un bon accompagnement peuvent jouer un rôle déterminant dans le diagnostic précoce du cancer de l'ovaire et dans toute sa prise en charge (Smith, 2008, p. 913).

7.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Certaines études indiquent la qualité et la crédibilité des évidences alors que d'autres ne les mentionnent pas. Ainsi, l'interprétation des méthodes utilisées est essentielle. De plus, les études abordées ne possèdent pas les plus hauts niveaux de preuves scientifiques possibles. Ces études sont majoritairement rétrospectives ce qui peut amener les participantes à oublier des événements ou leur portée. Les forces et faiblesses des études ont été en revanche le plus souvent citées.

Dans certaines études, il est précisé que la collecte a été faite jusqu'à saturation des données alors que les autres ne traitent pas cet aspect.

Parfois, l'échantillon est affirmé trop petit, comme si l'auteur ne savait pas si l'échantillon choisi suffisait pour être représentatif et si les données pouvaient être transférables dans d'autres milieux. Dans ce genre de cas, la généralisation des résultats peut être limitée.

Dans l'ensemble des études retenues, toutes répondent cependant à la question de recherche et aboutissent à une conclusion claire.

7.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Des recherches assidues sur plusieurs bases de données ont été entreprises dès la planification du thème du travail de bachelor. L'ensemble de la littérature sélectionnée pour ce travail est récente. En effet, elle a été publiée dès 2010. Uniquement six études ont été sélectionnées afin de répondre aux différents critères, des études qui se réfèrent au domaine des soins infirmiers.

Difficile parfois de faire les bons choix et de sélectionner les meilleures études selon les critères d'inclusion. Certaines limites apparaissent alors.

Dans cette revue, les études ne concernent en effet pas directement notre environnement géographique et culturel. La maladie reste la même d'un pays à un autre, par contre la prise en charge peut différer.

Les niveaux de preuves de chaque étude sont bas et divers questionnements peuvent alors apparaître, notamment en lien avec la pertinence de ces études. Par exemple, il est possible de se demander si les thèmes relevés dans cette étude concernent tous les pays.

8 Conclusion

Dans ce travail, les besoins ainsi que les expériences des femmes atteintes du cancer de l'ovaire constituent l'objet principal des recherches. Il en ressort essentiellement qu'il subsiste encore des voies d'amélioration en matière de formation à la population générale et aux professionnels de la santé sur les signes et symptômes de la maladie pour dépister les signes précoces de ce cancer afin d'éviter un diagnostic tardif.

Les infirmières jouent dans cette configuration un rôle majeur pour la prévention, l'enseignement et l'accompagnement.

8.1 Propositions pour la pratique

Les quatre concepts fondamentaux (personne, santé, environnement et soin) méritent d'être retenus afin de montrer la pertinence des compétences en soins infirmiers.

Dans un premier temps, la théorie de Dorothea Orem affirme que « chaque être humain est une unité matérielle ou réelle dont les parties évoluent et atteignent leur forme définitive en se différenciant de l'ensemble tout au long des processus de développement ». La personne présente des exigences pour les nécessités d'auto-soins universelles, développementales, et celles reliées à l'altération de la santé (Orem, 1987, p. 220). Dans cette revue la patiente atteinte du cancer de l'ovaire a ses propres expériences et ses propres besoins. Elle se développe en surmontant les effets nocifs qui peuvent l'affecter en précisant ses besoins de soutien et d'accompagnement par les professionnels de la santé.

Dorothea Orem prétend ensuite que la santé est un terme utile pour décrire l'intégrité de l'être humain dans ses différentes composantes et dans ses modes de fonctionnement. Une éducation de l'auto-soin est ainsi nécessaire pour développer des connaissances, des habiletés et des attitudes positives pour les patientes (Orem, 1987, pp. 214-216). Dans le cadre théorique, l'adaptation entre en ligne de compte pour que la personne atteigne un niveau de qualité de vie correct car celle-ci est concernée par l'annonce du diagnostic, l'entrée dans la maladie, tout au long de la prise en charge et en période de rémission.

Dans un troisième temps, elle conçoit l'environnement comme un système intégré lié à la réalisation des auto-soins en portant une attention particulière à la croissance et au développement (Orem, 1987, p. 241). Ceci confirme, comme tout au long de l'étude, le besoin de soutien spécifique à chaque stade de développement de la patiente par les professionnels de la santé et l'entourage.

Finalement, Dorothea Orem perçoit les soins infirmiers comme un service humain visant à satisfaire les exigences d'auto-soins thérapeutiques et à assurer la régulation de capacité d'auto-soins des patientes (Orem, 1987, p. 202). Enfin, ce travail montre l'importance du rôle de promotrice de la santé des infirmières afin d'informer la population en général.

Les quatre méta-paradigmes ci-dessus montrent que les interventions infirmières pour les expériences et les besoins des femmes ainsi que l'éducation sont importantes pour une prise en charge holistique de la personne afin de prévenir les signes et les symptômes du cancer de l'ovaire. Ainsi, les professionnels de la santé doivent répondre aux besoins de la femme et de son entourage pour les soutenir et les accompagner dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la maladie. Une étude (Cox & Faithfull, 2015, pp. 2357-2364) constate par ailleurs qu'un suivi sur le long terme par les infirmières constitue un soutien agréable, une mise en confiance et une perception d'un suivi relaxant pour les femmes.

8.2 Propositions pour la formation

Actuellement, il existe énormément de littérature sur le cancer du sein contrairement au cancer des ovaires. En parallèle, la société a mis en place une quantité de moyens préventifs pour le cancer du sein. A l'inverse, comme démontré dans les études abordées, la prévention pour le cancer de l'ovaire reste minime. Les femmes continuent à ressentir des signes et des symptômes qui leur font penser à la vieillesse, ou simplement à des ballonnements ou des problèmes urinaires. Dans aucun cas, elles penseraient à un cancer des ovaires.

La situation de la pratique infirmière nécessite de développer des possibilités de formation pour les infirmières en oncologie en Suisse. En effet, à la HES-SO Valais-Wallis, les futures infirmières apprennent les aspects des soins oncologiques. En revanche, les compétences nécessaires à la pratique, propre au cancer de l'ovaire, ne sont souvent pas étudiées en cours. Ainsi des formations continues élaborées pour actualiser en permanence les connaissances techniques méritent d'être connues et suivies. Des cursus post-diplôme sont aussi proposés, tout comme des spécialisations en oncologie.

Suggérer des formations spécifiques sur le cancer des ovaires contribuerait certainement à améliorer la prévention et l'éducation par les professionnels de la santé.

8.3 Propositions pour la recherche

Les prochaines études sur un tel sujet devraient envisager d'explorer un échantillon plus grand. Ces recherches pourraient examiner plus précisément l'impact du stade et le type de cancer pour identifier les besoins de ces femmes et pour savoir comment les soutenir.

Il serait aussi pertinent d'approfondir les signes et symptômes de chaque femme et de les différencier pour chaque stade de gravité afin de s'en inquiéter lors du stade précoce de la maladie.

Et pourquoi ne pas rechercher quelle prise en charge les femmes aimeraient recevoir pour que leur qualité de vie soit améliorée, tout comme celle de l'entourage.

D'autre part, il faudrait évidemment que les professionnels de la santé continuent d'investiguer sur les signes et symptômes de ces femmes, sur leurs besoins et expériences pour

améliorer la qualité des soins et éviter les diagnostics tardifs, en sensibilisant la population sur les signes d'alerte du cancer de l'ovaire.

