

**Travail de Bachelor**  
**Interventions infirmières : état dépressif et cancer**  
**gynécologique**

Revue de la littérature

Réalisé par : Dubois Alicia

Promotion : Bachelor 20

Sous la direction de : Genolet Audrey

Lieu et date : Sion, le 5 juillet 2023

## Résumé

Les cancers gynécologiques, tels que le cancer du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires, sont des affections fréquentes chez les femmes. Le diagnostic de ces cancers entraîne une souffrance psychique. Les femmes atteintes de cancers gynécologiques présentent des niveaux plus élevés de dépression que la population générale. Les troubles dépressifs peuvent mener à une péjoration de l'état physique général, ce qui pourrait augmenter la mortalité en diminuant la compliance thérapeutique. L'objectif principal de cette revue de la littérature est de mettre en avant les interventions infirmières favorisant la prévention des états dépressifs auprès de ces femmes.

Six articles, publiés entre 2019 et 2022, ont été intégrés dans cette revue de la littérature. Ils proviennent des bases de données Embase, CINAHL et PubMed qui ont été consultées entre le mois de décembre 2022 et le mois d'avril 2023.

Les résultats présentent des interventions infirmières qui peuvent être mises en place auprès des femmes atteintes d'un cancer gynécologique. Les effets de ces interventions infirmières ont été mesurés à l'aide d'échelles d'évaluation de la dépression. Ce sont notamment des interventions de psychologie infirmière et une intervention infirmière multimodale. Ces interventions ont montré une diminution significative des scores de la dépression.

La prise en charge psychologique de ces patientes ainsi que le suivi de leur état mental semblent donc nécessaires en matière de prévention des états dépressifs.

**Mots-clés:** interventions infirmières, cancer de l'ovaire, cancer du col de l'utérus, cancer de l'endomètre, état dépressif

## **Remerciements**

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Audrey Genolet, directrice de mon travail de Bachelor, pour sa disponibilité, ses conseils ainsi que son soutien et son assistance tout au long de l'élaboration de cette revue de la littérature.

Je souhaite également remercier la correctrice pour son temps accordé à la relecture et à la correction de mon travail de Bachelor.

Finalement, je remercie grandement ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et encouragée durant la rédaction de mon travail de Bachelor.

## Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

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

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7<sup>e</sup> édition.

Lieu et date : Sion, le 5 juillet 2023



A. Dubois

Signature

**Table des matières**

<b>1</b>	<b>Problématique</b>	<b>1</b>
1.1	Question de recherche	2
1.2	But de la recherche	3
<b>2</b>	<b>Cadre théorique</b>	<b>4</b>
2.1	Les cancers gynécologiques	4
2.1.1	Le cancer du col de l'utérus	4
2.1.2	Le cancer de l'endomètre	5
2.1.3	Le cancer de l'ovaire	5
2.1.4	Tranches d'âge des patientes touchées	6
2.1.5	Traitements	6
2.1.6	Impact du cancer gynécologique sur l'estime de soi et l'image de soi	7
2.2	Troubles dépressifs	7
2.2.1	Présentation de l'état dépressif	7
2.2.2	Le risque d'état dépressif associé à un cancer gynécologique	8
2.3	Le rôle infirmier	8
2.3.1	Le rôle infirmier et la santé mentale	8
2.3.2	La théorie du Human Caring de Jean Watson	10
<b>3</b>	<b>Méthode</b>	<b>13</b>
3.1	Devis de recherche	13
3.2	Collecte des données	13
3.3	Sélection des données	17
3.4	Considérations éthiques	18
3.5	Analyse des données	18
<b>4</b>	<b>Résultats</b>	<b>20</b>
4.1	Description de l'étude 1	20
4.1.1	Validité méthodologique	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique	22
4.2	Description de l'étude 2	22
4.2.1	Validité méthodologique	24
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique	25
4.3	Description de l'étude 3	26
4.3.1	Validité méthodologique	28

4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	29
4.4	Description de l'étude 4 .....	29
4.4.1	Validité méthodologique .....	30
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	31
4.5	Description de l'étude 5 .....	31
4.5.1	Validité méthodologique .....	33
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	33
4.6	Description de l'étude 6 .....	34
4.6.1	Validité méthodologique .....	35
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	36
4.7	Synthèse des principaux résultats .....	37
<b>5</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>38</b>
5.1	Discussion des résultats .....	38
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	39
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	40
<b>6</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>41</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	41
6.2	Propositions pour la formation .....	41
6.3	Propositions pour la recherche .....	42
<b>7</b>	<b>Liste de références .....</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009 .....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études .....	II
	Annexe III : Échelle d'évaluation de la dépression .....	VIII
	Annexe IV : Glossaire méthodologique .....	XIII

## Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations.....	17
---	----

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs .....	15
Tableau 2 : Équation de recherche CINHAL .....	16
Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed).....	16
Tableau 4 : Équation de recherche Embase .....	17
Tableau 5 : Liste des articles retenus .....	19

### Liste des abréviations

BDI Beck Depression Inventory

BDI-II Beck Depression Inventory-II

CAS Certificate of Advanced Studies

CIM-11 Classification Internationale des Maladies Onzième Révision

EESE Echelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton

EORTCQLQ-C30 European Agency for Cancer Research and Therapy Core quality of life scale-C30

ESCA Self-care ability determination scale

FACT-B Quality of Life Assessment

FSFI Female Sexual Function Index

GC Groupe contrôle

GI Groupe intervention

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

HAMA Hamilton Anxiety Scale

HAMD Hamilton Depression Scale

HAS Haute Autorité de Santé

HPV Papillomavirus humain

HUG Hôpital Universitaire de Genève

IMC Indice de masse corporelle

IWB Index of Well-Being

MNI Intervention infirmière multimodale

MSSNS Mental status scale in non-psychiatric settings



NIC	Classification des interventions infirmières
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PFS	Piper Fatigue Scale
PMR	Relaxation musculaire progressive
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
QLI	Quality of life index
SAS	Self-rating anxiety scale
SDS	Self-rating depressive scale
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante

## 1 Problématique

Parmi les différents types de cancers gynécologiques, peuvent être cités le cancer du col de l'utérus, celui de l'endomètre ainsi que le cancer des ovaires. Il y a également le cancer de la vulve, du vagin, ainsi que celui des trompes de Fallope, ceux-ci étant moins fréquents (Ramirez & Salvo, 2022b). Cette revue de la littérature a choisi de se centrer sur les trois cancers les plus fréquents, c'est-à-dire, le cancer de l'ovaire, du col de l'utérus et de l'endomètre.

En 2020, 604 127 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus au niveau mondial (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020a). Le cancer de l'endomètre a touché 417 367 femmes (OMS, 2020b). Quant au cancer de l'ovaire, il concerne 313 959 femmes (OMS, 2020c).

En Suisse, l'Office fédéral de la statistique [OFS] met à disposition des chiffres concernant les années 2013 à 2017. Chaque année, environ 260 cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués, alors que l'on compte 930 nouveaux diagnostics pour le cancer de l'endomètre et 630 pour le cancer de l'ovaire (OFS, 2021, p. 74-79).

L'annonce du diagnostic engendre une souffrance psychique. Face à cette nouvelle, il est normal que les patientes expriment diverses inquiétudes. Cependant, certaines réactions peuvent entraîner un risque de développer une pathologie telle qu'un syndrome dépressif ou anxiodépressif. En effet, le diagnostic du cancer engendre un stress psychique, physique et social. Le pourcentage d'apparition d'épisodes dépressifs chez les personnes atteintes d'un cancer est de 20%. L'état dépressif n'apparaît pas uniquement après l'annonce du diagnostic. Il peut également survenir en réponse aux aspects physiques de la maladie ainsi qu'aux différents deuils que celle-ci implique (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017, p. 243).

Il peut arriver aux différents professionnels de la santé de banaliser l'arrivée d'un état dépressif liée à un cancer s'ils ne sont pas suffisamment conscients qu'un état dépressif peut apparaître tout au long du parcours de la maladie. Le fait de ne pas discriminer une baisse de la thymie associée à l'annonce de la maladie ainsi que les premiers signes d'un état dépressif entraîne un risque de négliger les effets des épisodes dépressifs, notamment le risque suicidaire, ainsi que la péjoration de l'état physique général. Cela aurait tendance à augmenter la mortalité en diminuant la compliance des patients face aux traitements oncologiques (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017, p. 243).

Ce constat est d'autant plus vrai dans la prise en soins de patientes atteintes d'un cancer gynécologique, car la dépression représente la psychopathologie la plus souvent observée auprès de cette population. Il a notamment été mis en avant que les niveaux de dépression touchant les femmes atteintes d'un cancer gynécologique sont plus élevés en comparaison avec la population générale. L'origine de ces états dépressifs dépend de nombreux facteurs tels que les doutes face aux traitements, les peurs au sujet de la mort ou d'éventuelles métastases. Les modifications de la sexualité, le peu de soutien émotionnel ainsi que la dégradation de l'image et de l'estime de soi sont également des facteurs à prendre en compte. Les organes sexuels féminins peuvent être la symbolique de la féminité, de la fertilité et de la sexualité. Ainsi, ils jouent un rôle dans la formation de l'image de soi et de l'identité sexuelle de la femme. En effet, le vécu d'un cancer gynécologique, ainsi que de ses traitements, peut impliquer des modifications de l'intégrité des organes reproducteurs et par conséquent affecter de manière négative l'image de soi (Düzgün & Bayraktar, 2020, p. 365-366). Il est donc nécessaire de s'intéresser à la façon dont le cancer gynécologique touche la dimension psychique pour assurer une prise en charge globale de ces patientes.

### 1.1 Question de recherche

Les éléments présentés dans la problématique soulignent l'importance, pour la pratique infirmière, d'aborder les aspects psychiques lors des prises en charge de patientes atteintes d'un cancer gynécologique. Cette revue de la littérature cherche donc à répondre à la question de recherche suivante :

« Quelles sont les interventions infirmières qui peuvent être utilisées dans la prévention de l'état dépressif auprès des patientes atteintes d'un cancer gynécologique hospitalisées ? »

P	Femmes atteintes d'un cancer gynécologique en cours de traitement
I	Les interventions infirmières psycho-sociales présentées dans la littérature, applicables au contexte hospitalier
C	La prise en soins actuelle
O	Les interventions de prévention de l'état dépressif

## **1.2 But de la recherche**

Cette revue de la littérature a comme objectifs majeurs de :

1. Suivre un processus rigoureux dans la recherche et l'analyse des articles, afin de présenter des interventions infirmières robustes qui pourraient être implantées dans la pratique.
2. Mettre en avant des interventions de prévention de l'état dépressif qui peuvent être mis en place au niveau infirmier dans la prise en charge des femmes hospitalisées dans le cadre d'un cancer gynécologique dans le contexte suisse et valaisan.

## **2 Cadre théorique**

Cette rubrique approfondit les concepts mis en avant dans la problématique. Son but est de clarifier la vision de ces concepts à la lumière de la question de recherche. Les différents concepts présentés sont : les cancers gynécologiques, les états dépressifs ainsi que le rôle infirmier.

### **2.1 Les cancers gynécologiques**

Cette section n'a pas pour but de présenter la carcinogenèse en général, mais l'impact du cancer sur les différents organes touchés dans les principaux cancers gynécologiques.

#### **2.1.1 Le cancer du col de l'utérus**

La cause principale de cancer du col de l'utérus est l'infection au papillomavirus humain [HPV], transmis par relation sexuelle (Ramirez & Salvo, 2022a). Il y a d'autres facteurs de risque tels que le tabac, l'immunodépression, la prise de contraceptifs oraux, les rapports sexuels et les grossesses précoces (Amina & Chaima, 2021, p. 24).

Le col de l'utérus est constitué de stroma et d'épithélium. Il possède deux parties : l'ectocervix, composé d'épithélium malpighien, et l'endocol, composé d'épithélium cylindrique. Le développement du cancer fait suite à une infection par le papillomavirus qui va engendrer des dysplasies du col. Ce sont des lésions intra-épithéliales bénignes précédant un cancer invasif. Celles-ci sont classées en trois stades : légère ; modérée ; sévère. Le passage d'un stade à un autre est progressif. Il est toutefois possible que les dysplasies régressent d'elles-mêmes. Cependant, ces dysplasies peuvent rompre la membrane basale et évoluer en cancer invasif. Dans 90% des cas, les cancers du col de l'utérus sont des carcinomes épidermoïdes, ils touchent donc l'épithélium malpighien. Dans 10% des cas, c'est un adénocarcinome. Le cancer du col de l'utérus invasif va envahir directement les tissus avoisinants tels que le vagin, l'utérus ainsi que les organes se trouvant au niveau pelvien. Il peut aussi se propager par la voie du système lymphatique en touchant les ganglions para-aortiques et pelviens (InfoCancer, 2022; Kanab et al., 2015; Ramirez & Salvo, 2022a).

Les métrorragies constituent le symptôme le plus souvent observé en cas de cancer du col de l'utérus. Il peut également y avoir des leucorrhées ainsi que des dyspareunies. Dans des situations plus rares, des douleurs pelviennes ou lombaires peuvent être présentes et signifieraient d'une extension locale. Lors ce que le cancer du col de l'utérus est à un stade avancé, il peut y avoir une compression des voies lymphatiques, ce qui engendre des œdèmes des membres inférieurs (Oglobine et al., 2021, p. 142).

### 2.1.2 Le cancer de l'endomètre

Il existe différents facteurs de risques du cancer de l'endomètre, notamment l'âge avancé, l'obésité, le syndrome des ovaires polykystiques, la prise d'œstrogènes ou de tamoxifène ainsi que le syndrome de Lynch (Sobel et al., 2021).

L'hyperplasie endométriale constitue le stade précédant le cancer de l'endomètre. Si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer en cancer de l'endomètre. Dans un premier temps, le cancer est non invasif, dit *in situ*. À ce stade, les cellules cancéreuses ne sont pas capables de faire des métastases et sont confinées à l'endomètre. Le cancer de l'endomètre invasif n'est pas cantonné à l'endomètre, il peut envahir les voies lymphatiques et sanguines, et est alors susceptible de créer des métastases. Le cancer de l'endomètre est réparti en deux types : I et II. Le type I est le plus fréquent, il correspond à des carcinomes de type endométrioïdes et est classé en trois grades. Le type II est souvent de haut grade ; ce type regroupe les cancers d'histologie non endométrioïdes (InfoCancer, 2021b; Mathevet et al., 2018; Ramirez & Salvo, 2022c).

Concernant la symptomatologie, pour la majorité des femmes touchées par un cancer de l'endomètre, il y a des métrorragies (Ramirez & Salvo, 2022c). Chez les femmes ménopausées, toute métrorragie est considérée comme étant un signe du cancer de l'endomètre jusqu'à ce que ce diagnostic soit éliminé (Oglobine et al., 2021, p. 146).

### 2.1.3 Le cancer de l'ovaire

Les facteurs de risques du cancer ovarien sont les suivants : antécédents familiaux de cancers ovariens, ne pas avoir eu de grossesse ou grossesses tardives, premières menstruations précoces et ménopause tardive ainsi que des antécédents de cancer du sein, de l'endomètre ou du colon (Ramirez & Salvo, 2022d). Il possède également des facteurs protecteurs, notamment la prise de contraceptifs oraux, les grossesses, l'allaitement ainsi que la ligature des trompes (Oglobine et al., 2021, p. 147-149).

La majorité des cancers de l'ovaire, c'est-à-dire le 90%, proviennent des cellules épithéliales, ce sont donc des carcinomes épithéliaux des ovaires. Ils se divisent en cinq sous-types : séreux de haut grade ; de bas grade ; endométrioïde ; cellules claires ; mucineux. Celui de haut grade est le plus fréquent (> 70%). Ces cancers se manifestent à des stades avancés. Les cancers ovariens peuvent se propager par la voie péritonéale et la voie lymphatique. Des métastases peuvent apparaître au niveau pulmonaire, ganglionnaire rétropéritonéale, ainsi que sur les organes péritonéaux (InfoCancer, 2021a; Ramirez & Salvo, 2022d).

Au sujet de la symptomatologie, il peut y avoir des métrorragies ainsi que des perturbations des menstruations, des troubles du transit et urinaires du type de pollakiurie (Oglobine et al., 2021, p. 149-150). Cependant, le cancer ovarien peut aussi être asymptomatique (Ramirez & Salvo, 2022d).

#### **2.1.4 Tranches d'âge des patientes touchées**

En Suisse, le cancer du col de l'utérus, touche majoritairement les femmes entre vingt-cinq ans et quarante ans. L'incidence est stable et augmente à nouveau à partir de huitante-cinq ans. La moitié des diagnostics de cancers du col de l'utérus se font après cinquante-deux ans. Pour sa part, le cancer de l'endomètre touche les femmes à partir de trente ans ; l'incidence augmente jusqu'à l'âge de septante-neuf ans. Le cancer de l'endomètre affecte majoritairement les femmes de septante à huitante-quatre ans. Concernant les diagnostics, la moitié sont posés après l'âge de soixante-huit ans. Quant au cancer de l'ovaire, il touche les femmes à partir de l'adolescence et son incidence augmente avec l'âge. La moitié des diagnostics de cancer de l'ovaire se font après l'âge de soixante-huit ans (OFS, 2021, p. 74-81).

#### **2.1.5 Traitements**

Le cancer du col de l'utérus implique différents traitements. Le choix du traitement dépend du stade du cancer. Il existe notamment la chirurgie, qui peut aller de la conisation à l'hystérectomie avec un curage ganglionnaire associée à une ovariectomie bilatérale. Il y a également la radiothérapie externe, la curiethérapie ainsi que la chimiothérapie. La chimiothérapie est parfois utilisée pour augmenter l'effet de la radiothérapie. Ces méthodes peuvent être associées ou non (Oglobine et al., 2021, p. 143-144).

Au sujet du cancer de l'endomètre, le choix du traitement dépend de l'histologie du cancer, de l'âge et des comorbidités présentes ainsi que de l'étendue de la maladie. Il existe plusieurs possibilités, dont la chirurgie ou la radiothérapie utilisée en post-opératoire. Dans des situations plus rares, il peut y avoir l'utilisation de chimiothérapie. Le traitement de choix est la chirurgie ; elle consiste en une hystérectomie totale avec annexectomie ainsi qu'un curage ganglionnaire (Oglobine et al., 2021, p. 147).

Enfin, le cancer de l'ovaire se traite avec une chirurgie et une chimiothérapie. Pour les cancers ovariens se trouvant dans les trois premiers stades, la chirurgie servira à retirer la totalité des cellules tumorales avec une ovariectomie, une hystérectomie ainsi qu'une annexectomie. Une chimiothérapie sera également associée. Toutefois, il existe une méthode conservatrice pour les femmes ayant un désir de grossesse. Celle-ci consiste à retirer uniquement l'ovaire touché et sa trompe de Fallope. Concernant les stades plus

avancés, la chimiothérapie se fera avant la chirurgie afin de rendre les lésions tumorales moins nombreuses et plus petites. Dans ces situations, la chimiothérapie néoadjuvante est utilisée (Oglobine et al., 2021, p. 151).

