

**Les rôles de l’infirmière dans l’accompagnement d’une
femme ayant reçu un diagnostic de cancer et ayant un
désir de procréer**

Travail de Bachelor

Diana Filipa MACHADO AZEVEDO

N° matricule : 21634118

Thien Thanh LY

N° matricule : 21633581

Directrice : Laura MASTROMAURO – Chargée de cours à la HEdS Genève
Membre du jury : Leila BELKHITER-MANFÉ – Infirmière spécialiste clinique en
oncologie et soins palliatifs chez Hirslanden Lausanne

Août, 2024

Filière Soins Infirmiers
Haute école de santé de Genève

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du la directrice du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle sont mentionnées dans le travail ».

Fait à Genève, le 4 août 2024

Diana Filipa MACHADO AZEVEDO

Thien Thanh LY

The image shows two handwritten signatures in black ink. The signature on the left is for Diana Filipa Machado Azevedo, written in a cursive style with a large 'D' and 'A'. The signature on the right is for Thien Thanh Ly, also in cursive, with a prominent 'T' and 'L'.

REMERCIEMENTS

Pour commencer, nous souhaitons chaleureusement remercier notre chère directrice de travail de Bachelor, Madame Laura Mastromauro. Par sa disponibilité, sa précieuse aide et ses conseils avisés, elle nous a permis de progresser continuellement tout au long de notre rédaction. Grâce à elle, nous avons pu rédiger un travail de qualité sur une thématique qui nous tenait à cœur.

Un grand merci à Madame Leila Belkhiter-Manfé, membre du jury, pour sa précieuse disponibilité, l'attention et l'expertise apportées à notre travail.

Nous tenons également à remercier nos proches, famille et amis, de nous avoir soutenus, encouragés, donnés la force et la motivation pour poursuivre ce travail et la formation d'infirmière jusqu'à son accomplissement.

RÉSUMÉ

Thème :

Ce travail se concentre sur l'accompagnement infirmier des femmes ayant reçu le diagnostic d'un cancer et souhaitant avoir un enfant.

Problématique :

Les infirmières¹ jouent un rôle crucial dans l'accompagnement des femmes en oncologie. Toutefois, bien que la survie soit la priorité, la notion de fertilité n'est pas toujours abordée, bien qu'elle soit impactée par le cancer et ses traitements. Il est nécessaire d'en discuter avec les femmes qui ont encore la possibilité d'avoir des enfants, mais plusieurs facteurs semblent entraver cette discussion.

Méthode :

La problématique de ce travail a été traitée par une recherche de la littérature et l'analyse approfondie de six articles scientifiques de devis qualitatif issus des bases de données PubMed et CINHALL.

Résultats :

De nombreux facteurs (temps, connaissances, etc.) freinent la discussion sur la fertilité entre le personnel médical, y compris les infirmières, et les patientes.

Discussion / Conclusion :

Les infirmières sont au cœur de la prise en soins des femmes diagnostiquées d'un cancer dans les aspects bio-psycho-socio-spirituel et jouent un rôle fondamental, dès l'annonce à la rémission, et jusqu'à la rémission ou le décès. La fertilité est un sujet souvent négligé par les patientes, lesquelles se focalisent sur leur survie, et par les soignantes en raison des obstacles comme l'incompréhension des rôles de l'équipe multidisciplinaire ou un manque de temps et de connaissances. Il est donc recommandé de remédier aux obstacles et aux préoccupations des patientes pour prodiguer des soins et un accompagnement de qualité.

Mots-clés : Femme – Cancer – Fertilité – Soins infirmiers – Rôle infirmier

Keywords : Woman – Neoplasms – Fertility – Nursing care – Nurse's role

¹ Dans le but de faciliter la lecture de ce travail, le terme féminin « infirmières » sera utilisé pour désigner à la fois les infirmiers et les infirmières.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
NCI	Institut National du Cancer
OMS	Organisation mondiale de la santé
PF	Préservation de la Fertilité
PMA	Procréation Médicalement Assistée

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICO(T).....	46
Tableau 2. Mots-clés et traductions.....	47
Tableau 3. Équation de recherche sur PubMed	48
Tableau 4. Équation de recherche sur CINHAL.....	49
Tableau 5. Critères d'éligibilité.....	49
Tableau 6. Tableau récapitulatif de la grille d'analyse COREQ	55
Tableau 7. Tableau de synthèse de l'article 1.....	57
Tableau 8. Tableau de synthèse de l'article 2.....	58
Tableau 9. Tableau de synthèse de l'article 3.....	59
Tableau 10. Tableau de synthèse de l'article 4	60
Tableau 11. Tableau de synthèse de l'article 5	61
Tableau 12. Tableau de synthèse de l'article 6	62
Tableau 13. Synoptique des thèmes relevées dans les 6 articles analysés.....	81
Tableau 14. Grille d'analyse COREQ pour l'article 1.....	114
Tableau 15. Grille d'analyse COREQ pour l'article 2.....	118
Tableau 16. Grille d'analyse COREQ pour l'article 3.....	121
Tableau 17. Grille d'analyse COREQ pour l'article 4.....	125
Tableau 18. Grille d'analyse COREQ pour l'article 5.....	129
Tableau 19. Grille d'analyse COREQ pour l'article 6.....	133

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	50
Figure 2. Pyramide de Polit & Beck (tiré de Polit & Beck, 2020).....	52

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Table des matières.....	7
Introduction.....	10
1. Problématique.....	11
1.1. Cancer.....	11
1.1.1. L'épidémiologie du cancer	11
1.2. Fertilité	12
1.2.1. Impact du cancer sur le désir de procréer de la femme	12
1.2.2. Perceptions des soignants.....	13
1.3. Question de recherche initiale.....	14
2. État des connaissances.....	15
2.1. Cancer.....	15
2.1.1 Épidémiologie du cancer chez les femmes	16
2.1.2. Causes du cancer	19
2.1.3. Conséquences du cancer	20
2.1.4. Les traitements du cancer	24
2.2. Fertilité	25
2.2.1. Impacts des traitements anticancéreux sur la fertilité.....	26
2.2.2. Impacts du cancer sur le désir de procréer de la femme	29
2.3. Méthodes de préservation de la fertilité	30
2.4. Impact du cancer sur le couple	31
2.4.1. L'annonce du diagnostic de cancer.....	33
2.4.2. La maladie du cancer et les thérapies anticancéreuses.....	34
2.4.3. La rémission de la maladie de cancer.....	34
2.5. Point de vue des soignants	35

2.5.1.	Recommandations pour les professionnels de la santé	36
2.6.	Rôle infirmier.....	37
3.	Ancrage disciplinaire.....	39
3.1.1	Métaconcepts.....	41
3.2.	Question de recherche finale	44
4.	Méthode	46
4.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	46
4.2.	Démarche de traduction	46
4.3.	Recherche documentaire sur les bases de données	48
4.4.	Diagramme de flux.....	50
6.	Résultats	51
6.1.	Présentation des articles retenus.....	51
6.2.	Niveau de preuve des articles retenus.....	52
6.3.	Grilles d'analyse des articles retenus	54
6.4.	Tableaux récapitulatifs des articles retenus.....	56
6.5.	Synthèse des résultats	63
7.	Discussion.....	81
7.1.	Les thématiques abordées dans la revue de littérature	81
7.2.	Analyse des thématiques clés.....	82
7.2.1.	Vécus et perceptions des professionnels de la santé	82
7.2.2.	Vécus et perceptions des patients	89
7.2.3.	Connaissances des professionnels de la santé.....	91
7.2.4.	Besoins des patients.....	93
7.3.	Recommandations.....	94
7.3.1.	Pratique	94
7.3.2.	Recherche	100
7.3.3.	Formation	101
8.	Conclusion	102
8.1.	Apports du travail.....	103
8.2.	Limites du travail.....	104
9.	Références.....	105
10.	Annexes	114
10.1.	Analyse des articles retenus	114
10.1.1.	Grille d'analyse COREQ pour l'article 1	114

10.1.2.	Grille d'analyse COREQ pour l'article 2	118
10.1.3.	Grille d'analyse COREQ pour l'article 3	121
10.1.4.	Grille d'analyse CROEQ pour l'article 4	125
10.1.5.	Grille d'analyse CROEQ pour l'article 5	129
10.1.6.	Grille d'analyse CROEQ pour l'article 6	133

INTRODUCTION

Le sujet traité est l'accompagnement infirmier chez les femmes atteintes d'un cancer qui désirent agrandir leur famille et qui peuvent bénéficier de méthodes de préservation de la fertilité (PF).

Tout d'abord, les chapitres de la problématique et de l'état des connaissances de ce travail développent les sujets clés, tels que le cancer, la fertilité, les méthodes de PF, les impacts du cancer sur le couple, le point de vue des soignants et le rôle infirmier.

Ensuite, la théorie de la transition de Meleis (2010) sera explicitée et argumentée et mise en lien avec cet approfondissement du sujet.

Après cela, la méthodologie démontrera comment les articles retenus ont été trouvés et choisis.

Puis, les résultats des six articles retenus seront analysés par des grilles spécifiques au devis d'étude dans le but d'évaluer la qualité de la structure et des contenus de l'article. Une synthèse de tous les articles sera également présentée.

Par la suite, une discussion exposera les liens entre les articles et l'ancrage disciplinaire choisi et développé auparavant pour répondre à la question de recherche. Elle comprendra également les recommandations pour la pratique, la recherche et la formation des professionnels.

Pour finir, une conclusion accompagnée des apports du travail et de ses limites sera présente pour clôturer le travail.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Cancer

Le cancer est un terme qui englobe un large groupe de maladies pouvant affecter divers organes et tissus du corps humain. Il est caractérisé par la formation de tumeurs malignes, qui résulte de la prolifération anormale des cellules. Ces cellules peuvent atteindre les tissus adjacents et se propager à d'autres parties du corps. Ce processus est nommé métastase (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022).

1.1.1. L'épidémiologie du cancer

En 2022, l'incidence mondiale pour tous les cancers représente 9,6 millions de femmes chaque année. La prévalence est de 25 millions de femmes sur 5 ans dans le monde, avec une mortalité atteignant presque la moitié de l'incidence, soit 4,4 millions de femmes qui décèdent à cause d'un cancer. La survie est estimée à 52% de chances de survivre à une maladie cancéreuse (Ferlay et al., 2024).

Le cancer du sein détient le record d'incidence mondiale le plus élevé, avec 47,8 femmes sur 100'000 individus. Le cancer du poumon est le plus mortel avec 18 décès pour 100'000 sujets (Ferlay et al., 2024).

En Suisse, le classement des cancers en termes d'incidence, de prévalence, de mortalité et de survie est similaire à celui du reste du monde (Ligue suisse contre le cancer, 2023). D'après la Ligue suisse contre le cancer (2023), la Suisse se trouve en dessous de la moyenne mondiale avec 28'354 femmes diagnostiquées d'un cancer en 2020. Le cancer du sein touche 7'292 femmes, maintenant sa place de cancer le plus fréquent chez la population féminine.

L'incidence du cancer augmente progressivement selon l'âge des femmes. Le risque de développer un cancer augmente avec l'âge de la personne, c'est-à-dire que plus un individu est âgé, plus il est sujet à développer un cancer (*Cancer*

Over Time, 2024). En Suisse, le risque de développer un cancer avant l'âge de 75 ans est de 28% (Ferlay et al., 2024).

La Suisse enregistre 8'560 décès de femmes en 2020. En 2020, contrairement aux données mondiales, le cancer du sein a le taux de mortalité le plus élevé, avec 1'400 décès contre 1'300 pour le cancer du poumon, ayant un taux de mortalité de 7,9% pour les femmes de moins de 75 ans (Ferlay et al., 2024 ; Ligue suisse contre le cancer, 2023).

1.2. Fertilité

Une femme vivant avec un cancer peut connaître plusieurs conséquences physiques, psychiques et sociales à cause de la maladie et des traitements anticancéreux, notamment les troubles de la fertilité dus aux thérapies anticancéreuses. Ces conséquences peuvent survenir pendant la maladie, la thérapie, mais aussi pendant la rémission ou la guérison (Ligue contre le cancer, 2019).

D'après l'OMS (2020), la fertilité se définit par la capacité de concevoir un enfant à un moment souhaité, et les femmes en phase de rémission ou de guérison ont 40% de chances en moins d'avoir un enfant.

1.2.1. Impact du cancer sur le désir de procréer de la femme

Selon la Ligue contre le cancer (2021), la guérison est la priorité de la femme lorsqu'elle reçoit le diagnostic de cancer. Cependant, les jeunes femmes se posent des questions sur leur capacité à concevoir un enfant lorsqu'elles seront des survivantes. La fertilité devient alors une préoccupation importante pour la patiente.

Afin de préserver la fertilité de la femme, les patientes peuvent bénéficier de différentes méthodes de PF comme la cryoconservation d'ovocytes, la cryoconservation du tissu ovarien, la pilule contraceptive pour mettre les ovaires au repos et la transposition ovarienne (Ligue contre le cancer, 2021).

Néanmoins, moins de 50% des patientes n'ont pas eu recours à ces moyens de PF. Un grand nombre d'entre elles expriment leur insatisfaction, notamment en ce qui concerne l'information fournie par les professionnels de la santé (Lopez et al., 2019).

1.2.2. Perceptions des soignants

Il est fortement recommandé que les femmes auxquelles on diagnostique un cancer aient accès aux différentes méthodes de PF. Les infirmières en oncologie sont supposées en discuter avec les patientes, mais cela reste insuffisant, car moins de 10% d'entre elles ont abordé le sujet des méthodes de PF. Les raisons pour lesquelles cette thématique n'est pas abordée sont le manque de temps, les critères des patientes (patientes âgées de plus de 40 ans et/ou qui ont déjà des enfants), le taux de survie de la patiente et le manque de connaissances (Krouwel et al., 2016).

Le manque de connaissances est considéré comme un frein engendrant le manque de discussion sur le sujet, car Krouwel et al. (2016) ont démontré que les infirmières expérimentées sont celles qui abordent plus fréquemment le sujet.

1.2.2.1. Recommandations pour les professionnels de la santé

Krouwel et al. (2016) recommandent de former les soignants qui prennent en charge les patientes nécessitant des méthodes de PF par une formation spécifique sur le sujet. Les soignants doivent veiller à ce que toutes les patientes aient eu une discussion sur les moyens de PF. D'ailleurs, la communication entre les soignants et les patientes, mais aussi les collaborations interdisciplinaires, doivent être des points à améliorer (Gonçalves et al., 2022).

