

Évaluation d'une intervention infirmière téléphonique sur la douleur, le fonctionnement et la détresse émotionnelle suite à une chirurgie d'un jour chez les femmes atteintes d'un cancer du sein

Nicole Allard ^a, inf, Ph.D.

^a Professeure, Université du Québec à Rimouski

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet d'une intervention infirmière basée sur la théorie de l'auto-régulation : l'intervention sur le focus attentionnel, l'évaluation et la gestion des symptômes (FAEGS), afin d'aider les femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant subi une chirurgie d'un jour, à mieux gérer leur douleur, leur niveau de fonctionnement et leur détresse émotionnelle. L'échantillon comprenait 117 patientes atteintes d'un cancer du sein et subissant une chirurgie d'un jour comme premier traitement. Toutes les participantes ont été interviewées à trois reprises (soit 2-3, 9-10 et 16-17 jours). Elles ont été réparties de façon aléatoire dans un groupe expérimental (n = 61) ou dans un groupe contrôle (n = 56) qui recevait les soins habituels. Les membres du groupe expérimental recevaient également les soins habituels en plus de l'intervention. Les résultats démontrent un effet positif statistiquement significatif au niveau de plusieurs variables : activités de la vie quotidienne, détresse émotionnelle, confusion et tension. Ces différences indiquent que l'intervention a atteint les résultats attendus au niveau du fonctionnement de l'intervention (FAEGS) en deux sessions, soit 3-4 jours et 10-11 jours après la chirurgie de la détresse émotionnelle. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée au niveau de la gestion de la douleur. Les implications pour la pratique sont ensuite discutées.

Mots-clés : cancer du sein, chirurgie d'un jour, symptomatologie

Le cancer du sein est actuellement au Québec, ainsi qu'au Canada, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme. Selon les prévisions de 2007, l'incidence prévue au Québec, s'élève à 5000 nouveau cas par année et le nombre de décès par année reliés au cancer du sein s'élève à 1450 décès (Société Canadienne du Cancer, Institut national du cancer, Statistique Canada, Registre du cancer des provinces et des territoires, & Santé Canada, 2007). Chez la majorité des femmes ayant un cancer primaire du sein, la chirurgie d'un jour est le traitement de choix. La

chirurgie d'un jour est un ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales reposant sur des protocoles pré et postopératoires et est destinée à un patient inscrit qui reçoit habituellement son congé le jour même de l'intervention (Brosseau & Héroux, 1995). Antérieurement, les femmes demeuraient à l'hôpital quelques jours après l'opération, période pendant laquelle les infirmières donnaient les soins postopératoires, de l'éducation et les consignes postopératoires. Les femmes opérées pouvaient ainsi recevoir des soins infirmiers pour faciliter la

Les résultats de cette recherche ont déjà été publiés dans la revue *Oncology Nursing Forum* dans le volume 34 (1) en 2007, sous le titre *Day Surgery for Breast Cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone Intervention on Functional Status and Emotional Distress*. Nous remercions la revue de nous accorder la publication en français pour la revue *L'infirmière clinicienne*.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Nicole Allard, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, campus de Lévis, 1595, boul. Alphonse Desjardins, Lévis (Québec) G6V 0A6. Tél. : 833-8800, poste 3274. Courrier électronique : nicole_allard@uqar.qc.ca.

L'auteure tient à remercier l'Université du Québec à Rimouski, la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski ainsi que l'Association des infirmiers et infirmières en oncologie du Canada pour leur appui financier.

gestion des drains, des symptômes tels que la douleur et la fatigue ainsi que se rétablir physiquement et psychologiquement (Bundred et al., 1998; Kambouris, 1996). Avec l'avènement du virage ambulatoire et de la chirurgie d'un jour, la durée du séjour hospitalier est considérablement diminuée.

Pendant la période postopératoire, ces femmes s'inquiètent du rapport de pathologie qui indiquerait des cellules malignes résiduelles ou situées dans les ganglions lymphatiques, ce qui nécessiterait un traitement plus agressif (Iocolano, 1994; McIlmoyl, 1998). De plus, elles doivent composer avec leurs peurs des traitements adjuvants, s'ils s'avèrent nécessaires suite au diagnostic final et de la récurrence du cancer durant la phase de convalescence.

Recension des écrits

Douleur

Les recherches antérieures ont démontré que la douleur ou la perte de sensibilité dans la région du sein peuvent survenir immédiatement après la chirurgie liée au cancer du sein, peu importe le type de chirurgie (mastectomie ou tumorectomie) (Baron, Fey, Borgen, & Van Zee, 2004; Baron et al., 2002; Hoskins, 1997; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992, , 1993). La douleur après une opération liée au cancer du sein découle vraisemblablement d'une blessure chirurgicale au niveau du nerf intercostobrachial (une branche cutanée du nerf T1-2) à la suite d'une dissection axillaire (Wallace & Irving, 1997; Wallace, Wallace, Lee, & Dobke, 1996).

Détresse émotionnelle

Plusieurs études indiquent que la phase de diagnostic constitue pour les femmes un moment extrêmement stressant, caractérisé par une anxiété prononcée et des difficultés à prendre des décisions (Cunningham et al., 1998; Woodward & Webb, 2001). Bien que la majorité des femmes traitées pour un cancer du sein n'éprouvent pas de détresse émotionnelle à long terme, 20% à 30% éprouvent une perturbation au niveau de leur qualité de vie (Irvine, 1996). Entre 3 et 5 semaines après une chirurgie primaire du sein, Ganz et ses collègues (1993) rapportent dans une étude (N=50) l'anxiété et la dépression comme une réaction psychologique importante. Les inquiétudes au sujet de la rechute, l'anxiété, la dépression, et la colère sont fréquemment rapportées au cours des premiers mois suivant la chirurgie, sans égard à la procédure chirurgicale. Dans une étude subséquente (n=227), Ganz

(1993) rapporte que près de la moitié de l'échantillon était classifiée cliniquement à risque pour une détresse psychologique ultérieure alors que 44% des femmes s'étaient très bien ajustées à leur maladie. Les femmes plus jeunes faisaient l'expérience d'une plus grande détresse psychologique que les femmes plus âgées, immédiatement dans la phase post-diagnostic et plus tôt dans la phase de traitement (Ganz et al., 1993). Durant la période postopératoire, la détresse est légèrement modérée et ne change pas significativement entre 3 et 30 jours post-chirurgie dans un échantillon de femmes opérées pour un cancer du sein (Northouse, 1990). Hoskins (1997) rapporte également une incidence de détresse émotionnelle chez 24% des femmes de son échantillon (n=93) 7-10 jours post-chirurgie, de 22% à 1 mois, et de 12% à 2 mois, suivant une chirurgie pour un cancer du sein.