9 Références bibliographiques

- Andersen, M., Drescher, C., Zheng, Y., Bowen, D., Wilson, S., Young, A., . . . Urban, N. (2007). Changes in cancer worry associated with ovarian cancer screening. *Psycho-Oncology*, 16(9), 814-820. doi:10.1002/pon.1151
- Ardoino, J. (2000). De « l'accompagnement », en tant que paradigme à René Lourau. Accès : <http://www.barbier-rd.nom.fr/accompagntJA.html>
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. (2005). Adult cancer survivors : How are they faring ? *Cancer*, 104(11), 2565-2576. doi:10.1002/cncr.21488
- Bathelot, B. (2015). *Définition : Focus group*. Accès : <http://www.definitions-marketing.com/definition/focus-group/>
- Bee, H., & Boyd, D. (2012). *Les Âges de la Vie 4e édition*. Saint - Laurent : ERPI.
- Bennett, P., Wilkinson, C., Turner, J., Edwards, R., France, B., Griffin, G., & Gray, J. (2008). Factors associated with intrusive cancer-related worries in women undergoing cancer genetic risk assessment. *Familial Cancer*, 8(2), 159-165. doi:10.1007/s10689-008-9221-9
- Birks, M., Chapman, Y., & Francis, K. (2008). Memoing in qualitative research Probing data and processes. *Journal of research in nursing*, 13(1), 68 - 75. doi:10.1177/1744987107081254
- Cesario, S., Nelson, L., Broxson, A., & Cesario, A. (2010). Sword of Damocles Cutting Through the Life Stages of women with ovarian cancer. *Oncology nursing forum*, 37(5), 609-617. doi:10.1188/10.ONF.609-617
- Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmier(e)s de Paris 75. (2008). *Le référentiel de compétences des IDE*. Accès : <http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?p=337>
- Cox, A., & Faithfull, S. (2015). Aiding a reassertion of self : a qualitative study of the views and experiences of women with ovarian cancer receiving long-term nurse-led telephone follow-up. *Support Care Cancer*, 23(8), 2357-2364. doi:10.1007/s00520-014-2578-4
- DellaRipa, J., Conlon, A., Lyon, D-E., Ameringer, S-A., Lynch Kelly, D., & Menzies, V. (2015) Perceptions of Distress in Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 292-300. doi : 10.1188/15.ONF.292-300
- Devlin, S., Diehr, P., Andersen, R., Goff, B., Tyree, P., & Lafferty, W. (2010). Identification of ovarian cancer symptoms in health insurance claims data. *Journal of women's health*, 19(3), 381-389. doi:10.1089/jwh.2009.1550
- Evans, J., Ziebland, S., & Mc Pherson, A. (2007). Minimizing delays on ovarian cancer diagnosis : An expansion of Andersen's model of "total patient delay". *Family practice*, 24(1), 48-55. doi:10.1093/fampra/cml063

- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). Transforming Health Care from the Inside Out : Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344. doi:10.1016/j.profnurs.2005.10.005
- Formarier, M., & Jovic , L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières 2ème édition*. Lyon: Mallet conseil.
- Gasse, J.-M., & Guay, L. (2009). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. Québec: Presses Inter Universitaires.
- Goff, B., Mandel, L., Melancon, C., & Muntz, H. (2004). Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA*, 291(22), 2705-2712. doi:10.1001/jama.291.22.2705
- Guenther, J., Stiles, A., & Champion , J. (2012). The lived experience of ovarian cancer : A phenomenological approach. *Journal of the American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(10), 595-603. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00732.x
- Hôpitaux Universitaires de Genève . (2015). *Le cancer de l'ovaire, une maladie silencieuse*. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/gynecologie/documents/cancerovaire_a5_6_def.pdf
- Howell, D., Fitch, M., & Deane , K. (2003). Impact of ovarian cancer perceived by women. *Cancer nursing*, 26(1), 1-9.
- Hughes, M. (2009). Sexuality and cancer : The final frontier for nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 241-246. doi:10.1188/09.ONF.E241-E246
- Igoe, B. (1997). Symptoms attributed to ovarian cancer by women with the disease. *Nurse practitioner*, 22(7), 122-130.
- Institut Curie. (2002). *Comprendre le cancer de l'ovaire*. Accès : <http://curie.fr/sites/default/files/cancer-ovaire.pdf>
- Jayde , V., & Boughton, M. (2012). The diagnostic journey of ovarian cancer : A review of the literature and suggestions for practice. *Contemporary Nurse*, 41(1), 5-17.
- Jayde, V., White, K., & Blomfield, P. (2009). Symptoms and diagnostic delay in ovarian cancer : A summary of the literature. *Contemporary Nurse*, 34(1), 55-65. doi:10.5172/conu.2009.34.1.055
- Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., & Ward, E. (2010). Cancer Statistics, 2010. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 277-300. doi:10.3322/caac.20073
- Julien-Gauthier, F., Héroux, J., & Ruel, J. (2014). L'UTILISATION DE « GROUPES DE DISCUSSION » DANS LA RECHERCHE EN DÉFICIENCE. *Erudit*, 24, 75-95. doi: 10.7202/1021266ar

- Kew , F., Nevin, J., & Cruickshank, D. (2002). Psychosexual impact of gynaecological malignancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 4(4), 193-196. doi:10.1576/toag.2002.4.4.193
- Koldjeski, D., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M., Everett, L., & Brown, S. (2003). Ovarian cancer : Early symptom patterns. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), 927-933. doi:10.1188/03.ONF.927-933
- Koldjeski, D., Kirkpatrick, M., Everett, L., Brown, S., & Swanson, M. (2004). Health seeking related to ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 27(5), 370-380.
- Koldjeski, D., Kirkpatrick, M., Swanson, M., Everett , L., & Brown , S. (2005). An ovarian cancer diagnosis-seeking process : Unraveling the diagnostic delay problem. *Oncology Nursing Forum*, 32(5), 1036-1042. doi:http://dx.doi.org/10.1188/05.ONF.1036-1042
- Le sémioscope. (2005). *La pyramide de Maslow*. Accès : http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Leplège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris: PUF, Que sais-je ?.
- Ligue suisse contre le cancer. (2011). *Le cancer de l'ovaire : Tumeurs ovariennes*. Accès : <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2073.pdf>
- Ligue suisse contre le cancer. (2015). *Le cancer en Suisse : les chiffres*. Accès : https://assets.krebsliga.ch/downloads/krebszahlen_f.pdf
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Mallard, B. (2010). *Soins infirmiers Cancérologie Principaux processus*. Paris: Estem.
- Maughan, K., & Clarke, C. (2001). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), 221-229. doi:10.1111/j.1365-2702.2001.00465.x
- Mias, L. (2009). *L'OMS (1993) tente de donner une définition mondiale de la qualité de vie*. Accès : <http://papidoc.chic-cm.fr/530QualiteVie.pdf>
- Mitchell, T. (2007). The social and emotional toll of chemotherapy - Patients' perspectives. *European Journal of Cancer Care*, 16(1), 39-47. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00701.x
- National Cancer Institute. (S.d.). *Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer—Patient Version*. Accès : <http://www.cancer.gov/types/ovarian>

- Observatoire Valaisan de la Santé. (2015). *Répartition des différentes localisations du cancer, Valais*. Accès : <http://www.ovs.ch/sante/repartition-differentes-localisations-cancer.html>
- Orem, D. (1987). *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Décarie Montréal: Maloine Paris .
- Parkin , D., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global Cancer statistics, 2002. *CA: A cancer journal for Clinicians*, 55(2), 74-108. doi:10.3322/canjclin.55.2.74
- Petiprin, A. (2016). *Dorothea Orem – Nursing Theorist*. Accès : <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php>
- Petiprin, A. (2016). *Self Care Deficit Theory*. Accès : <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory.php>
- Pitard, L. (2008). *L'essentiel des PATHO par spécialités pour l'infirmière*. Paris: Elsevier Masson.
- Pitte, M. (2015). *La prévention de la santé selon l'O.M.S*. Accès : http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php#La_prevention_secondaire
- Reb, A. (2007). Transforming the death sentence : Elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 70-81. doi:10.1188/07.ONF.E70-E81
- Slim, K. (2007). *LEXIQUE de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Smith, A. (2008). Whisperings of Ovarian Cancer : Acknowledging Women's Voices. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12(6), 913-920. doi:10.1188/08.CJON.913-920
- Smith, A., Rocconi, R., & Finan, M. (2012). Signs of Aging or the Vague Symptoms of Ovarian Cancer ? *Oncology Nursing Forum* , 39(2), 150-156. doi : 10.1188/12.ONF.E150-E156
- Svensson, H. B. (2009). Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer - An interview study. *Cancer nursing*, 32(1), 55-63.
- Tremblay, M. (2001). *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*. Montréal : Saint Martin.
- Tufford, L., & Newman, P. (2012). Bracketing in Qualitative Research. *Qualitative social work*, 11(1), 80-96. doi:10.1177/1473325010368316
- Van Duin, I., & Kaptein, A. (2013). Scared Witless About Death - Ovarian Cancer Narratives Compared. *Journal of Cancer Education* , 28(4), 629-632. doi:10.1007/s13187-013-0518-5

Verspieren , P. (1984). *Face à celui qui meurt Euthanasie Acharnement thérapeutique Accompagnement*. Paris: Desclée De Brouwer .