1.3. Question de recherche initiale

En somme, le cancer, une pathologie touchant n'importe quel organe du corps, affecte diverses populations. Cette maladie peut entraîner de nombreuses conséquences, notamment une diminution de la fertilité chez la femme à cause des traitements anticancéreux. Il a été observé que les jeunes femmes accordent de l'importance à leur capacité de procréer après l'annonce du diagnostic de cancer.

Pour préserver leur fertilité face aux traitements anticancéreux, les patientes peuvent bénéficier de quatre méthodes de PF avant le début de leur thérapie. Cependant, il a été démontré que de nombreuses femmes n'abordent pas du tout le sujet de PF avec les professionnels de la santé, laissant ainsi leurs besoins en matière de fertilité insatisfaits.

Les interventions infirmières font défaut, suscitant des interrogations quant à leur responsabilité dans ce domaine. Des connaissances spécifiques autour des PF, du temps dédié à cet accompagnement, une bonne communication entre la patiente et les soignants ainsi qu'une collaboration pluridisciplinaire semblent nécessaires. Toutefois, les mesures concrètes pour remédier et améliorer ces lacunes, ainsi que la formation spécifique pour les soignants en matière de PF, ne sont pas clairement définies ni argumentées.

Ainsi, la question de recherche initiale découlant de ces constats est la suivante :
Quels sont les rôles de l'infirmière dans l'accompagnement d'une femme ayant reçu un diagnostic de cancer et exprimant le désir de procréer ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre vise à apporter des notions concernant les thèmes pertinents à la compréhension de ce travail. Les sujets abordés incluent :

- Le cancer : l'épidémiologie, les causes, les conséquences et les traitements ;
- La fertilité : les impacts des traitements du cancer sur la fertilité, les impacts du cancer sur la volonté de la femme à concevoir un enfant ;
- Les méthodes de PF ;
- L'impact du cancer sur le couple : l'annonce du diagnostic, la maladie et les thérapies anticancéreuses, la rémission ;
- Des recommandations pour les professionnels de la santé ;
- Le rôle infirmier.

2.1. Cancer

Le cancer, également appelé tumeur maligne ou néoplasme, est une maladie complexe et chronique caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules anormales, appelées cellules cancéreuses, qui ont la capacité de se propager de manière anormale (OMS, 2022).

Les cellules ont perdu leur capacité normale de régulation, ce qui permet à celles-ci de se multiplier de manière continue, d'envahir les tissus adjacents, de migrer vers des parties distantes de l'organisme et de favoriser la croissance de nouveaux vaisseaux sanguins à partir desquels les cellules tirent les nutriments. Ce processus est appelé métastase (OMS, 2022).

Cette maladie peut affecter n'importe quel organe ou tissu du corps humain (OMS, 2022).

Tous les types de tumeurs ne sont pas synonymes de cancer. En effet, il existe aussi des tumeurs dites bénignes. Contrairement aux tumeurs malignes, celles-ci ont une croissance cellulaire anormale lente, elle ne se développent ni dans

d'autres parties du corps ni n'envahissent les tissus environnants. De plus, si une tumeur bénigne est retirée, les chances qu'elle réapparaisse sont minimales (Ligue suisse contre le cancer, 2023).

Il existe différents types de cancers, classifiés en fonction du tissu dans lequel ils se développent :

- **Carcinomes** : Les carcinomes sont des cellules cancéreuses se développant dans l'épithélium, soit les tissus de revêtement internes des organes ou externes comme l'épiderme (Institut national du cancer [NCI], 2021).
- **Sarcomes** : Les sarcomes représentent des cellules cancéreuses se développant dans les tissus de soutien, tels que les os, la graisse et les muscles. Selon l'endroit où le cancer se développe, la terminologie médicale varie. Par exemple, l'ostéosarcome désigne le cancer des os, le liposarcome concerne le tissu adipeux et le rhabdomyome sarcome affecte le muscle strié (NCI, 2021).
- **Cancers hématopoïétiques (leucémies) / hématologiques (lymphomes)** : Les cancers hématopoïétiques (leucémies) / hématologiques (lymphomes) se développent dans la moelle osseuse, lieu où les cellules sanguines sont fabriquées (NCI, 2021).

2.1.1 Épidémiologie du cancer chez les femmes

2.1.1.1. Dans le monde

En 2022, l'incidence mondiale de l'ensemble des cancers chez les femmes est estimée à 9,6 millions de cas. De plus, la prévalence, représentant le nombre total de nouveaux et anciens cas de cancer, atteint 25 millions de femmes en moyenne sur une période de 5 ans (Ferlay et al., 2024).

La mortalité mondiale en 2020, due à tous types de cancers chez les femmes, s'élève à 4,4 millions de décès chaque année. Par conséquent, le taux de survie mondial chez les femmes est inférieur à celui de la Suisse, avec des chances de

survie estimées à 52% cinq ans après le diagnostic de cancer (Ferlay et al., 2024).

En 2020, les pays présentant les taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) les plus élevés sont l'Australie et la Nouvelle-Zélande, occupant la première position avec 405,2 cas pour 100'000 personnes. En deuxième position, les pays de l'Amérique du Nord avec 332,5 cas pour 100'000 personnes, suivi par les pays d'Europe en troisième position avec des taux compris entre 220,9 et 294,3 cas pour 100'000 personnes (Ferlay et al., 2024).

La Polynésie détient le taux de mortalité le plus élevée au niveau mondial en 2020, avec 127 décès pour 100'000 personnes, tandis que l'Europe centrale se classe en quatrième position, enregistrant 118,9 décès pour 100'000 personnes (Ferlay et al., 2024).

Concernant les types de cancer chez les femmes au niveau mondial en 2020, le cancer du sein occupe la première place en termes d'incidence avec 47,8 cas pour 100'000 personnes. En deuxième position, on trouve le cancer colorectal avec 16,2 cas pour 100'000 personnes, suivi du cancer du poumon en troisième position avec 14,6 cas pour 100'000 personnes (Ferlay et al., 2024).

En ce qui concerne la mortalité, le cancer le plus meurtrier chez les femmes au niveau mondial est celui du poumon, avec 18 décès pour 100'000 personnes, suivi du cancer du sein avec 13,6 décès pour 100'000 personnes (Ferlay et al., 2024).

2.1.1.2. En Suisse

En Suisse, en 2020, 28'354 femmes de tous âges ont reçu un diagnostic de cancer, comparé à 32'129 cas chez les hommes. Le cancer le plus répandu chez les femmes est celui du sein, représentant 25,7 % de cas, soit 7'292 cas sur les 28'354 femmes diagnostiquées. En deuxième position, on retrouve le cancer colorectal avec 2'092 cas, suivi en troisième position par le cancer du poumon avec 2'015 cas. À titre comparatif, il est à noter que l'ordre d'incidence des

cancers en Suisse est similaire à celui au niveau mondial (Ligue suisse contre le cancer, 2023).

En 2020, il a été constaté que l'incidence augmente progressivement avec l'âge chez les femmes. Une diminution de l'incidence de cancer durant la période de la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans est constatée, passant de 17,2 à 8,9 cas de cancer pour 100'000 personnes. Toutefois, cette incidence augmente de manière constante dès l'âge de 15 ans jusqu'à 85 ans et plus, atteignant de 8,9 cas de cancer à 1598,2 cas pour 100'000 personnes (*Cancer Over Time*, 2024). En Suisse, le risque pour les femmes de développer un cancer avant l'âge de 75 ans est de 28%. En 2020, la prévalence sur une période de 5 ans est estimée à 112'557 femmes (Ferlay et al., 2024).

En 2020, la mortalité due à un cancer de tout type est estimée à 8'560 femmes (Ferlay et al., 2024). Chaque année, ces femmes décèdent principalement du cancer du sein (1'400 décès) ou du cancer du poumon (1'300 décès) (Ligue suisse contre le cancer, 2023). De plus, le taux de mortalité est de 7,9% chez les femmes âgées de moins de 75 ans (Ferlay et al., 2024).

2.1.1.3. À Genève

Entre 2014 et 2018, dans le canton de Genève, l'incidence annuelle pour l'ensemble des cancers chez les femmes s'établit à 1'259 cas, tandis que la mortalité annuelle atteint 440 décès. Le taux de survie est de 72% chez les femmes 5 ans après l'annonce du diagnostic de cancer (Registre genevois des tumeurs, s.d.).

À titre comparatif, pour la même période et dans le même canton, l'incidence annuelle chez les hommes pour tous types de cancers est légèrement plus élevée, à 1'322 cas. De même, la mortalité annuelle chez les hommes genevois est de 477 décès. Cependant, le taux de survie est de 59% chez les hommes 5 ans après l'annonce du diagnostic de cancer, ce qui indique que les femmes ont une probabilité de survie plus élevée que les hommes (Registre genevois des tumeurs, s.d.).

Il est à noter qu'aucune donnée n'a été publiée concernant la prévalence à Genève au cours de cette même période pour tous les cancers.

2.1.2. Causes du cancer

Il existe plusieurs facteurs extrinsèques, liés à l'environnement, et intrinsèques, liés au fonctionnement de l'organisme, qui favorisent le développement des cellules cancéreuses (NCI, 2021).

Les facteurs de risques extrinsèques du cancer et certains également intrasèques, comprennent :

- Le tabac ;
- L'alcool ;
- Une alimentation non équilibrée, c'est-à-dire trop grasse, trop sucrée, des aliments trop transformés, industriels ;
- Le surpoids et l'obésité ;
- Certaines infections dues à des virus ou des bactéries comme le papillomavirus humain (HPV) ;
- Les rayons ultra-violet ;
- Les radiations ionisantes ;
- La sédentarité ;
- Les traitements hormonaux et certains traitements médicamenteux ;
- Un allaitement inférieur à 6 mois par enfant peut être un facteur de risque causant un cancer ;
- Les particules fines (NCI, 2021).

Quant aux facteurs de risques intrinsèques du cancer :

- L'âge. Un cancer peut survenir à tout âge. Toutefois, il a été constaté dans le chapitre évoquant l'épidémiologie que plus le sujet est âgé, plus les risques de développer un cancer augmentent (NCI, 2021).
- L'hérédité. À la naissance, des mutations dans les gènes ou des mutations héréditaires par les parents peuvent être présentes dans les cellules de

certaines personnes. Il y a un risque de 50% que les parents transmettent leurs gènes pathologiques à leurs enfants. Les principales mutations héréditaires sont les gènes BRCA1 et BRCA2 (NCI, 2021), qui ont comme rôle de réparer l'ADN afin de protéger l'organisme contre le cancer (Gorodetska et al., 2019). Toutefois, lorsque ces gènes présentent une anomalie, le risque de développer un cancer du sein ou des ovaires chez la femme augmente alors à 80% (Labidi-Galy et al., 2023).

2.1.3. Conséquences du cancer

Lorsqu'un individu, homme ou femme, vit ou a vécu avec un cancer, plusieurs conséquences et séquelles physiques, psychiques ou sociales dues à la maladie et aux traitements contre le cancer peuvent survenir. Elles se manifestent pendant la maladie et le traitement, mais peuvent également survenir après le traitement, que ce soit des mois ou des décennies plus tard (Ligue contre le cancer, 2019).

Plus précisément, les conséquences et séquelles **somatiques** et **psychiques** sont :

- Des troubles cardiaques :
 - Une cardiomyopathie et insuffisance cardiaque congestive ;
 - La myocardite ;
 - La maladie coronarienne ;
 - L'arythmie ;
 - Des dommages au niveau des valves cardiaques ;
 - Une péricardite et une fibrose péricardique (American Cancer Society, 2024).
- Des troubles pulmonaires :
 - Fibrose pulmonaire ;
 - Inflammation et infection (bronchite, bronchiectasie, pneumonie) ;
 - Maladie pulmonaire restrictive / obstructive ;
 - Syndrome de détresse respiratoire aiguë (Canadian Cancer Society, 2024).

- Des troubles rénaux :
 - Dysfonctionnement rénal ;
 - Hypertension artérielle ;
 - Maladie rénale chronique ;
 - Insuffisance rénale (Canadian Cancer Society, 2024).
- Des problèmes dermatologiques :
 - L'hyperpigmentation ;
 - Des éruptions cutanées ;
 - Des érythèmes ;
 - Le syndrome main-pied, qui se caractérise par des rougeurs, des gonflements, une sécheresse et des cloques au niveau de la peau des paumes des mains et des plantes des pieds ;
 - Des réactions allergiques ;
 - Des troubles au niveau des ongles, comme un décollement, des stries et des ondulations (Roche, 2024).
- Des problèmes bucco-dentaires :
 - Plaies buccales et des ulcères (mucosite buccale) ;
 - Salive épaisse ou une bouche sèche (xérostomie) ;
 - Caries dentaires ;
 - Infections buccales provoquant des changements de goût et une mauvaise haleine ;
 - Saignement des gencives ;
 - Changements de goût ;
 - Difficulté à avaler (dysphagie) ou à ouvrir complètement la bouche (trismus) (Cancer Council, 2020).
- Des neuropathies :
 - Changements cognitifs tels que des troubles de la mémoire, de la concentration ou dans le traitement de l'information ;
 - Neuropathie périphérique provoquant des picotements, engourdissement ou douleur dans les bras et les jambes ;
 - Fatigue physique et mentale (Thurrott, 2024).
- Des œdèmes lymphatiques ;
- Des troubles de la fertilité ;

- Des troubles sexuels comme la sécheresse vaginale, les dyspareunies, la diminution de la libido et les troubles psychosexuels ;
- Des troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatisme ;
- Une diminution de l'estime de soi et de l'image corporelle ;
- Des douleurs intenses ;
- Des modifications chroniques de la fonction urinaire comme l'incontinence, la diminution de la capacité mictionnelle et de la fréquence mictionnelle, la nycturie, l'ulcère, l'hématurie et la fistule ;
- Des modifications chroniques de la fonction digestive tels que les troubles de la déglutition, le dysfonctionnement de la voix, l'alimentation par sonde gastrique, le trismus, les nausées, la perte de poids, la diarrhée, l'incontinence fécale, les flatulences, les saignements, les hernies, les adhérences, les sténoses, les douleurs et la fistule ;
- Des troubles hormonaux comme les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil, la sécheresse vaginale et la ménopause précoce ;
- Des troubles de la fonction endocrine tels que le dysfonctionnement hormonal, le dysfonctionnement thyroïdien, le déficit en androgènes, le syndrome métabolique, le déficit en hormone de croissance et une insuffisance ovarienne ;
- Le risque de développer un deuxième cancer ;
- Le risque de développer des pathologies à long terme comme de troubles endocriniens, l'ostéoporose et des cardiopathologies surtout chez les jeunes adultes ;
- Le décès (Ligue contre le cancer, 2019).