Fonctionnement habituel

Peu de données sont disponibles concernant le fonctionnement habituel durant la période postopératoire; seulement un petit nombre d'études a été recensé. Ganz, Schag, Polinsky, Heinrich, & Flack (1987) ont observé que, durant le premier mois suivant la chirurgie du sein, les femmes de leur étude (n = 50) qui avaient subi une tumorectomie (40%) ou une mastectomie (60%), signalaient plusieurs problèmes physiques et une diminution de leur capacité fonctionnelle. Ces problèmes comprenaient des difficultés à soulever des poids, une mobilité réduite dans les extrémités supérieures et des difficultés à effectuer les tâches ménagères. Shang et ses collègues (1993) (n = 227) et Bochenek (1996) (n=117) ont également observé qu'à un mois et deux mois après la chirurgie, les femmes de leur étude signalaient une diminution importante de leur fonctionnement habituel. Aussi, la douleur pouvait empêcher certaines femmes d'effectuer des activités quotidiennes légères telles que se peigner, s'habiller et agraffer leur soutien-gorge (Wyatt & Friedman, 1998).

En résumé, ces études soulignent que les femmes font l'expérience de douleur, de détresse émotionnelle à des degrés variables et d'une certaine détérioration de leur niveau de fonctionnement habituel après une chirurgie pour un cancer du sein. Les principales limites relevées au niveau des études antérieures sur le rétablissement postopératoire, sont que celles-ci ont principalement été effectuées durant les traitements adjuvants. Les données concernant la période précédant les traitements sont plus rares (Irvine, Vincent, Bubela, Thompson, & Graydon, 1991).

Intervention et gestion des symptômes suivant une tumorectomie.

Tel que mentionné, les études concernant les interventions pour aider les femmes à gérer leurs symptômes sont rares. McArdle et collègues (1996) ont examiné les effets d'un soutien psychologique de la part d'une infirmière spécialisée en soins mammaires qui les visitaient à la maison, pour des femmes ayant subi une chirurgie pour un cancer du sein (n = 272), du moment de l'hospitalisation jusqu'à 12 mois après la chirurgie. Ils ont conclu que le taux de morbidité psychosociale était significativement plus bas dans le groupe ayant reçu du soutien infirmier comparativement aux autres groupes. Maunsell, Brisson, Deschenes et Frasure-Smith (1996) ont effectué une étude dans laquelle les femmes du groupe expérimental recevaient une intervention psychosociale sous la forme d'un appel téléphonique par un travailleur social à 3, 6 et 12 mois après la chirurgie. Quoique la détresse émotionnelle ait diminué dans chacun des groupes expérimental et de contrôle, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les 2 groupes. Ainsi, les résultats de ces 2 études sont contradictoires et de plus, dans l'étude de Maunsell et collaborateurs, l'intervention n'était pas effectuée par une infirmière, donc aucune recommandation pour la pratique infirmière n'est mentionnée. Ces deux études mesuraient la morbidité psychosociale et la détresse émotionnelle respectivement, comme variable principale.

Le but de la présente étude était d'évaluer l'efficacité d'une intervention infirmière psychoéducatrice téléphonique basée sur la théorie de l'autorégulation : l'intervention sur le focus attentionnel, l'évaluation et la gestion des symptômes (FAEGS, Allard, 2001) au niveau de la douleur, de la détresse émotionnelle et au niveau de fonctionnement habituel.

Cadre conceptuel : la théorie de l'auto-régulation

La théorie de l'auto-régulation (Johnson, 1999; Johnson, Fieler, Jones, Wlasowicz, & Mitchell, 1997) s'appuie sur le traitement de l'information pour expliquer la façon dont les patients composent avec une expérience de santé stressante. La théorie de l'auto-régulation comprend deux volets fondamentaux visant les fonctions spécifiques de l'adaptation (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984). Il s'agit d'une part de la régulation de la réponse fonctionnelle et l'atteinte des objectifs fonctionnels (adaptation axée sur la résolution de problèmes) et, d'autre

part, de la régulation de la réponse émotionnelle et l'atteinte des objectifs émotionnels (confort émotionnel) (Johnson, 1999). Johnson et coll. (1997) définissent l'adaptation comme les efforts fournis pour composer avec une expérience stressante, et on déduit que l'attention joue un rôle prépondérant dans le processus de l'adaptation. Le fait de déplacer l'attention sur les réponses émotionnelles de la personne, à des aspects objectifs, concrets et fonctionnels tels que l'expérience et la caractérisation des symptômes, permet d'interpréter cette expérience en fonction de critères objectifs, ce qui favorise une adaptation axée sur un fonctionnement adéquat et un confort émotionnel (Johnson, 1999).

QUESTIONS DE RECHERCHE

Les questions de recherche abordées dans le cadre de cette étude étaient les suivantes :

1. Quels sont les effets de l'intervention (FAEGS) sur la douleur des femmes ayant subi une chirurgie d'un jour pour un cancer du sein ?
2. Quels sont les effets de l'intervention FAEGS sur le niveau de détresse émotionnelle des femmes ayant subi une chirurgie d'un jour pour un cancer du sein ?
3. Quels sont les effets de l'intervention FAEGS sur le niveau de fonctionnement habituel des femmes ayant subi une chirurgie d'un jour pour un cancer du sein ?