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

Wilmoth, M., Hatmaker-Flanigan, E., & LaLoggia, V. (2011). Ovarian Cancer Survivors : Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. doi :10.1188/06.ONF.905-910

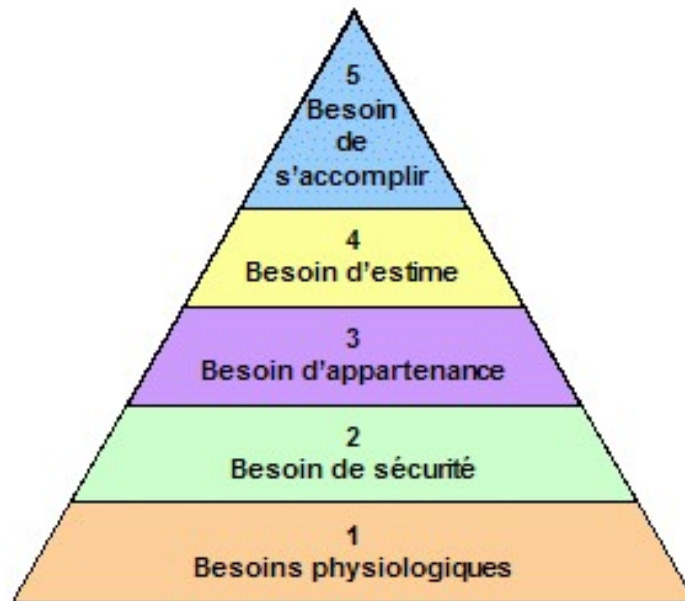
10 Annexes

I. Les huit stades de développement psychosocial selon Erik Erikson

Stade	Qualités du moi en émergence	Question centrale	Force adaptative et exemples de tâches ou d'activités typiques
De la naissance à 1 an	Confiance ou méfiance	Mon environnement est-il assez prévisible et me soutient-il bien ?	ESPOIR Acquérir de la confiance envers la mère ou la personne qui s'occupe du nouveau-né et de la confiance en sa propre capacité d'agir sur les choses. Un sentiment d'attachement sécurisant en est la clé.
De 1 an à 3 ans	Autonomie ou honte et doute	Puis-je faire les choses par moi-même ou dois-je toujours compter sur autrui ?	VOLONTE Acquérir de nouvelles habiletés physiques qui donnent davantage de choix ; apprendre la propreté. L'enfant apprend la maîtrise de son corps, mais peut commencer à ressentir de la honte s'il n'est pas supervisé correctement.
De 3 ans à 6 ans	Initiative ou culpabilité	Suis-je bon ou mauvais ?	BUT Organiser ses activités autour d'un but ; commencer à s'affirmer et manifester plus d'agressivité. Le complexe d'Œdipe envers le parent de même sexe peut conduire à la culpabilité.
De 6 ans à 12 ans	Travail ou infériorité	Est-ce que je réussis ou est-ce que tout ce que je fais est sans valeur ?	COMPETENCE Assimiler toutes les habiletés et les normes culturelles élémentaires, y compris les habiletés scolaires ou l'utilisation d'outils. L'incapacité de maîtriser ces tâches risque d'engendrer un sentiment d'infériorité.
De 12 ans à 18 ans	Identité ou diffusion de rôle	Qui suis-je ? Qu'est-ce que je vais faire dans la vie ?	FIDELITE Adapter la perception de soi aux changements associés à la puberté, choisir son orientation professionnelle, acquérir une identité sexuelle d'adulte et se créer de nouvelles valeurs.
De 18 ans à 30 ans	Intimité ou isolement	Vais-je partager ma vie avec une autre personne ou devrais-je vivre seule ?	AMOUR Nouer au moins une relation intime véritable ; fonder un foyer.
De 30 ans à 50 ans	Générativité ou stagnation	Vais-je produire quelque chose de vraiment valable ?	SOLLICITUDE Avoir des enfants et les éduquer, se concentrer sur la réussite professionnelle et la créativité, se tourner vers les autres, et former la prochaine génération.
50 ans et plus	Intégrité personnelle ou désespoir	Ai-je eu une vie bien remplie ou suis-je passé à côté ?	SAGESSE Intégrer les stades précédents, accepter la vie qu'on a menée et vivre en harmonie avec soi-même.

(Bee & Boyd, 2012)

II. Pyramide de Maslow



(Le sémioscope, 2005)

III. Tableaux de recension

Etude n°1 : Cesario, S., Nelson, L., Broxson, A., & Cesario, A. (2010). Sword of Damocles Cutting Through the Life Stages of women with ovarian cancer. *Oncology nursing forum*, 37(5), 609-617. doi :10.1188/10.ONF.609-617

<p>Type d'étude ou devis : Une étude phénoménologique qualitative descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : 360 femmes qui parlent anglais (19 à 82 ans) ayant reçu le diagnostic du cancer de l'ovaire. Moyenne d'âge : 83 ans. Elles viennent de 12 pays et 44 états différents. Le 91 % des femmes sont caucasiennes et ont fait des études collégiales.</p> <p>Echantillonnage : L'échantillon a aussi été stratifié par la situation géographique, le revenu et la distance parcourue pour accéder aux soins. L'invitation a été envoyée autour du monde par e-mail, au site en ligne pour le soutien du cancer de l'ovaire, au bulletin d'organisation du cancer de l'ovaire et aux professionnels de la santé. Pour les participantes, des publications ont été faites dans des journaux internationaux pour celles qui luttent contre le cancer des ovaires et dans des journaux de soins infirmiers pour la santé des femmes. L'échantillonnage en boule de neige a entraîné des réponses de femmes du monde entier.</p> <p>Critères d'inclusion : Femmes ayant eu un diagnostic de cancer de l'ovaire parlant anglais</p>	<p>But : Identifier les soucis les plus fréquents et les craintes des femmes diagnostiquées avec un cancer de l'ovaire.</p> <p>Question de recherche : « Lorsque vous allez au lit et que vous n'arrivez pas à dormir, qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? »</p> <p>Hypothèse : En raison du mauvais pronostic du cancer de l'ovaire dans de nombreux cas, le pourcentage d'inquiétudes du retour du cancer serait probablement encore plus élevé que les autres cancers.</p> <p>Variables dépendantes : Soucis, craintes</p> <p>Variables indépendantes : Âge et stade de développement</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique : -Qualité de vie (sword of damocles → danger constant, craintes) -adaptation -Cancer des ovaires -Femmes -Complications -Besoins de la femme -Stades de développement psychosocial selon Erikson -méthode phénoménologique</p>	<p>Méthode de collecte des données : Une interview virtuelle en ligne a été faite pour recueillir des données narratives pour une analyse qualitative. Une femme survivante du cancer a fait ces questions qui ont été mises à l'essai avec un groupe de soutien du cancer de l'ovaire à Oklahoma. Ensuite la pertinence des questions a été révisée et validée par 8 membres du groupe focus. Pour finir, une seule question a été retenue dans le but d'explorer les sentiments de la femme et ses compréhensions sur le cancer de l'ovaire : « Lorsque vous allez au lit et que vous n'arrivez pas à dormir, qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? »</p> <p>Ethiques : Les participantes ont été informées que l'achèvement de l'enquête en ligne demande un consentement implicite.</p>	<p>Méthode d'analyse : Méthode de Colaizzi d'analyse des données qualitatives phénoménologiques : Les récits ont été lus et relus par une équipe de 4 chercheurs. Les expressions et les phrases spécifiques ont été directement dirigées sur le phénomène étudié et extraites par une équipe, individuellement puis en groupe. Les réponses ont été organisées en catégories par indexation manuelle et codage pour formuler la signification. Une description exhaustive des phénomènes a été étudiée. La validation des conclusions de l'étude a été faite avec les survivants du cancer de l'ovaire pour vérifier l'exactitude de l'interprétation. Puis, les stades de développement psychosocial selon Erikson ont aussi été utilisés pour distinguer les types de soucis selon l'âge.</p>	<p>Résultats : Environ 80 % des femmes ont exprimé de l'inquiétude par rapport à la récurrence du cancer lors de l'entrevue virtuelle. Ce nombre est en accord avec la récurrence de la maladie réelle (60-85 %), leurs craintes ne sont pas sans fondement. Pour les femmes la récurrence veut dire refuser un avenir, mais l'espoir veut dire retarder la progression du cancer. Même quand leur cancer est guéri, elles ont la peur qu'il revienne un jour. La qualité de vie était significativement différente en fonction de l'âge du survivant du cancer de l'ovaire. Lorsque la question sur l'inquiétude a été posée les mots récurrence et mort sont apparus à tout âge.</p> <p>Conclusion : Les infirmières doivent anticiper les besoins et les craintes de ces femmes selon leurs différents stades de développement, les aider à surmonter leur stress et les soutenir surtout en période de rémission. Il faudrait promouvoir l'éducation du cancer de l'ovaire pour que la femme soit vigilante aux nouveaux signes et symptômes et organiser des groupes de soutien d'âge similaire.</p> <p>Forces de l'étude : Montre qu'il faut continuer à chercher pour améliorer la qualité de vie de ces femmes, cette étude est un guide pour les recherches futures.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Il y a plus de femmes âgées (50 et plus), la moyenne d'âge est de 53 ans. Seule une question a été traitée.</p>
---	---	---	---	---	---	--