Il existe également des conséquences **financières**. Les frais médicaux et non médicaux peuvent dépasser ce qu'une personne peut se permettre. De ce fait, ils peuvent causer une pression économique importante chez la personne atteinte de cancer. Dès lors, une détresse financière peut apparaître et refléter les problèmes qu'un patient a en lien avec le coût des soins médicaux (Financial Toxicity (Financial Distress) and Cancer Treatment – NCI, 2017).

Par conséquent, certaines personnes font le choix de ne pas recevoir les soins complets leur permettant de guérir du cancer afin de réduire les coûts, comme :

- Ne pas prendre correctement des traitements afin d'économiser de l'argent ;
- Manquer les rendez-vous médicaux ;
- Refuser les tests médicaux recommandés ;
- Refuser d'obtenir des soins psychologiques (American Cancer Society, 2024).

Les problèmes financiers peuvent également avoir un impact sur le mental et le physique de la personne. En effet, les personnes qui sont atteintes de cancer et qui sont confrontées à des difficultés économiques sont plus sujettes à :

- Avoir une basse qualité de vie en lien avec la santé, les symptômes et les douleurs ;
- Éprouver la dépression ou de l'anxiété ;
- S'inquiéter d'une récurrence ;
- Être insatisfait des activités sociales et des relations (American Cancer Society, 2024).

L'impact financier peut entraîner une dette et d'autres événements financiers nuisibles pour la personne atteinte de cancer :

- Incapacité de payer les factures, saisies / reprises de propriétés ;
- Inquiétude à payer certaines factures liées au cancer, endettement (American Cancer Society, 2024).

Afin de faire face à cette situation, les personnes prennent des mesures pour pouvoir payer les soins médicaux, tels que :

- Utilisation des économies ;
- Emprunt d'argent ;
- Réduction des activités de loisirs, de la consommation alimentaire, vestimentaire et de services publics ;
- Vente de biens ou s'installer dans des logements à moindre coût (Financial Toxicity (Financial Distress) and Cancer Treatment – NCI, 2017).

Le cancer peut aussi avoir un impact dans la vie **professionnelle**. Les effets secondaires des traitements peuvent affecter leur capacité de travail, entraînant des problèmes physiques, de la fatigue, des problèmes cognitifs ou de l'anxiété (Boelhouwer et al., 2021).

De ce fait, certaines personnes atteintes d'un cancer choisissent d'arrêter de travailler pendant les traitements contre le cancer, car les traitements peuvent les mener à une invalidité physique ou psychologique (American Cancer Society, 2024).

Cependant, un arrêt de travail peut entraîner un état de stress chez les personnes, car cela peut mener à des problèmes d'argent (Canadian Cancer Society).

Pour terminer, le cancer peut aussi affecter la **famille** et les **amis** et de la personne atteinte de cancer. Les proches peuvent ressentir plusieurs émotions telles que la peur ou la colère. Cependant, les proches peuvent être soit très solidaire, soit agir indifféremment envers la personne atteinte de cancer, car ils peuvent se sentir impuissants face à la situation. De ce fait, lors d'un cancer, le quotidien de tout le monde peut être modifié (*Coping – Changes for the Family* – NCI, 2014).

2.1.4. Les traitements du cancer

Les traitements du cancer revêtent une importance cruciale pour la survie des personnes. En effet, ils ont pour but de guérir, de réduire ou d'arrêter la progression d'un cancer, selon le stade de la maladie chez la personne atteinte. L'objectif thérapeutique est de guérir les personnes atteintes de cancer, dans le but qu'elles vivent à nouveau une vie normale. Cependant, si la guérison n'est pas envisageable, des thérapies sont employées afin de diminuer ou de ralentir la croissance du cancer, procurant ainsi aux personnes atteintes une période sans symptômes la plus prolongée possible (NCI, 2017).

Différents traitements et médicaments sont disponibles pour traiter toutes les formes de cancer, et de nouveaux traitements font l'objet d'études. Ces traitements se divisent en deux catégories : les traitements dits locaux et les traitements systémiques. Les traitements locaux, tels que la chirurgie ou la radiothérapie, sont utilisés pour traiter une tumeur dans une zone spécifique et localisée du corps. Tandis que les traitements médicamenteux, appelés systémiques, tels que la chimiothérapie, l'immunothérapie ou le traitement ciblé, agissent sur la tumeur, mais aussi sur l'ensemble du corps (American Cancer Society, 2024).

Ainsi, le choix thérapeutique dépend de plusieurs éléments, notamment le type et le stade du cancer, l'état de santé global et les préférences de la patiente (NCI, 2017). Une approche interdisciplinaire est nécessaire pour évaluer les bénéfices et les risques de chaque traitement contre le cancer, dans le but de déterminer le meilleur choix thérapeutique pour la patiente (Cancer Survivors, 2024).

2.2. Fertilité

Selon l'OMS (2020), « chaque être humain a le droit à la jouissance du plus haut niveau possible de santé physique et mentale. Les individus et les couples ont le droit de décider du nombre, du calendrier et de l'espacement de leurs enfants. L'infertilité peut nier la réalisation de ces droits humains essentiels ».

La fertilité est reconnue comme un droit pour l'Homme et elle est définie comme la capacité de concevoir un être humain à une période souhaitée. Cependant, cette capacité diminue naturellement avec l'âge, atteignant son point le plus bas chez les femmes plus âgées (OMS, 2020).

Les traitements contre le cancer peuvent diminuer cette fertilité, entraînant des dommages temporaires ou permanents chez la femme (Gaignard et al., 2018).

Il a été constaté une diminution de 40% de la fertilité chez les survivantes de cancer (Gaignard et al., 2018). Par conséquent, l'infertilité peut avoir un impact sur deux droits fondamentaux de l'être humain : le droit à la santé, incluant la

santé sexuelle et reproductive, ainsi que le droit de décider le nombre et l'espacement des enfants, ce qui peut impacter la santé biopsychosociale de la femme (OMS, 2020).

La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, mental et social complet (International Conference on Population and Development, 2014).

2.2.1. Impacts des traitements anticancéreux sur la fertilité

Les traitements médicamenteux ou chirurgicaux contre le cancer sont susceptibles d'influencer le processus de reproduction et la fertilité chez la femme, ce qui peut affecter la capacité à avoir des enfants. Cependant, le risque de devenir infertile dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge, le type de cancer, l'étendue de la chirurgie, le traitement thérapeutique choisi et la dose du médicament (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.1.1. Chirurgie

Une intervention chirurgicale est indiquée pour les cancers situés à proximité d'autres organes reproducteurs (ovaire, trompe de Fallope, utérus ou col de l'utérus), abdominaux ou pelviens (côlon, rectum, anus), ainsi que du système nerveux (cerveau, moelle épinière). Ces chirurgies peuvent avoir un effet sur la modification de l'anatomie et également sur la fertilité d'une femme (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

En particulier :

- **L'hystérectomie** : cette intervention chirurgicale vise à retirer l'utérus. L'utérus joue un rôle essentiel dans la croissance, le développement et la protection du fœtus pendant la grossesse (Société canadienne du cancer, 2024). Cette intervention chirurgicale est indiquée pour les cancers de l'utérus, du col de l'utérus et d'autres cancers affectant le système reproducteur (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

- **L'ovariectomie** : cette intervention chirurgicale vise à enlever les ovaires. Elle peut être réalisée en parallèle de l'hystérectomie. Les ovaires contiennent les ovules nécessaires à la conception, et ils jouent un rôle crucial dans la régulation des hormones impliquées dans le développement physiologique et anatomique, ainsi que dans la régulation de la reproduction chez la femme (NCI, 2021). L'ablation des ovaires rend la conception impossible, car la femme ne produira plus d'ovules (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).
- **La trachélectomie** : cette intervention chirurgicale vise à retirer le col de l'utérus, la partie inférieure de l'utérus. Elle peut être partielle (conservant l'utérus) ou totale (retirant tous les organes reproducteurs). Si la trachélectomie est partielle, la femme conserve une chance d'établir une grossesse (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).
- **La chirurgie pour les tumeurs de l'abdomen ou du bassin** : elle peut entraîner la formation des cicatrices autour des organes reproducteurs. Ces cicatrices peuvent entraver le processus de reproduction en bloquant les ovaires, les trompes de Fallope ou l'utérus, empêchant ainsi les ovules d'être fécondés et la femme de tomber enceinte (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.1.2. Radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayons à haute énergie dans le but de détruire les cellules cancéreuses. Cependant, ces rayonnements peuvent impacter la fertilité de la femme s'ils sont dirigés vers les organes reproducteurs (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

Les radiations dirigées autour des ovaires peuvent endommager leur fonction, même si elles ne sont pas dirigées directement vers ces organes. Les rayonnements peuvent être absorbés par les ovaires, entraînant des dommages et altérant leur fonctionnement (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

Ce mécanisme est similaire pour la radiothérapie au niveau de l'abdomen ou du pelvis. En effet, la quantité de radiations absorbées par les ovaires détermine le niveau de fertilité chez la femme. Par exemple, une dose élevée de radiation absorbée par les ovaires peut détruire les ovules qu'ils contiennent, causant l'infertilité ou une ménopause précoce. Toutefois, il est possible de préserver les ovules en déplaçant les ovaires hors de la zone cible des rayonnements lors d'une intervention chirurgicale préalable à la radiothérapie (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

L'irradiation de l'utérus provoque des cicatrices qui diminuent la flexibilité et le flux sanguin vers l'utérus, rendant cet organe incapable de s'étirer jusqu'à sa taille maximale pendant la grossesse. Par conséquent, les femmes ayant subi une radiothérapie de l'utérus ont plus de risques de faire des fausses couches, d'accoucher prématurément et que le bébé ait un faible poids à la naissance (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.1.3. Chimiothérapie

La chimiothérapie agit en ciblant et en détruisant les cellules du corps à division rapide. Par conséquent, les ovocytes sont souvent affectés par cette thérapie, car ils ont tendance à se diviser rapidement. Cependant, le rôle des ovocytes consiste à produire les hormones, comme l'œstrogène, nécessaires à la libération des ovules mensuellement, et à préparer l'utérus à une éventuelle grossesse. Ainsi, la diminution des ovocytes entraîne une perte de ces hormones, impactant la fertilité de la femme et pouvant parfois conduire à une ménopause précoce (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

Il est difficile de déterminer si une femme sera fertile après une chimiothérapie, car la fertilité dépend de plusieurs facteurs, notamment le stade de vie de la femme (avant ou après la puberté / ménopause), les antécédents menstruels, le niveau d'hormones et les doses du traitement (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

Des doses élevées de certains médicaments peuvent provoquer des modifications permanentes de la fertilité. De plus, les femmes sont plus exposées au risque d'infertilité permanente si elles sont traitées à la fois par la chimiothérapie et par la radiothérapie au niveau du ventre ou du bassin (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.1.4. Hormonothérapie

L'hormonothérapie est principalement utilisée pour traiter le cancer du sein ou d'autres types de cancer. Cette méthode peut avoir un impact sur la fertilité. En effet, certaines hormonothérapies peuvent bloquer ou supprimer les hormones, entraînant une ménopause précoce chez la femme et pouvant causer l'infertilité. Toutefois, les effets indésirables de l'hormonothérapie sur la fertilité de la femme peuvent être temporaires ou permanents selon le type et la durée du traitement (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.1.5. Thérapie ciblée et l'immunothérapie

La thérapie ciblée et l'immunothérapie visent à attaquer les cellules cancéreuses de manière différente des traitements de chimiothérapie traditionnels. À ce jour, il existe peu de données concernant leurs effets sur la fertilité chez la femme. Cependant, des informations sont disponibles sur certains médicaments utilisés dans ces thérapies et leur impact potentiel sur la fertilité féminine (American Cancer Society, 2020 ; Gaignard et al., 2018 ; Waimey et al., 2015).

2.2.2. Impacts du cancer sur le désir de procréer de la femme

Lorsqu'une femme apprend qu'elle a un cancer, son premier objectif est la guérison. Cependant, pour les jeunes femmes, la possibilité de fonder une famille après un cancer et toutes les thérapies devient une préoccupation tout aussi importante (Ligue contre le cancer, 2021).

Le désir de procréer chez la femme à la suite d'un cancer peut être un symbole d'un retour à la normalité pour cette dernière malgré les inquiétudes liées à la maladie. Ce désir peut être favorisé par la présence d'un partenaire et d'enfants.

Toutefois, les inquiétudes qui sont associées à l'incapacité de procréer à la suite du cancer peuvent entraîner des symptômes de dépression et d'anxiété (Ernst et al., 2020).

En effet, lors de l'annonce du diagnostic de cancer, environ 50% des femmes en âge de procréer ont le désir d'avoir des enfants. Bien que les patientes puissent bénéficier de méthodes de PF, moins de la moitié d'entre elles n'ont pas l'opportunité de profiter de ces techniques (Gaignard et al., 2018).

De plus, 65% des patientes expriment leur insatisfaction. Elles soulignent le besoin d'informations de la part des professionnels de la santé en oncologie concernant leur fertilité, leur pronostic, ainsi que les coûts financiers associés aux techniques de PF. Elles expriment également les difficultés à poser des questions par peur de faire perdre du temps aux soignants ou d'avoir des idées insensées (Lopez et al., 2019).

2.3. Méthodes de préservation de la fertilité

Pour les femmes, il existe quatre différentes techniques visant à préserver leur fertilité afin de procréer malgré le cancer et les thérapies anticancéreuses (Ligue contre le cancer, 2021).

La première méthode est la **cryoconservation d'ovocytes**. Elle consiste à prélever des ovocytes dans les ovaires, qui sont ensuite congelés qu'ils soient déjà fécondés ou non. Lorsque la personne atteinte de cancer souhaite une grossesse, elle peut le faire dans un centre de procréation médicalement assistée (PMA) (Ligue contre le cancer, 2021).

La deuxième technique est la **cryoconservation du tissu ovarien**. Il s'agit de la même méthode de congélation des ovocytes, mais cette fois avec un ovaire ou un fragment de celui-ci. Lorsque la femme est en rémission, ce tissu ovarien peut être réimplanté. Le recours à la PMA n'est pas obligatoire pour cette technique.