MÉTHODOLOGIE

Échantillon

La population à l'étude comprenait des femmes du Québec qui devaient subir une tumorectomie pour un cancer du sein dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Pour participer à l'étude, les femmes devaient : 1) avoir un cancer du sein primaire ou une lésion présumée en ce même site; 2) pouvoir parler, comprendre, lire et écrire la langue française; 3) avoir plus de 18 ans; 4) ne pas avoir de troubles d'audition et 5) avoir le téléphone à domicile. Nous avons exclu de l'étude les femmes qui avaient déjà eu une expérience de cancer ou de graves troubles psychiatriques telle qu'une psychose. Nous avons inclus dans l'échantillon des femmes n'ayant pas reçu de diagnostic final de cancer avant la chirurgie, parce qu'il a été démontré que ces femmes affichent des niveaux de détresse psychologique similaires à celles ayant un cancer (Woodward & Webb, 2001). Nous nous attendions à ce que l'intervention FAEGS ait un effet modéré sur les résultats. L'échantillon total devait comprendre 128 femmes (64 par groupe) si nous souhaitions obtenir une

puissance de 0,80 (modérée) et une probabilité d'erreur de type I de 0,05 (Cohen, 1992). Toutefois, en raison de difficultés de recrutement durant l'étude, l'échantillon final a été de 117 femmes.

L'échantillon de convenance regroupait des femmes de quatre centres régionaux, dont un comprenait deux sites. Ainsi, l'analyse portait sur cinq (5) sites différents. Les quatre centres étaient situés dans différentes régions urbaines et rurales du Québec, au Canada. La plupart des femmes recevaient des soins dans le centre 4 avec 2 sites ($n = 55, 47\%$), suivis du centre 1 ($n = 25, 21,4\%$), du centre 3 ($n = 24, 20,5\%$) et du centre 2 ($n = 13, 11,1\%$).

Devis

Un devis quasi-expérimental prospectif avec mesures répétées a été utilisé afin d'évaluer l'effet de l'intervention FAEGS sur la douleur vécue, la détresse émotionnelle et la capacité fonctionnelle. En vue de réduire au minimum l'influence potentielle du site. Les participantes ont été réparties aléatoirement pour chacun des sites dans le groupe contrôle ou dans le groupe expérimental à l'aide d'un tableau de nombres aléatoires (Polit & Beck, 2004). Une méthode d'échantillonnage stratifié a été employée dans laquelle l'échantillon total avait été divisé en deux catégories : les femmes ayant subi une dissection axillaire et celles qui n'en ont pas subie. Le groupe expérimental était composé de 50 femmes subissant une dissection axillaire et 11 ne subissant pas cette intervention, tandis que le groupe contrôle était composé de 46 femmes de la première catégorie et 10 de la seconde. Les membres du groupe contrôle ont reçu les soins habituels seulement tandis que les membres du groupe expérimental ont reçu les soins habituels en plus de l'intervention (FAEGS).

Intervention

Au Québec, les soins habituels consistent généralement en un enseignement donné par les infirmières de la chirurgie d'un jour avant la chirurgie et immédiatement avant le congé de l'hôpital. Au cours des 24 heures suivant leur congé, les femmes reçoivent habituellement un appel téléphonique de suivi de la part de l'infirmière du département de chirurgie et parfois de celle d'une infirmière du CLSC, si des soins à domicile ont été prescrits par le chirurgien. Les femmes du centre urbain devaient se rendre au CLSC de leur quartier si elles ressentaient le besoin de soins infirmiers sans avoir nécessairement reçu de prescription. En fait, très peu y sont allées. Les membres du groupe contrôle et expérimental devaient se soumettre à une

évaluation au T1, T2 et T3 comme prévu dans le schéma de l'étude (Annexe 1).

L'intervention choisie (FAEGS) présentée à la figure 2. a été mise au point par l'auteure (Allard, 2001) en s'inspirant des travaux de Dodd (1983). Au moyen d'un guide d'entrevue et d'une feuille de suivi (Allard, 2005), les symptômes de chaque femme ont été évalués à 3, 4 et 10-11 jours après la chirurgie, en lui demandant de décrire tous ses symptômes au moyen de termes objectifs et concrets. L'intervention FAEGS visait spécifiquement à diriger ou rediriger leur attention sur la voie fonctionnelle de l'adaptation. Ce type d'intervention avait deux objectifs principaux : 1) aider les femmes à recentrer leur attention sur ce qu'elles pouvaient faire pour composer avec la situation et l'anxiété et pour maintenir leurs activités quotidiennes; 2) accroître leur confort affectif par le biais d'une rétroaction (Cote & Pepler, 2002). L'intervenante téléphonait à chaque femme une fois par semaine pendant deux semaines, pour un total de deux interventions. Durant l'entretien téléphonique, l'intervenante écoutait attentivement et validait tous les sentiments et émotions exprimés par les femmes. La durée des entretiens téléphoniques dépendait du nombre de symptômes éprouvés ou des autres préoccupations soulevées par les femmes et non d'un nombre de minutes prédéterminé. Les actions d'auto-soins entreprises par les femmes pour soulager chaque symptôme et l'efficacité de ces actions ont également été documentées. L'instrument utilisé pour cette évaluation était une échelle de Likert de cinq points, dans laquelle 1 signifiait « inefficace » et 5 signifiait « très efficace ». L'intervenante encourageait les femmes à continuer d'utiliser les moyens qu'elles estimaient efficaces. Si les moyens utilisés s'avéraient inefficaces, les femmes étaient invitées à en essayer d'autres, potentiellement plus efficaces. Enfin, l'intervenante suggérait des stratégies d'auto-soins nouvelles ou additionnelles seulement si les femmes le demandaient, afin d'adhérer au concept d'autorégulation.