### **2.1.6 Impact du cancer gynécologique sur l'estime de soi et l'image de soi**

Les femmes touchées par un cancer gynécologique peuvent avoir une estime de soi diminuée. Cela peut être en lien avec la représentation des organes sexuels, qui peuvent incarner une partie importante de la féminité, la fertilité et la sexualité. Ainsi, les cancers gynécologiques, en modifiant la perception que ces femmes ont de leur corps, peuvent affecter de manière négative leur estime de soi et leur image de soi (Düzgün & Bayraktar, 2020, p. 366).

En outre, les traitements peuvent également avoir un impact sur ces dimensions. C'est notamment le cas des différentes chirurgies telles que l'hystérectomie totale. Les traitements pharmacologiques peuvent quant à eux induire des changements corporels néfastes pour l'estime de soi, tels qu'une alopécie ou des modifications pondérales (Düzgün & Bayraktar, 2020, p. 366).

## **2.2 Troubles dépressifs**

### **2.2.1 Présentation de l'état dépressif**

La Classification Internationale des Maladies Onzième Révision [CIM-11] définit les troubles dépressifs comme étant caractérisés par une thymie dépressive ou une anhédonie. À cela s'ajoute une symptomatologie cognitive, comportementale ou neurovégétative qui affecte significativement le fonctionnement du sujet. Il existe plusieurs types de troubles dépressifs. Ils se différencient en fonction de la gravité, du nombre d'épisodes, ainsi que la présence ou non de symptômes psychotiques (OMS, 2023).

L'étiologie des troubles dépressifs est multifactorielle. Il existe des facteurs génétiques, environnementaux et psychosociaux ainsi que des troubles de la régulation des taux de neurotransmetteurs (Coryell, 2021).

Il existe plusieurs traitements des états dépressifs. Les principaux traitements sont notamment le soutien, les psychothérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi que les traitements pharmacologiques. Les dépressions sévères ne répondant pas aux traitements pharmaceutiques peuvent également être traitées à l'aide de la stimothérapie. D'autres traitements sont disponibles, comme la photothérapie, les psychostimulants, les plantes médicinales telles que le millepertuis, la stimulation du nerf vague ainsi que la stimulation cérébrale profonde (Coryell, 2021).



### **2.2.2 Le risque d'état dépressif associé à un cancer gynécologique**

Une patiente ayant un cancer gynécologique est à risque de développer un état dépressif pour différentes raisons. En effet, le cancer gynécologique peut entraîner des altérations sur le plan de la sexualité ainsi que des modifications de la perception de la féminité. Plusieurs éléments sont à prendre en compte, notamment les mesures chirurgicales, les différents traitements pouvant engendrer une alopécie, une asthénie ainsi que des douleurs. Cela peut être responsable de perturbations de l'image de la féminité (Perdrizet-Chevallier et al., 2008).

Il peut être difficile de déceler un état dépressif dans un contexte de cancer gynécologique car certains symptômes tels que la fatigue, l'inappétence, les perturbations du sommeil et de la concentration ainsi que la baisse de la libido peuvent être liés à la pathologie somatique ou à ses traitements. Cela expliquerait en partie le fait que les états dépressifs sont sous-diagnostiqués en situation de cancer gynécologique. Ces états dépressifs sont susceptibles d'influencer l'évolution de la maladie en diminuant la compliance thérapeutique ainsi qu'en touchant les fonctions immunitaires et endocriniennes, ce qui peut avoir comme conséquences une prolongation des périodes d'hospitalisation ainsi qu'une diminution des chances de survie. La prévalence des états dépressifs est directement liée à l'évolution du cancer. En effet, elle augmente en fonction de l'intensité et de la gravité des symptômes somatiques (Perdrizet-Chevallier et al., 2008).

La dépression dans le cadre d'un cancer gynécologique peut donc être induite par l'impact physique de la maladie, mais également par les différents deuils à surmonter dans le vécu de celle-ci. En effet, les personnes touchées par un cancer se retrouvent face au deuil de leur état de santé physique, ainsi que de leur rôle sociétal et familial (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017, p. 243). Les cancers gynécologiques peuvent engendrer également le deuil d'une certaine représentation de la féminité, de la fertilité et de la sexualité.

## **2.3 Le rôle infirmier**

### **2.3.1 Le rôle infirmier et la santé mentale**

Les soins infirmiers en psychiatrie sont une spécificité réunissant des soins globaux destinés aux patients et visant le bien-être psychique et physique (Conseil International des Infirmières, 2022, p. 15). L'évaluation clinique de l'état mental est une étape primordiale de l'évaluation globale de l'état de santé d'une personne. Les infirmiers collectent des données et réalisent des observations précises au sujet de la santé mentale, permettant la sécurité des soins prodigués ainsi que la continuité des soins. Ce travail est utile à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (Doyon & Longpré, 2016, p. 140).

L'évaluation de l'état mental peut se faire sous forme d'entretiens infirmiers. Ces entretiens permettent de réaliser une évaluation clinique de l'état mental, mais également de rencontrer le patient et de créer un climat de confiance favorisant l'adhésion thérapeutique du soigné. Lors de ces entretiens, des objectifs communs sont discutés en collaboration avec le patient. Il existe des attitudes infirmières pouvant aider la communication et la collaboration, telles que le respect, l'empathie, l'authenticité ainsi que la congruence. La rétroaction peut aussi être utilisée ; il s'agit d'un processus verbal et non verbal permettant de faire savoir aux patients comment leur comportement, leurs attitudes et leurs émotions sont perçus. C'est l'expression du ressenti pour vérifier que cette impression correspond à la réalité (Doyon & Longpré, 2016, p. 145-146).

Outre l'évaluation clinique de l'état mental, d'autres moyens accessibles au personnel infirmier permettent d'évaluer et de diagnostiquer les troubles dépressifs. Il existe notamment différentes échelles telles que le *Beck Depression Inventory [BDI]*, la *Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]*, l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton [EASE]. Le dépistage de la détresse de ces patientes, notamment de la dépression, permet d'avoir une vision globale des situations de soins et de prioriser les actions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, p. 3). Ces échelles sont consultables en Annexe III.

La première version du *BDI* a été publiée en 1960 ; une seconde version est sortie en 1996 appelée *Beck Depression Inventory-II [BDI-II]*. Cette échelle d'auto-évaluation permet, en 21 items, d'évaluer les sphères cognitives et affectives ainsi que les symptomatologies somatiques sur les deux semaines précédentes. Les scores vont de 0 à 63. Les résultats inférieurs à 13 signifient qu'il n'y a pas de dépression, ceux supérieurs à 14 révèlent la présence d'une dépression (Haute Autorité de santé [HAS], 2017, p. 40-42). Concernant les valeurs psychométriques de ces échelles, le *BDI* possède un coefficient d'alpha de Cronbach moyen à 0,85, le *BDI-II* à 0,9 (Y.-P. Wang & Gorenstein, 2013, p. 417). Concernant la validité de cette échelle, pour les scores supérieurs à 13, la sensibilité est de 92,3% et la spécificité est de 86,2% (HAS, 2017, p. 41-41).

La *HADS* a été rédigée en 1980. Sa première intention était d'identifier les troubles thymiques auprès de personnes n'ayant pas de troubles psychiatriques (Cassiani-Miranda et al., 2022, p. 102). Cette échelle est composée de 14 items et se divise en deux parties, l'une plus spécifique à la dépression, la deuxième concernant l'anxiété. La *HADS* présente de manière alternée les items au sujet de la dépression et de l'anxiété, mais il est possible d'évaluer séparément ces deux sous-échelles. La *HADS* est une échelle d'auto-évaluation ne prenant pas en compte les symptomatologies somatiques. Les scores vont de 0 à 21. Les troubles dépressifs sont avérés avec un score supérieur à 11 (HAS, 2017, p. 47-48).

Cette échelle possède une sensibilité inférieure à 70% et une spécificité à 80% (HAS, 2017, p. 51). Elle possède des valeurs psychométriques satisfaisantes, le coefficient d'alpha de Cronbach est à 0,83 concernant la sous-échelle de la dépression et à 0,82 pour celle au sujet de l'anxiété (Jerković et al., 2021, p. 5).

L'EESE est l'échelle la plus fréquemment utilisée au Canada dans le contexte oncologique. Cet outil rend possible la détection de troubles psychosociaux et biologiques à l'aide de l'évaluation de 9 symptômes, dont la dépression et l'anxiété. Les symptômes sont évalués sur les vingt-quatre heures précédentes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, p. 17). C'est une échelle d'auto-évaluation (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2021). Les valeurs psychométriques de cet outil sont satisfaisantes et mettent en avant des alphas de Cronbach allant de 0,86 à 0,88 (Pautex et al., 2017, p. 724).

Lors d'une dépression avérée, l'évaluation des signes de dangerosité est effectuée par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Le risque de tentamen est plus élevé au sein de la population oncologique. Les idées suicidaires peuvent être présentes lors de toutes les phases de la maladie ; elles sont susceptibles de subsister chez des patients atteints de dépression. Les idées suicidaires ou l'hétéro-agressivité ne sont pas explicitement présentes dans tous les outils de détection et d'évaluation de la dépression, mais il est nécessaire d'en rechercher la présence afin de mettre en place les interventions nécessaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, p. 13-14).

### **2.3.2 La théorie du Human Caring de Jean Watson**

Le rôle infirmier en oncologie comprend différentes compétences professionnelles. La gestion des symptômes du cancer ainsi que de ses potentiels effets secondaires ou de ceux des traitements administrés en fait partie. Une autre compétence est la relation du soignant avec le soigné ainsi que son entourage. Concernant cette compétence, l'équipe infirmière doit prendre en compte les dimensions psychologiques, spirituelles et sociales des patients ainsi que leur entourage. La dimension psychique des patients fait donc partie intégrante du rôle propre des infirmiers (Soins en Oncologie Suisse, 2020, p. 5-6). Par conséquent, il est pertinent de s'intéresser aux différentes actions et outils utilisés par les infirmiers pour inclure la dimension psychique dans leur prise en charge en oncologie.

Afin de mettre en avant cette vision du rôle infirmier, la théorie de soins choisie pour être intégrée à cette revue de la littérature est celle du Human Caring de Jean Watson. Selon Watson, le rôle infirmier consiste à établir des relations efficaces entre le soignant et le soigné, et à valoriser le bien-être en soutenant le soigné dans l'adoption de comportements favorisant la santé (Alligood, 2014).

Le méta-paradigme infirmier mis en avant par Jean Watson prend en compte les quatre éléments suivants : les soins, la personne, la santé et l'environnement. Les soins sont définis comme étant à la fois un ensemble de connaissances, de pensées et de valeurs, une philosophie, des actes et une implication avec un certain niveau de passion. Les dix facteurs caratifs ainsi que les dix processus de caritas cliniques servent de guide pour la relation entre l'infirmière et le patient. La personne est perçue comme une entité de réflexions, d'un corps, d'un esprit et de nature. La condition humaine est associée à la notion que l'âme d'un être humain détient un corps qui n'est pas limité par des dimensions temporelles et spatiales objectives. La santé représente l'unité et la concordance de l'esprit, du corps et de l'âme, elle est liée à une cohérence entre le soi perçu et le soi vécu. Finalement, l'environnement est la connexion entre la personne et la vie à travers le temps, l'espace et les frontières ; c'est également l'ensemble de l'humanité, de la planète et de la spiritualité (Alligood, 2014).

Les dix facteurs caratifs sont en opposition à la notion curative des soins traditionnels. Ils servent de guide à la pratique infirmière et sont les suivants (Alligood, 2014; Cara & O'Reilly, 2008):

- 1) Un système de valeurs humanistes et altruistes : l'accomplissement ressenti en donnant ainsi qu'en élargissant sa propre perception de soi.
- 2) Un système de croyance-espoir : incorpore les principes humanistes et encourage la promotion des soins infirmiers holistiques dans le but d'une santé positive.
- 3) Une culture de la sensibilité de soi et des autres : la prise de conscience des sentiments mène à l'accomplissement au travers de l'acceptation de soi.
- 4) La formation d'une relation d'aide et de confiance : relation entre le soignant et le soigné nécessaire à la pratique du caring transpersonnel.
- 5) La promotion et l'acceptation de l'émanation des sentiments positifs ou négatifs : ce partage peut être une expérience à risque, l'infirmière doit être prête à faire face à des émotions positives/négatives. Il faut également que l'infirmière comprenne que les perceptions intellectuelles et émotionnelles de chaque situation peuvent être différentes.
- 6) L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes pour la prise de décisions : c'est un processus systématique et organisé.
- 7) La promotion d'un enseignement et d'un apprentissage interpersonnel : ce facteur distingue le caring du curing.
- 8) La mise en place d'un environnement bio-psycho-socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction : les infirmiers doivent prendre en compte l'impact environnemental interne et externe sur la santé et la maladie des individus.

- 9) L'assistance en regard des besoins de l'humain : le soignant doit aider le soigné à s'ajuster pour maintenir la satisfaction de ses exigences, que celles-ci se situent au niveau inférieur ou supérieur de la pyramide. De cette manière, il est possible d'établir une santé optimale ou la meilleure possible.
- 10) La considération des facteurs existentiels et phénoménologiques : incite à la réflexion et mène à une compréhension plus approfondie de soi-même et d'autrui.

Dans l'expression quotidienne de ces soins, la mobilisation des facteurs caratifs est nommée par Jean Watson processus de caritas cliniques. Ces dix processus servent à guider les infirmières et d'autres personnes dans la mise en pratique de ses concepts théoriques ainsi que pour cultiver des moments et des occasions de Caring dans la pratique professionnelle (Sitzman & Watson, 2014).

Cette revue de la littérature aborde la prévention infirmière de la dépression dans un contexte oncologique et gynécologique. Les facteurs caratifs 2, 4, 5 et 8 sont donc particulièrement importants à prendre en compte dans la prise en soin de ces patientes.

### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Dans le domaine de la recherche, il existe, selon Fortin et Gagnon (2022), différents paradigmes. Un paradigme est défini comme un « ensemble de postulats, de concepts ou de valeurs partagé par les membres d'une communauté scientifique et qui constitue une vision de réalité au sein de cette communauté » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 19).

Les deux paradigmes principaux sont le paradigme post-positiviste et le paradigme constructiviste. Le paradigme post-positiviste est une attitude philosophique qui reconnaît la probabilité de l'existence d'une réalité, la possibilité d'erreurs et qui considère les résultats de la recherche comme étant probants jusqu'à ce qu'ils soient contredits. Ce paradigme concerne les recherches quantitatives (Fortin & Gagnon, 2022, p. 20). Le deuxième paradigme, le paradigme constructiviste, découle d'une attitude philosophique qui appuie la présence de plusieurs interprétations de la réalité ; son objectif est de saisir la manière dont chaque individu construit cette réalité dans un environnement spécifique. Il concerne les recherches qualitatives (Fortin & Gagnon, 2022, p. 22).

Six articles ont été intégrés à cette revue de la littérature. Ils appartiennent tous au paradigme post-positiviste. L'ensemble de ces études permettra de mettre en avant les interventions infirmières utilisables dans la prévention des états dépressifs auprès des patientes atteintes d'un cancer gynécologique. Concernant les études choisies dans cette revue de la littérature, cinq sont disciplinaires et une est interdisciplinaire.

#### **3.2 Collecte des données**

Les recherches ont été effectuées sur trois bases de données : CINAHL, PubMed et EMBASE. La faisabilité de la recherche a été évaluée par le biais d'une recherche préliminaire effectuée durant le mois de mai 2022. La consultation des bases de données dans le but de répondre à la question de recherche s'est effectuée du mois de décembre 2022 au mois d'avril 2023.

La construction des équations de recherche s'est faite en deux temps : l'équation a d'abord été élaborée avec les descripteurs et les mots-clés français, puis avec les termes anglais. Les thésaurus des trois bases de données ont permis de choisir les descripteurs les plus pertinents pour cibler la recherche. De plus, des mots-clés ont été ajoutés de manière libre à l'équation de recherche selon les synonymes des thésaurus. Les mots-clés et descripteurs en français étaient les suivants : cancer gynécologique, cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire et cancer du col de l'utérus ; dépression, dépressif ; infirmier, soins infirmiers, soins, rôle infirmiers. Les mots-clés et descripteurs en anglais

étaient : *genital neoplasm\**, *gynecologic\* neoplasm\**, *endometrial neoplasm\**, *ovarian neoplasm\**, *cancer of the uterine cervix*; *depression\**, *depressive\**; *nurs\**, *nursing\**, *caregiver\**, *nurs\* role*. Les opérateurs booléens « OR » et « AND » ont été utilisés pour associer chacun des termes des différents concepts contenus dans la question de recherche, mais également pour regrouper l'ensemble des concepts liant les différentes équations pour obtenir l'équation finale. La troncature « \* » a été utilisée dans les recherches par mots-clés afin d'optimiser les résultats des équations.

Le Tableau 1 présente l'ensemble des descripteurs et mots-clés utilisés selon les différentes bases de données consultées. Quant aux Tableaux 2 à 4, ils présentent les équations de recherche en fonction des différentes bases de données consultées.