La troisième méthode est **médicamenteuse**. Un gynécologue prescrit une pilule contraceptive afin de mettre les ovaires au repos. Cela permet de les protéger des effets indésirables des traitements contre le cancer (Ligue contre le cancer, 2021).

La dernière technique est la **transposition ovarienne**. Elle est utilisée lorsque le traitement est la radiothérapie au niveau du bassin. Elle consiste à épargner temporairement les ovaires de l'irradiation en les déplaçant hors du champ de radiation (Ligue contre le cancer, 2021).

À titre d'exemple, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), les coûts de la cryoconservation d'ovocytes peuvent atteindre jusqu'à 5'100 CHF, représentant un budget conséquent (CHUV, 2021). Toutefois, en 2018, la Ligue suisse contre le cancer a demandé à la Commission fédérale des prestations générales et des principes pour que les techniques de PF soient prises en charge financièrement (Schipper, 2019). Ainsi, dès 2019, l'assurance-maladie couvre la totalité des frais de la cryoconservation chez les femmes de moins de 40 ans (Secrétariat général DFI & Office fédéral de la santé publique, 2019). Pour toutes les autres méthodes, les frais sont à la charge de la personne (Ligue contre le cancer, 2021).

2.4. Impact du cancer sur le couple

Un diagnostic de cancer s'accompagne de stress médical, social, émotionnel et existentiel pour la personne malade, qui peut même continuer après la fin du traitement et affecter la survie. Cela affecte non seulement la personne malade, mais également la vie de ses proches, en particulier les partenaires et les enfants (Zimmermann, 2022).

En ce qui concerne les couples, le processus depuis l'annonce du diagnostic de cancer jusqu'à la guérison ou rémission engendre des conséquences psychologiques pour les deux partenaires. Les stress émotionnels tels que la peur, l'impuissance et le désespoir, ou les changements d'humeur, réduisent la qualité de vie. Par conséquent, une détresse élevée et une faible satisfaction du

partenariat peuvent peser sur la relation, notamment en raison des changements de rôle, des charges supplémentaires, et des défis liés au traitement (Zimmermann, 2022).

D'après Zimmermann (2022), le partenaire est une ressource importante de soutien psychologique et physique pour la femme atteinte de cancer. Le soutien social du partenaire et de la famille constitue un facteur de guérison. Grâce à ce soutien, la personne atteinte de cancer sera plus apte à surmonter les défis liés au diagnostic d'un cancer, y compris les éventuelles conséquences psychologiques telles que la dépression, l'anxiété, ainsi que les impacts professionnels et financiers, ce qui lui permet de maintenir un mode de vie sain et une attitude positive durant cette transition. Par ailleurs, les partenaires ont des effets positifs sur le comportement de la santé et de la réadaptation des personnes atteintes de cancer. De plus, le partenaire offre un soutien psychologique, ce qui peut faciliter les décisions médicales tels que les choix thérapeutiques et la prise en soin. En effet, il est démontré que les femmes ayant un partenaire à leur côté ont une meilleure qualité de vie que celles qui étant célibataires.

Toutefois, le soutien du conjoint dépend de la réaction de ce dernier face à la maladie, de la dynamique du partenariat et de la qualité de vie. Les partenaires peuvent être une source de soutien, mais également de stress psychologique, car ils vivent la situation avec la personne malade (Zimmermann, 2022).

Les partenaires traversent des expériences psychosociales à travers la personne atteinte de cancer. En effet, les partenaires peuvent ressentir un sentiment d'impuissance, car ils se retrouvent dans une situation tendue, notamment entre les attentes de la personne malade, l'environnement social de cette dernière et les équipes soignants. Ces facteurs mentionnés peuvent influencer le soutien des partenaires envers la personne atteinte de cancer. De plus, il a été démontré que les partenaires impliqués dans les soins d'une personne atteinte de cancer présentent un risque élevé de développer une dépression, de l'anxiété, et d'aggraver leurs propres problèmes de santé. En conséquence, ils ont un risque

de mortalité plus élevé par rapport aux partenaires non soignants (Zimmermann, 2022).

Finalement, le cancer provoque des changements qui influencent la dynamique du couple, mais également vis-à-vis de la famille. Ainsi, le cancer modifie la vie quotidienne et la capacité de fonctionnement psychosocial de la personne atteinte de cancer (Zimmermann, 2022).

2.4.1. L'annonce du diagnostic de cancer

L'annonce du diagnostic d'une maladie cancéreuse engendre une notion d'incertitude avec une multitude de répercussions sociales, mais également un processus de deuil (NCI, s.d.). La phase de diagnostic arrive souvent de manière inattendue et soudaine pour la personne, provoquant différentes émotions impactant l'adaptation à la situation au fil du temps (Société canadienne du cancer, 2024).

Ainsi, lors de l'annonce du diagnostic de cancer, les couples se retrouvent dans un état de sidération, ce qui souligne l'impact émotionnel de cette révélation. De plus, cette annonce peut également générer une rupture temporelle, car les patientes et leur conjoint évoquent une transition brusque entre la santé et la maladie (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Le sentiment de perte et de peur face au risque de décès est autant ressenti chez la femme que chez le conjoint. Cependant, le conjoint peut ressentir ces émotions de façon plus intense que la personne malade (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

L'image corporelle de la femme atteinte de cancer peut perturber la dynamique relationnelle au sein du couple. En effet, le cancer et les effets secondaires des traitements oncologiques engendrent des modifications corporelles comme l'alopecie ou les plaies oncologiques. Par conséquent, le conjoint peut exprimer un sentiment de non-reconnaissance, d'étrangeté et « de honte » face aux

transformations que les traitements contre le cancer induisent sur le corps de la femme (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

2.4.2. La maladie du cancer et les thérapies anticancéreuses

La maladie du cancer et les traitements anticancéreux peuvent créer chez la femme un sentiment d'incapacité à réaliser toutes les activités de la vie quotidienne comme auparavant, ce qui devient une inquiétude et le centre de l'attention pour son partenaire. Par conséquent, le conjoint peut adopter une posture « paternelle » et « autoritaire » envers cette dernière, ce qui génère chez la femme un sentiment de perte d'autonomie, d'infantilisation, d'oppression, mais également une perte de rôle en tant qu'épouse. Cependant, cette attitude du conjoint peut laisser transparaître la fatigue de se sentir obligé de prendre soin, d'écouter, de protéger, de soutenir sa femme, mais également son vécu avec la maladie (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

2.4.3. La rémission de la maladie de cancer

La rémission se définit par l'absence de tout signe de cancer pendant 5 ans. Au-delà de cette temporalité, il s'agira de la notion de guérison. Cependant, ces phases peuvent être temporaires, car le risque de récurrence reste élevé (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Lorsque la patiente et son entourage apprennent qu'elle est en phase de rémission, ils traversent ensemble une nouvelle transition dans leur vie, celle du statut de malade à celui de la rémission. De plus, la femme effectue à nouveau un deuil entre le passage de la maladie et la rémission (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Cette étape peut être vécue par la patiente et son conjoint comme un abandon de la part des professionnels du milieu hospitalier, car ils ont l'impression de se retrouver seuls et perdus subitement, ce qui peut créer un sentiment de vide au sein du couple. L'annonce de la rémission vient à nouveau perturber l'identité

que la patiente s'est construite dans la maladie (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Par ailleurs, au sein du couple, la perception de la rémission reste bivalente, la femme n'est ni malade, ni guérie. De plus, le sentiment de liberté face à la maladie n'est pas encore acquis durant cette phase à cause de la notion de récurrence. En effet, certains compagnons expriment leurs inquiétudes au fil des années, car ils se sentent angoissés à l'idée de la récurrence (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

La maladie du cancer laisse des cicatrices permanentes sur le psychisme au sein du couple, ce qui rend difficile pour eux de tourner la page malgré l'envie de vivre pleinement. En effet, l'angoisse d'une récurrence et la peur d'affronter à nouveau le cancer restent constantes, ce qui peut être un frein à une transition saine (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

2.5. Point de vue des soignants

Il est essentiel que les femmes diagnostiquées avec un cancer aient accès aux méthodes de PF. Cependant, les médecins peuvent parfois ne pas aborder systématiquement ce sujet en raison d'un manque de temps, du pronostic de la patiente, de son âge, de son statut civil et maternel, de l'urgence du traitement, des aspects financiers, du taux de réussite ou d'un manque de connaissances sur la PF (Krouwel et al., 2016).

Dans ce contexte, les infirmières en oncologie peuvent jouer un rôle en abordant ce sujet. Cependant, seulement 9,8% des patientes de moins de 39 ans ont pu discuter de la PF avec elles. Les raisons principales, d'après ces infirmières, sont : un manque de connaissances, un pronostic défavorable et le manque de temps. De plus, les infirmières estiment qu'elles ont une part de responsabilité dans l'abordage de la PF. Toutefois, il convient de noter que ce sont surtout les infirmières expérimentées qui abordent majoritairement le sujet (Krouwel et al., 2016).

2.5.1. Recommandations pour les professionnels de la santé

Il est recommandé de suivre une formation spécifique concernant les PF, d'apporter une attention particulière à ce que les PF soient abordées avec les patientes (Krouwel et al., 2016).

Il est également nécessaire d'améliorer la communication entre les soignants en oncologie et les patientes (Gaignard et al., 2018).

La collaboration multidisciplinaire entre les soignants en oncologie et les spécialistes en fertilité est mise en évidence, car elle peut améliorer la qualité de vie des patientes par des interventions psychologiques et éducatives durant leurs prises en charge oncologique (Gonçalves et al., 2022).

Il est recommandé d'impliquer les conjoints dans la prise en soins oncologique, dans le but de maintenir une relation de couple satisfaisante, d'améliorer la communication et la gestion du stress. Il est recommandé d'impliquer les conjoints dans la prise en soins oncologiques afin d'une part de maintenir une relation de couple satisfaisante, d'autre part d'améliorer la communication et la gestion du stress. Cela permet de réduire le stress psychologique chez la personne atteinte de cancer et le partenaire. En effet, la communication entre les partenaires est essentielle, car cela permet aux deux personnes d'exprimer de manière appropriée leur stress et de percevoir les signaux de stress de l'autre, dans le but d'y réagir de façon convenable. De plus, les effets du cancer et des traitements impactant la fonction sexuelle doivent être pris en compte, car de nombreux couples éprouvent des difficultés sexuelles qui peuvent être causées par un traitement médicamenteux, un stress psychologique ou une dysmorphie corporelle (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Finalement, le cancer modifie la vie quotidienne du couple, mais également la capacité de fonctionnement psychosocial comme la dynamique relationnelle au sein du couple et de la famille, ce qui peut amener à de la peur, de la dépression, à un sentiment d'insuffisance et à un isolement social. De plus, la sexualité peut

être un sujet sensible et difficile à aborder au sein du couple, mais également de l'équipe soignante (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

2.6. Rôle infirmier

Les infirmières prodiguent des soins de manière autonome et en collaboration à toute personne, quel que soit son âge, qu'elle soit malade ou en bonne santé. Par la même occasion, les infirmières dispensent également des soins aux familles, aux groupes ainsi qu'aux collectivités (Organisation panaméricaine de la santé, s.d.).

La nature des soins qu'elles effectuent de manière autonome inclut la planification, la mise en place des soins curatifs, palliatifs, préventifs, psychosociaux, de réadaptations et de base. Par ailleurs, les infirmières prennent en considération les aspects physiques, mentaux et sociaux des personnes soignées en ce qui concerne leur santé, maladie, handicap et mort (Conseil international des infirmières, s.d.). Ainsi, d'après l'article R. 4311-3 du Code de la Santé Publique, les infirmières assurent la continuité de la vie d'une personne ou d'un groupe de personnes en subvenant partiellement ou complètement à leur autonomie. De ce fait, le rôle propre des infirmières a pour objectif de renforcer l'autonomie des patients en identifiant les besoins de l'individu afin d'établir un diagnostic infirmier et un objectif de soin, dans le but de mettre en œuvre des actions adaptées tout en les évaluant continuellement pour les ajuster. De plus, pour atteindre cet objectif, les infirmières peuvent collaborer avec divers professionnels de la santé et du social et s'appuyer sur les protocoles de soins infirmiers (Légifrance – Le service public de la diffusion du droit, s. d)

La Conférence des recteurs des Hautes écoles spécialisées suisses [KFH] définit sept compétences distinctes pour les soins infirmiers, qui sont les suivantes :

1. **Le rôle d'expert en soins infirmiers** : dans cette compétence, les infirmières mènent des activités propres à la profession et assurent le leadership au sein de la discipline et du système socio-sanitaire. Elles formulent des jugements cliniques afin de prendre des décisions adaptées (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).

2. **Le rôle de communicateur** : dans ce rôle, les infirmières favorisent les relations en établissant un niveau de confiance avec les personnes et en fournissant des informations pertinentes (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).
3. **Le rôle de collaborateur** : dans cette compétence, les infirmières contribuent activement à l'activité d'une équipe interprofessionnelle ou interdisciplinaire (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).
4. **Le rôle de manager** : dans ce rôle, les infirmières exercent leur leadership professionnel afin d'améliorer l'efficacité des organisations et de favoriser le développement de leur propre carrière professionnelle (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).
5. **Le rôle de promoteur de la santé** : dans cette compétence, les infirmières utilisent leur expertise afin de promouvoir la santé et le bien-être des personnes soignées, mais également des communautés (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).
6. **Le rôle d'apprenant et formateur** : dans ce rôle, les infirmières font preuve d'un engagement professionnel continu basé sur une pratique réflexive, mais également sur l'utilisation, la création et le partage de données probantes (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).
7. **Le rôle de professionnel** : dans cette compétence, les infirmières s'impliquent afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes soignées, ainsi que de la société, tout en respectant les principes éthiques et en prenant soin de leur propre bien-être (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).

Ces sept compétences spécifiques visent à assurer pour les professionnels de niveau bachelor en soins infirmiers une qualification fondamentale pour une pratique de qualité (Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf, s. d.).

3. ANCRAGE DISCIPLINAIRE

Afaf Meleis, née le 26 mai 1942, est une infirmière-chercheuse, professeure en sciences infirmières et sociologue médicale. Elle s'est inspirée de sa mère qui était infirmière dans son pays d'origine, l'Égypte (University of Pennsylvania School of Nursing, s. d.).

Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières en 1961 en Alexandrie. Par la suite, elle s'est installée aux États-Unis et a poursuivi ses études en obtenant un Master en sciences infirmières en 1964, un Master en sociologie en 1966 et un Doctorat en sociologie médicale en 1968 (University of Pennsylvania School of Nursing, s. d.).

Durant sa carrière, Meleis a occupé de nombreux postes prestigieux dans les domaines de la santé et des soins infirmiers comme doyenne et professeure dans plusieurs institutions aux États-Unis ainsi qu'à l'étranger (University of Pennsylvania School of Nursing, s. d.).

Meleis a principalement consacré ses recherches aux transitions de vie, plus particulièrement à l'impact de ces transitions sur la santé et le bien-être des individus. Elle a développé la théorie des transitions, une approche conceptuelle très utilisée dans les soins infirmiers (University of Pennsylvania School of Nursing, s. d.).

En dehors de ses recherches et de l'enseignement, Meleis a été présidente de la Société internationale de soins infirmiers transculturels et membre du conseil de l'OMS. Elle a été honorée et récompensée au fil de sa carrière pour ses contributions et son engagement auprès des domaines des soins infirmiers et de la santé (University of Pennsylvania School of Nursing, s. d.).

La théorie de la transition de Afaf Meleis est une approche théorique utilisée dans les soins infirmiers, visant à comprendre et accompagner de manière saine les changements tout au long de la vie des individus. Cette théorie est pertinente pour le sujet de ce travail, car lorsqu'une femme reçoit son diagnostic de cancer,

elle devra faire face à différentes transitions tout au long de cet événement de vie (Meleis, 2010).

Une transition se définit par un processus déclenché par un changement, caractérisé par le passage d'un état stable à un autre. Elle est considérée comme saine lorsque les individus peuvent gérer efficacement leurs réactions afin de surmonter les différents changements qu'elle entraîne. Cependant, en raison de sa durée prolongée, une transition peut entraîner des répercussions sur la santé et le bien-être de la personne (Meleis, 2010).

Le but de cette théorie est de décrire, expliquer et prédire les expériences traversées par la personne à travers quatre composantes principales :

1. Les modèles de réponses (les différentes manières dont les individus peuvent s'adapter aux changements) ;
2. Les interventions infirmières (conseils, soins, éducation, etc.) ;
3. La nature des transitions (physique, psychologique, sociale, économique ou environnementale, planifiées ou non planifiées, volontaires ou involontaires) ;
4. Les conditions des transitions (les circonstances qui entourent les transitions et qui peuvent influencer la manière dont elles sont vécues, ex. : le soutien social, les normes culturelles, les croyances individuelles, les contraintes environnementales, etc.) (Meleis, 2010).

En outre, la théorie de Meleis comprend les quatre types de transition suivants : la transition **développementale**, la transition **santé/maladie**, la transition **organisationnelle** et la transition **situationnelle** (Meleis, 2010).

Concernant la transition **développementale**, elle aborde les différentes étapes de la vie, comme le passage de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à l'âge adulte et de l'âge adulte au troisième âge. Ce type de transition n'est normalement pas vécu par la femme au moment du diagnostic, du traitement et de la guérison de son cancer, car il est plus souvent lié à son âge que directement au cancer (Meleis, 2010).

En ce qui concerne la transition **santé/maladie**, il s'agit d'un changement au niveau de l'état de santé de l'individu. La femme atteinte de cancer devra faire face à ce type de transition à partir du moment où elle reçoit son diagnostic de cancer, passant ainsi de personne en bonne santé à personne malade (Meleis, 2010).

Au sujet de la transition **organisationnelle**, elle fait référence à des changements au niveau social, politique ou économique, mais également à des changements structurels comme le changement de médecin traitant ou un changement de poste au travail (Meleis, 2010).

Enfin, la transition **situationnelle** concerne des changements dus à des circonstances particulières et des situations spécifiques, comme l'apparition d'une maladie, la perte d'un emploi, un divorce, le fait de devenir parents, un décès ou tout autre événement stressant. Au cours de ses transitions multiples, la femme malade devra redonner du sens à son vécu et construire une nouvelle identité, soulignant ainsi la pertinence de la théorie de la transition de Meleis (Meleis, 2010).

3.1.1. Métaconcepts

La théorie de la transition de Meleis repose sur quatre métaconcepts fondamentaux : la personne, le soin, la santé et l'environnement (Pépin et al., 2017).

3.1.1.1. La personne

Dans cette théorie, la personne est perçue comme un être bio-psycho-socio-spirituel vivant de nombreuses transitions tout au long de sa vie. Ces transitions auront un impact sur son identité, son rôle, ses relations sociales, ses capacités et ses comportements (Meleis, 2010 ; Pépin et al., 2010).

Concernant la population traitée dans ce travail, la femme diagnostiquée avec un cancer doit faire face à plusieurs transitions, comme le passage de personne en bonne santé à personne malade, devenir une femme infertile après le traitement, ou encore passer d'une vie professionnelle stable à celle d'une patiente nécessitant une prise en soins intensive qui nécessite de s'absenter souvent du travail, etc. (Meleis, 2010 ; Pépin et al., 2010).

La personne malade est également perçue comme vulnérable et comme n'ayant aucun contrôle sur ce qui lui arrive. Elle devra être actrice de sa propre situation en s'adaptant et en s'engageant à traverser ces événements de façon saine. Par exemple, une femme ne choisit pas d'avoir son cancer, mais elle devra vivre et traverser cet événement de sa vie quelles que soient les circonstances (Meleis et al., 2010 ; Pépin et al., 2010).

L'infirmière, qui interagira avec la patiente, devra prendre en considération ses croyances, son âge, sa culture, sa situation de vie et sa santé pour l'aider à donner du sens à son expérience (Meleis et al., 2010 ; Pépin et al., 2010).

La transition est considérée comme terminée lorsque la personne atteint une situation stable et saine, comme lorsque la patiente atteinte de cancer entre en rémission. À ce stade, elle aura acquis de nouvelles connaissances, compétences et comportements (Dallaire, 2008).

3.1.1.2. Le soin

La théorie de la transition s'inscrit dans le paradigme de l'interaction, mettant en avant une posture infirmière d'« agir avec ». Cette approche favorise l'interaction réciproque entre l'infirmière et la personne soignée, facilitant ainsi la définition des rôles de chacun, la co-construction d'interventions thérapeutiques significatives (Meleis, 2010).

Les infirmières sont en première ligne pour aider la patiente à vivre sa transition. Leur rôle consiste à accompagner et à soutenir la personne en prenant en considération les niveaux bio-psycho-socio-spirituel (Meleis, 2007). En décrivant,

expliquant et anticipant ces expériences, les infirmières sont les mieux positionnées pour évaluer les besoins psychosociaux de la patiente durant la transition et fournir les interventions infirmières adaptées (Meleis, 2010).

Finalement, le rôle de l'infirmier-ère est de faciliter le vécu de la transition afin d'amener la patiente à un état de bien-être ultime en l'aidant à s'adapter aux changements survenus. L'infirmière fournit du soutien au niveau psychologique, éducatif et clinique pour aider les patientes à traverser la transition, en clarifiant les traitements, leurs prises en soins, les explications concernant leur maladie, etc. L'infirmière est une ressource pour la patiente, mais aussi pour les proches (Meleis, 2010 ; Pépin et al., 2010).

3.1.1.3. La santé

D'après Meleis (2010), la santé est un concept holistique et multidimensionnel. Elle ne se limite pas à l'absence de maladie. En effet, un individu peut être en « mauvaise santé » même s'il ne présente aucune maladie, car la santé englobe le bien-être physique, mental et social, incluant des facteurs tels que le stress, la sédentarité, une alimentation malsaine ou autre.

Le métaconcept de la santé dans la théorie de Meleis aborde la façon dont les individus traversent les différentes transitions qui surviennent au cours de leur vie, et la manière dont ces transitions influent sur leur santé. La santé peut être à la fois la conséquence et la cause du changement chez la personne (Meleis, 2010).

Meleis (2010) préfère utiliser le terme de « transition saine » plutôt que celui de « santé ». Une transition est considérée comme saine lorsque la personne utilise des comportements, des connaissances et des compétences acquises au fur et à mesure du changement dans le but d'avoir une bonne maîtrise de sa transition et d'atteindre le bien-être et un état stable.

3.1.1.4. L'environnement

Selon Meleis (2010), l'environnement est constamment en interaction avec la personne au niveau social, culturel et psychologique.

La vulnérabilité est liée à l'expérience de la transition, à l'interaction et aux conditions environnementales qui peuvent influencer la transition saine de la personne. De ce fait, il est essentiel que la personne possède une maîtrise et des capacités essentielles pour développer des stratégies d'adaptation facilitantes, aboutissant à un état stable et sain (Meleis, 2010).

Le cancer affecte non seulement la personne malade, mais également la vie de ses proches. Par conséquent, les femmes atteintes de cancer peuvent être confrontées à des problèmes tels que la dépression, l'anxiété, mais également à des défis professionnels (perte d'emploi, diminution du taux d'activité, arrêt maladie), financiers (coûts des traitements et de la prise en charge médicale, diminution des revenus due à l'arrêt maladie ou à une diminution du temps de travail) et sociaux (isolement social du à la maladie, altération de la dynamique de couple due à la maladie), ce qui peut influencer leur transition vers un état de santé satisfaisant (Zimmermann, 2022).

3.2. Question de recherche finale

La maladie du cancer chez la femme entraîne des conséquences aux niveaux bio-psycho-socio-spirituel qui ont un impact significatif sur son bien-être. A travers ces expériences, elle traverse des transitions de nature santé/maladie, développementale, situationnelle et environnementale tout du long de sa prise en soin.

Lors de l'annonce du diagnostic du cancer, l'instinct primaire de survie prédomine chez la femme. Bien que les traitements oncologiques soient souvent efficaces pour faire face à la maladie, les effets secondaires de ces traitements génèrent des répercussions et des conséquences comme l'infertilité. La PF revêt une importance cruciale pour le bien-être de la femme, notamment si elle envisage la procréation dans le futur.

Selon la littérature parcourue, les infirmiers ont un rôle à jouer à ce niveau en particulier en informant la patiente sur les méthodes de la PF. Cependant, il a été constaté que les responsabilités et les interventions infirmières répondent de manière insuffisante dans la prise en soins en matière de PF chez la femme ayant reçu un diagnostic de cancer et manifestant un désir de procréer ou non. Ainsi, afin d'accompagner de manière pertinente cette population et de répondre au mieux à ses besoins, il paraît important de se questionner sur les rôles que les infirmiers incarnent ou envisagent d'assumer dans ces cas, et d'identifier les facteurs qui peuvent influencer ces rôles, tels que les leviers et les obstacles. Par conséquent, la question de recherche finale se formule comme suit :

« Quelles sont les interventions ou les rôles spécifiques des infirmières dans l'accompagnement d'une femme ayant reçu un diagnostic de cancer et exprimant le désir de procréer ? »

4. MÉTHODE

Ce chapitre vise à décrire la démarche méthodologique entreprise, étape par étape, afin de chercher et de trouver des réponses à la problématique de ce travail.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Dans un premier temps, la méthodologie PICO(T) a été utilisée. PICO(T) est un acronyme qui permet de formuler la question de recherche. Le P correspond à la population ciblée, le I se réfère à l'intervention de l'étude, le C correspond au contexte ou la comparaison, le O signifie outcome (résultat en français) et enfin le T se réfère à la temporalité.

Ensuite, la déconstruction de la question de recherche à l'aide de l'outil PICO(T) a permis d'identifier les concepts clés sur les bases de données. Le tableau 1 ci-dessous présente le PICO(T) adapté à la stratégie de recherche.

Tableau 1. PICO(T)

PICO(T)		
P	Population	Femme atteinte d'un cancer exprimant le désir de procréer
I	Intervention	Rôles et interventions infirmières visant à accompagner et soutenir les femmes atteintes de cancer dans leur désir de procréer
C	Contexte / comparaison	Oncologie
O	Outcome	Résultats des interventions ou des rôles spécifiques des infirmières dans l'accompagnement de ces femmes
T	Temporalité	Ø

4.2. Démarche de traduction

Ensuite, une recherche de mots clés et leurs traductions respectives a été entreprise. Le tableau 2 ci-dessous présente les mots-clés qui serviront à

élaborer les équations de recherche dans les différentes bases de données. La première colonne contient les mots-clés en français issus du PICO(T). Ces termes ont ensuite été traduits en anglais, sous forme de termes MeSH (Medical Subject Headings), à l'aide de HeTOP (site internet dédié aux terminologies médicales)². Ces termes MeSH permettent d'élaborer les équations de recherche sur PubMed. Les mots-clés ont également été recherché dans le thésaurus de termes clés de CINAHL, permettant ainsi la construction de l'équation de recherche sur cette base de données.

Les mots-clés français ont également été traduits en anglais (colonne nommée « Mots libres en anglais »), grâce à HeTOP dans le but d'élargir les résultats de recherche pour inclure les articles qui ne sont pas encore répertoriés dans les termes MeSH ou dans le thésaurus des bases de données choisies.

Tableau 2. Mots-clés et traductions

	Mots-clés en français	Termes MeSH	Termes Thésaurus CINAHL	Mots libres en anglais
P	Femme	Woman	Women	Woman Women
	Cancer	Neoplasms	Neoplasms	Neoplasm Neoplasms Cancer
	Fertilité	Fertility	Fertility	Fecundity Fecundability Fertility
I	Soins infirmiers	Nursing care	Nursing Care	Nursing Care Nursing Role Nurses
	Rôle infirmier	Nurse's role	Nursing Role	
	Infirmier	Nurse	Nurses	
Co	Oncologie	Medical oncology	Oncology	Medical oncology Oncology
	Hôpitaux	Hospitals	Hospitals	Hospital Hospitals

² <https://www.hetop.eu/hetop/>

4.3. Recherche documentaire sur les bases de données

Pour ce travail, les bases de données PubMed et CINAHL ont été consultées. PubMed (Public Medline) est une base de données spécialisée dans le domaine biomédical, tandis que CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), couvre les domaines des soins infirmiers, des soins paramédicaux et le domaine biomédical.

La recherche documentaire s'effectue à partir d'une équation de recherche. Cette équation permet de cibler et de trouver des articles répondant à la problématique de ce travail. Elle se construit en combinant les différents termes du tableau 2.