Consentement

Un consentement à l'étude a été obtenu auprès de chacun des comités d'éthique des sites participants. Ensuite, les patientes admissibles et approchées qui désiraient participer à l'étude ont donné leur consentement aux infirmières de la chirurgie d'un jour. Celles-ci ont transmis la permission orale de donner leur numéro de téléphone à l'assistante de recherche. Afin de recueillir toutes les données, l'assistante de recherche a utilisé un guide systématique d'entrevue. On a demandé à chaque participante volontaire de signer et de poster, dans une

Tableau 1
Instruments de mesure utilisés

Instruments		Dimensions	Étendue des résultats
Douleur	Version française abrégée du questionnaire sur la douleur McGill d'après Melzack (1987)	Intensité actuelle de la douleur	0-5
		Douleur sensorielle	0-33.87
		Douleur affective	0-23.22
		Douleur globale	0-57.09
Capacité fonctionnelle	Impact du Profil de la maladie (1976) Sous-échelles traduites en français par Allard et Ancil (2000)	Activités de la vie quotidienne	0-100
		Loisirs et passe-temps	0-100
Détrese émotionnelle	Sous-échelles et résultat total associé du Profile of Mood State (1971) Version française de Fillion et coll. (1999) Mesures des réactions émotives.	Colère	7-35
		Dépression	8-40
		Anxiété	7-35
		Confusion	5-25
		Perturbation totale de l'humeur	27-135

enveloppe de retour préaffranchie, un exemplaire du formulaire de consentement destiné à la chercheuse afin d'être admissible à l'étude. Aux mêmes trois points dans le temps, l'assistante de recherche a pris des mesures auprès des groupes expérimental et contrôle. Le Tableau 1 regroupe les instruments de mesures utilisés.

Analyse des données

Des analyses de variance à mesures répétées (RM-ANOVA) ont été effectuées avec quatre variables indépendantes : le groupe expérimental (deux niveaux), le site (quatre niveaux), la dissection axillaire (deux niveaux) et le temps (trois niveaux). Des analyses de la covariance ont été effectuées lorsque les mesures de base effectuées avant l'intervention FAEGS présentaient des différences d'un groupe à l'autre et d'un site à l'autre. Le postulat d'égalité de la variance des mesures prises aux trois différents moments n'a pas été observé dans le cas de plusieurs variables. Ainsi, la variabilité dans les degrés de liberté des résultats rapportés est attribuable à la correction de la borne inférieure utilisée pour compenser la violation du postulat de sphéricité.

RÉSULTATS

Au cours de la période de collecte de données qui s'est étendue sur deux ans, 182 femmes ont été recrutées pour participer à l'étude. Vingt-sept (15 %) d'entre elles ne satisfaisaient pas aux

critères d'admissibilité de l'étude, trente et une (17 %) ont refusé de participer et sept (4 %) se sont retirées de l'étude après avoir signé le formulaire de consentement. Au total, 64,28 % des femmes approchées ont pris part à l'étude. La durée moyenne de chaque entretien téléphonique était de 30 minutes. La durée totale de l'intervention (c'est-à-dire les deux séances) variait entre 2 à 112 minutes.

Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen des femmes de l'échantillon total était de 53,6 ans (écart-type=10,17). Le groupe d'âge le plus important était celui de 50-59 ans (31,1 %), suivi du groupe de 60-69 ans (26,2 %). Environ 37 % des femmes avaient terminé le secondaire, et 46 % d'entre elles étaient mariées. Elles avaient des occupations variées. Ainsi, certaines étaient des femmes au foyer (21,7 %), tandis que les autres étaient professionnelles (20,9 %), à la retraite (20 %) ou avaient une autre occupation (37,4 %). Les analyses des données médicales ont révélé que les femmes du groupe expérimental indiquaient dans le questionnaire médical qu'elles avaient plus de maladies chroniques que les femmes du groupe contrôle (62,7 % et 42,86 % respectivement). Les femmes du groupe expérimental déclaraient plus de troubles tels que l'asthme, l'hypothyroïdie, la fibromyalgie, la dépression et l'épuisement professionnel, ainsi que des problèmes cardiaques. Aucune corrélation significative n'a été

trouvée entre les données sociodémographiques et les variables à l'étude.

Données médicales

La plupart des femmes présentaient un cancer de stade I (39,7 %) ou de stade IIA (25,0 %). Neuf femmes ont reçu un diagnostic final de tumeur bénigne et ont subi une dissection des ganglions axillaires. Le type de chirurgie le plus fréquent était la tumorectomie avec dissection axillaire (74,4 %). La majorité des femmes (26,5 %) ont subi une dissection de 11 à 15 ganglions lymphatiques évidés, suivies de 23,9 % qui ont subi une dissection de 6 à 10 ganglions. La majorité des femmes (63,2 %) portaient un drain après la chirurgie et la plupart étaient ménopausées (59,8 %).

Effets de l'intervention sur la douleur

La douleur, l'engourdissement et la sensibilité du sein et du bras constituaient des problèmes fréquemment mentionnés par de nombreuses femmes du groupe expérimental lors des deux interventions. Dans l'ensemble, l'intervention FAEGS n'a eu aucun effet statistiquement significatif sur aucune dimension de la douleur.

Effets de l'intervention sur le niveau de détresse émotionnelle

Nous rapportons seulement les résultats significatifs, soit le score total et les sous-échelles de détresse émotionnelle : confusion et tension. Les effets de l'intervention sur la détresse émotionnelle sont rapportés. Les résultats de l'analyse factorielle de la variance pour la détresse émotionnelle pour mesures répétées des résultats obtenus avant l'intervention FAEGS et utilisés en tant que covariables ont révélé un effet de groupe significatif ($F(1, 93) = 3,98, p = 0,05$), ce qui signifie que l'intervention FAEGS a contribué à réduire la détresse émotionnelle globale. Les résultats moyens de détresse émotionnelle globale pour l'échantillon complet et les deux groupes figurent dans le tableau 2. Avant l'intervention FAEGS, le niveau de détresse émotionnelle globale était statistiquement différent d'un groupe à l'autre et d'un site à l'autre ($F(4, 114) = 3,36, p = 0,01$). Des comparaisons ultérieures entre groupes au moyen de tests de t pour échantillons indépendants ont révélé une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle à T2 ($t(106) = -2,20, p = 0,030$) dans les résultats concernant la détresse émotionnelle. Aucune différence significative n'a été relevée à au temps 3. Toutefois, à T3, le groupe expérimental affichait un résultat inférieur.