Etude n°2 : Guenther, J., Stiles, A., & Dimmitt Champion, J. (2012). The lived experience of ovarian cancer : A phenomenological approach. *Journal of the American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(10), 595-603. doi :10.1111/j.1745-7599.2012.00732.x

<p>Type d'étude ou devis : Une étude qualitative phénoménologique descriptive</p> <p>Paradigme : Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : Les femmes atteintes du cancer de l'ovaire. Au total il y a eu 11 participantes.</p> <p>Echantillon-nage : Les Participantes ont été recrutées par une annonce dans un journal de groupe de cancer de l'ovaire. Les femmes intéressées ont contacté les investigateurs. 6 participantes correspondaient aux critères d'inclusion et pour finir 5 autres personnes ont été recrutées parce qu'elles répondaient aussi aux critères d'inclusion</p> <p>Critères d'inclusion : Femmes parlant anglais, diagnostiquées dans les 5 dernières années et ayant 20 ans et plus.</p>	<p>But : Décrire l'expérience de vie des femmes diagnostiquées avec le cancer de l'ovaire en faisant des entretiens individuels.</p> <p>Question de recherche : Dites-moi quels étaient les événements principaux survenus lors de votre diagnostic du cancer de l'ovaire?</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Récurrence -Mort -Qualité de vie -Cancer des ovaires -Femmes -Signes et symptômes -Révélation du diagnostic -Péris -Être à l'affût -Redevenir normal -Vivre chaque moment -Processus hermétique de Diekelmann et Allen -cadre de Lincoln et Guba 	<p>Méthode de collecte des données : Approche phénoménologique hermétique pour que le chercheur puisse interpréter et rechercher les significations de l'expérience des êtres humains, dans le but d'en faire une expérience globale. Des interviews semi-structurées ont été menées. Une question générale a été posée : « Dites-moi quels étaient les événements principaux survenus lors de votre diagnostic du cancer de l'ovaire ? » Ensuite, les questions sont devenues plus spécifiques dans le but de viser et susciter les perceptions et les croyances des femmes concernant leur maladie. L'interview individuelle était un enregistrement audio et retranscrit en verbatim. De plus, un journal était conservé par les chercheurs pour pister les impressions, les idées et les perceptions personnelles de l'interview. Les informations des participantes ont été retranscrites en verbatim par des crochets pour décrire les expériences globales mais sans les analyser.</p> <p>Ethiques : L'approbation de cette étude a été faite par l'université institutionnelle de Review Board. Le consentement éclairé a été obtenu par chaque participante avant l'interview. Chacune peut refuser de répondre à des questions et peut se retirer à tout moment de l'interview. Chaque participante a accès à des soutiens psychologiques pour d'éventuelles détresses émotionnelles. Pour avoir la confidentialité, les participantes utilisent un pseudonyme et les entretiens sont d'environ 60 minutes par participante.</p>	<p>Méthode d'analyse : L'analyse des données a été faite par l'équipe de recherche, composée d'un investigateur principal et de deux enquêteurs expérimentés en recherche qualitative. L'analyse a commencé immédiatement après la 1^{ère} entrevue puis par des entrevues subséquentes. L'équipe a suivi les 7 étapes hermétiques selon Diekelmann & Allen. Une analyse de données individuelles a été faite puis une évaluation en équipe pour éviter les conflits et les incohérences. Chaque participante a relu ses notes pour la précision des verbatim en suivant son journal. Le cadre de Lincoln et Guba (1985) a été établi pour montrer la fiabilité, la crédibilité, la transférabilité et la confirmabilité des données.</p>	<p>Résultats : 1 femme a été diagnostiquée au stade 2 / 8 femmes au stade 3 et 2 femmes au stade 4. 11 femmes étaient caucasiennes, 7 étaient mariées, 8 avaient 1 ou 2 enfants. La moyenne d'âge était de 51 ans (23-66 ans). 3 femmes sont en traitement initial sans rémission, 3 ont une récurrence de cancer, 5 attendent leur prochain rendez-vous avec l'espoir de rester en rémission. Toutes ont eu une hystérectomie totale sauf celle de 23 ans. 5 motifs constitutifs expriment une relation entre plusieurs thèmes sur l'expérience de chaque femme : la révélation (La majorité des femmes ont été choquées d'apprendre ce diagnostic, ça reflète la nature insidieuse de l'apparition des symptômes de ce cancer. Pour plusieurs femmes le diagnostic a été retardé à 12 mois parce que les professionnels de la santé n'ont pas été alarmés par les symptômes subtils de cette maladie. L'annonce du diagnostic est traumatique (physique, émotionnel, stress financier)), le péril (le traitement est une bataille : tristesse, changement d'image corporelle, désespoir, fatigue, anémie, nausées, constipation, plaie buccale, goût métallique et picotements de la chimio), à la recherche (à l'affût) (diagnostic sombre, souvent une récurrence, perpétuelle vigilance et craintes, contrôle CA 125, peur de la mort), redevenir normale (maintenir une routine, une habitude et redevenir active), vivre chaque moment (vivre le présent : comprendre la finitude de la vie, réorganisation des priorités, avoir des nouveaux buts dans la vie).</p> <p>Conclusion : Les femmes diagnostiquées avec le cancer en stade avancé font part d'une détresse importante car elles ont un diagnostic sombre. Le diagnostic est souvent établi tardivement (10 sur 11 dans cette étude. Certaines femmes ont fait partie des groupes de soutien, (parler avec les femmes ayant eu les mêmes expériences est le meilleur soutien psychologique) et ont exprimé leur foi en Dieu. Elles ont aussi parlé de l'importance d'éduquer les femmes sur le cancer des ovaires. Il faut écouter son corps.</p> <p>Forces de l'étude : l'étude montre que les professionnels de la santé doivent éduquer les femmes sur les signes et symptômes de ce cancer et évaluer les facteurs de risques pour chaque femme. Montre qu'il faut encore faire des recherches pour connaître les symptômes associés aux stades précoces de la maladie</p> <p>Faiblesses de l'étude : Les entretiens ont été menés de manière rétrospective, ainsi les participantes peuvent oublier des événements. Les expériences des femmes ont été décrites mais pas analysées.</p>
--	---	--	---	--	--	---

Etude n°3 : Wilmoth, M., Hatmaker-Flanigan, E., & LaLoggia, V. (2011). Ovarian Cancer Survivors : Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. doi :10.1188/06.ONF.905-910