Pour finir, les démarches de recherche documentaire, les équations de recherche finales, les bases documentaires consultées, la date de la consultation, les filtres employés et les articles répertoriés sont illustrés dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3. Équation de recherche sur PubMed

Équation de recherche	Date de la recherche	Filtres utilisés	Résultats	Articles sélectionnés	Articles retenus
((Woman) OR (wom* ³ [Title/Abstract])) AND ((Neoplasms) OR (neoplas*[Title/Abstract])) AND ((Fertility) OR (fecund*[Title/Abstract])) AND ((Nursing care) OR (Nurse's role) OR (Nurse) OR (nurs*[Title/Abstract]))	13.02.24	∅	231	19	5

³ L'**astérisque** signifie une stratégie de recherche pour inclure tous les mots pluriels, singuliers, féminins ou masculins avec la même racine des mots.

Tableau 4. Équation de recherche sur CINHALL

Équation de recherche	Date de la recherche	Filtres utilisés	Résultats	Articles sélectionnés	Articles retenus
("Women") AND ("Cancer") OR ("Neoplasms") AND ("Fertility") AND ("Nursing Care") OR ("Nursing Role") OR ("Nurses")	13.02.24	∅	47	7	1

Ensuite, dans le but de sélectionner les articles les plus pertinents, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis et mentionnés dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Études qualitatives • Articles en français, anglais, vietnamiens et portugais • Femmes • Adultes 	<ul style="list-style-type: none"> • Études quantitatives • Revues systématiques • Enfants, adolescents et seniors • Hommes

4.4. Diagramme de flux

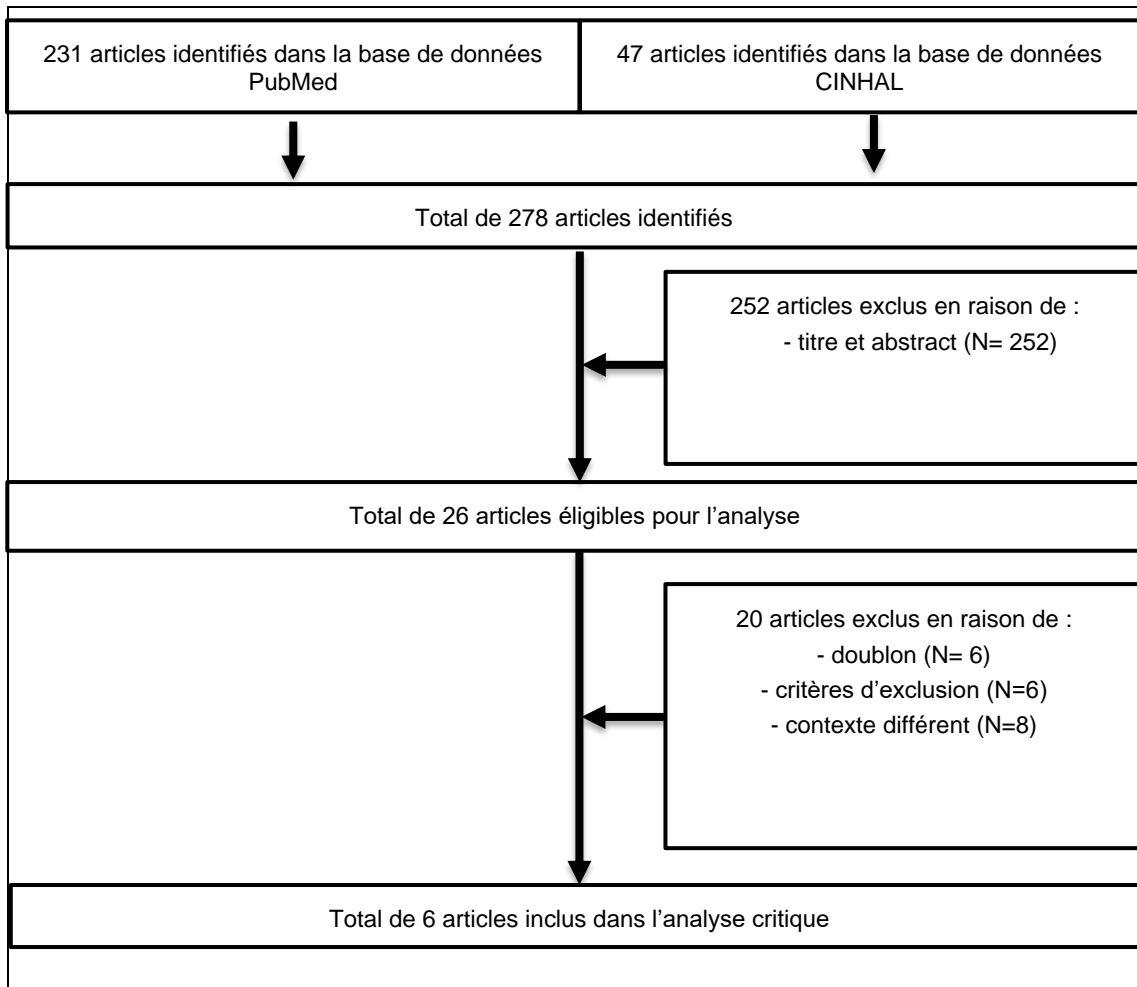


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

6. RÉSULTATS

6.1. Présentation des articles retenus

À la suite du processus d'identification des articles, un total de 6 articles a été retenu pour ce travail.

1. Wallace, A., Downs, E., Gates, P., Thomas, A., Yates, P., & Chan, R. J. (2015). Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment : A cancer nursing practice survey study. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(5), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.012>
2. Chan, R. J., Button, E., Thomas, A., Gates, P., & Yates, P. (2018). Nurses attitudes and practices towards provision of survivorship care for people with a haematological cancer on completion of treatment. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1401-1409. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3972-5>
3. Covelli, A., Facey, M., Kennedy, E., Brezden-Masley, C., Gupta, A. A., Greenblatt, E., & Baxter, N. N. (2019). Clinicians' Perspectives on Barriers to Discussing Infertility and Fertility Preservation With Young Women With Cancer. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14511>
4. Van den Berg, M., Baysal, Ö., Nelen, W. L. D. M., Braat, D. D. M., Beerendonk, C. C. M., & Hermens, R. P. M. G. (2019). Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 34(6), 1074-1082. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez062>

5. Brown, K., Armstrong, N., & Potdar, N. (2022). Fertility preservation decisions in young women with breast cancer : A qualitative study of health care professionals' views and experiences. *Human Fertility*, 25(5), 903-911. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1933219>
6. Huang, S. M., Kao, T. S., Lien, P. J., Hsieh, P. L., Chen, P. H. et Tseng, L. M. (2022). Oncofertility care : A qualitative study to understand personal perspectives and barriers in the multidisciplinary breast care team in Taiwan. *Women's health (Londres, Angleterre)*, 18, 17455057221078480. <https://doi.org/10.1177/17455057221078480>

6.2. Niveau de preuve des articles retenus

La pyramide de Polit & Beck (2017), représentée ci-dessous, permet de classer les études en fonction de leur niveau de preuve, c'est-à-dire la capacité de l'étude à fournir une réponse crédible à la question de recherche. Elle est organisée de manière hiérarchique : le sommet de la pyramide représente le niveau de preuve le plus élevé tandis que la base représente le niveau le moins élevé.

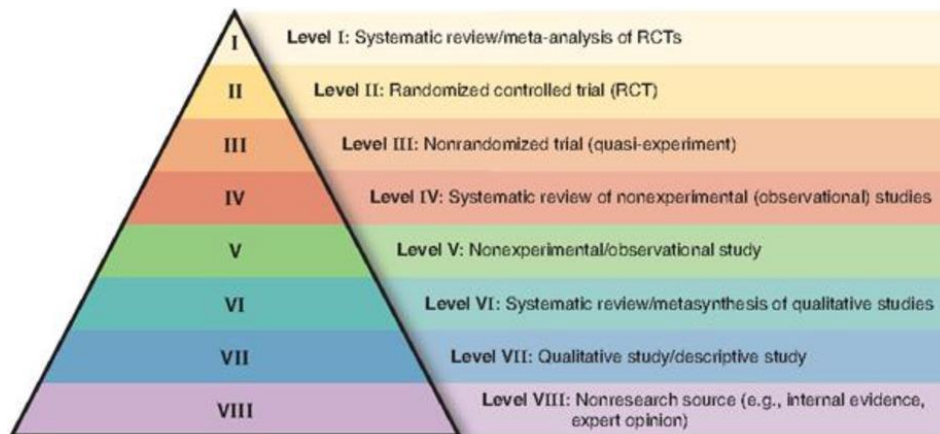


Figure 2. Pyramide de Polit & Beck (tiré de Polit & Beck, 2020)

Voici les niveaux de preuve classés et traduits, du plus crédible au moins crédible :

1. Revue systématique, méta-analyse d'essais randomisés contrôlés (RCT) ;

2. Essais randomisés contrôlés (RCT) ;
3. Essais non-randomisés (quasi-expérimental) ;
4. Revue systématique d'études non-expérimentales (observationnelles) ;
5. Étude non-expérimentale, étude observationnelle ;
6. Revue systématique / méta-synthèse d'études qualitatives ;
7. Étude qualitative / descriptive ;
8. Source non scientifique.

Pour ce travail, les six articles retenus sont des études qualitatives. Ils se trouvent alors au septième niveau de la pyramide (cf. figure 2).

Les objectifs des études qualitatives sont d'avoir une compréhension approfondie des expériences, des perceptions et des sentiments des participants, d'explorer des phénomènes sociaux ou comportementaux, de développer des programmes et des interventions (*Les objectifs d'une étude qualitative Vs une étude quantitative | People Vox, 2020*).

Les limites des études qualitatives sont :

- La taille des échantillons, qui peuvent être insuffisamment grands pour assurer des résultats fiables ;
- Le biais, c'est-à-dire que les réponses peuvent être influencées par des préjugés ou des représentations sociétales, portant préjudice aux véritables résultats ;
- Le temps, ces études ont besoin de plus de temps pour la collecte et l'analyse des données ;
- Des données subjectives, ce qui signifie que les réponses qualitatives sont parfois basées sur des perceptions individuelles, ce qui complique l'obtention de résultats précis et comparables ;
- L'analyse des réponses est complexe, les données qualitatives doivent être interprétées minutieusement pour éviter des erreurs dans la recherche (Creswell, 2014).

6.3. Grilles d'analyse des articles retenus

Les grilles d'analyse servent à analyser et évaluer les forces et les faiblesses des études. Pour ce travail, les grilles d'analyse utilisées sont la COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour les études qualitatives. Les grilles d'analyse des articles retenus se trouvent en annexe 9.1.

Un tableau récapitulatif a été construit afin de vérifier si toutes les caractéristiques recherchées par cette grille sont présentes ou si certains aspects qualitatifs sont absents ou non cités par les auteurs.

Tableau 6. Tableau récapitulatif de la grille d'analyse COREQ

Articles	Wallace, A. & al., 2015	Chan, R. J. & al., 2018	Covelli, A. & al., 2019	Van den Berg, M. & al., 2019	Brown, K. & al., 2022	Huang, S. M. & al., 2022
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion						
Caractéristiques personnelles						
Enquêteur / Animateur	516	1401	1	1074	903	1
Titres académiques	∅	∅	1	∅	∅	∅
Activité	516	1401	11	1074	903	1
Genre	516	1401	1	∅	903	∅
Expérience et formation	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Relations avec les participants						
Relation antérieure	∅	∅	2	∅	∅	∅
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	517	1402	2	1075	903	1
Caractéristiques de l'enquêteur	516	1402	2	1075	903	2
Domaine 2 : Conception de l'étude						
Cadre théorique						
Orientation méthodologique et théorie	517	1402	2	1075	903	2
Sélection des participants						
Échantillonnage	517	1402	2	1075	904	2-3
Prise de contact	517	1402	2	1075	904	3
Taille de l'échantillon	517	1403	3-4	1076	904	3
Non-participation	518	1403	∅	1076	905	∅
Contexte						
Cadre de la collecte de données	517	1402	3	1075	904	3
Présence de non-participants	518	1402	∅	∅	904	∅
Description de l'échantillon	518	1403	2	1075	904	2
Recueil des données						
Guide d'entretien	518	1403	2	1075	904	∅
Entretiens répétés	∅	1402	∅	∅	∅	∅
Enregistrement audio / Visuel	∅	∅	2-3	1076	904	3
Cahier de terrain	∅	∅	∅	∅	∅	3
Durée	518	1403	3	∅	904	3
Seuil de saturation	∅	∅	∅	1076	∅	3
Retour des retranscriptions	∅	∅	∅	1076	∅	3
Domaine 3 : Analyse des résultats						
Analyse des données						
Nombre de personnes codant les données	∅	∅	3	1076	∅	3
Description de l'arbre de codage	518	1403	3	1076	904	3
Détermination des thèmes	518	1403	3	1076	904	3
Logiciel	518	1403	3	1076	904	∅
Vérification par les participants	∅	∅	∅	∅	∅	3
Rédaction						
Citations présentées	∅	∅	6 – 8	∅	905	4 – 6
Cohérence des données et des résultats	518 – 521	1403 – 1407	3 – 9	1076 – 1081	905 – 907	3 – 7
Clarté des thèmes principaux	518 – 520	1403 – 1404	3 – 9	1076 – 1081	905 – 907	3 – 6
Clarté des thèmes secondaires	∅	∅	3 – 9	1076 – 1081	∅	3 – 7
Limites mentionnées par les auteurs	521	1407	10	1080 – 1081	908 – 909	7

Le tableau 6 ci-dessus présente les informations disponibles et manquantes dans les articles sélectionnés pour ce travail.

Tous les articles fournissent des informations sur les caractéristiques personnelles des chercheurs, comme leurs noms, leur genre et leur activité. Toutefois, aucun article ne mentionne l'expérience et la formation des auteurs.

Concernant la relation des chercheurs avec les participants, seulement un article mentionne la relation antérieure avec les participants. En revanche, toutes les recherches indiquent que les participants connaissent les chercheurs et leurs caractéristiques.

En ce qui concerne la conception de l'étude, la moitié des recherches ne mentionne pas la présence de non-participants. De plus, la plupart des articles manquent d'informations détaillées concernant la récolte des données.

Dans l'analyse des données, la moitié des articles mentionne le nombre de personne qui ont codé les données récoltées. En outre, dans une seule recherche, les participants ont pu vérifier les données.

Pour finir, dans la rédaction, trois articles ont cité les propos des participants et ont classé les résultats par thèmes principaux et secondaires. Tous les articles présentent des thèmes principaux et des limites dans la recherche.