Confusion

Les résultats moyens de confusion pour l'échantillon complet et les deux groupes figurent dans le tableau 3. Les résultats de l'analyse de variance à mesures répétées (RM-ANOVA) ont révélé un effet temporel significatif ($F(2, 192) = 5,03, p = 0,01$) et un effet d'interaction groupe par temps ($F(2, 192) = 4,37, p = 0,01$).

Tableau 2
Résultats moyens pour la détresse émotionnelle

	Résultat moyen et écart-types		
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Total
T 1	47,23 (15,51)	49,96 (19,76)	48,5 (17,59)
T 2	41,20 (14,69)	47,91 (18,12)	44,3 (16,68)
T 3	41,03 (15,87)	45,61 (16,41)	43,2 (16,22)

Des comparaisons ultérieures au moyen de tests de t pour échantillons appariés ont révélé une baisse significative des résultats moyens de confusion entre T1 et T2 ($t(107) = 3,05; p = 0,00$), ce qui implique que la confusion était moindre après la première séance d'intervention. Aucune différence significative n'a été relevée dans les résultats moyens de confusion entre T2 et T3 chez les deux groupes. La comparaison des groupes au moyen de tests t pour échantillons indépendants a révélé une différence significative entre les deux groupes à T2 seulement ($t(106) = -1,96, p = 0,05$).

Tableau 3
Résultats moyens pour la confusion

	Résultats moyen et écart type		
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Total
T 1	9,79 (3,73)	9,57 (4,13)	9,69 (3,9)
T 2	7,98 (3,58)	9,49 (3,98)	8,70 (3,8)
T 3	8,03 (3,54)	8,82 (3,74)	8,41 (3,6)

Tension

Les résultats moyens de tension pour l'échantillon complet et les deux groupes figurent dans le tableau 4. Étant donné que la tension avant l'intervention FAEGS était différente d'un groupe à l'autre et d'un site à l'autre ($F(1, 115) = 2,70, p = 0,04$), la tension à T1 a été traitée en tant que covariable dans l'analyse factorielle de variance par mesures répétées (RM-ANOVA). Les

résultats de cette analyse révélèrent un effet de groupe significatif ($F(1, 94) = 5,61, p = 0,02$). Les femmes du groupe expérimental rapportaient un niveau de tension moins élevé que celles du groupe contrôle. Toutefois, les tests de t pour échantillons indépendants n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes. Il se peut que cela soit attribuable au manque de puissance lors de comparaisons multiples utilisant les tests t . Ces comparaisons augmentent le taux d'erreur de type I (Munro, 2001).

Tableau 4
Résultats moyens pour la tension

	Résultat moyen et écart type		
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Total
T 1	13,93 (5,63)	14,19 (5,66)	14,05 (5,62)
T 2	11,15 (4,79)	12,67 (5,52)	11,87 (5,18)
T 3	11,18 (5,05)	12,46 (4,87)	11,78 (4,99)

Effets de l'intervention FAEGS sur le niveau de fonctionnement habituel

Le niveau de fonctionnement a été mesuré par les deux sous-échelles de l'impact du profil de la maladie (tableau 1) ayant démontré le plus de sensibilité auprès d'une population atteinte du cancer du sein (Johnson et al, 1999) : les activités de la vie quotidienne et les loisirs et passe-temps. Dans l'ensemble, l'intervention a eu un effet statistiquement significatif ($F(1, 98) = 4,93, p = 0,03$) sur la perturbation de la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne, ce qui signifie que l'intervention a eu un effet positif sur cette dimension particulière du fonctionnement. Aucun effet significatif sur les dimensions loisirs et passe-temps n'a été relevé.

Les activités de la vie quotidienne

Les résultats moyens en matière d'activités de la vie quotidienne pour l'échantillon complet et les deux groupes figurent dans le tableau 5. Une variabilité intragroupe élevée a été observée pour cette variable. Le niveau de fonctionnement pour cette sous-échelle était statistiquement différent d'un site à l'autre avant l'intervention FAEGS ($F(4, 117) = 3,89, p = 0,01$). Les résultats de l'analyse de la variance pour mesures répétées (RM-ANOVA) obtenus avant l'intervention FAEGS et entrés en tant que covariables ont révélé un effet temporel significatif ($F(1, 98) = 6,85, p = 0,01$), ce qui signifie que durant l'ensemble de l'expérience, les membres des deux groupes ont vécu une perturbation moindre de leur capacité

d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne. Un effet de groupe significatif ($F(1, 98) = 4,93, p = 0,03$) a été relevé, ce qui signifie que l'intervention FAEGS a contribué à réduire la perturbation de la capacité d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne. Des comparaisons ultérieures au moyen de tests de t pour échantillons appariés ont révélé une baisse significative du niveau de perturbation dans les résultats des activités de la vie quotidienne pour les deux groupes entre T2 et T3 ($t(107) = 4,84, p = 0,00$), ce qui signifie que la perturbation sur la durée était moindre. Le groupe expérimental présentait un résultat plus faible après l'intervention FAEGS et affichait un rétablissement plus rapide.