<p>Type d'étude ou devis : Une étude qualitative descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : 18 femmes ont donné la permission au personnel de la clinique de donner leur nom et numéro aux chercheurs. 13 femmes ont accepté de participer à l'étude. 8 femmes de 33 à 69 ans qui reçoivent la 1^{ère} ligne de traitement pour le cancer de l'ovaire ou qui ont terminé leur traitement ont participé à une interview individuelle. 5 femmes de 40-75 ans ont participé dans un groupe de discussion, elles ont reçu le diagnostic en phase terminale d'un cancer de l'ovaire. Avec l'âge moyen de 56 ans, 3 des femmes ont moins de 40 ans. Echantillonnage : Une clinique ambulatoire gynécologique dans une zone urbaine au sud-est des Etats-Unis a été le site de recrutement pour les patientes. Critères d'inclusion : Le temps du diagnostic variait de 6 à 24 mois pour les femmes qui ont participé à l'interview, et de 6 mois à 8 ans pour les femmes qui ont participé au groupe de discussion. Toutes les participantes faisaient de l'exercice : marche yoga, jardinage, aérobic...</p>	<p>But : Pour mieux comprendre ce que peut induire le traitement sur la sexualité, pour savoir comment les femmes adaptent ces changements sexuels et pour identifier ce que ces femmes attendent des infirmières sur l'explication des différents symptômes et effets secondaires des traitements. Question de recherche : « Comment les patientes atteintes du cancer de l'ovaire décrivent les changements dans leur sexualité depuis l'annonce du diagnostic? Comment gèrent-elles ces changements? » « Quelles sont les informations et quelle est l'éducation que les femmes atteintes du cancer de l'ovaire ont besoin au sujet des symptômes liés aux traitements ? » Hypothèse : La théorie de symptômes désagréables émet l'hypothèse que de multiples symptômes peuvent être vécus simultanément avec un effet synergique sur la performance (Lenz et al., 1997) et peuvent fournir un cadre utile pour l'avenir.</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique : -Qualité de vie -Sexualité -Image corporelle -Estime de soi -Acceptation -Cancer des ovaires -Femmes -Complications sur la sexualité avec les signes et symptômes -Stade de la maladie -Type de chirurgie -La théorie des symptômes désagréables</p>	<p>Méthode de collecte des données : Des flyers ont été envoyés dans les cliniques gynécologiques ambulatoires, dans le Sud-Est des Etats-Unis. Un étudiant diplômé était disponible par e-mail pour répondre aux questions des différents professionnels, une infirmière professionnelle était la personne de contact primaire entre les chercheurs, le personnel et la patiente. Si des patientes étaient intéressées, leurs coordonnées étaient transmises aux chercheurs et une heure d'interview ainsi que le lieu étaient déterminés. 2 entretiens individuels et un groupe de discussion ont été organisés. Les patientes ont décrit ce que signifiait la sexualité pour elles, ensuite, 2 questions ont été posées : « Comment les patientes atteintes du cancer de l'ovaire décrivent les changements dans leur sexualité depuis l'annonce du diagnostic ? Comment gèrent-elles ces changements ? » « Quelles sont les informations et quelle est l'éducation que les femmes atteintes du cancer de l'ovaire ont besoin au sujet des symptômes liés aux traitements ? » Les participantes ont dû identifier de 1 à 10 l'intensité des changements qu'elles avaient connus dans leur sexualité depuis le diagnostic. Pour finir les participantes ont parlé de comment les équipes de soins les avaient informées ou non sur les symptômes. Chaque entretien était enregistré et retranscrit pour l'analyse. Ethiques : Reçu l'approbation du conseil du Carolinas Medical Center pour faire cette étude. Les participantes ont signé une lettre de consentement éclairé, rempli un formulaire démographique et reçu une carte cadeau.</p>	<p>Méthode d'analyse : Le chercheur et les assistants de recherche analysent individuellement puis en groupe chaque entrevue transcrite. Le codage au niveau des unités de mots et un livre de code ont été faits pour assurer la cohérence pour tous les analystes. Un codage humain a été utilisé mais pas un logiciel. Utilisation du contenu technique analytique avec la méthodologie du groupe de discussion (Krueger & Casey, 2000 ; Neundorff, 2002) Les assistants de recherche ont écouté chaque enregistrement audio et relu les transcriptions pour assurer l'exactitude des données. La théorie des symptômes désagréables (Lenz, Pugh, Milligan, Gift et Suppe (1997)) a été utilisée comme cadre pour guider les questions.</p>	<p>Résultats : Indépendamment de l'âge les femmes ont rapporté que les traitements du cancer de l'ovaire ont un impact négatif sur leur sexualité et que les changements les font se sentir « non plus ensemble ». Les changements mécaniques provoqués par la chirurgie associés aux changements hormonaux intensifient les expériences des symptômes. Les facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux ont une incidence sur l'expérience des symptômes. Conclusion : Indépendamment de l'âge ou de la relation de couple la sexualité est altérée par le diagnostic et les traitements. Les participantes n'ont pas reçu les informations nécessaires par les professionnels de la santé sur les changements dans leur sexualité. Des recherches supplémentaires devraient être faites pour mieux comprendre, réduire et contrôler les symptômes du cancer de l'ovaire. Forces de l'étude : La triangulation d'approche des chercheurs et la théorie ont permis une riche description des expériences de symptômes. Large gamme d'âge qui permet de dire que c'est un problème à tout âge. Permis aux femmes d'exprimer leurs préoccupations. Montre que les infirmières devraient fournir des conseils préventifs pour les femmes sur les symptômes sexuels qui viennent des traitements. Faiblesses de l'étude : Difficile d'obtenir des participantes. Dans les groupes de discussion il est possible que tout n'ait pas été dit.</p>
--	---	---	--	--	---	---

Etude n°4 : Cox, A., & Faithfull, S. (2015). Aiding a reassertion of self : a qualitative study of the views and experiences of women with ovarian cancer receiving long-term nurse-led telephone follow-up. *Support Care Cancer*, 23(8), 2357-2364. doi :10.1007/s00520-014-2578-4