.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
<b>Gynecological cancers</b>	“genital neoplasm*” OR “gynecologic* neoplasm*” OR “endometrial neoplasm*” OR “ovarian neoplasm*” OR “cancer of the uterine cervix”	"Uterine cervical neoplasms"[Mesh] "Uterine neoplasms"[Mesh] “Endometrial neoplasms” [Mesh] “Genital Neoplasms, Female” [Mesh] “Ovarian Neoplasms” [Mesh]	MH "Cervix Neoplasms" MH “Genital Neoplasms, Female” MH “Carcinoma, Ovarian Epithelial” MH “Ovarian Neoplasms” MH “Endometrial Neoplasms”	'gynecologic neoplasms'/exp 'ovary cancer'/exp 'uterus cancer'/exp 'uterine cervix cancer'/exp 'female genital tract cancer'/exp
<b>Depressive states</b>	“depression*” OR “depressive*”	"Depression"[Mesh] "Depressive disorder"[Mesh] "Psychological distress"[Mesh]	MH "Depression" MH “Psychological Distress” MH “Psychosocial Aspects of Illness”	'depression'/exp
<b>Nursing</b>	“nurs*” OR “nursing*” OR “caregiver*” OR “nurs* role”	"Nurses"[Mesh] "Nursing"[Mesh] “Oncology nursing”[Mesh] “Nursing care”[Mesh] “Caregivers”[Mesh]	MH “Nurses” MH “Nursing Care” MH “Oncologic Nursing” MH “Nursing Outcomes”	'nurse'/exp 'nursing'/exp 'oncology nursing'/exp 'caregiver'/exp



Tableau 2 : Équation de recherche CINHAL

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
((((MH "Cervix Neoplasms") OR (MH "Genital Neoplasms, Female") OR (MH "Carcinoma, Ovarian Epithelial") OR (MH "Ovarian Neoplasms") OR (MH "Endometrial Neoplasms")) OR (TI ( "genital neoplasm*" OR "gynecologic* neoplasm*" OR "endometrial neoplasm*" OR "ovarian neoplasm*" OR "cancer of the uterine cervix" ) OR AB ( "genital neoplasm*" OR "gynecologic* neoplasm*" OR "endometrial neoplasm*" OR "ovarian neoplasm*" OR "cancer of the uterine cervix" ))) AND (((MH "Depression") OR (MH "Psychological Distress") OR (MH "Psychosocial Aspects of Illness") OR (TI ("depression*" OR "depressive*") OR AB ("depression*" OR "depressive*")))) AND (((MH "Nurses") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Oncologic Nursing") OR (MH "Nursing Outcomes") OR (TI ( "nurs*" OR "nursing*" OR "caregiver*" OR "nurs* role" ) OR AB ( "nurs*" OR "nursing*" OR "caregiver*" OR "nurs* role" ))))	32	2

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
((((((("Genital Neoplasms, Female"[Mesh]) OR "Ovarian Neoplasms"[Mesh]) OR "Uterine Neoplasms"[Mesh]) OR "Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh]) OR "Endometrial Neoplasms"[Mesh]) OR ("genital neoplasm*" [Title/Abstract] OR "gynecologic* neoplasm*" [Title/Abstract] OR "endometrial neoplasm*" [Title/Abstract] OR "ovarian neoplasm*" [Title/Abstract] OR "cancer of the uterine cervix" [Title/Abstract])) AND (((("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Psychological Distress"[Mesh]) OR ("depression*" [Title/Abstract] OR "depressive*" [Title/Abstract])))) AND (((((((("Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Oncology Nursing"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) OR "Caregivers"[Mesh]) OR ("nurs*" [Title/Abstract] OR "nursing*" [Title/Abstract] OR "caregiver*" [Title/Abstract] OR "nurs* role" [Title/Abstract]))	21	1

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
((('gynecologic neoplasms'/exp OR 'ovary cancer'/exp OR 'uterus cancer'/exp OR 'uterine cervix cancer'/exp OR 'female genital tract cancer'/exp) OR ('genital neoplasm*':ab,ti OR 'gynecologic* neoplasm*':ab,ti OR 'endometrial neoplasm*':ab,ti OR 'ovarian neoplasm*':ab,ti OR 'cancer of the uterine cervix':ab,ti)) <b>AND</b> (('depression'/exp) OR ('depression*':ab,ti OR 'depressive*':ab,ti)) <b>AND</b> (('nurse'/exp OR 'nursing'/exp OR 'oncology nursing'/exp OR 'caregiver'/exp) OR ('nurs*':ab,ti OR 'nursing*':ab,ti OR 'caregiver*':ab,ti OR 'nurs* role':ab,ti)))	140	5

### 3.3 Sélection des données

Parmi les 193 articles obtenus sur les bases de données, 57 doublons ont été identifiés et retirés. Six articles ont finalement été intégrés à cette revue de la littérature selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis dans cette revue de la littérature. Les études ont été filtrées par date, de 2017 à 2023, et ciblées sur les patientes atteintes d'un cancer gynécologique concernant les ovaires, le col de l'utérus ainsi que l'endomètre. Les critères d'exclusion étaient les cancers du sein et les personnes ne possédant pas d'appareil reproducteur féminin. Le détail de la sélection des articles est présenté dans le digramme de flux de la recherche documentaire, en Annexe I.

Le tableau 5, se trouvant à la page 19, présente la liste des six articles retenus pour effectuer cette revue de la littérature. La méthode d'analyse du niveau de preuve des études choisie dans cette revue de la littérature est le grade des recommandations de la HAS présenté ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

### **3.4 Considérations éthiques**

Toutes les études utilisées dans cette revue de la littérature ont été approuvées par un comité d'éthique. Quatre mentionnent également l'obtention d'un consentement éclairé des participantes. Dans l'étude de Shi et al. (2020), les participantes avaient le droit de se retirer à tout moment. Les auteurs des études de Shi et al. (2020), Erfina et al. (2022) et Du et al. (2020) mentionnent également avoir transmis aux participantes diverses informations, notamment concernant la confidentialité et les objectifs des études et des processus.

### **3.5 Analyse des données**

Afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche, chacune de ces six études sera premièrement décrite, puis analysée de manière individuelle. Une attention sera également portée sur la validité méthodologique des études, la pertinence clinique ainsi que l'utilité pour la pratique professionnelle. Les tableaux de recension qui ont été réalisés sont consultables en Annexe II.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Ma, Y., Kamalibaike, M., Xin, C., Li, L.	Effect of the intensive psychological nursing on adverse mood and quality of life in patients with cervical cancer	2021	Embase	II
2	Shi, Y., Cai, J., Wu, Z., Jiang, L., Xiong, G., Gan, X., Wang, X.	Effects of a nurse-led positive psychology intervention on sexual function, depression and subjective well-being in postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial	2020	CINHAL Pubmed	I
3	Erfina, E., Nurmaulid N., Hariati, S., Andriani, A., McKenna, L.	Effectiveness of a Multimodal Nursing Intervention on Quality of Sleep, Fatigue, and Level of Depression Among Indonesian Patients With Gynecological Cancer : A Pilot Study	2022	Embase	II
4	Wang, H., Gao, X., Chen, N.	Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor	2022	CINHAL Embase	II
5	Yang, J., Ding, Y.	Clinical pathways combined with psychological intervention nursing model for patients with ovarian cancer	2019	Embase	II
6	Du, J., Tian, Y., Dan, X., He, Y.	The effect of empowerment education-based nursing intervention on the postoperative sexual function and depression state of cervical cancer patients of reproductive age	2020	Embase	II

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Ma, Y., Kamalibaike, M., Xin, C., & Li, L. (2021). Effect of the intensive psychological nursing on adverse mood and quality of life in patients with cervical cancer. *American Journal of Translational Research*, 13(8), 9633-9638. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8430170/>

Cette étude suit un devis\* quasi expérimental\* après seulement avec groupe témoin\*. Elle a été réalisée de janvier 2019 à janvier 2020 dans un hôpital universitaire en Chine. Elle avait pour objectif d'évaluer l'effet des soins infirmiers psychologiques intensifs sur la qualité de vie ainsi que l'état psychologique de patientes ayant un cancer du col de l'utérus.

Un échantillon\* de 100 femmes a été réuni au moyen d'un échantillonnage\* non probabiliste\* de convenance\*. Cet échantillon a ensuite été randomisé dans deux groupes : le groupe intervention\* [GI] (n = 50) et le groupe contrôle\* [GC] (n = 50). Les femmes du GI étaient âgées de 22 à 67 ans, avec un âge moyen de  $47 \pm 8$  ans. Celles du CG étaient âgées de 25 à 65 ans, l'âge moyen était de  $47 \pm 8$  ans. Le GI a reçu les soins somatiques habituels ainsi que les soins infirmiers psychologiques intensifs. Le GC a reçu des soins infirmiers somatiques standards. Les critères d'inclusion pour les participantes étaient les suivants : les manifestations cliniques correspondaient au cancer du col de l'utérus ; elles devaient avoir 18 ans ou plus ; absence d'antécédent d'allergie ou d'abus médicamenteux ; une bonne hygiène de vie ; l'absence d'autres maladies ; avoir participé de leur propre initiative et avoir signé un consentement éclairé. Les critères d'exclusion étaient les suivants : avoir un autre cancer ; avoir des troubles de la conscience et être incapable de coopérer pour l'étude ; avoir subi une autre intervention que la résection du col de l'utérus.

Les soins infirmiers psychologiques intensifs consistaient en une augmentation du temps que les soignants passaient avec les patientes. Une attention était accordée à leurs changements psycho-émotionnels. Des temps de communication avec les patientes ou leurs familles portaient sur leurs états psychologiques ainsi que sur la présence éventuelle de troubles de l'humeur. Des connaissances au sujet du cancer du col de l'utérus ainsi que des conseils d'hygiène de vie afin de réduire leurs peurs et le risque de récurrence ont été enseignés aux patientes et à leurs proches. Les conseils psychologiques ciblés ont été donnés aux patientes à des heures fixes quotidiennement avec de la musique douce et d'autres moyens pour attirer leur attention.

Les effets des soins infirmiers psychologiques intensifs ont été comparés après l'intervention entre les deux groupes à l'aide de cinq questionnaires : *self-rating anxiety scale [SAS]* (valeur de référence 50 points), *self-rating depressive scale [SDS]* (valeur de référence 53 points), *quality of life index [QLI]* (score maximum de 10), *mental status scale in non-psychiatric settings [MSSNS]* (valeur de référence de 60 points). L'effet de ces soins a aussi été comparé entre les deux groupes au sujet de la qualité des soins infirmiers, ainsi que l'incidence des effets indésirables.

Les données de mesures concernant les données générales des patientes, le SAS, le SDS, le QLI et le MMS ont été comparées entre les deux groupes à l'aide d'un test t\*. Les résultats ont été exprimés de cette manière : ( $X \pm s$ ). Les données d'énumérations telles que la qualité des soins infirmiers ainsi que l'incidence des effets indésirables ont été comparées entre les deux groupes à l'aide du test du khi-deux\* et ont été exprimées en pourcentages.

La valeur de  $p^* < 0,05$  a été considérée comme significative. Le logiciel utilisé pour analyser les données était le SPSS version 21.0.

Les résultats concernant le risque de dépression sont les suivants : en comparaison, les scores du SDS sont significativement plus bas dans le GI ( $p < 0,001$ ) en regard des scores du GC. En effet, les scores du GI sont ( $37,06 \pm 3,39$ ) et ceux du GC ( $45,16 \pm 4,99$ ).

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

L'échantillonnage non probabiliste de convenance a permis de réunir un échantillon de 100 femmes qui a été randomisé dans deux groupes. Les données générales des participantes ont été comparées avec le test t. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p > 0,05$ ). L'homogénéité de l'échantillon\* et la randomisation\* des deux groupes ont permis d'éviter les biais\* de sélection\*. La présence d'un GC a permis d'éviter un biais de confusion\*. Cependant, la petite taille de l'échantillon est susceptible de limiter la généralisation des résultats. Étant donné que ce devis utilise la randomisation ainsi qu'un GC, sa validité\* est forte malgré l'absence de prétest.

Comme mentionné par les auteurs, c'est une étude monocentrique, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. En outre, le contexte de cette étude limite la généralisation des résultats à d'autres cultures. Cependant, la tendance mise en avant dans les résultats est transférable.

Les chercheurs ne précisent pas les valeurs psychométriques des questionnaires utilisés dans leur étude, ce qui peut en affaiblir la validité interne\* ainsi que de limiter la

généralisation des résultats. Cependant, ce sont des échelles connues, pour lesquelles d'autres études mettent en avant des alphas de Cronbach\* valides.

Les chercheurs ont également rapporté quelques limites. La durée de suivi des patientes était trop courte. Ils précisent également que la mesure de l'intervention infirmière a été fortement influencée par des facteurs subjectifs.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 2 et un grade de recommandation B.

#### 4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

Cette étude amène des résultats pertinents pour la pratique clinique. L'intervention infirmière en soins psychologiques intensifs est susceptible d'améliorer l'état psychologique des patientes ayant un cancer du col de l'utérus, notamment au niveau de la dépression et de l'anxiété. Cette intervention infirmière peut également avoir un effet positif sur la qualité de vie de ces femmes, sur la qualité des soins infirmiers ainsi que sur l'incidence des effets indésirables.

L'étude souligne que l'organisation des soins doit favoriser la possibilité, pour les équipes infirmières, de consacrer du temps à l'évaluation psychologique de patientes atteintes d'un cancer gynécologique. Celle-ci doit en effet ne pas avoir lieu à un seul moment de l'hospitalisation, mais durant tout le séjour.

#### 4.2 Description de l'étude 2

Shi, Y., Cai, J., Wu, Z., Jiang, L., Xiong, G., Gan, X., & Wang, X. (2020). Effects of a nurse-led positive psychology intervention on sexual function, depression and subjective well-being in postoperative patients with early-stage cervical cancer : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103768. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103768>

Cet essai contrôlé randomisé\* en simple aveugle en trois temps a été réalisé dans trois hôpitaux universitaires à Chongqing, en Chine, entre novembre 2018 et juin 2019. Cette étude avait pour objectif de déterminer les effets d'un programme de quatre semaines de psychologie positive, assuré par une équipe pluridisciplinaire menée par une infirmière, sur les fonctions sexuelles, la dépression et le bien-être subjectif de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus traitées avec une hystérectomie totale.

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été réalisé. L'échantillon était composé de 100 femmes. Cet échantillon a été randomisé en deux groupes. Le G1 (n = 50) a reçu les soins habituels ainsi qu'un programme de quatre semaines d'intervention de

l'équipe multidisciplinaire dirigée par des infirmières, basée sur le modèle de psychologie positive appelé PREMA. Le GC (n = 50) a reçu les soins habituels. Les critères d'inclusion pour les participantes étaient : être âgées de 18 à 50 ans ; avoir un cancer du col de l'utérus évalué à un stade IA1-IIA2 selon les standards de *International Federation of Gynaecology Reported and Obstetrics* ; avoir subi une hystérectomie ; avoir terminé le traitement depuis trois mois ou plus ; avoir repris une activité sexuelle ; maîtriser l'utilisation de l'application WeChat et accepter de participer à l'étude. Les critères d'exclusion étaient les suivants : souffrir de troubles mentaux ou cognitifs ; avoir des maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou d'autres tumeurs pouvant affecter la vie sexuelle ; avoir un diagnostic de tumeurs récurrentes ; être trop fatiguée pour collaborer avec les chercheurs pour des raisons physiques.

Le programme PREMA est inspiré de la « *well-being theory* » proposée par le professeur Martin Seligman. Cette théorie s'appuie sur cinq éléments : émotions positives (P), engagement (E), relation (R), signification (M) et accomplissement (A). Le modèle PREMA est régulièrement utilisé en éducation. Cette intervention a été menée par une équipe pluridisciplinaire divisée en trois groupes binômes : groupe A : une infirmière et un conseiller en psychologie ; groupe B : une infirmière et un physiothérapeute en réadaptation ; groupe C : une infirmière et un gynécologue. L'intervention PREMA était composée de quatre étapes adaptées par les chercheurs au contexte postopératoire chez des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Chaque étape durait une semaine. Les instructions ont été données aux participantes via la plateforme WeChat et un entretien était organisé si nécessaire. Les thématiques traitées dans les interventions étaient la réadaptation sexuelle et du bien-être psychologique, une orientation au sujet de la réadaptation sexuelle et physiologique, une guidance en technique sexuelle.

Deux chercheurs étaient responsables de collecter les données générales des patientes (âge, statut, méthodes de traitement...). Les caractéristiques socio-démographiques ont été analysées avec des statistiques descriptives\*. Ces données ont ensuite été comparées entre les deux groupes à l'aide du test du khi-deux pour les données nominales.

Les deux chercheurs ont également utilisé trois questionnaires : *Female Sexual Function Index [FSFI]* (minimum 2 points et maximum 36 points), *SDS* (valeur de référence 53 points) et *Index of Well-Being [IWB]* (minimum 2,1 et maximum 14,7 points). Ils ont été employés trois fois : avant l'intervention (T0), trois mois après l'intervention (T1) et six mois après (T2). Les deux chercheurs ont envoyé une version électronique des questionnaires par WeChat. Ils étaient remplis de manière anonyme et les compléter prenait environ 30 minutes. Les questionnaires non qualifiés étaient automatiquement filtrés. La corrélation de



Pearson\* a été utilisée pour analyser les corrélations entre les fonctions sexuelles, la dépression et le bien-être subjectif. Le *FSFI* a été comparé entre les deux groupes avec un test U de Mann-Whitney\* pour les variables\* ordinales\*. Le *SDS* et le *IWB* ont été comparés entre les deux avec un test t pour les variables continues\*.

La valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Le logiciel utilisé pour analyser les données était le SPSS version 22.0.

Les résultats obtenus concernant le risque de dépression, variable d'intérêt de cette revue de la littérature, sont les suivants : la comparaison des scores du *SDS* et de l'*IWB* à T0 n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ( $p > 0,05$ ). À T1 et T2, le nombre de patientes ayant une amélioration de la dépression et du bien-être était significativement plus élevé dans le GI que le GC ( $p < 0,05$ ). Selon les scores du *SDS* à T0, 41,3% n'avaient pas de dépression, 45,7% avaient une dépression légère, 4,3% souffraient de dépression modérée et 8,7% de dépression sévère pour le GI ; dans le GC, à T0, 46,7% n'avaient pas de dépression, 37,8% avaient une dépression légère, 8,9% souffraient de dépression modérée et 6,7% de dépression sévère. Tandis qu'à T2, pour le GI, 56,5% n'avaient pas de dépression, 39,1% une dépression légère, 2,2% souffraient de dépression modérée et 2,2% avaient une dépression sévère ; concernant le GC, 42,2% n'avaient pas de dépression, 31,1% une dépression légère, 17,8% souffraient d'une dépression modérée et 8,9% d'une dépression sévère. La corrélation de Pearson révèle une corrélation négative entre le *FSFI* et le *SDS* ( $r^* = 0,612$ ,  $p < 0,001$ ), c'est-à-dire que le fait d'avoir un score *FSFI* bas augmente le score du *SDS*. Les participantes du GI ont d'ailleurs un score *FSFI* plus élevé que les participantes du GC.

#### 4.2.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage non probabiliste de convenance a permis de présélectionner 112 femmes. De cet échantillon initial, douze femmes ont été retirées de l'échantillon : quatre ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, six ont refusé de participer et deux ont été écartées pour d'autres raisons. Le total de 100 femmes a été randomisé dans deux groupes. Au bout de six mois, il y a eu une perte de participantes GI ( $n = 46$ ) et GC ( $n = 45$ ). Cette perte n'a toutefois pas conduit à un biais d'attrition\*. Les données socio-démographiques de l'échantillon ont été comparées avec un test du khi-deux. Il n'y avait pas de différence significative ( $p > 0,05$ ) entre les deux groupes. L'homogénéité de l'échantillon et la randomisation des deux groupes évitent les biais de sélection. La présence d'un GC permet d'éviter un biais de confusion. Cependant, comme mentionné par les auteurs, la petite taille de l'échantillon est susceptible de limiter la généralisation des résultats.

Cette étude est multicentrique. Les participantes provenaient de trois hôpitaux universitaires différents, ce qui permet une amélioration de la généralisation des résultats. De plus, le contexte culturel limite la généralisation des résultats à d'autres cultures, mais la tendance mise en avant dans les résultats est transférable.