Tableau 5
Résultats moyens pour les activités de la vie quotidienne

	Résultat moyen et écart type		
	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Total
T 1	45,26 (25,30)	45,54 (30,50)	45,39 (27,8)
T 2	18,91 (18,49)	25,97 (25,62)	22,29 (22,8)
T 3	12,12 (15,00)	17,10 (17,51)	14,52 (16,4)

DISCUSSION ET IMPLICATIONS

Nous avons posé l'hypothèse que l'intervention FAEGS aurait un effet statistiquement significatif sur un des volets de la capacité fonctionnelle, nommément les activités de la vie quotidienne, ainsi que sur différentes composantes de la détresse émotionnelle et du fonctionnement. L'étude a confirmé ces hypothèses. Ces résultats sont particulièrement importants puisque le fonctionnement physique et la détresse émotionnelle sont des variables très importantes à cette étape de la maladie pour les femmes ayant subi une chirurgie d'un jour pour un cancer du sein. L'étude a permis aux membres du groupe expérimental d'accroître leur compréhension de cette expérience de soins, ce qui a réduit leur degré de confusion et les a aidés à mieux régulariser leur confort émotionnel et leur niveau de fonctionnement dans le cadre de la représentation intellectuelle qu'elles avaient construite.

Symptômes

Un des symptômes à l'étude était la douleur, symptôme choisi après un examen minutieux de la documentation scientifique existante. En bref, l'intervention FAEGS n'a pas mené à une réduction

de la douleur chez les femmes de l'étude. Ceci peut être attribuable au fait que l'objectif de l'intervention FAEGS n'était pas de fournir des instructions systématiques et d'enseigner des méthodes de gestion des symptômes communs tels que la douleur, mais de promouvoir les capacités d'autorégulation des patientes. Il se peut que les femmes ayant subi l'intervention appliquaient déjà des stratégies efficaces de gestion de la douleur— des stratégies qu'elles avaient acquises dans le cadre de leur vécu ou de l'enseignement dispensé avant l'obtention de leur congé. L'importante variance au sein du groupe pourrait également expliquer le fait que les effets de l'intervention n'aient pas été significatifs. Il se peut aussi que cela soit attribuable au manque de puissance lors de comparaisons multiples utilisant les tests t. Ces comparaisons augmentent le taux d'erreur de type I (Munro, 2001).

Détresse émotionnelle

L'intervention FAEGS a eu un effet positif statistiquement significatif sur la détresse émotionnelle globale. L'intervention a contribué à une réduction plus rapide de la détresse émotionnelle pendant la période postchirurgicale. Une baisse significative de la détresse émotionnelle après la chirurgie a été observée dans les deux groupes. Cela est similaire aux résultats observés antérieurement dans d'autres études (Baron, Fey, Borgen, & Van Zee, 2004; Carver et al., 1993; Woodward & Webb, 2001) qui indiquent que la détresse émotionnelle des femmes atteintes d'un cancer du sein primaire atteint son point culminant au moment du diagnostic et de la chirurgie puis se résorbe naturellement et progressivement par la suite.

La confusion est une autre dimension de la détresse émotionnelle sur laquelle l'intervention FAEGS a eu un effet statistiquement significatif. Les patientes qui ont reçu l'intervention ont déclaré ressentir moins de confusion que celles ne l'ayant pas reçue. L'auteure informait les femmes au sujet des symptômes, renforçait les stratégies d'autosoins et aidait les femmes à se concentrer sur les aspects objectifs de l'expérience de soins. Cela avait pour but de les aider à clarifier le schéma intellectuel qu'elles s'en étaient faites, c'est-à-dire à comprendre et expliquer l'image mentale qu'elles avaient de leur expérience de santé, des comportements durant l'expérience et des résultats souhaités (Johnson, Fielier, Jones, Wlasowicz, & Mitchell, 1997; Johnson, Fielier, Wlasowicz, Mitchell, & Jones, 1997). Il se peut que cette clarification ait contribué à la réduction de la confusion.

L'intervention FAEGS a eu un effet statistiquement significatif sur la dimension tension de la détresse émotionnelle. L'effet de groupe révélé par l'analyse de la variance à mesures

répétées (RM-ANOVAS) indique que l'intervention a contribué à réduire les niveaux de tension sans toutefois montrer à quel moment cet effet a été le plus efficace.

Fonctionnement

L'intervention FAEGS a eu un effet statistiquement significatif sur les activités de la vie quotidienne, mais non sur les loisirs et les passe-temps, l'autre dimension du fonctionnement. Bien qu'il manque des résultats normatifs pour établir la signification clinique, les femmes du groupe expérimental étaient plus nombreuses à démontrer une amélioration de leur niveau de fonctionnement dans les loisirs et les passe-temps que celles du groupe contrôle, ce qui renforce encore l'impact bénéfique de l'intervention FAEGS. Lors des entretiens téléphoniques, l'intervenante invitait les participantes à se concentrer sur ce qu'elles pouvaient faire pour améliorer leur rétablissement et les encourageait à appliquer des stratégies d'autosoins. En bref, l'intervention FAEGS a permis de réguler la composante émotionnelle de l'adaptation comme le décrivent Lazarus et Folkman (1984). Nous avons obtenu ce résultat en permettant un certain degré de ventilation émotionnelle et en invitant les femmes à se concentrer avant tout sur les aspects concrets et objectifs de cette expérience chirurgicale stressante, tel que postulé par la théorie de l'autorégulation de Johnson (1997).

Ces résultats confirment le besoin d'offrir des interventions infirmières personnalisées axées sur le soulagement de la douleur, le fonctionnement général et la détresse émotionnelle des patients. Ces interventions aident les patients qui vivent une détresse émotionnelle suite à une expérience chirurgicale stressante à gérer leurs réactions affectives et à se concentrer sur les aspects concrets et objectifs de l'expérience après un certain degré de ventilation affective (Johnson, Fielier, Jones, Wlasowicz, & Mitchell, 1997). Cela semble contredire d'autres rapports qui indiquent que la ventilation émotionnelle en tant que stratégie d'adaptation pourrait être nuisible, puisqu'elle a été associée à une détresse émotionnelle accrue (Compas et al., 1999). Cependant, l'expression d'émotions liées à un diagnostic de cancer du sein et à une chirurgie d'un jour mène à une modulation et une compréhension accrues de l'expérience vécue et est plus susceptible d'être adaptative (Johnson, 1997). Les variations dans l'expérience de la douleur, du fonctionnement et de la détresse émotionnelle globale chez les femmes a certainement contribué à la variabilité dans la durée des séances d'intervention. Ces dernières ont duré deux minutes avec certaines femmes et jusqu'à 112 minutes avec d'autres. Certaines

femmes avaient besoin de beaucoup plus de temps pour bien exprimer tous leurs besoins. Il se peut que la co-morbidité ait limité la capacité de l'intervention à réduire la perception de la sévérité de la douleur, entre autres.