<p>Type d'étude ou devis : Une étude qualitative phénoménologique interprétative</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : 56 femmes se retrouvaient en post-traitement pour le cancer de l'ovaire et ont été recrutées. 30 femmes ont été renvoyées en milieu clinique pour permettre un approfondissement des symptômes identifiés. 24 femmes ont eu un suivi téléphonique soit jusqu'à leur sortie de l'hôpital ou en cours de leur état. 2 femmes étaient incertaines. Finalement, 11 femmes ont été retenues par une infirmière clinicienne spécialisée. Pendant au moins 3 ans, des infirmières ont suivi ces femmes par appels téléphoniques ou en personne.</p> <p>Echantillonnage : Centre de cancer</p> <p>Critères d'inclusion : Femmes atteintes du cancer de l'ovaire en post-traitement, les femmes qui acceptent un suivi téléphonique.</p> <p>Critères d'exclusion : Femmes présentant des symptômes à approfondir en milieu clinique. Femmes qui ont reçu un suivi uniquement lors de l'hospitalisation.</p>	<p>But : Cette étude a pour objectif d'explorer les opinions et les expériences des femmes qui suivent un traitement pour le cancer de l'ovaire (au moins 3 ans) par un suivi téléphonique dirigé par les infirmières. Le but est aussi d'explorer les expériences des femmes atteintes du cancer de l'ovaire sur le long terme pour fournir les informations importantes concernant les processus d'adaptation des survivants du cancer. Ces données peuvent éclairer l'élaboration d'approches innovantes centrées sur le suivi de la patiente</p> <p>Question de recherche : Est-ce que les personnes qui reviennent à un suivi clinique peuvent avoir une évaluation plus positive que les femmes qui ont suivi cette étude ?</p> <p>Hypothèse : Les interventions à distance qui offrent une perception cohérente et constante avec un soutien médical et psychosocial peuvent aider à l'adaptation de la survie au cancer de l'ovaire en permettant une réaffirmation de soi.</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique -Confiance -Chronicité -Cancer des ovaires -Femmes -Suivi téléphonique -Adaptation -relation</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les femmes ont reçu des appels téléphoniques chaque 3 mois. La durée était de 20 minutes pour chacune des patientes. Les appels étaient axés sur la détection de la maladie récurrente. Discussion sur les résultats sanguins et évaluation des symptômes. Si nécessaire il y a renvoi immédiat aux soins. L'intervention a ensuite porté sur les informations données, sur les conseils pratiques et sur les stratégies d'adaptation dans les domaines physiques, psychologiques, et sociaux. 3 infirmières cliniciennes ont adaptés ces suivis téléphoniques entre 2005 et 2009. Les infirmières cliniciennes ont informé les 11 patientes qu'elles seraient contactées par un chercheur et qu'elles seraient questionnées sur les suivis téléphoniques. Une interview semi-structurée a été effectuée pour faciliter la discussion et encourager les femmes à parler librement et de manière réfléchie. Les questions portaient sur : leur expérience de vie, leur expérience sur le suivi téléphonique à long terme et comment elles verraient un service de suivi dans leur futur après leurs traitements. 8 interviews ont été faites à la maison des participantes et 3 par téléphone. Les interviews variaient de 16 à 56 minutes.</p> <p>Ethiques : Suite à l'avis favorable du comité d'éthique de la recherche « Surrey » et du comité de l'université de « Surrey », 11 femmes ont été interrogées par des chercheurs.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, retranscrites en verbatim et analysées avec l'IPA. (interpretative phenomenological analysis). Cette technique permet une analyse détaillée sur l'expérience des personnes. Les interviews et leur analyse étaient conduites par un chercheur, le 2^{ème} auteur a conduit un audit indépendant pour confirmer que l'analyse était systématique, transparente et crédible. Ligne par ligne, l'analyse des expériences et des opinions des participantes crée un ensemble de codes. Ceux-ci ont été comparés et retranscrits pour mettre l'accent sur les points communs et développer chaque thème. L'application des connaissances psychologiques et considérer la signification de ces thèmes pour les femmes avec un cancer de l'ovaire ont permis d'analyser leurs interprétations.</p>	<p>Résultats : Le suivi téléphonique infirmier a été estimé à soutenir une réaffirmation de soi et le rejet de l'identité de la patiente. 3 thèmes principaux ont émergé quant à l'impact positif du suivi téléphonique de l'infirmière : «quelqu'un veillait sur moi» ce qui met en évidence la perception de soutien psychosocial accru, «c'est juste un réconfort » ce qui comprend la confiance en l'expertise de l'infirmière et de l'assurance des tests sanguins continus, « le temps n'était jamais un problème » ce qui montre la perception d'un suivi relaxant avec du temps pour parler et des avantages perçus lors de cette approche.</p> <p>Conclusion : Le suivi téléphonique des infirmières a été largement recommandé pour les femmes suivant un traitement pour le cancer de l'ovaire, en particulier pour les femmes survivantes. Elles peuvent passer des aspects biomédicaux de guérison à des approches holistiques de bien-être.</p> <p>Forces de l'étude : L'étude donne un aperçu unique sur l'expérience d'un suivi téléphonique sur le long terme. Montre que les études futures devraient examiner plus précisément l'impact du stade et le type de cancer de l'ovaire pour identifier les besoins de ces femmes et pour savoir comment les soutenir.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Les visions et expériences de ces femmes ne sont pas représentatives pour toutes les femmes atteintes du cancer de l'ovaire. Les discussions téléphoniques peuvent être mal interprétées et les expressions non-verbales ne sont pas considérées.</p>
--	---	--	--	---	---	--

Etude n°5 : DellaRipa, J., Conlon, A., Lyon, D-E., Ameringer, S-A., Lynch Kelly, D., & Menzies, V. (2015). Perceptions of Distress in Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 292-300. doi : 10.1188/15.ONF.292-300

<p>Type d'étude ou devis : Une étude qualitative Théorie ancrée</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : 12 femmes sur 15 qui ont répondu au recrutement correspondant aux critères, elles ont été retenues pour l'étude et ont terminé le processus des entrevues. Ces 12 femmes sont âgées de 21 à 71 ans, diagnostiquées et traitées pour le cancer de l'ovaire</p> <p>Echantillonnage : Cette recherche s'est faite dans le milieu urbain dans la région médio-atlantique des Etats-Unis. Les participantes étaient recrutées dans les services d'oncologie gynécologique. Les bureaux étaient situés dans la zone centrale de Virginie.</p> <p>Critères d'inclusion : Diagnostiquées et traitées pour le cancer de l'ovaire, elles parlent anglais et ont plus que 18 ans.</p>	<p>But : L'objectif est d'explorer l'expérience de la détresse des femmes en demandant : « Qu'est-ce que les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire veulent que leur conjoint, leur famille, leurs amis, et les professionnels de la santé connaissent de leurs expériences de détresse pendant le diagnostic et le traitement ? »</p> <p>Question de recherche : Qu'est-ce que les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire veulent que leur conjoint, leur famille, leurs amis, et les professionnels de la santé connaissent de leurs expériences de détresse pendant le diagnostic et le traitement ?</p> <p>Hypothèse : Un soutien social pour les femmes diagnostiquées avec un traitement pour le cancer ovarien aboutirait à l'amélioration des résultats de la santé.</p> <p>Variables dépendantes : Une expérience d'agression existentielle</p> <p>Variables indépendantes : Le cancer de l'ovaire, diagnostic et traitements</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique Détresse des femmes</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les modifications comprenaient une revue de la littérature initiale sur la détresse des femmes avec le cancer de l'ovaire. L'utilisation d'un guide pour interview comprenant une question de recherche. C'est une commodité plutôt qu'un échantillonnage théorique. Cette recherche s'est faite dans le milieu urbain dans la région médio-atlantique des Etats-Unis. Les participantes étaient recrutées dans les services d'oncologie gynécologique. Les bureaux étaient situés dans la zone centrale de Virginie. Ensuite il y avait une liste de contact e-mail pour un groupe de soutien en gynécologie. Les interviews ont débuté en février jusqu'en août 2013 dans un endroit choisi par les participantes. Un guide d'entretien a été utilisé pour commencer et terminer la conversation (figure 1, p. 293). Le guide a fourni une structure initiale de la collecte des données. Cependant, comme les interviews ont progressé, les participantes ont partagé volontairement le contenu des interviews.</p> <p>Ethiques : Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université Virginia Commonwealth Bon Secours Richmond Health System</p>	<p>Méthode d'analyse : Une analyse comparative constante des données obtenues par des entretiens audios enregistrés a été faite selon la méthode Glaserian de théorie ancrée avec des modifications pour identifier une théorie qui a reflété et émergé à partir de données. Les professionnels ont retranscrit les interviews et les ont converties sur des documents Microsoft Word, ensuite elles ont été comparées avec les enregistrements audios pour la précision et les passages non-verbaux (taper sur la table, les pauses, variations de ton de la voix). Le codage a été fait par des investigateurs avec une évaluation par les paires des interviews 1, 5 et 9 pour évaluer l'exactitude, les biais, le potentiel et la cohérence dans le processus. Des mémos ont été compilés au long du processus de collecte d'analyse de données. Un codage de fond ligne par ligne a été fait, suivi par l'abstraction et la conceptualisation pour élaborer les codes théoriques qui ont été triés à la main ainsi que les variables et ensuite regroupés en sous-catégories. L'enquêteur revenait toujours aux données, il faisait une réflexion sur le processus « memoing and bracketing » de façon à capturer tous les aspects du processus de développement de la théorie ancrée. La tenue des registres systématiques et la journalisation de réflexion ont contribué à la rigueur de cette étude de recherche. Les interviews enregistrées ont fourni des détails riches sur le diagnostic des participantes et sur les traitements ainsi que sur l'impact émotionnel de ces femmes et de leur entourage. Les données fournies par les 12 femmes ont fourni suffisamment de contenu pour faire une analyse comparative constante avec saturation en commençant par l'interview 10 et en le confirmant tout au long des interviews 11 et 12.</p>	<p>Résultats : Les expériences individuelles diffèrent mais c'est malgré tout une agression existentielle. Le diagnostic est choquant et vient à l'improviste comme un éclair « sur le bleu comme la foudre ». Les patientes recherchent alors le meilleur médecin et les meilleurs traitements, cela est décrit comme « Aucune pierre laissée au hasard ». Les informations sur la maladie étaient prises en compte ou non c'est-à-dire : « savoir ce que je ne veux pas savoir et ne pas savoir ce que je veux savoir ». De plus il a été possible de partager ces informations avec leurs réseaux sociaux. Les réactions interpersonnelles étaient décrites comme « regarde-toi regarde-moi – nous avons peur et ne parlons pas encore de la mort » La relation de couple change et la personne prend conscience qu'elle doit « prendre soin d'elle ».</p> <p>Conclusion : Les participantes ont connu le diagnostic et le traitement du cancer de l'ovaire comme une agression existentielle, avec la possibilité d'une mort précoce qui affecte l'individu et ses relations. Les participantes évitent de parler de la mort.</p> <p>Forces de l'étude : Cette étude rapporte les perceptions de la propre détresse des femmes.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Il n'y a pas d'exploration du rôle de l'infirmière pour une bonne communication lors de diagnostic mortel, ni pour soutenir la patiente et son réseau social. Il n'y a pas d'exploration sur les effets de l'âge, du stade de développement, de la maladie et des traitements, de l'origine ethnique et financière.</p>
---	--	---	---	--	--	--