6.4. Tableaux récapitulatifs des articles retenus

Les différentes études sélectionnées ont été résumées dans les différents tableaux ci-dessous. Ces tableaux décrivent le devis de l'étude, l'objectif de la recherche, la population étudiée, la méthode ou l'intervention employée, les résultats ainsi que des commentaires mentionnant les limites de l'étude et les recommandations proposées par les auteurs.

Ensuite, les articles ont été présentés de manière plus approfondie, en mettant en lumière les éléments apportant des réponses à la question de recherche.

Tableau 7. Tableau de synthèse de l'article 1

Auteurs, année, pays	Wallace, A., Downs, E., Gates, P., Thomas, A., Yates, P., & Chan, R. J. – 2015, Australie
Titre	<p>“Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment : A cancer nursing practice survey study”</p> <p>« Prestation de soins de survie aux patients atteints de malignité hématologiques à la fin du traitement : une étude d'enquête sur la pratique infirmière contre le cancer » (traduction libre de Wallace et al., 2015, p. 516)</p>
Devis	Étude qualitative. Enquête transversale prospective.
Objectif	<p>Identifier le point de vue des infirmiers-ères en soins du cancer aigu sur leurs attitudes, leurs niveaux de confiance (connaissances/compétences) et leur pratique en ce qui concerne les soins de survie post-traitement pour les patients atteints d'un cancer hématologique.</p> <p>Examiner le point de vue des infirmiers-ères sur les obstacles concernant leur prise en soins.</p>
Population	Un total de 119 infirmiers-ères s'occupant de patients atteints de cancer hématologique dans un centre de soins oncologique australien.
Méthode / intervention	<p>Un questionnaire réparti en 3 sections avec un total de 83 points.</p> <p>La 1^{ère} section était composée de caractéristiques de base minimales (âge, sexe, année d'expérience, etc.). La 2^{ème} et 3^{èmes} sections comprenaient un inventaire des pratiques de survie courantes et les obstacles influençant les soins de survie.</p>
Résultats	<p>73.4% des infirmiers-ères passent plus de 50% de leur temps de travail à s'occuper de patients atteints de cancer du sang en fournissant des soins cliniques directs dans des milieux hospitaliers. Les infirmiers-ères ont exprimé un manque de confiance (manque de connaissances, peur de communiquer des fausses informations) dans des domaines, tels que la discussion des problèmes de fertilité post-traitement et des questions financières.</p> <p>Attitude positive envers les interventions de soins, telles que la planification des rendez-vous de suivi chez des professionnels spécialisés en oncologie, pour les survivants, notamment dans les discussions concernant les contacts en cas de questionnements, les effets à long terme des traitements et les groupes de soutien.</p> <p>Les obstacles aux soins pour les survivants incluent le manque de matériel éducatif, le manque de temps, l'absence de consultation dédiée en fin de traitement et le manque de connaissances et de compétences.</p> <p>Aucun lien significatif n'a été trouvé entre l'expérience professionnelle des infirmiers-ères en oncologie, leur cadre de travail, leur niveau de qualification, leurs attitudes et pratiques en matière de soins pour les survivants. Cependant, les infirmiers-ères travaillant dans des milieux hospitaliers se sont révélées plus confiantes et estiment fournir plus souvent des soins pour les survivants que celles travaillant dans des milieux ambulatoires.</p>
Commentaires	<p>Conclusion : Il est important, selon les auteurs, de prendre en soin les patientes en oncologie de manière cohérente et qualitative, abordant ces questions pertinentes avec les patientes. Un modèle de soins doit être intégré dans chaque institution visant à éviter tous les obstacles rencontrés. Pour ce qui est des infirmiers-ères, elles doivent peaufiner leurs compétences et leurs connaissances en matière de soins de survie pour apporter des soins de meilleure qualité.</p> <p>Recommandations : il est nécessaire d'assurer des soins pertinents et de haute qualité aux patients atteints de tumeurs hématologiques.</p> <p>Au niveau institutionnel, il est nécessaire d'établir un modèle de soins approprié et réalisable, en éliminant les obstacles tels que le manque de ressources éducatives, de temps, de consultations dédiées en fin de traitement et de clarté sur le rôle des infirmiers-ères en oncologie. Au niveau professionnel, les infirmiers-ères doivent reconnaître l'importance des soins aux survivants et posséder les compétences et les connaissances nécessaires. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les perspectives des différents membres de l'équipe multidisciplinaire.</p> <p>Limites : étude pilote impliquant uniquement un centre d'oncologie, ce qui limite la généralisation des résultats à toutes les infirmiers-ères en oncologie. De plus, 6 participants n'ont pas répondu à l'entière de l'enquête, mais cela n'a pas eu un impact significatif sur les résultats.</p>

Tableau 8. Tableau de synthèse de l'article 2

Auteurs, année, pays	Chan, R. J., Button, E., Thomas, A., Gates, P., & Yates, P. – 2018, Australie
Titre	<p>“Nurses attitudes and practices towards provision of survivorship care for people with a haematological cancer on completion of treatment”</p> <p>« Attitudes et pratiques des infirmiers-ères à l'égard de la fourniture de soins de survie aux personnes atteintes d'un cancer hématologique à la fin du traitement » (traduction libre de Chan et al., 2018, p. 1401)</p>
Devis	Étude qualitative.
Objectif	Identifier les perceptions des infirmiers-ères australiens-nes spécialisés-ées en oncologie concernant leurs responsabilités professionnelles, ainsi que leur niveau de confiance et la fréquence à laquelle ils effectuent des soins de survie (interventions visant à aider les patients à survivre au cancer et à améliorer leur qualité de vie) aux patients atteints de cancer hématologique.
Population	310 infirmiers-ères en oncologie qui sont membres de deux organismes professionnels australiens : la Cancer Nurses Society of Australia (CNSA) et la Hematology Society of Australia and New Zealand (HSANZ) Nurses Group.
Méthode / intervention	<p>Une enquête transversale prospective a été menée. Une invitation à participer a été envoyée par courrier électronique aux membres de deux organismes professionnels australiens afin qu'ils puissent répondre au questionnaire.</p> <p>Les questionnaires étaient composés de 3 parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants (âge, sexe, années d'expérience en oncologie, etc.). 2. Description de 17 pratiques courantes de survie, définies par des interventions concernant les conséquences du cancer et de ses traitements, ainsi que par les surveillances concernant la récurrence du cancer et de la coordination des soins. Les participants ont évalué leurs responsabilités dans les soins, leur niveau de confiance et la fréquence à laquelle ils effectuaient ces soins de survie . 3. Liste de 12 obstacles qui diminuent la qualité des soins de survie aux patients et de 11 obstacles pour les membres de la famille. Les participants ont évalué leur impact sur leur prestation de soins et avaient la possibilité de donner des réponses libres afin d'identifier d'autres obstacles.
Résultats	<p>Les participants ont affirmé que l'ensemble des soins de survie relevait de leur rôle propre. Cependant, ils ont montré des niveaux de confiance plus faibles sur l'identification des signes de récurrence du cancer et la coordination des rendez-vous de suivi avec l'équipe soignante.</p> <p>Concernant les soins de survie, les éléments ayant reçu le score de confiance le plus bas étaient la discussion sur la fertilité, ainsi que les questions relatives au domaine professionnel et financier.</p> <p>Les éléments des soins de survie les moins pratiqués sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La discussion sur la fertilité ; • La communication avec l'équipe soignante ; • La discussion sur la sexualité.
Commentaires	<p>Conclusion : les infirmiers-ères considèrent les soins de survie comme partie intégrante de leur rôle. Cependant, certains sujets sont moins traités et maîtrisés par les infirmiers-ères, tels que la discussion sur la fertilité, le domaine professionnel et financier, la sexualité et l'identification des signes de récurrence du cancer.</p> <p>Recommandations : afin d'améliorer la qualité des soins de survie, des interventions ciblées sont nécessaires, notamment une formation spécifique sur les sujets mentionnés ci-dessus. De plus, l'étude souligne l'importance de renforcer les compétences des infirmiers-ères et d'améliorer la communication avec les autres professionnels de soins afin d'améliorer la coordination des soins.</p> <p>Les auteurs recommandent de promouvoir la continuité des soins tout au long des étapes du cancer afin que les infirmiers-ères en oncologie puissent potentiellement intégrer les soins de survie dans leur pratique quotidienne.</p> <p>Limites : les auteurs suggèrent que des recherches supplémentaires, afin d'établir la fréquence et la durée des soins de survie, mais également de résoudre les obstacles à une prise en soins de qualité, sont nécessaires.</p>

Tableau 9. Tableau de synthèse de l'article 3

Auteurs, année, pays	Covelli, A., Facey, M., Kennedy, E., Brezden-Masley, C., Gupta, A. A., Greenblatt, E., & Baxter, N. N. – 2019, Canada
Titre	<p>“Clinicians’ Perspectives on Barriers to Discussing Infertility and Fertility Preservation With Young Women With Cancer”</p> <p>« Le point de vue des cliniciens sur les obstacles à la discussion sur l'infertilité et la PF chez les jeunes femmes atteintes de cancer » (traduction libre de Covelli et al., 2019, p. 1)</p>
Devis	Étude qualitative.
Objectif	Comprendre et décrire les perspectives des cliniciens sur les barrières à la discussion de l'infertilité et de la PF avec les jeunes femmes atteintes de cancer dont les traitements pourraient affecter négativement leur fertilité.
Population	<p>22 cliniciens travaillant dans des centres de cancérologie et d'hôpitaux communautaires dans 5 provinces canadiennes, 5 domaines de pratique et 12 sites de pratique.</p> <p>Les participants étaient donc : 8 médecins-oncologues, 4 oncologues chirurgicaux, 4 spécialistes de la fertilité, 3 spécialistes de l'hématologie et de l'oncologie et 3 infirmiers-ères praticiens-nes ou infirmiers-ères cliniciens-nes spécialistes.</p>
Méthode / intervention	<p>Des entretiens téléphoniques semi-structurés individuels, d'une durée entre 30 et 75 minutes ont été réalisés. Ces entretiens ont été enregistrés pour assurer l'exactitude des déclarations des participants.</p> <p>Les données recueillies comprenaient le vécu et les points de vue des professionnels dans le but de comprendre et étudier les actions des professionnels en matière de discussion de PF.</p>
Résultats	Le manque de familiarité des cliniciens avec les risques d'infertilité, les technologies de PF, les processus et les procédures de référence, ainsi que les facteurs environnementaux (organisation des soins, manque de temps, manque de ressources) et leurs perceptions de la PF ont influencé leurs pratiques en matière de discussions sur la fertilité.
Commentaires	<p>Conclusion : bien que les discussions sur la PF aient été une norme de soins de longue date, elles ne sont souvent pas intégrées en tant que soins standards en oncologie. De plus, l'éducation médicale n'a pas toujours suivi le rythme des technologies de PF, ce qui fait que plusieurs cliniciens n'ont pas les informations à jour sur le sujet.</p> <p>Recommandation : il est suggéré, par les auteurs, de prendre en considération l'importance des résultats de survie (probable infertilité et qualité de vie) et de ne pas sous-estimer toutes les préoccupations psychosociales des patientes. Une formation interprofessionnelle et une collaboration de qualité sont nécessaires afin que tous les professionnels de la santé comprennent l'importance de la PF et en discutent. Il peut également être pertinent de créer des outils mentionnant des ressources (brochure, dépliant, etc.) destinés aux patientes et au personnel médical, afin d'améliorer les discussions sur la fertilité.</p> <p>Limites : une limitation dans cette étude réside dans l'auto-sélection des participants. Les cliniciens qui ont choisi de participer à cette étude pouvaient avoir un intérêt plus marqué pour la PF que ceux qui ont décidé de ne pas participer.</p> <p>L'échantillonnage de recherche qualitative est ciblé et non aléatoire, ce qui fait que les résultats ne sont pas généralisables au sens statistique.</p>

Tableau 10. Tableau de synthèse de l'article 4

Auteurs, année, pays	Van den Berg, M., Baysal, Ö., Nelen, W. L. D. M., Braat, D. D. M., Beerendonk, C. C. M., & Hermens, R. P. M. G. – 2019, Pays-Bas
Titre	“Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement” « Obstacles des professionnels dans les soins de la fécondité féminine et stratégies d'amélioration » (traduction libre de Van den Berg et al., 2019, p.1074)
Devis	Étude qualitative.
Objectif	L'objectif était d'identifier les obstacles et de recueillir des suggestions d'amélioration des soins d'oncofertilité féminine.
Population	Un total de 24 professionnels de la santé a été recruté dans les trois hôpitaux d'expertise néerlandais pour les soins aux femmes concernant la PF (Radboudumc, LUMC et ErasmusMC) et dans 20 hôpitaux affiliés. Les participants étaient : 7 médecins spécialisés en oncologie, 7 chirurgiens spécialisés en oncologie, 2 gynécologues spécialisés en oncologie, 1 hématologue, 1 infirmier-ère spécialisé-e en oncologie, 4 infirmiers-ères spécialisés-es en cancer du sein, 2 oncologues de la reproduction.
Méthode / intervention	L'étude se composait en 2 parties : <ul style="list-style-type: none"> • La première consistait en des entretiens approfondis semi-structurés avec les professionnels de santé afin d'identifier les obstacles rencontrés dans les soins d'oncofertilité féminine ainsi que les suggestions d'amélioration formulées par ces professionnels. • La deuxième visait à sélectionner des stratégies d'amélioration sur mesure en collaboration avec les patients et les professionnels de la santé. Ces stratégies visaient à surmonter les obstacles identifiés et à les intégrer dans un programme national d'oncofertilité. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits. Par la suite, un groupe d'experts a procédé à la classification de 8 obstacles prioritaires en fonction de leur impact sur les recommandations clés pour la mise en œuvre de stratégies d'amélioration. Un sous-groupe de patients et de professionnels a ensuite discuté des obstacles et évalué leur impact sur une échelle d'un à trois (1 = mineur, 2 = modéré et 3 = majeur).
Résultats	Des obstacles ont été identifiés et classés au niveau des patients, tels que l'accent mis sur la survie au cancer, ainsi que de défis au niveau des professionnels, notamment le manque de sensibilisation, de connaissances, de temps et d'attitude des soins oncofertilité. Des obstacles organisationnels ont été relevés, tels que l'absence d'informations écrites disponibles et les désaccords sur la question de la discussion des risques d'infertilité. Le groupe d'experts est parvenu à un consensus sur les éléments essentiels d'un programme d'amélioration, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Le développement de documents à titre informatif (dépliants, aide à la décision en ligne) ; • La formation des professionnels au niveau de la communication ; • Le rôle des infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie dans l'information des patients et leur réorientation vers les services de fertilité afin de faciliter l'orientation et la prise en soin ; • Des rappels dans les dossiers médicaux ; • La consultation standard avec un gynécologue ; • Un accord sur la responsabilité de chaque hôpital concernant la discussion des risques d'infertilité.
Commentaires	Conclusion : cette étude a permis d'identifier les obstacles et de concevoir des stratégies d'amélioration afin de prodiguer des soins optimaux en oncofertilité. Les professionnels de la santé ont remarqué des obstacles liés à la sensibilisation, aux connaissances, à leur attitude et à l'organisation des soins concernant l'oncofertilité. Pour surmonter ces obstacles, les patients et les professionnels de la santé ont collaboré pour sélectionner 7 stratégies d'amélioration adaptées, telles que le développement de supports informatifs pour les patients, la formation pour les professionnels, la clarification des rôles des infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie et la mise en place d'un accord de responsabilité entre les hôpitaux. Cette sélection constitue les bases de l'élaboration d'un programme national sur l'oncofertilité afin d'offrir une meilleure qualité de vie aux survivantes du cancer. Recommandations : les auteurs ont mentionné l'importance pour les professionnels de la santé de donner la priorité à aborder le sujet de la fertilité avec leurs patients au moment opportun. De même qu'une formation est nécessaire pour enrichir leurs connaissances en oncofertilité, mais aussi leurs compétences en communication. Limites : selon les auteurs, il est probable que cette étude ait intéressé uniquement les professionnels de santé pour lequel le sujet les a attirés, car ils ont été informés par courriel. Il est donc possible que d'autres obstacles existent. De plus, les résultats auraient pu être différents si des entretiens individuels entre les professionnels et les patients avaient été réalisés. En outre, la majorité des participants travaillent dans un hôpital où la sensibilisation à la PF est plus élevée qu'ailleurs à causes des courtes lignes de communication entre les services d'oncologie et de la fertilité, engendrant ainsi une sous-estimation des barrières.