Huit experts ont analysé à deux reprises la validité des questionnaires utilisés dans cette étude. Les indices d'alpha de Cronbach étaient les suivants : *FSFI* 0,862 ; *SDS* 0,792-0,843 ; *IWB* 0,886-0,894. Suite à cela, vingt répondants ont été randomisés, dix pour chaque groupe, et ont enquêté sur la fiabilité et la validité de ces échelles.

Les chercheurs ont mentionné quelques limites. La durée du suivi des patientes était relativement courte, étant donné que les changements au niveau des fonctions sexuelles et de l'état psychique en postopératoire chez des femmes ayant un cancer du col de l'utérus se font de manière progressive. La généralisation des résultats est également limitée, car il n'y avait qu'un seul contexte d'étude. Finalement, les participantes étaient toutes plus jeunes que cinquante ans et leurs partenaires n'étaient pas inclus.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 1 et un grade de recommandation A.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Cette étude a constaté qu'une intervention de psychologie positive menée par une infirmière, basée sur le modèle PREMA, était efficace pour améliorer la fonction sexuelle et le bien-être subjectif, ainsi que pour réduire la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus et étant dans la phase post-opératoire. Les résultats montrent une amélioration significative de la dépression pour les femmes du GI en post-intervention.

Étant donné que cette étude a obtenu des résultats significatifs, il serait intéressant de réaliser cette étude avec un échantillon plus large afin de permettre une généralisation des résultats. La durée du suivi de ces patientes devrait être plus longue pour pouvoir déboucher sur des résultats probants.

Il serait intéressant de réaliser un programme basé sur le modèle de PREMA pour les femmes atteintes de dépression lors de leur cancer gynécologique. Cela pourrait se faire en réalisant des binômes réunissant une infirmière et un autre professionnel de la santé tel qu'un physiothérapeute, un psycho-oncologue ou un gynécologue.

Il semble important de parler de la sexualité et du vécu de celle-ci après le cancer à l'aide de l'outil *FSFI* chez les patientes, afin de limiter l'apparition de symptômes dépressifs. Cela

pourrait se concrétiser par un entretien interdisciplinaire une à deux fois par semaine. Cette échelle pourrait également facilement s'intégrer à l'anamnèse infirmière dans les unités d'oncologie.

### 4.3 Description de l'étude 3

Erfina, E., Nurmaulid, N., Hariati, S., Andriani, A., & McKenna, L. (2022). Effectiveness of a Multimodal Nursing Intervention on Quality of Sleep, Fatigue, and Level of Depression Among Indonesian Patients With Gynecological Cancer : A Pilot Study. *Cancer Nursing*, 00(00). <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001158>

Cette étude pilote\* suit un devis quasi expérimental avec groupe non équivalent\*. Elle a été réalisée dans l'hôpital universitaire en Sulawesi du Sud en Indonésie. La collecte des données s'est déroulée d'août à décembre 2018. L'objectif de cette étude était d'examiner l'effet d'une intervention infirmière multimodale [MNI] sur la qualité du sommeil, la fatigue ainsi que sur les niveaux de dépression chez les femmes atteintes d'un cancer gynécologique en Indonésie.

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été fait ; un échantillon de 50 femmes a été retenu. Cet échantillon a été séparé en deux groupes GI (n = 50) et GC (n = 50). Les critères d'inclusion étaient les suivants : elles devaient avoir 18 ans ou plus et être atteintes d'un cancer gynécologique au premier, deuxième ou troisième stade. Les critères d'exclusion étaient : maladies cardiovasculaires ; maladie rénale chronique ; limitations aiguës ou de mobilité ; traitement avec des antidépresseurs.

Le GC a reçu les soins habituels de l'hôpital. Le GI a reçu, après une à deux semaines d'hospitalisation, le programme MNI. Cette intervention est basée sur une théorie infirmière issue du travail de Roy et adaptée en fonction de la classification des interventions infirmières [NIC]. Le programme MNI combine deux thérapies : la relaxation musculaire progressive [PMR] et les conseils psychologiques. L'intervention PRM est une thérapie où le mouvement dirige l'attention de l'individu sur les muscles squelettiques dans le but de détendre l'ensemble du corps. Les participantes ont reçu un module pour les instructions ainsi que pour trouver une position de relaxation. Cette procédure a eu lieu trois fois par jour durant 20 minutes sur deux semaines. Les instructeurs ont fourni leurs conseils tous les matins sur les deux semaines. Les participantes ont ensuite réalisé les exercices avec un guide. Un programme hebdomadaire a été élaboré pour chaque participante et comprenait trois séances supervisées par semaine. Un chercheur qualifié en PRM a effectué cette intervention. Les conseils psychologiques sont un traitement psychologique visant à améliorer l'adaptation à l'environnement quotidien et à accroître le sentiment de

bien-être. Ces conseils utilisent de la communication thérapeutique afin de réduire le stress, améliorer la qualité de vie, réduire les symptômes de dépression ainsi que fournir du soutien durant le diagnostic et la phase de récupération. Cette intervention a été réalisée par deux infirmières en santé mentale deux fois par semaine durant 30 minutes. Les séances étaient centrées sur l'information et les besoins psychologiques, l'expression des sentiments visant la modulation de la détresse et la capacité de faire face aux défis psychologiques. Elles comprenaient les questions, l'écoute, les compliments, les conseils ainsi que l'évaluation de la compréhension et de la communication thérapeutique.

Les données sociodémographiques ont été analysées avec des fréquences pour les variables catégorielles\* et des moyennes\* et des écarts-types\* pour les variables d'intervalles\*.

Les chercheurs ont réalisé les prétests après trois jours minimum d'hospitalisation et les post-tests après deux semaines d'hospitalisation pour le GC et d'intervention pour le GI. Pour cela ils ont utilisé trois questionnaires : *Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]* (un score élevé indique une mauvaise qualité de sommeil) ; *Piper Fatigue Scale [PFS]* (un score élevé indique une mauvaise qualité du sommeil) ; *BDI-II* (le score minimum est de 0 et le score maximum est de 63 points). Les résultats de cette étude ont été analysés avec les outils suivants : test t indépendant, test de khi-deux, test U de Mann-Whitney, test de Wilcoxon\*, test d'homogénéité marginale\*, test Kolmogorov-Smirnov\*. Une analyse de régression\*, ainsi que de la puissance et de l'ampleur de l'effet, a été effectuée. Les questions ouvertes du *PFS* ont été analysées en regroupant d'abord les mots similaires, en catégorisant les réponses puis en codant le contenu des catégories et en quantifiant les codes à l'aide de fréquences.

La valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Le logiciel utilisé pour analyser les données était le SPSS version 20.0.

Les résultats obtenus par cette étude à propos du risque de dépression sont les suivants : concernant le *BDI-II*, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en prétest et en post-test ( $p > 0,05$ ). La comparaison des prétests et des post-test concernant le *BDI-II* n'a pas montré de différence significative pour le GC ( $p > 0,05$ ). En prétest, 56% des femmes souffraient de dépression légère, 32% de dépression moyenne et 12% de dépression sévère. En post-test, 72% avaient une dépression légère, 20% une dépression moyenne et 8% une dépression sévère. La comparaison des prétests et des post-test a montré une différence significative pour le GI ( $p < 0,05$ ) au sujet du *BDI-II*. En prétest, 40% des femmes avaient une dépression légère, 36% une dépression moyenne et 24% une

dépression sévère. En post-test, 80% des femmes souffraient de dépression légère, 4% d'une dépression moyenne et 16% de dépression modérée. Concernant la diminution du niveau de dépression, en lien avec les scores du *BDI-II*, pour le GI : 40% ont montré une diminution et 60% n'ont pas montré de diminution ; pour le GC : 24% ont montré une diminution et 76% n'ont pas montré de diminution. Les résultats de cette étude mettent également en avant une corrélation positive entre la qualité du sommeil, la fatigue et la dépression. Avoir une bonne qualité de sommeil ( $r = 0,46$ ) et un niveau de fatigue bas ( $r = 0,7$ ) prédit un score de dépression bas.

#### 4.3.1 Validité méthodologique

La taille d'échantillon nécessaire à la faisabilité de cette étude pilote a été atteinte avec un nombre de 50 participantes réparties en deux groupes de 25. Il n'y a pas eu de perte de participantes. La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de différents tests d'hypothèses de moyennes qui ont déterminé qu'il fallait 50 participantes pour atteindre une puissance statistique de 80% avec un alpha bilatéral à 0,05 en utilisant le score de l'écart type et en anticipant 10% d'abandon. Afin d'éviter le biais de contamination\*, les sujets des GI et GC ont été répartis en grappes. La méthode de cluster a également été appliquée afin de limiter les biais de contamination. Cette méthode a été mise en place à l'aide des numéros de chambre, les numéros impairs correspondant au GI et les pairs au GC. Les chambres contenaient six lits. L'absence de randomisation des deux groupes peut occasionner un biais de sélection. La présence du groupe contrôle permet d'éviter un biais de confusion. Une appréciation générale de l'échantillon a été effectuée au sujet des données sociodémographiques montrant une homogénéité de celui-ci avec  $p > 0,05$ .

Comme mentionné par les auteurs, la petite taille de l'échantillon et le fait que cette étude soit monocentrique limitent la généralisation des résultats. En outre, le contexte culturel de cette étude est susceptible de limiter la généralisation des résultats à d'autres cultures, ce qui est normal pour une étude pilote.

Les chercheurs ont utilisé des questionnaires possédant des valeurs psychométriques correctes renforçant la validité interne de cette étude. Les coefficients alpha de Cronbach sont les suivants : *PSQI* 0,741 ; *PFS* 0,98 ; *BDI-II* 0,90.

Les chercheurs ont également rapporté dans leurs limites le fait qu'il y ait eu une seule évaluation en post-intervention.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 2 et un grade de recommandation B.

### 4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

La thérapie *MNI* a montré un léger effet sur les niveaux de dépression chez les femmes atteintes d'un cancer gynécologique. Toutefois, elle met en avant la relation entre fatigue, qualité du sommeil et score de dépression. Il est donc intéressant de veiller, durant l'hospitalisation des patientes atteintes d'un cancer gynécologique, à leur proposer des moyens permettant d'améliorer leur sommeil, notamment la relaxation, la luminothérapie, la musicothérapie, les huiles essentielles.

### 4.4 Description de l'étude 4

Wang, H., Gao, X., & Chen, N. (2022). Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor. *BioMed Research International*, 2022, 1569656. <https://doi.org/10.1155/2022/1569656>

Cette étude suit un devis avant-après avec groupe témoin\*. Elle s'est déroulée de décembre 2019 à novembre 2020 au sein d'un hôpital universitaire en Chine. L'objectif de cette étude était d'analyser l'effet des soins infirmiers psychologiques auprès de patientes ayant une tumeur gynécologique maligne.

Le type d'échantillonnage n'est pas précisé par les auteurs, mais il semble qu'il soit un non probabiliste de convenance. Un échantillon de 104 femmes ayant un cancer gynécologique et étant traitées par chimiothérapie a été sélectionné. Cet échantillon a ensuite été randomisé dans deux groupes : GI (n = 52) et GC (n = 52). Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir une tumeur gynécologique maligne répondant aux critères de diagnostic, la tumeur maligne a été ultérieurement confirmée par des coupes pathologiques ; se porter volontaire pour participer à cette enquête dans le mois suivant la connaissance de la maladie ; être âgée de plus de 18 ans ; être consciente et capable de lire un texte ; les questionnaires d'évaluation psychologique étaient complets et valides. Les critères d'exclusion étaient : d'autres maladies de dysfonctionnement des viscères ; dysfonctions cognitives ou motrices et sévères maladies mentales ; autres tumeurs malignes ; susceptibilité de décéder à court terme ; patientes dont les données cliniques étaient incomplètes.

Le GC a bénéficié des soins infirmiers habituels. Le GI a reçu une méthode de soins infirmiers psychologiques. Cette méthode comprenait les points suivants : bonne relation soignant-soigné ; renforcement de la confiance ; conseils psychologiques ciblés ; relaxation psychologique ; support familial et social.

Les chercheurs ont utilisé différents questionnaires : *Hamilton Depression Scale [HAMD]* (un score inférieur à 53 indique une thymie normale), *Hamilton Anxiety Scale [HAMA]* (un score inférieur à 50 indique une thymie normale), *PSQI* (un score bas indique une bonne qualité de sommeil), *Quality of Life Assessment Scale [FACT-B]* (un score élevé indique une bonne qualité de vie perçue). Ils ont également comparé la compliance thérapeutique et les effets indésirables de la chimiothérapie.

Les chercheurs ont réalisé un prétest et un post-test. Un test t a été utilisé pour les données de mesure. Un test du khi-deux a été utilisé pour évaluer les données continues. La valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Le logiciel utilisé pour l'analyse de donnée était le SPSS 20.0.

Les résultats apportés par cette étude à propos du risque de dépression sont les suivants : en pré-intervention, concernant l'*HAMD*, les scores pour le GC étaient  $51,30 \pm 3,45$ , ceux du GI étaient  $50,62 \pm 4,21$ . Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour l'*HAMD* ( $p > 0,05$ ). En post-intervention, concernant l'*HAMD*, le GI a montré une baisse significative du niveau de dépression, avec les scores  $32,42 \pm 3,06$ , les scores du GC étaient  $41,41 \pm 2,92$ . Il y avait une différence significative entre les deux groupes concernant l'*HAMD* ( $p < 0,05$ ).

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

L'échantillonnage a permis de réunir un échantillon de 104 femmes qui ont ensuite été randomisées dans deux groupes. Les données des deux groupes ont été comparées en pré-intervention. Les participantes du GI avaient entre 34 et 66 ans. Seize d'entre elles avaient un cancer de l'endomètre, 17 un cancer du col de l'utérus et 19 un cancer ovarien. Concernant le GC, elles étaient âgées de 33 à 65 ans. Treize d'entre elles avaient un cancer de l'endomètre, 15 un cancer du col de l'utérus et 24 un cancer ovarien. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p > 0,05$ ). L'homogénéité de l'échantillon ainsi que la randomisation des deux groupes ont permis d'éviter les biais de sélection. La présence d'un GC a permis d'éviter un biais de confusion. La petite taille de l'échantillon est susceptible de limiter la généralisation des résultats. Le contexte culturel de cette étude pourrait limiter la généralisation des résultats. Cependant, la tendance mise en avant dans les résultats est transférable.

Les chercheurs ne précisent pas les valeurs psychométriques des questionnaires utilisés dans leur étude, ce qui peut affaiblir la validité interne de l'étude, ainsi que la généralisation de ses résultats. Cependant, ce sont des échelles connues, pour lesquelles d'autres études mettent en avant des alphas de Cronbach valides.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 3 et un grade de recommandation C.

#### 4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

Cette étude a montré qu'au travers de conseils psychologiques, les infirmières peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer gynécologique. Les résultats ont aussi montré un renforcement de l'effet des traitements, ainsi qu'un accroissement de la confiance des patientes dans la lutte contre les maladies.

Les soins infirmiers psychologiques peuvent également influencer les niveaux de dépression en les diminuant de manière significative. Les résultats mettent aussi en avant des différences en faveur du GI concernant la qualité du sommeil, la coordination thérapeutique et l'apparition d'effets indésirables de la chimiothérapie, notamment sur le système nerveux et hématologique, sur le système gastro-intestinal, les réactions allergiques ainsi que sur l'alopécie. Implémenter des soins infirmiers psychologiques serait applicable au contexte valaisan, en mettant par exemple en avant la place importante de l'évaluation infirmière de la sphère psychologique lors des transmissions. Cela permettrait d'identifier les patientes nécessitant des soins plus spécifiques au niveau de leur santé mentale.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Yang, J., & Ding, Y. (2019). Clinical pathways combined with psychological intervention nursing model for patients with ovarian cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 12(10), 12426-12433. <https://e-century.us/files/ijcem/12/10/ijcem0099356.pdf>

Cette étude suit un devis quasi expérimental avant-après avec groupe témoin. Elle s'est déroulée en Chine en 2019 dans un hôpital universitaire. Son objectif était d'explorer l'application d'un parcours clinique associé à une intervention psychologique auprès de patientes ayant un cancer ovarien.

Le type d'échantillonnage n'est pas précisé par les auteurs, mais il semble qu'il s'agisse d'un échantillonnage non probabiliste de convenance. Un échantillon de 126 femmes ayant un cancer de l'ovaire a été sélectionné. Cet échantillon a ensuite été randomisé dans deux groupes : le GI (n = 63) et GC (n = 63). Les critères d'inclusion étaient les suivants : les diagnostics répondaient aux critères internationaux de diagnostic du cancer de l'ovaire, le diagnostic a été confirmé par des biopsies pathologiques et un examen d'imagerie. Les critères d'exclusion étaient : les troubles neurologiques, les dysfonctions hépatiques ou



rénales, les maladies graves d'une fonction d'un organe, les patientes avec de sévères complications durant le traitement, les femmes enceintes.

Le GC a reçu les soins infirmiers habituels de l'admission à l'hôpital jusqu'à trois mois après la fin de l'hospitalisation. Le GI a reçu une intervention psychologique associée à un parcours clinique sur le même temps que le GC. Le parcours clinique a été établi par des médecins et des infirmières. Lorsque les patientes étaient admises à l'hôpital, les médecins ont monitoré leurs signes vitaux, tandis que les infirmières ont établi un plan infirmier en lien avec leur état de santé de base et leurs besoins de soins. Le processus de soin a donc été ajusté en fonction de l'évolution des situations des patientes. Au sujet de l'intervention psychologique, le personnel infirmier a communiqué avec les patientes au sujet du cancer de l'ovaire en écoutant leurs émotions avec une attitude bienveillante et en employant le langage des patientes. Les infirmières ont renforcé la confiance dans le traitement, parlé de certains cas de guérison en vue de réduire l'anxiété, la dépression et la charge mentale. Une fois les patientes sorties de l'hôpital, elles communiquaient avec le personnel soignant via des réseaux sociaux. De plus, des soins à domicile ont été mis en place selon le programme de l'hôpital.

Deux questionnaires ont été utilisés, le *SAS* et le *SAD*. Ils ont été remplis avant l'intervention et trois mois après. En post-intervention, les chercheurs ont également fait passer un questionnaire au sujet de la satisfaction des soins et le *FACT-B*. Les données numériques sont exprimées en pourcentages, les comparaisons entre les deux groupes ont été faites avec un test de khi-deux. Les données de mesures sont exprimées comme cela : (moyenne  $\pm$  écart type), les comparaisons entre les deux groupes ont été effectuées avec des tests t indépendants et les comparaisons avant-après l'intervention dans le même groupe ont été réalisées au moyen de tests t appariés.

La valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme étant significative. Le logiciel utilisé dans l'analyse des données était le SPSS 17.0

Les résultats apportés par cette étude concernant le risque de dépression sont les suivants. Les scores du *SDS* pour le GI étaient : avant l'intervention ( $47,69 \pm 3,54$ ) et après l'intervention ( $34,01 \pm 1,66$ ). Les scores du *SDS* pour le GC étaient : avant l'intervention ( $47,18 \pm 3,23$ ) et après l'intervention ( $41,14 \pm 2,19$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes avant l'intervention concernant les scores du *SDS*  $p > 0,05$ . Les scores du GI en post-intervention étaient significativement plus bas que ceux du GC  $p < 0,001$ . Les résultats amenés par cette étude montrent que l'intervention psychologique

combinée au parcours clinique chez des femmes ayant un cancer de l'ovaire peut améliorer les niveaux de dépression.

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Un échantillon de 126 femmes a été recruté pour participer à cette étude. Elles ont ensuite été randomisées dans deux groupes, le GI (n = 63) et le GC (n = 63). La présence du groupe contrôle permet d'éviter un biais de confusion. Les chercheurs ne précisent pas le taux d'attrition dans les groupes, ce qui peut limiter la force des résultats. Les données de base de l'échantillon ont été comparées au début de l'intervention. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes au sujet de l'âge, de l'historique familial de cancer ovarien, du tabac, de la différenciation, des métastases ganglionnaires et du type de cancer ovarien ( $p > 0,05$ ). La randomisation des participantes et l'homogénéité des deux groupes évitent les biais de sélection. Cependant, la petite taille de l'échantillon est susceptible de limiter la généralisation des résultats. Le contexte culturel limite la généralisation des résultats à d'autres cultures, mais la tendance mise en avant dans les résultats est transférable.

Les chercheurs ne précisent pas les valeurs psychométriques des questionnaires utilisés dans leur étude, ce qui peut affaiblir la validité interne de l'étude, ainsi que la généralisation de ses résultats. Cependant, ce sont des échelles connues dont les alphas de Cronbach ont déjà été mis en avant dans d'autres études et qui possédaient des valeurs psychométriques satisfaisantes.

Les chercheurs ont également mentionné quelques limites. La durée du suivi des patientes était relativement courte étant donné que les changements au niveau des fonctions sexuelles et de l'état psychique en postopératoire chez des femmes ayant un cancer du col de l'utérus se font de manière progressive. La généralisation des résultats est également limitée par le fait qu'il n'y avait qu'un seul contexte d'étude. Enfin, les participantes étaient toutes plus jeunes que cinquante ans et leurs partenaires n'étaient pas inclus.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 2 et un grade de recommandation B.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Cette étude présente des résultats prometteurs sur l'effet de l'association du parcours clinique et d'un modèle d'intervention psychologique infirmière pour les femmes ayant un cancer ovarien. Elle amène des améliorations du niveau de dépression, du niveau d'anxiété, de la qualité de vie ainsi que de la satisfaction des soins infirmiers. Dans le contexte de soins valaisans, il serait pertinent de lister les thématiques qu'il est nécessaire

d'aborder sur l'ensemble de la prise en charge des patientes dans les institutions et d'organiser un suivi téléphonique à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la sortie.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Du, J., Tian, Y., Dan, X., & He, Y. (2020). The effect of empowerment education-based nursing intervention on the postoperative sexual function and depression state of cervical cancer patients of reproductive age. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(6), 4052-4061. <https://e-century.us/files/ijcem/13/6/ijcem0109218.pdf>

Cette étude suit un devis quasi expérimental, avec une méthode avant-après et un groupe témoin. Elle s'est déroulée en Chine de septembre 2018 à août 2019, dans un hôpital universitaire. L'objectif de cette étude était d'analyser l'effet d'une intervention infirmière basée sur l'éducation à l'autonomisation sur la fonction sexuelle postopératoire et la dépression pour les patientes ayant un cancer du col de l'utérus et étant en âge de procréer.

Les chercheurs n'ont pas apporté de précision sur la méthode d'échantillonnage, mais il semble que celui-ci soit non probabiliste de convenance. Un échantillon de 69 femmes ayant un cancer du col de l'utérus a été recruté. Cet échantillon a ensuite été randomisé dans deux groupes, le GC (n = 34) et le GI (n = 35). Les critères d'inclusion pour les participantes étaient les suivants : diagnostic correspondant au cancer du col de l'utérus ; âge entre 20 et 48 ans ; patientes mariées avec un partenaire ne présentant aucune anomalie ou maladie liée à la fertilité ; patientes ayant pu subir un traitement chirurgical ; patientes ayant pu terminer l'étude de suivi postopératoire à six mois. Les critères d'exclusion étaient : des troubles cognitifs susceptibles d'influencer l'évaluation dans le cadre de l'étude ; des manifestations spécifiques de dysfonctionnements sexuels ou psycho-sexuels avant le recrutement ; les patientes n'ayant pas d'indications chirurgicales mais d'autres traitements tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie ; les sévères maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires affectant la vie sexuelle des patientes ; une incapacité de terminer le suivi.

Le GC a reçu les soins infirmiers conventionnels, notamment de l'éducation sur la santé, des conseils psychologiques, de la guidance pour la récupération post-opératoire et la vie sexuelle. Le GI a reçu une intervention infirmière basée sur l'éducation à l'autonomisation. L'équipe d'intervention était organisée ainsi : un médecin responsable du diagnostic et de la gestion de la maladie ; un conseiller psychologique pour l'évaluation et les conseils psychologiques ; une infirmière pour la mise en place de l'intervention infirmière et de l'évaluation de l'efficacité des soins ; trois infirmières principales qui collaboraient à la mise

en œuvre des inventions en matière de soins infirmiers et à toutes les communications avec les patientes.

La collecte des données a été effectuée à l'aide de ces questionnaires : *FSFI* (minimum 2 points et maximum 36 points) ; *SDS* (valeur de référence : 53 points) ; *Self-care ability determination scale [ESCA]* (un score élevé signifie de bonnes capacités d'auto-soins) ; *European Agency for Cancer Research and Therapy Core quality of life scale-C30 [EORTCQLQ-C30]* (le score minimal est de 30, le maximum est de 126), ainsi qu'un questionnaire sur les connaissances de la maladie et un autre concernant la satisfaction des soins infirmiers (les scores inférieurs à 60% révèlent une connaissance basse).

Les questionnaires *FSFI*, *SDS* et *ESCA* ont été réalisés avant l'intervention, et 1, 2, 3, 4, 5 et 6 mois après. Le questionnaire *EORTCQLQ-C30* et celui au sujet des connaissances de la maladie ont été faits avant l'intervention ainsi que 3 et 6 mois après. Le questionnaire pour la satisfaction des soins infirmiers a été réalisé une fois.

Les comparaisons des scores entre les deux groupes ont été effectuées avec des tests *t* pour échantillons indépendants pour les données de mesures. Ces données sont exprimées de cette manière ( $X \pm s$ ). Pour les données d'énumération, les comparaisons entre les groupes ont été faites à l'aide du test du khi-deux, les comparaisons inter-groupes ont été effectuées avec une ANOVA\* et un test *F*\*. Ces données sont exprimées en pourcentages.

La valeur  $p < 0,05$  a été considérée comme étant significative. Le logiciel utilisé dans l'analyse des données était le SPSS 22.0.

Les résultats apportés par cette étude par rapport au risque de dépression sont les suivants : les scores du *SDS* pour le GI avant l'intervention étaient ( $62,85 \pm 6,65$ ). Les scores à 1 mois étaient ( $52,03 \pm 5,85$ ) et sont passés à ( $25,31 \pm 2,38$ ) à 6 mois. Les scores du GC pour le *SDS* avant l'intervention étaient ( $61,98 \pm 6,18$ ). Les scores à 1 mois étaient ( $57,87 \pm 5,27$ ) et sont passés à ( $29,05 \pm 2,49$ ) à 6 mois. Avant l'intervention, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les scores de *SDS* ( $p > 0,05$ ). Pour chaque temps de mesure, les scores du *SDS* du GI étaient significativement plus bas que ceux du GC.

#### 4.6.1 Validité méthodologique

Un échantillon de 69 femmes a été recruté pour participer à cette étude. Elles ont ensuite été randomisées dans deux groupes, le GI ( $n = 35$ ) et le GC ( $n = 34$ ). La présence du groupe contrôle permet d'éviter un biais de confusion. Les chercheurs ne précisent pas le

taux d'attrition dans les groupes, ce qui peut limiter la force des résultats obtenus. Les données de base de l'échantillon ont été comparées au début de l'intervention. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes au sujet de l'âge, de l'indice de masse corporelle [IMC] ou du niveau d'éducation ( $p > 0,05$ ). La randomisation des participantes et l'homogénéité des deux groupes évitent les biais de sélection. Le contexte culturel limite la généralisation des résultats à d'autres cultures. Cependant, la tendance mise en avant dans les résultats est transférable.

Les chercheurs ne précisent pas les valeurs psychométriques des questionnaires utilisés dans leur étude, ce qui peut affaiblir la validité interne de l'étude, ainsi que la généralisation de ses résultats. Toutefois, ce sont des échelles connues dont les alphas de Cronbach ont déjà été mis en avant dans d'autres études ; elles possédaient des valeurs psychométriques satisfaisantes.

Cependant, les auteurs mentionnent que la petite taille de l'échantillon a entraîné un manque d'exhaustivité des résultats, qui étaient également sujets à des biais dus à un suivi postopératoire insuffisant.

Selon les grades de recommandations de la HAS, cette étude est de forte puissance. Elle possède un niveau 2 et un grade de recommandation B.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Une méthode de soins infirmiers mettant en avant l'éducation à l'autonomisation est un processus centré sur le patient lui permettant de découvrir sa capacité inhérente à l'autosoin ou d'améliorer sa capacité d'autosoin dont il a fait preuve. Cette méthode laisse aux patients une part active lors de leur réadaptation en déterminant les problèmes existants, en planifiant l'élaboration de plans éducatifs et en les mettant en œuvre avec les éducateurs de santé. Cette étude a montré des résultats pertinents pour la pratique dans le contexte de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. En effet, à la suite de l'intervention, il y a eu une baisse significative des niveaux de dépression, une amélioration des capacités d'autosoins, une amélioration des fonctions sexuelles, de meilleures connaissances de la maladie, une meilleure qualité de vie ainsi qu'une plus grande satisfaction des soins infirmiers. Il serait donc pertinent d'implémenter cette pratique dans les services de soins valaisans afin de garantir une meilleure prise en charge de ces patientes. Il serait intéressant de mettre en évidence l'évaluation psychique des patientes lors des visites médicales ou des transmissions interdisciplinaires afin de mettre en lumière les situations de soins nécessitant une telle approche.

#### 4.7 Synthèse des principaux résultats

Cette section a pour but de présenter les résultats qui ressortent des études intégrées dans cette revue de la littérature.

Dans les six études sélectionnées, les chercheurs ont mis en place des interventions infirmières différentes. Les quatre études suivantes : Ma et al. (2021), Shi et al. (2020), Wang et al. (2022) et Yang et Ding (2019) traitent d'interventions de psychologie infirmière. En revanche, dans l'étude de Erfina et al. (2022), l'intervention mise en place était infirmière et multimodale, combinant la relaxation musculaire progressive avec des conseils psychologiques. L'étude de Du et al. (2020) a mis en place une intervention infirmière basée sur l'éducation à l'autonomisation. Ces interventions étaient toutes destinées à des femmes atteintes d'un cancer gynécologique. L'étude de Yang et Ding (2019) a été réalisée auprès de femmes ayant un cancer ovarien. Les études de Shi et al. (2020), Du et al. (2020) et Ma et al. (2021) ont concerné des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Dans les études de Wang et al. (2022) et Erfina et al. (2022), les chercheurs se sont intéressés aux femmes ayant soit un cancer ovarien, soit un cancer de l'endomètre, ou alors un cancer du col de l'utérus.

Dans toutes les études, des échelles d'évaluation de la dépression ont été employées. Quatre études ont utilisé l'échelle *SDS*, l'étude de Erfina et al. (2022) s'est servie de la *BDI-II* et celle de Wang et al. (2022) de l'échelle *HAMD*. Toutes les études, exceptée celle de Ma et al. (2021), ont réalisé un post-test avec ces échelles, qui ne montrait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les scores ( $p > 0,05$ ). Toutes les études, sauf celle de Erfina et al. (2022), ont mis en avant une différence significative des scores des échelles d'évaluation de la dépression en post-test entre les deux groupes ( $p < 0,05$ ). Ces différences significatives révèlent une baisse des scores pour les GI. L'étude de Erfina et al. (2022) ne montre pas de différence significative entre le GI et le GC pour les scores de la *BDI-II* en post-test. Cependant, l'étude de Erfina et al. (2022) montre une différence significative pour la comparaison des scores de la *BDI-II* en prétest et en post-test pour le GI ( $p < 0,05$ ), révélant d'une diminution des scores de cette échelle. Il n'y avait pas de différence entre les scores prétest et post-test du GC ( $p > 0,05$ ).

## 5 Discussion

Le questionnement principal de cette revue de la littérature est d'identifier les interventions infirmières de prévention des états dépressifs chez les femmes ayant un cancer gynécologique. L'analyse des articles dans les sections précédentes a permis de répondre partiellement à la question de recherche. La synthèse des résultats sera discutée dans cette section en lien avec des revues systématiques et méta-analyses, ainsi qu'au travers des concepts du cadre théorique.

### 5.1 Discussion des résultats

Dans cette revue de la littérature, plusieurs interventions ont été mises en avant. Il y avait des interventions de psychologie infirmière, une intervention infirmière multimodale combinant de la relaxation musculaire avec des conseils psychologiques ainsi qu'une intervention infirmière d'éducation à l'autonomisation. Ces différentes interventions infirmières peuvent diminuer les niveaux de dépression chez les femmes ayant un cancer gynécologique.

La revue systématique et méta-analyse de Jin et al. (2022) met en avant le fait que des soins infirmiers de haute qualité associés à des conseils psychologiques permettent une baisse significative des scores de l'échelle d'évaluation de la dépression *SDS*, et donc une diminution des niveaux de dépression chez des femmes ayant un cancer ovarien en phase post-opératoire. Les études de Ma et al. (2021), de Shi et al. (2020), de Du et al. (2020) et de Yang et Ding (2019) rapportent également des interventions infirmières qui montrent une baisse des scores de l'échelle *SDS*. Ces études, exceptée celle de Du et al. (2020), ont réalisé des interventions de psychologie infirmière. L'étude de Du et al. (2020) a mis en place une intervention infirmière basée sur l'éducation à l'autonomisation qui comprenait également des conseils psychologiques. Les résultats apportés par ces quatre études sont donc en adéquation avec les résultats de l'article de Jin et al. (2022). L'étude de Wang et al. (2022) a également mis en place une intervention de psychologie infirmière auprès de femmes ayant un cancer gynécologique. Cette étude met en avant des résultats pertinents concernant les scores de dépression, mais utilise en revanche une autre échelle d'évaluation, la *HAMD*. L'étude de Erfina et al. (2022) présente une intervention infirmière multimodale où il y avait également la présence d'une prise en charge psychologique. Cette étude a des résultats en cohérence avec les autres études présentées, mais utilise l'échelle d'évaluation de la dépression *BDI-II*. L'ensemble des six études présente des points communs au niveau des interventions avec l'étude de Jin et al. (2022) et met en avant des résultats concordants.

La revue systématique et la méta-analyse de Ma'rifah et al. (2022) met en avant les effets d'une psychoéducation auprès de femmes ayant un cancer gynécologique. Cette étude montre que l'intervention de psychoéducation permet une diminution du niveau de dépression, qui a été évalué à l'aide de l'échelle *HADS*. Les résultats de cette étude peuvent être mis en lien avec l'étude de Du et al. (2020) qui propose une intervention infirmière d'éducation à l'autonomisation montrant une diminution significative des scores de l'échelle d'évaluation de la dépression *SDS*.

Les résultats principaux de cette revue de la littérature sont également en lien avec plusieurs éléments du cadre théorique. Dans un premier temps, les cancers gynécologiques, notamment le cancer du col de l'utérus, le cancer de l'endomètre et le cancer de l'ovaire, ont été étudiés. Les caractéristiques de ces cancers, telles que leurs facteurs de risque, leurs stades de développement, leurs symptômes et leurs traitements, ont été prises en compte. De plus, l'impact de ces cancers sur l'estime de soi et l'image de soi des femmes touchées a été souligné. En ce qui concerne les troubles dépressifs, leur présentation clinique et leurs différents types ont été considérés dans une partie du cadre théorique. Les facteurs étiologiques contribuant aux troubles dépressifs, tels que les facteurs génétiques, environnementaux et psychosociaux, ont également été pris en compte. En outre, les traitements couramment utilisés pour les états dépressifs ont été mentionnés, notamment le soutien, les psychothérapies, les traitements pharmacologiques et d'autres approches thérapeutiques alternatives.

Les interventions infirmières psychologiques utilisées dans les études sélectionnées sont en adéquation avec la vision du rôle infirmier selon la théorie du Caring de Jean Watson. En lien avec les facteurs caratifs 2, 4, 5 et 8, ces interventions visent à promouvoir le bien-être psychologique des patientes atteintes de cancer gynécologique. Elles favorisent la formation d'une relation de confiance entre les infirmières et les patientes, permettent l'expression des émotions et des préoccupations, et offrent un soutien émotionnel et spirituel. Ces interventions reconnaissent l'importance de la dimension psychique dans la prise en charge des patientes atteintes de cancer gynécologique, complétant ainsi les aspects physiques et médicaux du traitement. Ces interventions contribuent ainsi à la prise en charge globale et personnalisée des patientes atteintes d'un cancer gynécologique, en favorisant leur mieux-être dans leur parcours de guérison.

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Toutes les études analysées dans cette revue de la littérature appartiennent au paradigme post-positiviste. Ce sont des études récentes qui ont été publiées entre 2019 et 2022. L'ensemble des études a été approuvé par un comité d'éthique. Les six études analysées



respectent la structure usuelle d'une étude scientifique et contiennent successivement une introduction, une méthode, les résultats, une discussion ainsi qu'une conclusion. Les études de Ma et al. (2021), Wang et al. (2022), Yang et Ding (2021) et Du et al. (2020) ont intégré la conclusion dans la section de la discussion.

La détermination du niveau de preuve des six articles de cette revue de la littérature s'est basée sur les niveaux de preuve et grades de recommandation de la HAS (Figure 1). Les études de Ma et al. (2021), Erfina et al. (2022), Wang et al. (2022), Yang et Ding (2019) ainsi que celle de Du et al. (2020) ont un niveau de preuve II. Quant à l'étude de Shi et al. (2020), elle a un niveau de preuve I.

Aucune des études n'a précisé si des femmes avaient un diagnostic officiel de dépression. Les interventions proposées sont donc pertinentes dans un but de prévention infirmière des états dépressifs. En effet, chacune des interventions proposées montre une diminution significative des scores d'évaluation de la dépression.