Etude n°6 : Smith, A., Rocconi, R., & Finan, M. (2012). Signs of Aging or the Vague Symptoms of Ovarian Cancer ? *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 150-156. doi : 10.1188/12.ONF.E150-E156

<p>Type d'étude ou devis : Une étude qualitative, descriptive</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2</p>	<p>Echantillon : 24 femmes (39-78 ans) diagnostiquées du cancer de l'ovaire.</p> <p>Echantillonnage : Institut universitaire du cancer au sud-est des Etats-Unis. Le 83 % ne savait pas les signes et les symptômes du cancer de l'ovaire avant le diagnostic et le 91 % n'avait pas d'antécédents familiaux de cancer.</p> <p>race blanche (83 %), afro-américaine (8 %), 9 % reste non identifiée. 58 % ont été diagnostiquées aux stades 2 et 3, 21 % ne savaient pas leur stade. 71 % ont une formation collégiale, 92 % une assurance maladie, 13 % connaissaient les signes et symptômes du cancer de l'ovaire. 1 participante a reconnu avoir des ATCD familiaux de cancer.</p> <p>Critères d'inclusion : Agées de plus de 20 ans. Diagnostic du cancer de l'ovaire. Capable de lire et écrire en anglais.</p>	<p>But : L'objectif est d'explorer les sentiments qui ont eu lieu en même temps que les symptômes physiques du cancer de l'ovaire et de les présenter comme thèmes.</p> <p>Hypothèse : Des campagnes d'éducation sur les signes et symptômes du cancer de l'ovaire seraient nécessaires pour que les femmes ainsi que les professionnels de la santé aient la connaissance de soupçonner et d'évaluer les signes et symptômes.</p>	<p>Concepts, cadre de référence, cadre théorique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Education thérapeutique. -Vieillesse -Cancer -signes -symptômes 	<p>Méthode de collecte des données : SPSS pour résumer les caractéristiques démographiques et les analyses qualitatives avec un contenu descriptif pour identifier et résumer les thèmes des données narratives. Sondage papier-crayon avec 18 questions fournies aux femmes qui ont eu un rendez-vous clinique avec un gynécologue-oncologue à l'institut universitaire du cancer. Le sondage est fait une fois et inclut les questions démographiques, les questions liées au processus du diagnostic et une question destinée à susciter les sentiments et les émotions des femmes apparus en même temps que les symptômes physiques. Le sondage a été élaboré par un membre de l'équipe spécifique pour la recherche qualitative descriptive et n'a pas été utilisé dans d'autres études. Les questions ont été validées par 2 experts oncologues – gynécologues. L'intention de l'étude était d'obtenir les descriptions du cancer de l'ovaire avec les propres mots des femmes. Les données qualitatives générées par l'enquête ont été examinées pour l'identification des thèmes (figure 1). Collecte des données de juin 2009 à juin 2010</p> <p>Ethiques : Le conseil a approuvé les révisions institutionnelles avant la collecte de données. Il y a eu une lettre de consentement éclairé, un questionnaire et une enveloppe avec timbre pour le retour des courriers pour les personnes désirant participer à la recherche.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les données qualitatives des questions ouvertes ont été saisies dans un Microsoft sur document Word sous forme narrative. L'analyse du contenu qualitatif et descriptif a été utilisée pour identifier les thèmes de la réponse écrite des participantes. Les déclarations communes ont été dénombrées. Cependant avec l'analyse qualitative les thèmes ou les concepts peuvent être comptés pour savoir la fréquence et les concepts latents des données sont identifiés. Un membre de l'équipe de recherche a examiné les données narratives et identifié les thèmes. Ensuite, les données et les thèmes ont été examinés par le 2^{ème} membre de l'équipe de recherche.</p> <p>Logiciel : SPSS (version 18.0) a été utilisé pour résumer les caractéristiques démographiques et les analyses qualitatives.</p>	<p>Résultats : Deux thèmes ont été relevés dans le manuscrit des réponses fournies par les femmes : A : elles pensaient que les symptômes étaient dus au vieillissement. B : elles sentaient ou savaient que quelque chose n'allait pas. Les réactions dominantes au moment du diagnostic étaient la surprise (46 %) et le choc (25 %). Le temps pour le diagnostic était moins d'un mois pour huit participantes, dans les deux mois pour cinq participantes, sept participantes ont été diagnostiquées trois à sept mois après l'apparition des symptômes et quatre participantes ont été diagnostiquées un an ou plus après avoir connu les symptômes.</p> <p>Conclusion : Les résultats montrent qu'il faut un besoin d'éducation sur les signes et symptômes du cancer de l'ovaire chez la population générale ainsi que chez les professionnels de la santé.</p> <p>Forces de l'étude : Les résultats reflètent et concourent ce qui est disponible dans les recherches publiées, y compris la description des symptômes avant le diagnostic du cancer. L'étude démontre le retard du diagnostic et la nécessité sur l'éducation des signes et symptômes du cancer des ovaires.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Petite taille de l'échantillon recruté uniquement dans un centre de cancer. Il y avait principalement un échantillon de race blanche par conséquent, seul un petit échantillon de régions géographiques diverses était représenté. Les données sont fondées sur les souvenirs de ces femmes.</p>
---	--	--	--	--	---	---

IV. Glossaire du contenu

Cellule cancéreuse : « le cancer est la conséquence d'une évolution cellulaire clonale. En d'autres termes, toutes les cellules d'un cancer proviennent, par divisions successives, de la même cellule maligne ». « Les cellules concernées possèdent indifféremment : un noyau plus gros que dans une cellule normale avec des anomalies de forme ; des anomalies de nombre de nucléoles ». « En culture, les cellules normales arrêtent leur croissance lorsqu'elles ont atteint l'épaisseur d'une couche. Ce n'est pas le cas pour les cellules cancéreuses : elles continuent de se diviser et s'empilent au lieu d'arrêter leur multiplication » (Mallard, 2010, p. 49).

Hormonothérapie : L'hormonothérapie vise à entraver la formation des hormones ou à les empêcher d'agir pour freiner la croissance des cellules cancéreuses (Ligue suisse contre le cancer, 2011, p. 35).

Huit nécessités d'auto-soins : « le maintien d'un apport suffisant d'air, d'eau et de nourriture, une prestation de soins associées au processus d'élimination et aux excréments, le maintien d'un équilibre entre l'activité et le repos ainsi qu'un équilibre entre la solitude et l'interaction sociale, la prévention des risques pour la vie, la santé et le bien-être social, et enfin la promotion de la santé et du développement humain » (Gasse & Guay, 2009, p. 89).

Prévention primaire : « La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle et collective. Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales » (Pitte, 2015).

Prévention secondaire : « La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes » (Pitte, 2015).

Prévention tertiaire : « La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie » (Pitte, 2015).

V. Glossaire méthodologique

Analyse interprétative phénoménologique (IPA) : Cette analyse s'appuie plus particulièrement sur des entretiens approfondis avec des personnes qui ont vécu le phénomène étudié (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 226).

Biais : « Facteur qui fausse les résultats d'une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 44).

Bracketing : Méthode utilisée dans la recherche qualitative pour atténuer les effets potentiellement délétères de préjugés qui peuvent entraver le processus de recherche (Tufford & Newman, 2012, p. 80).

Confirmabilité : « Critère permettant d'évaluer la qualité de la recherche qualitative ; cette notion renvoie à la congruence des données, ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 340).

Crédibilité : « Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 44).

Critères d'exclusion : les caractéristiques que les sujets de la population ne doivent pas avoir (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 265).