Implications pour la pratique

La redirection de l'attention et la concentration sur les aspects concrets et objectifs sont prometteuses pour la mise au point d'interventions infirmières novatrices. Au lieu d'encourager la dépendance envers les professionnels de la santé, l'intervention FAEGS donne aux femmes les moyens d'autoréguler leur situation. Le protocole d'intervention pourrait être élargi de façon à appuyer les femmes qui présentent plus de besoins, et ce, pendant une plus longue période après la chirurgie. Les infirmières peuvent faire preuve d'initiative en s'assurant que les patients évaluent, gèrent et comprennent bien leurs symptômes à la suite de n'importe quel genre de chirurgie d'un jour. Au Québec, la création d'un rôle d'« infirmière pivot » pour les patients en oncologie fait déjà l'objet de discussions, d'articles scientifiques et de présentations (de Serres & Beauchesne, 2000)

Implications pour la recherche

Les résultats de cette étude soulèvent plusieurs questions qui pourraient être abordées dans de futures études. La première question est la suivante : quelles sont la fréquence, l'intensité et la durée optimales de l'intervention FAEGS? Nous avons également besoin d'instruments de mesure plus sensibles pour mesurer les symptômes si nous souhaitons déceler des effets significatifs des interventions sur les symptômes. Récemment, Baron, Fey, Borgen, et Van Zee, (2004) et Baron et al. (2002) ont élaboré un instrument de mesure plus spécifique, donc plus sensible au changement, dans le but d'évaluer les sensations au niveau du sein après une chirurgie. Les travaux futurs devraient également explorer l'influence des caractéristiques des participantes, telles que celles souffrant de niveaux élevés d'anxiété ou de fatigue, puisque ces deux facteurs étaient des raisons assez fréquentes de non-participation (Sidani, 1998). Les professionnels de la santé doivent être conscients de l'existence de symptômes et de leurs effets néfastes cumulatifs sur la morbidité des patientes (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001). Finalement, la recherche devrait également examiner d'autres facteurs importants tels que : a) les caractéristiques des milieux de soins dans lesquels les participantes sont recrutées, par exemple le nombre d'infirmières cliniciennes qualifiées et expérimentées et b) les attitudes du personnel envers la douleur et les politiques de gestion de la douleur.

Références

- Allard, N. (2001). Women with primary breast cancer after day surgery: can Self-Regulation Theory help design a psychoeducational nursing intervention? *Onco-Nursing* 13(1), 9-13
- Allard, N. (2005). Day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: Evaluation of a psychoeducational nursing intervention. University of Toronto., Toronto.
- Baron, R. H., Fey, J. V., Borgen, P. I., & Van Zee, K. J. (2004). Eighteen sensations after breast cancer surgery: a two-year comparison of sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 691-698.
- Baron, R. H., Fey, J. V., Raboy, S., Thaler, H. T., Borgen, P. I., Temple, L. K., et al. (2002). Eighteen sensations after breast cancer surgery: a comparison of sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 651-659.
- Bochenek. (1996). Female breast cancer patients' perception of pain and physical well-being following surgery from breast cancer. Unpublished Master of nursing science, Michigan State University, Michigan.
- Bonnema, J., van Wersch, A., van Geel, A., Pruy, J., Schmitz, P., Paul, M., et al. (1998). Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. *British Medical Journal*, 3(16), 1267-1271.
- Brosseau, P., & Héroux, M. (1995). La chirurgie d'un jour. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Bibliothèque Nationale du Québec.
- Bundred, N., Maguire, P., Reynolds, J., Grimshaw, J., Morris, J., Thomson, L., et al. (1998). Randomised controlled trial of effects of early discharge after surgery for breast cancer. *British Medical Journal*, 317(7168), 1275-1279.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research Treatment*, 54(3), 195-203.
- Cunningham, L. L., Andrykowski, M. A., Wilson, J. F., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Kenady, D. E. (1998). Physical symptoms, distress, and breast cancer risk perceptions in women with benign breast problems. *Health psychology official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 17(4), 371-375.