Toutes les études, à l'exception de celle de Ma et al. (2021), ont utilisé un échantillonnage non probabiliste, ce qui est susceptible de limiter la représentativité des résultats apportés par ces études. Cependant, toutes les études possèdent un groupe contrôle, ce qui limite l'apparition de biais de sélection.

Il est important de mentionner que toutes les études retenues ont été décrites avec des valeurs de  $p < 0,05$ . Les tests statistiques employés dans les articles sont adéquats par rapport aux résultats convoités.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Cette revue de la littérature n'intègre que six études. Toutefois, celles-ci sont récentes et pertinentes, et elles mettent en avant des tendances permettant de répondre à la question de recherche, même si cette réponse est partielle. En effet, seules trois bases de données ont été consultées pour la recherche de la littérature, mais elles offrent une vision généraliste, permettant d'obtenir le plus d'articles possible. Le diagramme de flux (Annexe I) retrace la stratégie de recherche appliquée à cette revue de littérature et peut illustrer la validité interne de celle-ci.

Toutes les études intégrées dans cette revue de la littérature proviennent d'Asie. Cela peut constituer une limite. En effet, le contexte culturel de ces études peut influencer les résultats et différer du contexte suisse ou valaisan. Les systèmes sanitaires et politiques helvétiques ne sont pas semblables à ceux de cette revue de la littérature.

Sur l'ensemble des six études, cinq sont disciplinaires et une est interdisciplinaire. Cet élément constitue une force de cette revue de la littérature, étant donné que la question de recherche présente un concept de disciplinarité.

## **6 Conclusions**

Après avoir mis en avant le fait que les résultats de la revue de la littérature sont en lien avec les revues systématiques et méta-analyses traitant du sujet, ainsi qu'avec les concepts traités dans le cadre théorique, l'objectif de cette section est de formuler des propositions d'application des résultats. Ces propositions visent l'amélioration des prises en charge infirmières de femmes ayant un cancer gynécologique, plus précisément au niveau de la prévention de la dépression au sein de cette population.

### **6.1 Propositions pour la pratique**

Les femmes atteintes d'un cancer gynécologique peuvent se retrouver dans différents services hospitaliers, notamment en médecine interne, en gynécologie ou en chirurgie. Prendre en compte l'état mental de ces patientes participe à leur prise en charge globale et optimale. La thématique de l'évaluation clinique de l'état mental peut s'intégrer dans les services de soins valaisans actuels. Une échelle d'évaluation de la dépression pourrait être incluse dans l'évaluation clinique de l'équipe infirmière. Cette échelle serait remplie lors de l'anamnèse d'entrée des patientes avec des réévaluations régulières à l'aide de la même échelle. Cette dernière pourrait être intégrée au dossier patient informatisé, permettant un accès et un archivage rapides. Cela favoriserait la continuité des soins et permettrait de percevoir rapidement l'apparition de signes de troubles thymiques chez ces patientes et donc de mettre en place des actions pluridisciplinaires pour améliorer leur prise en charge.

### **6.2 Propositions pour la formation**

Durant la formation, différents cours ont été donnés au sujet de l'oncologie. Il y a notamment un module dédié à l'oncologie. Lors de ces cours, les étudiants sont sensibilisés aux impacts biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels que peut engendrer un cancer. Il y a notamment eu des cours au sujet de la psycho-oncologie, ainsi que des cours plus axés sur les traitements et différents effets secondaires. Cependant, lors de ce module, les cancers gynécologiques n'ont pas été abordés de manière poussée. Il aurait pu être pertinent d'approfondir la thématique des cancers gynécologiques, afin de développer des compétences sur ces maladies dans les domaines biologique, psychologique, social et spirituel. Au cours de cette formation, deux modules portaient sur la santé mentale. Dans le cadre de ces modules, la dépression et les états dépressifs ont été abordés. Cette thématique a été envisagée dans sa globalité en traitant plusieurs axes de la pathologie

mentale. Ces cours ont permis de développer des compétences notamment en matière de prévention et promotion de la santé, des connaissances physiopathologiques et pharmacologiques ou non pharmacologiques, ainsi que des compétences en communication verbale et non verbale. Un lien pourrait être fait entre ces deux modules pour mettre en avant l'impact du cancer sur l'état mental du patient en prenant l'exemple du cancer gynécologique.

La prise en charge des états dépressifs et des pathologies mentales étant complexe, la HES-SO a, dans son catalogue de formations continues, deux *Certificate of Advanced Studies* [CAS] en lien avec cette thématique. Le premier est un CAS en psychiatrie géré par la HES-SO//Valais. Le second est un CAS en oncologie et soins palliatifs géré par la HES-SO//Genève. Ces formations continues sont des outils intéressants pour les soignants qui prennent en charge des patientes souffrant d'un cancer gynécologique.

### **6.3 Propositions pour la recherche**

Il pourrait être pertinent de réaliser une étude plus longue avec un plus grand échantillon afin d'évaluer de manière plus significative les résultats. Il serait également intéressant de réaliser une étude qui comparerait différentes interventions infirmières afin de déterminer lesquelles auraient les meilleurs résultats au niveau de la prévention des états dépressifs chez des femmes ayant un cancer gynécologique.

Les six études analysées dans le cadre de cette revue de la littérature se déroulaient sur le continent asiatique. Une étude menée dans un contexte européen ou suisse sur une plus longue durée et avec un plus grand échantillon serait pertinente. En effet, cela permettrait de mettre en avant le rôle infirmier au niveau de la prévention des états dépressifs chez des femmes ayant un cancer gynécologique dans le contexte de soins national, qui intègre des soignants avec un profil spécifique.

Dans cette revue de la littérature, les six articles analysés possédaient un devis de recherche quantitatif. Il pourrait être pertinent de réaliser des études avec un devis qualitatif ou mixte, afin d'intégrer également les perceptions des patientes.

## 7 Liste de références

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theory alligood 8th edition—Suzan Mick Flip PDF | AnyFlip* (8<sup>e</sup> éd.). <https://anyflip.com/ouuae/twdg>
- Almont, T. (s. d.). *Les Biais en Épidémiologie*. <http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>
- Amina, R., & Chaima, A. (2021). *Papillomavirus et Cancer du Col de l'Utérus : Dépistage Cytologique et détermination par les facteurs de risque* [Thesis, Université laarbi tebessi tebessa]. <http://dspace.univ-tebessa.dz:8080/xmlui/handle/123456789/http://localhost:8080/jspui/handle/123456789/813>
- Bay Area OCD and Anxiety Center. (s. d.). *BDI-II*. Consulté 16 juin 2023, à l'adresse <https://bayareaocd.com/wp-content/uploads/BDI.pdf>
- Ben Ammar Sghari, M., & Hammami, S. (2017). Prise en charge psychologique des patients cancéreux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(3), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.013>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique: *Recherche en soins infirmiers*, N° 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Cassiani-Miranda, C. A., Scoppetta, O., & Cabanzo-Arenas, D. F. (2022). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in primary care patients in Colombia. *General Hospital Psychiatry*, 74, 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.014>
- Conseil International des Infirmières. (2022). *Les personnels infirmiers en santé mentale dans le monde*. [https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN\\_Mental\\_Health\\_Workforce\\_report\\_FR\\_web.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN_Mental_Health_Workforce_report_FR_web.pdf)
- Coopération concept. (2020). *Groupe expérimental*. Coopération Concept. <http://cooperation-concept.net/glossary/groupe-experimental/>

- Coryell, W. (2021). *Troubles dépressifs—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>
- Data Science. (2020). *Qu'est-ce qu'un test F ?* <https://datascience.eu/fr/mathematiques-et-statistiques/quest-ce-quun-test-f/>
- DATAtab. (2023). *Qu'est-ce que la valeur p ?* <https://datatab.fr/tutorial/p-value>
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Evaluation clinique d'une personne symptomatique*. ERPI.
- Du, J., Tian, Y., Dan, X., & He, Y. (2020). The effect of empowerment education-based nursing intervention on the postoperative sexual function and depression state of cervical cancer patients of reproductive age. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(6), 4052-4061. <https://e-century.us/files/ijcem/13/6/ijcem0109218.pdf>
- Düzgün, N., & Bayraktar, E. (2020). Determination of Body Image, Self-Esteem and Depression States among Patients with Gynecological Cancer. *Turkish Journal of Oncology*. <https://doi.org/10.5505/tjo.2020.2276>
- Erfina, E., Nurmaulid, N., Hariati, S., Andriani, A., & McKenna, L. (2022). Effectiveness of a Multimodal Nursing Intervention on Quality of Sleep, Fatigue, and Level of Depression Among Indonesian Patients With Gynecological Cancer : A Pilot Study. *Cancer Nursing*, 00(00). <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001158>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière éducation.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Goldsmith-Pinkham, P., Hull, P., & Kolesár, M. (2022). *Contamination Bias in Linear Regressions* (arXiv:2106.05024). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2106.05024>

- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Haute Autorité de santé. (2017). *Episode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en soins de premier recours*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_argumentaire\\_diagnostic.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf)
- Haute Autorité de santé. (2014). *Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2021). *Echelle d'évaluation des symptômes ESAS*. <https://www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-destine-aux/echelle-evaluation-symptomes-esas>
- IEDM. (2023). Le questionnaire BDI. *IEDM*. <https://www.iedm.asso.fr/le-questionnaire-bdi/>
- InfoCancer. (2021a, avril 25). *InfoCancer—ARCAGY-GINECO - Cancer de l'ovaire—Maladie—Les tumeurs malignes de l'ovaire*. <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-de-l-ovaire/maladie/les-tumeurs-malignes-de-lovaire.html/>
- InfoCancer. (2021b, avril 26). *InfoCancer—ARCAGY - GINECO - Localisations—Cancers féminins—Cancer du corps de l'utérus—Maladie—Les cancers du corps de l'utérus*. <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-corps-de-l-uterus/maladie/les-tumeurs-malignes.html/>
- InfoCancer. (2022, juillet 26). *InfoCancer—ARCAGY-GINECO - Cancer du col de l'utérus—Maladie—Les cancers du col de l'utérus*. les tumeurs malignes. <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/maladie/les-tumeurs-malignes.html/>

International Business Machine Corporation. (2022a, octobre 5). *IBM Documentation*.

<https://www.ibm.com/docs/fr/spss-statistics/saas?topic=tests-one-sample-kolmogorov-smirnov-test>

International Business Machine Corporation. (2022b, octobre 5). *IBM Documentation*.

<https://www.ibm.com/docs/fr/spss-statistics/saas?topic=tests-choose-related-samples-nonparametric>

Jerković, A., Proroković, A., Matijaca, M., Vuko, J., Poljičanin, A., Mastelić, A., Ćurković Katić, A., Košta, V., Kustura, L., Dolić, K., Đogaš, Z., & Rogić Vidaković, M. (2021). Psychometric Properties of the HADS Measure of Anxiety and Depression Among Multiple Sclerosis Patients in Croatia. *Frontiers in Psychology*, 12.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.794353>

Jin, P., Sun, L.-L., Li, B.-X., Li, M., & Tian, W. (2022). High-quality nursing care on psychological disorder in ovarian cancer during perioperative period : A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(27), e29849.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029849>

Kanab, R., El M'rabet, F., Ameuraoui, T., Sidibé, F., Tizniti, S., Amarti, A., Arifi, S., & Mellas, N. (2015). Un carcinome épidermoïde du col utérin récidivant sous forme d'une métastase pulmonaire isolée : À propos d'un cas et revue de la littérature. *The Pan African Medical Journal*, 22, 369.

<https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.369.7217>

Ma, Y., Kamalibaike, M., Xin, C., & Li, L. (2021). Effect of the intensive psychological nursing on adverse mood and quality of life in patients with cervical cancer. *American Journal of Translational Research*, 13(8), 9633-9638.

Ma'rifah, A. R., Afiyanti, Y., Huda, M. H., Chipojola, R., Putri, Y. R., & Nasution, M. A. T. (2022). Effectiveness of psychoeducation intervention among women with gynecological cancer : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational*

*Association of Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8271-8285.

<https://doi.org/10.1007/s00520-022-07277-y>

Mathevet, P., Alvarez, T., Herrera, F., & Wolfer, A. (2018). Actualité sur les cancers de l'endomètre. *Rev Med Suisse*, 624, 1904-1909.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *La détresse des personnes atteintes de cancer : Un incontournable dans les soins*.

Office fédéral de la statistique. (2021, octobre 14). *Le cancer en Suisse, rapport 2021—Etat des lieux et évolutions | Publication*. Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/19305697>

Oglobine, J., Gerbault, A., & Abbadi, K. (2021). *Infirmier en pratique avancée : Mention oncologie et hémato-oncologie*. Sup'Foucher.

Organisation mondiale de la santé. (2020a). *Col de l'utérus*.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2020b). *Corps utérin*.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/24-Corpus-uteri-fact-sheet.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2020c). *Ovaire*.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/25-Ovary-fact-sheet.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2023). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. [https://icd.who.int/browse11/l-](https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232)

[m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232](https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232)

Pautex, S., Vayne-Bossert, P., Bernard, M., Beauverd, M., Cantin, B., Mazzocato, C., Thollet, C., Bollondi-Pauly, C., Ducloux, D., Herrmann, F., & Escher, M. (2017). Validation of the French Version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(5), 721-726.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.032>

Perdrizet-Chevallier, C., Reich, M., & Lesur, A. (2008). Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(4), 292-296. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.03.007>



Ramirez, P. T., & Salvo. (2022a). *Cancer du col de l'utérus—Gynécologie et obstétrique*.

Édition professionnelle du Manuel MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/cancer-du-col-de-ut%C3%A9rus>

Ramirez, P. T., & Salvo. (2022b). *Introduction aux tumeurs gynécologiques—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/introduction-aux-tumeurs-gyn%C3%A9cologiques?query=cancer%20gyn%C3%A9cologique>

Ramirez, P. T., & Salvo, G. (2022c). *Cancer de l'endomètre—Gynécologie et obstétrique*.

Édition professionnelle du Manuel MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/cancer-de-endom%C3%A8tre?query=cancer%20endom%C3%A8tre>

Ramirez, P. T., & Salvo, G. (2022d). *Cancer des ovaires, des trompes de Fallope et du péritoine—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/cancer-de-ovaire>

Shi, Y., Cai, J., Wu, Z., Jiang, L., Xiong, G., Gan, X., & Wang, X. (2020). Effects of a nurse-led positive psychology intervention on sexual function, depression and subjective well-being in postoperative patients with early-stage cervical cancer : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103768.

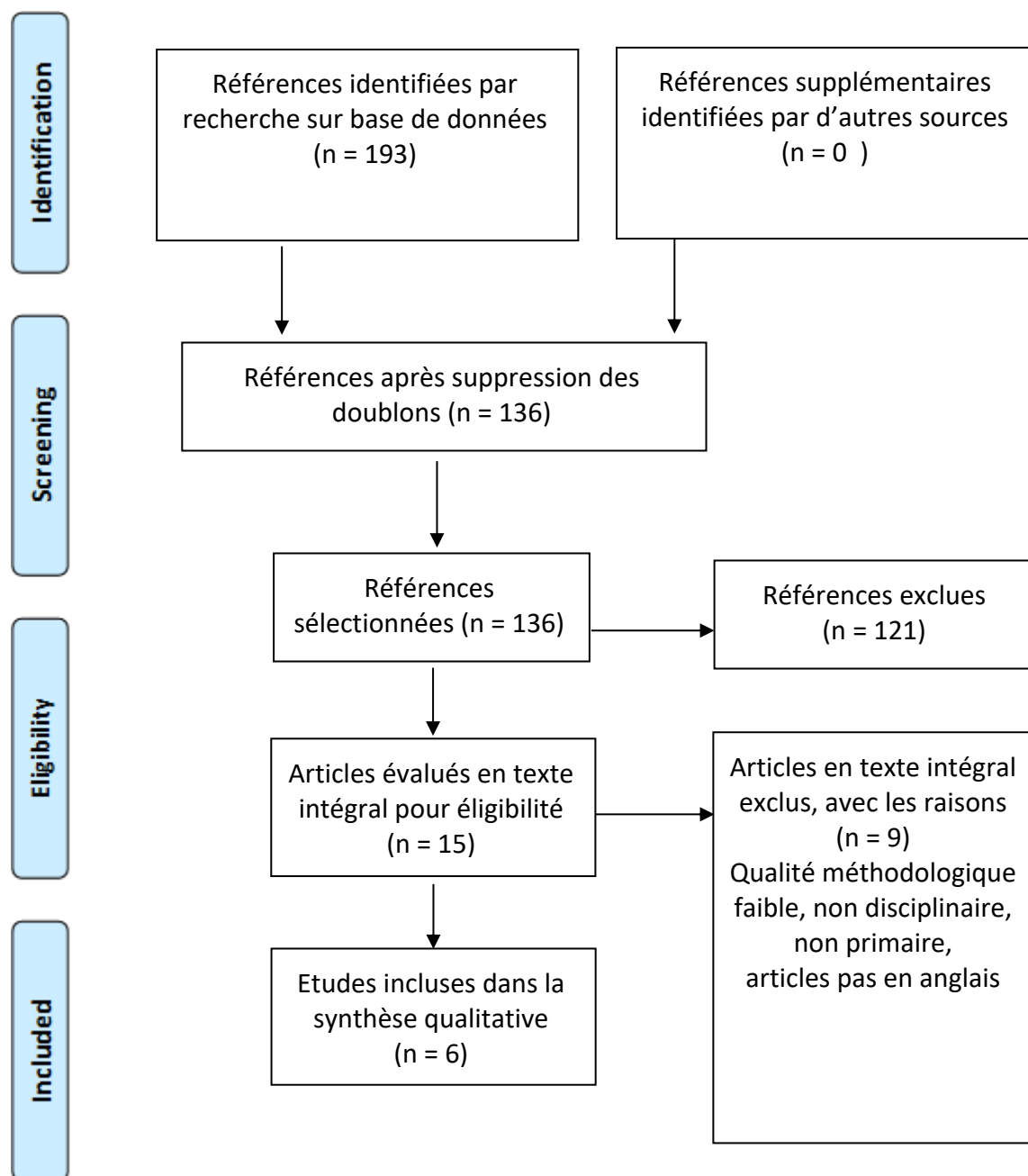
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103768>

Sitzman, K., & Watson, J. (2014). *Caring science, mindful practice : Implementing Watson's human caring theory*. Springer Publishing Company, LLC.