Critères d'inclusion : « C'est l'ensemble des critères décrivant les conditions auxquelles doivent satisfaire les patients pour être inclus dans une étude. Ils sont déterminés *a priori* avant l'étude et doivent répondre aux objectifs de l'étude. En même temps que les critères d'inclusion, doivent aussi être définis les critères de non-inclusion (les patients ne devant pas être inclus dans l'étude) et les critères d'exclusion (quand un patient déjà inclus doit sortir de l'étude). Ces critères renseignent sur la validité externe de l'étude, c'est-à-dire le type de patients auxquels doivent être appliquées les conclusions de l'étude » (Slim, 2007, p. 35).

Devis rétrospectif : « Devis mentionnant en premier lieu la variable dépendante, observable dans le présent (le cancer du poumon, par exemple) ; le chercheur s'efforce par la suite de trouver la cause présumée en remontant vers le passé (à la consommation de cigarettes, par exemple) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 193).

Echantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 265).

Echantillon aléatoire stratifié : « Sélection aléatoire des sujets dans deux strates ou plus de la population, de façon indépendante » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 271).

Echantillonnage : « Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 265).

Echantillonnage non probabiliste : « Sélection dans une population d'unités d'échantillonnage (participants, par exemple), à l'aide de techniques non aléatoires, comme dans les échantillonnages accidentels, par choix raisonné ou par quotas » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 267).

Encodage sélectif : « Niveau de codage dans une étude reposant sur la théorisation ancrée ; après avoir déterminé quelle était la catégorie principale, le chercheur intègre systématiquement les relations entre la catégorie principale et les autres catégories et il valide ces relations » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 416).

Entrevue semi-structurée : « Entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que de questions précises à poser » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 297).

Fiabilité : « Critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 340).

Groupe de discussion Krueger & Casey (2000) : Ce groupe est une méthode de collecte de données qualitatives réunissant un nombre restreint de personnes dans une conversation centrée sur un sujet défini qui rejoint les individus regroupés (Julien-Gauthier, Héroux, & Ruel, 2014, p. 75).

Groupe focus : « Technique d'étude qualitative qui consiste à rassembler une demi-douzaine d'individus consommateurs ou prescripteurs pour comprendre en profondeur leurs attitudes ou comportements à l'égard d'une offre » (Bathelot, 2015).

Herméneutique : « Tradition de recherche qualitative qui s'inspire de la phénoménologie interprétative et met l'accent sur les expériences vécues par les êtres humains et sur la façon dont ceux-ci interprètent ces expériences » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 221).

Lincoln et Guba (1985) : ils décrivent une série de techniques pour établir la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Celles-ci peuvent être utilisées pour mener des recherches qualitatives afin de s'assurer de certains critères (Guenther, Stiles, & Champion, 2012, p. 597).

Memoing : Méthode qualitative souvent discutée dans la littérature comme une technique employée dans la recherche. Cette méthode sert à aider le chercheur à faire des sauts conceptuels de données brutes à des abstractions qui expliquent les phénomènes de recherche. L'exploration des données est améliorée, la continuité de la conception et de la contemplation est activée et la communication est facilitée. Bien que les lignes directrices existent pour aider à la production et à l'utilisation des mémos, memoing reste une stratégie flexible dans laquelle le processus de construction et la nature du contenu sont déterminés par les préférences et les capacités du chercheur, les objectifs et l'orientation de l'étude (Birks, Chapman, & Francis, 2008, p. 68).

Méthode de Colaizzi : méthode d'analyse phénoménologique qui vise à dégager la signification d'une expérience en mettant à jour les termes essentiels qui la compose. La méthode de Colaizzi exige que les résultats soient validés par les sujets. Il y a sept étapes :

1. « Lire toutes les transcriptions pour en avoir une idée générale ».
2. « Examiner chaque transcription et en extraire des énoncés significatifs ».
3. « Exprimer clairement la signification de chaque énoncé important (formuler les sens) ».
4. « Regrouper en thèmes les significations formulées.
 - A) Faire le lien entre ces regroupements et les transcriptions d'origine, à titre de validation.
 - B) Prendre note des divergences au sein des regroupements ou entre les regroupements, et ne pas succomber à la tentation d'écarter les données ou les thèmes qui ne s'y incorporent pas ».
5. « Intégrer les résultats dans une description exhaustive du phénomène étudié ».
6. « Formuler une description exhaustive de phénomène étudié dans un énoncé aussi clair que possible » :
7. « Demander aux sujets ce qu'ils pensent des conclusions à cette étape de l'étude, à titre de dernière validation » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, pp. 411-412).

Modèle conceptuel : « Concepts ou abstractions liés et agencés de façon rationnelle selon leur pertinence par rapport à un thème commun ; on parle aussi parfois de cadre conceptuel » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 36).

Paradigme : « Façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 15).

Paradigme Naturaliste : « Paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 16).

« Le paradigme naturaliste exprime que la réalité est multiple et qu'elle correspond à la construction mentale de chaque personne. Dans une recherche naturaliste, l'interaction entre le chercheur et les participants à l'étude amène des résultats. Le paradigme naturaliste comprend : une recherche de thèmes récurrents, une expérience globale, un devis de recherche souple, des faits subjectifs et non quantifiables, une analyse narrative, une étude liée au contexte, un savoir interne (le chercheur est une ressource inhérente au processus d'investigation), une interprétation découlant de l'expérience des participants et un processus et des résultats » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 16).

Phénoménologie : « tradition de recherche qualitative, ancrée dans la philosophie et la psychologie, qui met l'accent sur l'expérience vécue » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 58).

Recherche descriptive : « Etude dont le principal objectif est de dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe, ou de la fréquence à laquelle certains phénomènes se produisent » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 194).

Recherche qualitative : « Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 17).

Saturation : « Dans une étude qualitative, collecte des données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 64).

SPSS version 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) : C'est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique (Smith, Rocconi, & Finan, 2012, p. 150).

Théorie Allen et Diekelmann : théorie portant sur le processus d'analyse de données en herméneutique mettant à contribution les ressources d'une équipe de chercheurs. Ce processus comporte 7 étapes et a pour but de décrire les pratiques et les significations communes :

1. « Lire toutes les entrevues ou tous les textes pour en avoir une compréhension globale ».
2. « Préparer des résumés interprétatifs de chaque entrevue ».
3. « Demander à une équipe de chercheurs d'analyser certaines transcriptions d'entrevues ou des textes sélectionnés ».
4. « Résoudre en revenant au texte les différends en matière d'interprétation ».
5. « Définir les thèmes récurrents qui illustrent les pratiques de la vie quotidienne et les significations communes en comparant les textes ».
6. « Mettre en lumière les liens qui émergent entre les thèmes ».
7. « Présenter à l'équipe une ébauche des thèmes ainsi que des exemples tirés des textes ; incorporer les réponses et les suggestions à l'ébauche finale » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 414).

Théorie des symptômes désagréables (Lenz, Pugh, Milligan, Gift & Suppe 1997) :

La théorie suggère que les symptômes peuvent être influencés selon les facteurs physiologiques, psychologiques et situationnels. Elle souligne aussi que quatre dimensions existent pour chaque symptôme : l'intensité, la durée, le niveau de détresse personnelle et la qualité. L'intensité se réfère à la force ou à la sévérité des symptômes des patientes. Le moment où apparaît le symptôme inclut la durée et la fréquence d'apparition sur le temps et le niveau de détresse est la perception du degré d'inconfort. La qualité de l'expérience des symptômes est un étiquetage descriptif du symptôme (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997).

Théorisation ancrée : « Méthode de collecte et d'analyse de données qualitatives destinée à élaborer des théories et des propositions théoriques enracinées dans des observations issues du monde réel » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 57).

Transférabilité : « Degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme généralisabilité dans une étude quantitative » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 47).

Triangulation : « Utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à converger vers une représentation exacte de la réalité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 44).

Validité interne : « Degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 204).

Variable dépendante : « Variable qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable (indépendante) ; variable des résultats étudiée » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Variable indépendante : « variable qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci ; dans une recherche expérimentale, variable manipulée (traitement) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Véracité : « Niveau de confiance que les chercheurs travaillant dans le domaine qualitatif accordent à leurs données, évalué à l'aide des critères suivants : crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 44).