- de Serres, M., & Beauchesne, N. (2000). L'intervenant pivot en oncologie: un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer: document de réflexion. Québec: MSSS.
- Dodd, M. J. (1983). Self-care for side effects in cancer chemotherapy: An assessment of nursing intervention- Part II. *Cancer Nursing*, 6, 63-67.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Ganz, P. A., Hirji, K., Sim, M. S., Schag, C. A., Fred, C., & Polinsky, M. L. (1993). Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care*, 31(5), 419-431.
- Ganz, P. A., Schag, C., Polinsky, M., Heinrich, R., & Flack, V. (1987). Rehabilitation needs and breast cancer: the first month after primary therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 10, 243-253.
- Hoskins, C. N. (1997). Breast cancer treatment-related patterns in side effects, psychological distress, and perceived health status. *Oncology Nursing Forum*, 24(9), 1575-1583.
- Iocolano, C. F. (1994). A qualitative study of four women during the first four months after surgery for breast cancer. Unpublished Ph.D., New York University.
- Irvine, D. M. (1996). A critical review and meta-analysis of the literature investigating psychosocial adjustment in breast cancer. Ottawa: Health Canada.
- Irvine, D. M., Vincent, L., Bubela, N., Thompson, L., & Graydon, J. (1991). A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nursing*, 14(4), 188-199.
- Johnson. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing and Health*. 22(6), 435-448. [Record as supplied by publisher].
- Johnson, J. E., Fieler, V. K., Jones, L. S., Wlasowicz, G. S., & Mitchell, M. L. (1997). Self-regulation theory: Applying theory to your practice. Pittsburgh: Oncology Nursing Press.
- Johnson, J. E., Fieler, V. K., Wlasowicz, G. S., Mitchell, M. L., & Jones, L. S. (1997). The effects of nursing care guided by self-regulation theory on coping with radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 24(6), 1041-1050.
- Kambouris, A. (1996). Physical, psychological, and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. *American Surgeon*, 62(2), 123-127.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer*, 70(1), 120-125.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1993). Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Canadian Journal of Surgery*, 36(4), 315-320.
- Maunsell, E., Brisson, J., Deschenes, L., & Frasure-Smith, N. (1996). Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer: effects on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 14(10), 2747-2755.
- McArdle, J., George, D., McArdle, C., Smith, D. C., Moodie, A., Hughson, M., et al. (1996). Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomized study. *British Medical Journal*, 312, 813-816.
- McIlmoyl, M. L. (1998). Moving on and the nightmare is back: the two faces of uncertainty and the breast cancer journey. Unpublished Master thesis, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Munro, b. h. (2001). *Statistical methods for health care research* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Northouse, L. (1990). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3, Supplement), 39-45.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schag, C. A., Ganz, P. A., Polinsky, M. L., Fred, C., Hirji, K., & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(4), 783-793.
- Sidani, S. (1998). Measuring the intervention in effectiveness research. *Western Journal Nursing Research*, 20(5), 621-635.
- Société Canadienne du Cancer, Institut national du cancer, Statistique Canada. (2007). *Statistiques Canadienne sur le cancer 2007*. Toronto: Institut National du Cancer, Wallace, & Irving. (1997). Post-mastectomy and post-breast surgery pain. In *Pain management for the practicing physician* (pp. 209-216). New York: Churchill Livingstone.
- Wallace, M. S., Wallace, A. M., Lee, J., & Dobke, M. K. (1996). Pain after breast surgery: a survey of 282 women. *Pain*, 66(2-3), 195-205.
- Woodward, V., & Webb, C. (2001). Women's anxieties surrounding breast disorders: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 29-41.
- Wyatt, G., & Friedman, L. L. (1998). Physical and psychosocial outcomes of midlife and older women following surgery and adjuvant therapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(4), 761-768.

Post test measures 17-18 days after surgery (T3)
Reminder phone call in both group and End of data collection

Annexe 1

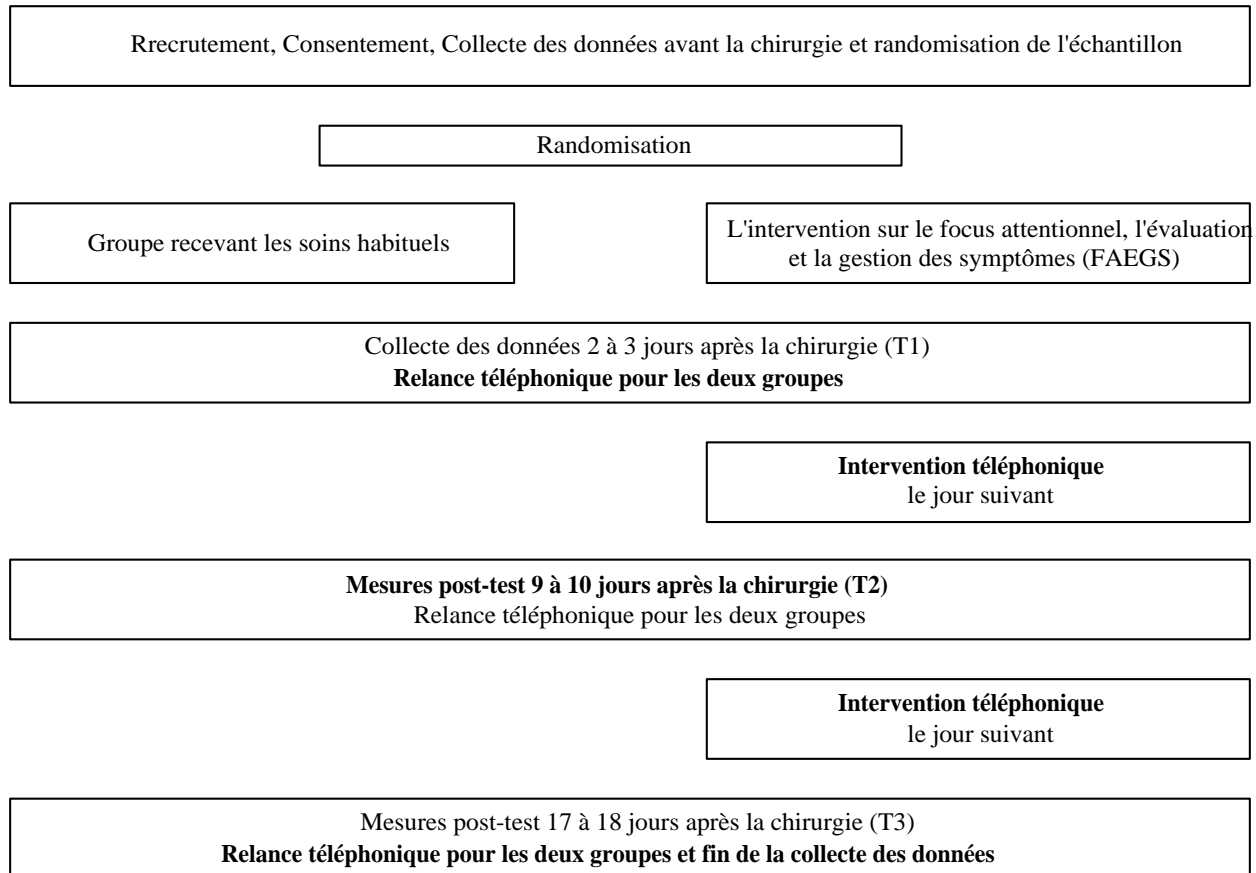


Fig. 1 Schéma de l'étude