- Sobel, M., Simpson, A. N., & Ferguson, S. E. (2021). Cancer de l'endomètre. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 193(45), E1750-E1751.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.202731-f>
- Soins en Oncologie Suisse. (2020). *Standard de qualité des soins en oncologie*.  
[https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/Downloads\\_Verband/2020\\_Standards\\_de\\_qualit%C3%A9\\_soinsenoncologie\\_SOS.pdf](https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/Downloads_Verband/2020_Standards_de_qualit%C3%A9_soinsenoncologie_SOS.pdf)
- UNESCO. (2023). *Enquête pilote*. <https://uis.unesco.org/fr/glossary-term/enquete-pilote>
- Wang, H., Gao, X., & Chen, N. (2022). Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor. *BioMed Research International*, 2022, 1569656.  
<https://doi.org/10.1155/2022/1569656>
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II : A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Yang, J., & Ding, Y. (2019). Clinical pathways combined with psychological intervention nursing model for patients with ovarian cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 12(10), 12426-12433. <https://e-century.us/files/ijcem/12/10/ijcem0099356.pdf>
- Yharrassarry, R. (2010). *Nominales, ordinales, intervalles et ratios*. Le bloc-notes, UX & Design d'expérience utilisateur. <https://blocnotes.iergo.fr/breve/nominales-ordinales-intervalles-et-ratios/>

## 8 Annexes

## Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(adapté de Gedda, 2015, p. 43)

## Annexe II : Tableaux de recension des études

Ma, Y., Kamalibaike, M., Xin, C., & Li, L. (2021). Effect of the intensive psychological nursing on adverse mood and quality of life in patients with cervical cancer. American Journal of Translational Research, 13(8), 9633-9638.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8430170/>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Devis post-test (après seulement avec groupe témoin)	100 participantes, divisées en deux groupes : GC (n = 50), GI (n = 50).	Évaluer l'effet des soins infirmiers psychologiques intensifs sur l'état psychologique et la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus.	Soins infirmiers psychologiques intensifs	L'étude a été réalisée de janvier 2019 à janvier 2020.	Les données ont été comparées avec un test t pour échantillons indépendants pour les variables continues. Le test khi-deux a été utilisé pour les variables nominales. Les variables continues sont exprimées en moyennes, les variables nominales en pourcentage. Dans cette étude, une valeur de p < 0,05 a été estimée comme significative.	Les scores du SDS sont significativement plus bas dans le GI (p < 0,001) en regard du GC. Les scores du GI sont (37,06 ± 3,39) et ceux du GC sont (45,16 ± 4,99).
Niveau de preuve II	<b>Échantillonnage</b> Non probabiliste de convenance <b>Critère(s) d'inclusion</b> Manifestations cliniques correspondant au cancer du col de l'utérus, patientes de plus de 18 ans, pas d'antécédent d'allergie ou de drogue ni d'habitudes de vie malsaines, absence d'autres maladies, les patientes ont participé de leur propre initiative et ont signé un consentement éclairé. <b>Critère(s) d'exclusion</b> Patientes ayant un autre cancer, patientes avec des troubles de la conscience et incapables de coopérer pour l'étude, patientes ayant subi une intervention autre que la résection du col de l'utérus.	<b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée dans l'étude <b>Hypothèse(s)</b> Non spécifiée dans l'étude <b>Variables</b> Variable indépendantes [VI] = les soins infirmiers psychologiques intensifs Variable dépendante [VD] = l'état psychologique et la qualité de vie	États psychologiques Qualité de vie Cancer du col de l'utérus	Les chercheurs ont recruté 100 femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus et les ont séparées en deux groupes. Le GC a reçu des soins cliniques généraux, le GI a reçu des soins infirmiers psychologiques intensifs. Les données des deux groupes ont été comparées avec les scores des échelles SAS, SDS, MSSNS et QLI, ainsi que l'efficacité des soins infirmiers et les effets indésirables. <b>Éthique</b> Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital.	<b>Logiciels</b> SPSS 21.0 et GraphPad prism 8.0	<b>Conclusions</b> L'étude montre que les soins infirmiers psychologiques intensifs améliorent la qualité de vie des patientes hospitalisées ainsi que leurs états psychologiques. Ces soins peuvent aider les patientes à retrouver du sens à leur vie ainsi qu'à soulager leur désespoir et leur douleur. Les soins infirmiers psychologiques intensifs peuvent améliorer de manière significative la dépression et l'anxiété chez ces patientes durant la période post-opératoire. <b>Limites de l'étude</b> Peu d'études ont été publiées au sujet de l'effet des soins infirmiers psychologiques intensifs sur les patientes atteintes de cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une étude monocentrique avec un petit échantillon. Le suivi est de courte durée. La mise en place ainsi que les évaluations de l'effet des interventions infirmières ont été fortement influencées par des facteurs subjectifs.

Shi, Y., Cai, J., Wu, Z., Jiang, L., Xiong, G., Gan, X., & Wang, X. (2020). Effects of a nurse-led positive psychology intervention on sexual function, depression and subjective well-being in postoperative patients with early-stage cervical cancer : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103768. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103768>

Des-ign	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Essai contrôlé randomisé	100 participantes en Chine, divisées en deux groupes : GI (n = 50) et le GC (n = 50). <b>Échantillonnage</b> Non probabiliste de convenance	Évaluer l'efficacité d'une intervention de psychologie positive menée par une infirmière sur la fonction sexuelle, la dépression et le bien-être subjectif chez des patientes opérées d'un cancer du col de l'utérus à un stade précoce.	Cancer du col de l'utérus Fonction sexuelle Dépression	2 chercheurs responsables de collecter les informations générales des patientes et des différents questionnaires. 8 experts compétents ont été recrutés pour consulter les questionnaires ; après 2 évaluations, la validité du contenu des questionnaires a été obtenue. La collecte des données a eu lieu en trois temps : avant l'intervention (T0), 3 mois après l'intervention (T1) et 6 mois après (T2). Cette collecte des données a été réalisée avec : <i>FSFI</i> (alpha de Cronbach = 0,862), <i>SDS</i> (alpha de Cronbach = 0,792-0,843) et <i>IWB</i> (alpha de Cronbach = 0,886-0,894). Les chercheurs ont envoyé une version électronique des questionnaires via <i>WeChat</i> . Le questionnaire a été rempli de manière anonyme. Le réseau éliminait de manière automatique les questionnaires non qualifiés.	Au départ, des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les caractéristiques démographiques et cliniques des patientes. Ces données ont été comparées entre les deux groupes avec le test du khi-deux pour les variables nominales, le test U de Mann-Whitney pour les variables ordinales, et un t-test pour les variables continues. Une corrélation de Pearson a été utilisée pour analyser les corrélations entre les fonctions sexuelles, la dépression et le bien-être subjectif. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.	À T0, pas de différence significative entre GI et GC ( $p > 0,05$ ). À T1 et T2, amélioration des scores du <i>SDS</i> pour le GI ( $P < 0,05$ ). Les scores du <i>SDS</i> pour le GI à T2 : 56.5% n'avaient pas de dépression, 39.1% une dépression légère, 2.2% souffraient de dépression modérée et 2.2% avaient une dépression sévère. Les scores du GC pour le <i>SDS</i> à T2 : 42.2% n'avaient pas de dépression, 31.1% une dépression légère, 17.8% souffraient d'une dépression modérée et 8.9% d'une dépression sévère. La corrélation de Pearson révèle une corrélation négative entre le <i>FSFI</i> et le <i>SDS</i> ( $r = 0.612$ , $p < 0.001$ ).
Niveau de preuve I	<b>Critère(s) d'inclusion</b> Âge entre 18 et 50 ans. Cancer du col de l'utérus diagnostiqué à un stade IA1-IIA2 selon les standards de <i>International Federation of Gynaecology Reported and Obstetrics</i> . Antécédant d'hystérectomie. Une durée de fin de traitement $\geq 3$ mois ainsi qu'une reprise de l'activité sexuelle. Maîtrise de l'utilisation de <i>WeChat</i> . Participation volontaire à l'étude.	<b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée dans l'étude	Bien-être subjectif Psychologie positive Infirmière Hystérectomie	<b>Éthique</b> Cette étude a été approuvée par le <i>Committee of Second Affiliated Hospital of Medical University in Chongqing China</i> . Cette étude a été enregistrée auprès du <i>Chinese clinical Trial Registry</i> . Toutes les participantes ont reçu des informations orales et écrites au sujet de l'objectif de la recherche avant l'étude. Elles ont été informées qu'elles étaient libres de se retirer à tout moment de l'étude. Les données étaient confidentielles.		
Para-digme	<b>Critère(s) d'exclusion</b> Troubles mentaux ou cognitifs. Comorbidité avec maladie cardiovasculaire, cérébrovasculaire ou d'autres tumeurs affectant la vie sexuelle. Diagnostic de tumeurs récurrentes. Perte de suivi ou incapacité à coopérer avec les chercheurs pour des raisons physiques.	<b>Hypothèse(s)</b> Non spécifiée dans l'étude				<b>Conclusions</b> Une intervention de psychologie positive menée par une infirmière est efficace pour améliorer la fonction sexuelle, le bien-être subjectif et pour réduire la dépression. Propositions pratiques : formation en santé sexuelle pour les infirmières ; accorder plus d'attention aux problèmes de sexualité ; conseils en santé sexuelle avec les patients oncologiques.
Post-positivisme		<b>Variables</b> VI = intervention de psychologie positive menée par une infirmière VD = la fonction sexuelle, la dépression et le bien-être subjectif			<b>Logiciel</b> SPSS (version 22.0)	<b>Limites de l'étude</b> Taille d'échantillon petite, courte durée de suivi. Généralisation des résultats limitée car il n'y a qu'un seul cadre d'étude. Âge des participantes ( $< 50$ ans) et le fait que leurs partenaires n'étaient pas inclus.

Erfina, E., Nurmaulid, N., Hariati, S., Andriani, A., & McKenna, L. (2022). Effectiveness of a Multimodal Nursing Intervention on Quality of Sleep, Fatigue, and Level of Depression Among Indonesian Patients With Gynecological Cancer : A Pilot Study. *Cancer Nursing*, 00(00).  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001158>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Devis quasi expérimentale avec groupe non-équivalent (étude pilote)	50 participantes provenant d'Indonésie réparties en deux groupes : GC (n = 50) et GI (n = 50).	Examiner l'effet d'une intervention infirmière multimodale sur la qualité du sommeil, la fatigue, le niveau de dépression de patientes avec un cancer gynécologique en Indonésie.	Cancer gynécologique Dépression Fatigue Intervention infirmière multimodale Qualité de sommeil	Les données ont été collectées entre le mois d'août et décembre 2018. Les données sociodémographiques et les questionnaires <i>PSQI</i> (alpha de Cronbach = 0,741), <i>PFS</i> (alpha de Cronbach = 0,98), <i>BDI-II</i> (alpha de Cronbach= 0,90) ont été réalisés par une équipe de chercheurs. Les prétests ont été fait après trois jours d'hospitalisation et les post-test deux semaines après l'intervention pour le GI et après deux semaines de soins standards pour le GC.	Statistiques descriptives : fréquences pour variables catégorielles et moyennes d'écarts-types pour les variables d'intervalle. Les résultats ont été analysés avec : test t indépendant, test khi-deux, test U de Mann-Whitney, Wilcoxon, l'homogénéité marginale, Kolmogorov-Smirnov et une analyse de régression.	Pas de différences significatives entre le GI et le GC concernant les données sociodémographiques (p > 0,05).  Pas de différences significatives observées entre les deux groupes pour le <i>BDI-II</i> en prétest et post-test (p > 0,05).
Niveau de preuve II	Échantillonnage Non probabiliste de convenance	Question(s) de recherche Non spécifiée dans l'étude		Éthique	La valeur de p < 0,05 a été considérée comme étant significative.	Conclusions
Paradigme Post-positivisme	Critère(s) d'inclusion Âge ≥ 18 ans ; cancer gynécologique à un stade 1-2-3	Hypothèse(s) Non spécifiée dans l'étude		Approbation du comité d'éthique de l'institution. Conforme à la déclaration d'Helsinki. Les participantes ont participé de manière volontaire, ont signé un consentement et pouvaient à tout moment se retirer de l'étude.	Logiciel SPSS 20.0	Cette intervention infirmière auprès des femmes ayant un cancer gynécologique pourrait réduire la fatigue et améliorer la qualité du sommeil. Elle pourrait avoir également un léger effet sur les niveaux de dépression.
	Critère(s) d'exclusion Maladies cardiovasculaires ; maladie rénale chronique ; limitations aiguës ou de mobilité ; traitement anti-dépresseur	Variables VI = intervention infirmière multimodale VD = qualité du sommeil, niveau de dépression et fatigue				Limites de l'étude Étude monocentrique, petit échantillon, une seule évaluation temporelle en post-intervention.

Wang, H., Gao, X., & Chen, N. (2022). Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor. *BioMed Research International*, 2022, 1569656. <https://doi.org/10.1155/2022/1569656>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Devis avant-après avec groupe témoin (prétest-post-test)	104 femmes avec une tumeur gynécologique maligne randomisées dans deux groupes GI (n = 52) et GC (n = 52).	Analyser l'effet des soins infirmiers psychologique auprès des patientes avec une tumeur gynécologique maligne.	Soins infirmiers psychologiques Tumeurs gynécologiques malignes Anxiété	Des questionnaires ont été utilisés : <i>HAMD</i> , <i>HAMA</i> , <i>PSQI</i> , <i>FACT-B</i> . Les chercheurs ont également comparé la compliance thérapeutique ainsi que les différents effets indésirables de la chimiothérapie.	Un test t a été utilisé pour les données de mesures. Un test du khi-deux a été fait pour les données continues.	Pré-intervention : pas de différence significative entre GC et GI aux questionnaires <i>HAMD</i> et <i>HAMA</i> . Post-intervention : différence significative, diminution des scores pour le GI.
Niveau de preuve II	Échantillonnage Non probabiliste de convenance	Question(s) de recherche Pas mentionnée par les auteurs	Dépression Qualité du sommeil Qualité de vie	Éthique Étude approuvée par le comité d'éthique de l'institution.	La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.	Les deux groupes étaient homogènes ( $p > 0,05$ ).
Paradigme Post-positivisme	Critère(s) d'inclusion Tumeurs gynécologiques malignes répondant aux critères de diagnostic ; la tumeur maligne a été ultérieurement confirmée par des coupes pathologiques. Être volontaire pour participer à l'étude dans le mois suivant le diagnostic, être âgée de > 18 ans, être consciente et capable de lire un texte. Questionnaire d'évaluation psychologique complet et valide.  Critère(s) d'exclusion Autres maladies de dysfonctionnement des viscères, dysfonctions cognitives ou motrices et sévères maladies mentales, autres tumeurs malignes, susceptibilité de décéder à court terme, patientes dont les données cliniques étaient incomplètes	Hypothèse(s) Pas mentionnées par les auteurs  Variables VI = soins infirmiers psychologiques VD = anxiété, dépression, qualité du sommeil, qualité de vie, compliance thérapeutique, effets indésirables			Logiciel SPSS 20.0	Conclusions Les soins infirmiers psychologiques peuvent aider ces patientes à reconnaître l'impact des tumeurs gynécologiques ainsi qu'à connaître les détails des traitements et peuvent aider à soulager le psychisme et les peurs. Grâce aux conseils psychologiques, les patientes peuvent accroître leur patience et leur confiance dans la lutte contre les maladies, améliorer l'effet du traitement et leur qualité de vie.  Limites de l'étude Pas mentionnées par les auteurs

Yang, J., & Ding, Y. (2019). Clinical pathways combined with psychological intervention nursing model for patients with ovarian cancer.

*International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 12(10), 12426-12433. <https://e-century.us/files/ijcem/12/10/ijcem0099356.pdf>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Devis quasi expérimental avant-après avec groupe témoin (prétest-post-test)	126 femmes randomisées dans deux groupes GI (n = 63) et GC (n = 63).	Explorer l'application de voie clinique combinée à une intervention psychologique sur des femmes atteintes d'un cancer gynécologique.	Parcours cliniques  Cancer ovarien  Modèle infirmier	Les questionnaires SAS et SAD ont été faits avant l'intervention et 3 mois après. Après l'intervention, les questionnaires sur la satisfaction infirmière et le <i>FACT-B</i> ont été utilisés. Ces questionnaires ont été comparés entre les deux groupes. Les données de base des deux groupes ont également été comparées en pré-intervention.	Les données numériques sont exprimées en pourcentages, les comparaisons entre les deux groupes ont été faites avec un chi-carré. Les données de mesures sont exprimées comme cela : (moyenne $\pm$ écart type), les comparaisons entre les deux groupes ont été calculées avec des tests t indépendants et les comparaisons avant-après l'intervention dans le même groupe ont été réalisées avec des test t appariés.	Pas de différence significative entre les deux groupes avant l'intervention $p > 0,05$ .  Les scores du <i>SDS</i> pour le GI : avant l'intervention ( $47,6 \pm 3,54$ ) et après ( $34,01 \pm 1,66$ ) Pour le GC : avant l'intervention ( $47,18 \pm 3,23$ ) et après ( $41,14 \pm 2,19$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes avant l'intervention $p > 0,05$ . Les scores du GI en post-intervention étaient significativement plus bas que ceux du GC ( $p < 0,001$ ).
Niveau de preuve II	Échantillonnage  Non probabiliste de convenance	Question(s) de recherche  Pas mentionnée par les auteurs	Intervention psychologique	Éthique  Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital Central. Toutes les patientes et leurs familles ont donné leur consentement éclairé à l'avance.	Conclusions  L'application d'un parcours clinique associé à une intervention psychologique auprès de patientes avec un cancer ovarien peut améliorer de manière significative le statut mental, la satisfaction des soins infirmiers, la qualité de vie en comparaison à des soins infirmiers classiques.	
Paradigme  Post-positivisme	Critère(s) d'inclusion  Les patientes répondaient aux critères internationaux de diagnostic du cancer de l'ovaire, diagnostic confirmé avec des biopsies pathologiques et un examen d'imagerie.  Critère(s) d'exclusion  Troubles neurologiques, dysfonctions hépatiques ou rénales, maladie grave d'une fonction d'un organe, patientes avec de sévères complications durant le traitement, femmes enceintes	Hypothèse(s)  Pas mentionnée par les auteurs  Variables  VI = parcours clinique, modèle d'intervention infirmière psychologique  VD = la dépression, anxiété, satisfaction des soins, qualité de vie			Logiciels  SPSS 17.0 et Software system	Limites de l'étude  L'utilisation de technologies appropriées susceptibles d'améliorer l'acceptabilité des itinéraires cliniques n'a pas été explorée. La taille de l'échantillon est petite.



Du, J., Tian, Y., Dan, X., & He, Y. (2020). The effect of empowerment education-based nursing intervention on the postoperative sexual function and depression state of cervical cancer patients of reproductive age. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(6), 4052-4061. <https://e-century.us/files/ijcem/13/6/ijcem0109218.pdf>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Devis quasi expérimental avant-après avec groupe témoin (prétest-post-test)	69 patientes avec un cancer du col de l'utérus, randomisées dans deux groupes GI (n = 35) et le GC (n = 34).  <b>Échantillonnage</b> Non probabiliste de convenance	Analyser l'effet d'une intervention infirmière basée sur l'éducation à l'autonomisation sur la fonction sexuelle postopératoire et la dépression pour les patientes ayant un cancer du col de l'utérus et étant en âge de procréer.	Intervention infirmière Éducation Autonomie Fonctions sexuelles postopératoires Dépression	Utilisation des questionnaires : <i>FSFI</i> , <i>SDS</i> , connaissances de la maladie, <i>ESCA</i> , <i>EORTCQLQ-C30</i> , satisfaction des soins infirmiers	Les données de mesures ont été comparées entre les deux groupes avec un test t pour échantillon indépendant. Les données d'énumération ont été comparées entre les deux groupes avec un chi-carré. Les différentes valeurs d'un même groupe ont été comparées avec une ANOVA et un test F.	Pas de différence significative entre les deux groupes avant l'intervention $p > 0,05$ .  Les scores du <i>SDS</i> pour le GI à 1 mois étaient ( $52,03 \pm 5,85$ ) et sont passés à ( $25,31 \pm 2,38$ ) à 6 mois. Les scores du GC pour le <i>SDS</i> à 1 mois étaient ( $57,87 \pm 5,27$ ) et sont passés à ( $29,05 \pm 2,49$ ) à 6 mois. Pour chaque temps de mesure, les scores du <i>SDS</i> du GI étaient significativement plus bas que ceux du GC.
Niveau de preuve II	Diagnostics correspondant au cancer du col de l'utérus. Âge entre 20 et 48 ans. Patientes mariées avec un partenaire ne présentant aucune anomalie ou maladie liée à la fertilité. Patientes qui ont pu subir un traitement chirurgical. Patientes qui ont pu terminer l'étude de suivi postopératoire à six mois.	<b>Question(s) de recherche</b> Pas mentionnée par les auteurs  <b>Hypothèse(s)</b> Pas mentionnée par les auteurs	Cancer du col de l'utérus Âge de procréer	<b>Éthique</b> Les participantes ont signé un consentement libre et éclairé. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de <i>West China Second University Hospital, Sichuan University</i> .	Les données d'énumération ont été comparées entre les deux groupes avec un chi-carré. Les différentes valeurs d'un même groupe ont été comparées avec une ANOVA et un test F.	<b>Conclusions</b> Cette intervention pour les patientes en âge de procréer ayant un cancer du col de l'utérus réduit le déclin post-opératoire de la fonction sexuelle et accélère l'amélioration de la dépression, de la prise de conscience et des capacités d'auto-prise en charge. Il en résulte une amélioration de la qualité de vie et une plus grande satisfaction des soins infirmiers.
Paradigme Post-positivisme	<b>Critère(s) d'inclusion</b> Diagnostics correspondant au cancer du col de l'utérus. Âge entre 20 et 48 ans. Patientes mariées avec un partenaire ne présentant aucune anomalie ou maladie liée à la fertilité. Patientes qui ont pu subir un traitement chirurgical. Patientes qui ont pu terminer l'étude de suivi postopératoire à six mois.  <b>Critère(s) d'exclusion</b> Troubles cognitifs susceptibles d'influencer l'évaluation dans le cadre de l'étude. Manifestations spécifiques de dysfonctionnements sexuels ou psycho-sexuels avant le recrutement. Patientes n'ayant pas d'indications chirurgicales mais un autre traitement tel que radiothérapie ou chimiothérapie. Sévères maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires impactant leur vie sexuelle. Incapacité de finir le suivi.	<b>Variables</b> VI = intervention infirmière sur l'éducation à l'autonomisation VD = fonctions sexuelles, dépression, connaissance de la maladie, capacité d'autosoins, qualité de vie, satisfaction des soins			La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme étant significative.  <b>Logiciel</b> SPSS 22.0	<b>Limites de l'étude</b> Petite taille de l'échantillon, suivis postopératoires insuffisants

## Annexe III : Échelle d'évaluation de la dépression

### Beck Depression Inventory

## Questionnaire BDI

**Pour remplir ce questionnaire :** Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

<b>A</b>	Je ne me sens pas triste Je me sens cafardeux ou triste Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir Je suis si triste et sens cafardeux ou triste que je ne peux pas le supporter	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>B</b>	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au niveau de l'avenir J'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>C</b>	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>D</b>	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit Je suis mécontent de tout	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>E</b>	Je ne me sens pas coupable Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps Je me sens coupable Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>F</b>	Je ne suis pas déçu par moi-même Je suis déçu par moi-même Je me dégoûte moi-même Je me hais	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>G</b>	Je ne pense pas à me faire du mal Je pense que la mort me libèrerait J'ai des plans précis pour me suicider Si je le pouvais, je me tuerais	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>H</b>	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>I</b>	Je suis capable de me décider aussi facile que de coutume J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>J</b>	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'auparavant J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux J'ai l'impression d'être laid et repoussant	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>K</b>	Je travaille aussi facilement qu'avant Il me faut un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit Je suis incapable de faire le moindre travail	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>L</b>	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude Je suis fatigué plus facilement que d'habitude Faire quoi que ce soit me fatigue Je suis incapable de faire le moindre travail	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>
<b>M</b>	Mon appétit est toujours aussi bon Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant Je n'ai plus du tout d'appétit	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>

**TOTAL : 0**

(IEDM, 2023)

Beck Depression Inventory-II**BDI-II**

Total: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

**Instructions:** This questionnaire consists of 21 groups of statements. Please read each group of statements carefully, and then pick out the **one statement** in each group that best describes the way you have been feeling during the **past two weeks, including today**. Circle the number beside the statement you picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle the highest number for that group. Be sure that you do not choose more than one statement for any group, including item 16 (Changes in Sleeping Pattern) or Item 18 (Changes in Appetite).

<p><b>1. Sadness</b></p> <p>0 I do not feel sad.</p> <p>1 I feel sad much of the time.</p> <p>2 I am sad all the time.</p> <p>3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.</p> <p><b>2. Pessimism</b></p> <p>0 I am not discouraged about my future.</p> <p>1 I feel more discouraged about my future than I used to be.</p> <p>2 I do not expect things to work out for me.</p> <p>3 I feel my future is hopeless and will only get worse.</p> <p><b>3. Past Failure</b></p> <p>0 I do not feel like a failure.</p> <p>1 I have failed more than I should have.</p> <p>2 As I look back, I see a lot of failures.</p> <p>3 I feel I am a total failure as a person.</p> <p><b>4. Loss of Pleasure</b></p> <p>0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy.</p> <p>1 I don't enjoy things as much as I used to.</p> <p>2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy.</p> <p>3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy.</p> <p><b>5. Guilty Feelings</b></p> <p>0 I don't feel particularly guilty.</p> <p>1 I feel guilty over many things I have done or should have done.</p> <p>2 I feel quite guilty most of the time.</p> <p>3 I feel guilty all of the time.</p>	<p><b>6. Punishment Feelings</b></p> <p>0 I don't feel I am being punished.</p> <p>1 I feel I may be punished.</p> <p>2 I expect to be punished.</p> <p>3 I feel I am being punished.</p> <p><b>7. Self-Dislike</b></p> <p>0 I feel the same about myself as ever.</p> <p>1 I have lost confidence in myself.</p> <p>2 I am disappointed in myself.</p> <p>3 I dislike myself.</p> <p><b>8. Self-Criticalness</b></p> <p>0 I don't criticize or blame myself more than usual.</p> <p>1 I am more critical of myself than I used to be.</p> <p>2 I criticize myself for all of my faults.</p> <p>3 I blame myself for everything bad that happens.</p> <p><b>9. Suicidal Thoughts or Wishes</b></p> <p>0 I don't have any thoughts of killing myself.</p> <p>1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.</p> <p>2 I would like to kill myself.</p> <p>3 I would kill myself if I had the chance.</p> <p><b>10. Crying</b></p> <p>0 I don't cry anymore than I used to.</p> <p>1 I cry more than I used to.</p> <p>2 I cry over every little thing.</p> <p>3 I feel like crying, but I can't.</p>
--	--

\_\_\_\_\_ Subtotal Page 1

BDI-II Page 1  
(continued on next page)

ID: \_\_\_\_\_

<b>11. Agitation</b> 0 I am no more restless or wound up than usual. 1 I feel more restless or wound up than usual. 2 I am so restless or agitated that it's hard to stay still. 3 I am so restless or agitated that I have to keep moving or doing something.	<b>17. Irritability</b> 0 I am no more irritable than usual. 1 I am more irritable than usual. 2 I am much more irritable than usual. 3 I am irritable all the time.
<b>12. Loss of Interest</b> 0 I have not lost interest in other people or activities. 1 I am less interested in other people or things than before. 2 I have lost most of my interest in other people or things. 3 It's hard to get interested in anything.	<b>18. Changes in Appetite</b> 0 I have not experienced any change in my appetite. 1a My appetite is somewhat less than usual. 1b My appetite is somewhat greater than usual. 2a My appetite is much less than before. 2b My appetite is much greater than usual. 3a I have no appetite at all. 3b I crave food all the time.
<b>13. Indecisiveness</b> 0 I make decisions about as well as ever. 1 I find it more difficult to make decisions than usual. 2 I have much greater difficulty in making decisions than I used to. 3 I have trouble making any decisions.	<b>19. Concentration Difficulty</b> 0 I can concentrate as well as ever. 1 I can't concentrate as well as usual. 2 It's hard to keep my mind on anything for very long. 3 I find I can't concentrate on anything.
<b>14. Worthlessness</b> 0 I do not feel I am worthless. 1 I don't consider myself as worthwhile and useful as I used to. 2 I feel more worthless as compared to other people. 3 I feel utterly worthless.	<b>20. Tiredness or Fatigue</b> 0 I am no more tired or fatigued than usual. 1 I get more tired or fatigued more easily than usual. 2 I am too tired or fatigued to do a lot of the things I used to do. 3 I am too tired or fatigued to do most of the things I used to do.
<b>15. Loss of Energy</b> 0 I have as much energy as ever. 1 I have less energy than I used to have. 2 I don't have enough energy to do very much. 3 I don't have enough energy to do anything.	<b>21. Loss of Interest in Sex</b> 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex. 1 I am less interested in sex than I used to be. 2 I am much less interested in sex now. 3 I have lost interest in sex completely.
<b>16. Changes in Sleeping Pattern</b> 0 I have not experienced any change in my sleeping pattern. 1a I sleep somewhat more than usual. 1b I sleep somewhat less than usual. 2a I sleep a lot more than usual. 2b I sleep a lot less than usual. 3a I sleep most of the day. 3b I wake up 1-2 hours early and can't get back to sleep.	

\_\_\_\_\_ Subtotal Page 2

\_\_\_\_\_ Subtotal Page 1

\_\_\_\_\_ Total Score

BDI-II Page 2

(Bay Area OCD and Anxiety Center, s. d.)



*Hospital Anxiety and Depression Scale***Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale**

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

**4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

**5. Je me fais du souci**

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

**6. Je suis de bonne humeur**

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

(HAS, 2014)

## L'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton



Réseau douleur



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

Date :

Heure :

Nom – Prénom :

REPLI PAR : <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> FAMILLE <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> PATIENT AIDÉ PAR SOIGNANT	
TRACER SUR LES LIGNES CI-DESSOUS UNE BARRE VERTICALE (OU UNE CROIX) CORRESPONDANT LE MIEUX A CE QUE VOUS RESSENTEZ ACTUELLEMENT :	
Pas de douleur	_____ Douleur maximale
Pas de fatigue	_____ Fatigue maximale
Pas de nausée	_____ Nausées maximales
Pas de déprime	_____ Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____ Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____ Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____ Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____ Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____ Je me sens mal
Autres symptômes (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :	
_____ _____	

(HUG, 2021)

## **Annexe IV : Glossaire méthodologique**

Dans cette revue de la littérature, les termes se trouvant dans ce glossaire ont été mentionnés avec un astérisque (\*). Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Fortin et Gagnon (2022). Les termes provenant d'autres sources auront une référence individuelle.

**Analyse de la variance (ANOVA) :** Test statistique paramétrique qui consiste à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation au sein de chaque groupe (intragroupe) avec celle qui existe entre les groupes (intergroupe) (p. 459)

**Analyse de régression :** Procédure statistique qui examine la relation prédictive entre une variable dépendante et une variable indépendante (p. 459)

**Biais :** Toute influence qui intervient dans une relation valide entre des variables et pouvant conduire à une interprétation erronée des résultats d'une étude (p. 459)

**Biais d'attrition :** Il est dû à des différences entre les groupes initiaux et les groupes finaux, liées à des sorties d'essai ou des interruptions de traitement (Almont, s. d.)

**Biais de confusion :** Il est lié à un défaut de prise en compte d'un facteur dit « de confusion » (facteur externe, encore appelé tiers facteur) (Almont, s. d.)

**Biais de contamination :** Dans une régression linéaire, les effets de la variable testée sont contaminés par l'effet moyen des autres variables à l'étude. Un traitement des variables via une régression multiple limite ce biais (Goldsmith-Pinkham et al., 2022)

**Biais de sélection :** C'est une erreur systématique induite dans une étude à cause des méthodes adoptées pour choisir les participants à l'étude (Almont, s. d.)

**Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) :** Indice de la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesure (p. 460)

**Coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ ) :** Statistique servant à déterminer l'existence d'une relation linéaire entre deux variables continues (p. 460)

**Devis après seulement avec groupe témoin :** Devis soumis à des mesures prises auprès d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin à la suite de l'intervention seulement (p. 460)

**Devis avant-après avec groupe témoin :** Devis soumis à un contrôle rigoureux et comporte la prise de mesures auprès d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin avant et après l'intervention (p. 460)

**Devis avant-après avec groupe témoin non équivalent :** Devis quasi expérimental dans lequel des mesures sont prises auprès d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin non équivalent avant et après l'intervention (p. 460)

**Devis de recherche :** Plan d'ensemble qui précise les activités à accomplir ou les conditions particulières à appliquer dans la conduite de la question de recherche (p. 461)

**Devis quasi expérimental :** Devis qui ne correspond pas à toutes les exigences du devis expérimental, puisqu'il manque à ces devis soit la répartition aléatoire, soit les groupes de comparaison, soit les deux (p. 198)

**Écart type :** Mesure de dispersion symbolisée par  $\alpha$  ou  $s$  selon qu'elle a été évaluée à partir de l'ensemble d'une population ou à partir d'un échantillon (p. 461)

**Échantillon :** Sous-groupe d'une population choisi pour participer à une étude. Il est représentatif s'il rend compte de la diversité de la population au sein de laquelle il a été tiré et s'il en reproduit les principales caractéristiques (p. 461)

**Échantillonnage :** Processus par lequel une portion de la population est choisie pour représenter la population entière (p. 461)

**Échantillonnage de convenance ou accidentel :** Échantillonnage dans lequel les sujets sont choisis en fonction de leur disponibilité et de leur emplacement (p. 461)

**Échantillonnage non probabiliste :** Échantillons constitués sans que tous les éléments qui les composent soient obtenus par un processus aléatoire (p. 462)

**Essai clinique contrôlé randomisé :** Ce n'est pas un devis de recherche en particulier, mais bien l'application d'un devis expérimental à un problème de recherche clinique (p. 462)

**Étude pilote :** Enquête préliminaire menée auprès de quelques individus de la population cible ou de l'échantillon d'une enquête, en vue de tester et d'affiner les outils de l'enquête avant de réaliser la principale collecte de données auprès de l'ensemble de la population cible ou de l'échantillon complet (UNESCO, 2023)



**Groupe contrôle :** Groupe constitué de sujets ayant des caractéristiques semblables à celles des participants du groupe expérimental et qui fournit une base de comparaison pour interpréter les effets du traitement (p. 463)

**Groupe intervention ou expérimental :** Groupe de participants à la recherche bénéficiant d'une forme de traitement ou d'intervention, c'est-à-dire exposés à la variable indépendante (Coopération concept, 2020)

**Homogénéité de l'échantillon :** Similarité des caractéristiques individuelles des participants à une étude (p. 463)

**Moyenne :** Somme des valeurs des données, divisée par le nombre total de celles-ci (p. 464)

**Randomisation ou répartition aléatoire :** Procédure ou mode de distribution qui donne à chaque sujet une chance égale d'être assigné à un groupe ou à un autre (p. 466)

**Statistiques descriptives :** Statistiques utilisées pour caractériser la forme, la tendance centrale et la variabilité au sein d'un ensemble de données souvent dans le but de décrire les caractéristiques d'un échantillon ou d'une population (p. 467)

**Test de Kolmogorov-Smirnov :** Test qui compare la fonction de distribution cumulée observée d'une variable avec une distribution théorique spécifiée (International Business Machine Corporation, 2022a)

**Test de Wilcoxon :** Test non paramétrique servant à déterminer s'il existe une relation entre deux mesures corrélées de la même variable dans laquelle l'échelle de mesure est au moins ordinale (p. 467)

**Test d'homogénéité marginale :** C'est un test d'échantillons liés pour déterminer si les combinaisons de valeurs entre deux champs ordinaux appariées sont également probables. Le test d'homogénéité marginale est généralement utilisé dans les cas avec des mesures répétées (International Business Machine Corporation, 2022b)

**Test du khi-deux ( $X^2$ ) :** Statistique inférentielle non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques (p. 467)

**Test F** : C'est un terme générique pour tout test qui utilise la dispersion F. La plupart du temps, lorsque les individus parlent du test F, ce dont ils parlent réellement est le test F pour analyser deux différences (Data Science, 2020)

**Test t** : Test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations relativement à une variable aléatoire continue (p. 467)

**Test U de Mann-Withney** : Test non paramétrique utilisé pour comparer deux groupes indépendants ; il est analogue au test t pour échantillons indépendants (p. 467)

**Valeur p** : Indique la probabilité que le résultat observé ou un résultat encore plus extrême se produise si l'hypothèse nulle est vraie. La valeur p est utilisée pour décider si l'hypothèse nulle est rejetée ou conservée. Si la valeur p est inférieure au seuil de signification défini (souvent 5%) (donc  $p < 0,05$ ), l'hypothèse nulle est rejetée, sinon elle ne l'est pas (DATAtab, 2023)

**Validité** : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (p.468)

**Validité interne** : Degré selon lequel les changements survenus dans la variable dépendante sont le résultat de l'action de la variable indépendante (p. 568)

**Variable** : Expression quantitative d'un concept ou d'un construit (p.468)

**Variable catégorielle ou qualitative** : les valeurs ou les modalités représentent des catégories (p. 40)

**Variable continue** : Variable qui peut prendre théoriquement un nombre infini de valeurs le long d'un continuum à l'intérieur d'une étendue déterminée de valeurs (p. 468)

**Variable d'intervalle** : Variable similaire aux variables ordinales sauf que l'intervalle entre deux catégories a toujours la même valeur, la même signification (Yharrassarry, 2010)

**Variable ordinale** : Variable catégorielle dont il est possible d'établir un ordre de grandeur entre les catégories (p. 40)