Tableau 11. Tableau de synthèse de l'article 5

Auteurs, année, pays	Brown, K., Armstrong, N., & Potdar, N. – 2022, Royaume-Uni
Titre	<p>“Fertility preservation decisions in young women with breast cancer : A qualitative study of health care professionals’ views and experiences”</p> <p>« Décisions de PF chez les jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein : une étude qualitative des points de vue et des expériences des professionnels de la santé » (traduction libre de Brown et al., 2022, p.903)</p>
Devis	Étude qualitative.
Objectif	Explorer les points de vue et les opinions des professionnels de la santé sur les méthodes de la PF chez les jeunes femmes atteintes de cancer du sein. Plus précisément, la façon dont ils initient la discussion sur les PF en fonction de leurs connaissances, opinions, attitudes et expériences.
Population	<p>Cette étude a été menée dans un hôpital universitaire du Royaume-Uni.</p> <p>Au total 20 professionnels de la santé ont participé dont : 4 chirurgiens, 3 infirmiers-ères, 5 consultants en oncologie, 3 stagiaires en oncologie, 5 membres de l'équipe de fertilité.</p>
Méthode / intervention	Des entretiens semi-structurés ont été enregistrés et transcrit mot pour mot afin que ces données soient analysées par thématique.
Résultats	<p>Les connaissances et la compréhension des professionnels de santé concernant la PF sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils sont conscients de la notion de la PF, cependant la plupart manquaient de confiance dans leurs connaissances sur les aspects pratiques et les options disponibles. • Ils reconnaissent l'importance d'une bonne liaison entre leur spécialité et leur centre de fertilité afin d'aider les jeunes femmes à prendre les bonnes décisions. <p>Les attitudes des professionnels de santé concernant la PF sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les avis sont mitigés concernant l'importance de discuter de la PF, car certains professionnels considéraient que le cancer et le traitement lui-même étaient plus importants. • Certains sont inquiets quant au temps nécessaire pour la prise en compte de la PF et du retard engendré pour le traitement du cancer. <p>Les perceptions des professionnels de la santé concernant leur comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les professionnels de santé ont déclaré que l'infertilité devrait toujours être abordée avec les jeunes femmes atteintes d'un cancer. • Les professionnels n'abordaient pas la discussion de la PF si la femme informait qu'elle avait complété sa famille ou si elle ne souhaitait pas avoir d'enfants. • La peur de certains professionnels sur le fait de ne pas savoir comment discuter de la PF avec les patientes. • Les professionnels ont indiqué que les décisions autour de la PF sont un choix fait par la femme et qu'ils jouent uniquement un rôle de facilitateur. <p>Les rôles des infirmiers-ères spécialisés-es en cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont souligné l'importance des discussions sur la PF et leur impact sur la qualité de vie des femmes. • Elles sont essentielles pour discuter de la PF en raison de leur disponibilité à aborder les aspects psychosociaux d'un diagnostic de cancer.
Commentaires	<p>Conclusion : les choix concernant la prise en charge du patient peuvent être influencés par la manière dont le professionnel de la santé communique. Selon les auteurs, des améliorations doivent être apportées au niveau du rôle des professionnels de santé, malgré qu'ils aient certaines connaissances des PF. Cette étude démontre que certaines caractéristiques des patients comme l'âge, la parité (si elles ont déjà des enfants ou non) et leur origine, peuvent avoir des conséquences sur la façon dont les professionnels de la santé estiment l'importance d'aborder les PF. Cela entraîne, pour la patiente, une perte d'autonomie et une différenciation au niveau des connaissances et des informations sur les PF. De plus, bien que la survie soit l'élément le plus important lors d'un diagnostic de cancer, le professionnel de la santé ne doit pas ignorer une discussion sur les PF, car elles doivent être prises en charge de manière holistique. Sans discussion concernant les PF, les patientes seront moins informées et ceci impactera leurs décisions concernant leur traitement, donc leur fertilité et leur avenir.</p> <p>Recommandations : il est recommandé de proposer des formations continues aux professionnels de santé afin qu'ils puissent actualiser leurs connaissances et offrir des soins standardisés aux femmes sur la base de données probantes récentes. De plus, une collaboration et un travail avec des spécialistes de la fertilité favoriserait la confiance des équipes concernant l'oncofertilité. Par ailleurs, la mise en place de protocoles peut faciliter la discussion concernant la PF.</p> <p>Limites : les auteurs ne citent pas de limites.</p>

Tableau 12. Tableau de synthèse de l'article 6

Auteurs, année, pays	Huang, S. M., Kao, T. S., Lien, P. J., Hsieh, P. L., Chen, P. H. et Tseng, L. M. – 2022, Angleterre
Titre	“Oncofertility care : A qualitative study to understand personal perspectives and barriers in the multidisciplinary breast care team in Taiwan” « Soins d'oncofertilité : une étude qualitative pour comprendre les perspectives personnelles et les obstacles au sein de l'équipe multidisciplinaire de soins du sein à Taïwan » (traduction libre de Huang et al., 2022, p. 1)
Devis	Étude qualitative et descriptive.
Objectif	L'objectif de cette étude est de comprendre l'expérience clinique des professionnels de santé concernant les soins d'oncofertilité au milieu d'une équipe multidisciplinaire de soins du sein.
Population	Un total de 16 professionnels de la santé qui travaillent dans un hôpital à Taipei ont participé à l'étude : 8 infirmiers-ères, 3 chirurgiens, 2 gynécologues, 1 médecin spécialisé en médecine chinoise, 1 psychologue, 1 travailleur social.
Méthode / intervention	Un questionnaire d'entrevue semi-structuré d'une durée de 1-2 heures a été utilisé pour recueillir des informations sur l'expérience des participants dans le domaine de l'oncofertilité. Les entrevues ont été menées par le premier et deuxième auteur, tous deux issus d'une faculté de médecine, dans le but d'explorer et de comprendre l'expérience réelle des soins d'oncofertilité. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites mot par mot suivi par une analyse thématique.
Résultats	L'étude décrit l'expérience des professionnels de santé concernant les soins de fertilité pour les femmes en âge de procréer atteintes de cancer du sein ainsi que les obstacles rencontrés dans la discussion sur la PF. L'expérience des professionnels de santé est influencée par les changements physiques et psychologiques observés chez les personnes atteintes de cancer. De ce fait, les professionnels ressentent de l'empathie envers les patientes qui souffrent pendant le diagnostic et le traitement, ce qui les rend mal à l'aise à l'idée de discuter de la fertilité par peur d'augmenter leur souffrance. De plus, la sécurité de la vie de la patiente est primordiale, ce qui peut rendre la PF moins importante à aborder. Les obstacles rencontrés à la discussion de la fertilité chez les professionnels sont : <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de communication au sein de l'équipe multidisciplinaire ; • Dépistage initial insuffisant concernant le désir de procréer chez les patientes ; • Soutien familiale insuffisant ; • Le choix du protocole de traitement nécessaire qui peut mener à une ménopause précoce ; • Manque d'informations fondées sur des données probantes concernant la fertilité en oncologie ; • Absence de protocole de suivi des patientes au sujet de la fertilité.
Commentaires	Conclusion : cette étude a permis d'explorer l'expérience des professionnels de la santé en termes de soins en oncofertilité. Elle a aussi permis d'identifier les perspectives personnelles des patientes et les obstacles qui en découlent dans la discussion et d'apporter des informations relatives à la fertilité en oncologie. De plus, il a été montré que les perceptions des professionnels de santé quant à la discussion de la fertilité étaient influencées par les croyances culturelles et les attentes des patientes. L'étude a également permis de mettre en évidence plusieurs obstacles concernant la discussion de la fertilité chez les professionnels comme mentionné à la partie « résultats » de ce tableau. Recommandations : les auteurs incitent à poursuivre les actions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Formation pour les professionnels de la santé afin d'aider et d'améliorer les prises de décisions concernant les soins de la fertilité ; • Sensibilisation des professionnels sur l'importance de discuter de la fertilité en oncologie ; • Améliorer la communication concernant la fertilité en oncologie pour faciliter la discussion ; • Développer un outil d'évaluation pour aider le personnel médical à effectuer une intervention appropriée et opportune afin d'identifier les besoins des femmes et repérer les potentielles lacunes dans les soins ; • Formations continues pour les professionnels de la santé et développement de stratégies pour surmonter les obstacles et les perceptions personnelles, dans le but de fournir des soins optimaux aux femmes atteintes de cancer. Limites : la limitation de l'étude réside dans la taille de l'échantillon et le fait que les participants étaient majoritairement des femmes, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats.

6.5. Synthèse des résultats

Article 1 : Wallace, A., Downs, E., Gates, P., Thomas, A., Yates, P., & Chan, R. J. (2015). Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment : A cancer nursing practice survey study. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(5), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.012>

Dans l'étude de Wallace et al. (2015), l'objectif était d'identifier les différents points de vue des infirmiers-ères en oncologie concernant leur attitude, leur niveau de confiance en elle-même et leur pratique dans les soins oncologiques chez les patients atteints d'un cancer hématologique. De plus, elle avait également pour but d'examiner les différents obstacles à la prise en soins.

Les participants étaient au nombre de 119 infirmiers-ères, dont 104 femmes qui prenaient soin des patients diagnostiqués avec un cancer hématologique.

Les auteurs ont mené leur recherche à l'aide d'un questionnaire d'enquête divisé en trois parties, comprenant un total de 83 points :

- La première partie du questionnaire portait sur les caractéristiques des participants telles que l'âge, le sexe, les années d'expérience dans les soins d'oncologie, le niveau d'études, l'environnement de travail et leurs rôles.
- La deuxième partie du questionnaire concernait les soins de suivi post-traitement oncologique, tels que les interventions pour les conséquences du cancer et les traitements, la surveillance de la récurrence du cancer et de la coordination des soins.
- La troisième partie du questionnaire identifiait 12 obstacles aux soins post-traitements oncologiques pour les patients et 11 obstacles pour les soignants/membres de la famille, tels que le manque de temps ou de connaissances.

Les résultats ont montré que l'âge moyen des participants est de 36.09 ans, la majorité étant des femmes (nombre [n] = 104) avec un niveau Bachelor (n = 80) et plus de 6 ans d'expérience en soins infirmiers en oncologie (n = 85). La majorité des participants travaillaient en milieu hospitalier (n = 86) et passaient plus de la moitié du temps de travail à s'occuper de patients hématologiques (n = 86), en fournissant des soins cliniques directs (n = 97)

Les résultats ont également montré que plus de 50% des 119 participants reconnaissaient que certaines interventions post-traitement relevaient de leur responsabilité, notamment les discussions concernant les personnes à contacter en cas de question (n = 106), les effets à long terme (n = 99) et les informations sur les groupes de soutien (n = 98). Cependant, le niveau de confiance chez les participants variait selon les interventions.

Le niveau de confiance a été évalué sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifiait aucune confiance et 10 signifiait confiance totale. Par exemple, l'intervention avec le score de confiance le plus élevé était d'assurer que le patient ait un calendrier de rendez-vous de suivi avec son hématologue (moyenne [m] = 7.87). Les interventions avec le score le plus bas incluaient la discussion des problèmes potentiels de la fertilité post-traitement (m = 5.01), les problèmes financiers et le référencement de la patiente vers un soutien approprié (m = 5.36), mais également l'identification des signes de détresse et le référencement des patients à risque psychosocial (m = 5.53).

La fréquence des interventions a été évaluée sur une échelle de 0 à 4, où 0 signifiait que l'intervention n'était jamais réalisée et 4 qu'elle était systématiquement effectuée. L'intervention la plus fréquemment réalisée était d'assurer que les patients aient un agenda de rendez-vous de suivi avec leur hématologue (m = 3.76), tandis que les moins pratiquées incluaient la discussion des problèmes potentiels de la fertilité post-traitement (m = 2.13), et des problèmes d'intimité et de sexualité (m = 2.24).

Par ailleurs, les infirmiers-ères ont pu identifier les obstacles aux soins post-traitement à l'aide d'une échelle de 0 à 4, où 0 signifiait que l'élément n'était pas

un obstacle et 4 qu'il s'agissait d'un obstacle majeur. Les obstacles identifiés par les infirmiers-ères étaient : le manque de temps (m = 2.48), l'absence de suivi en fin de traitement (m = 2.38), le manque de connaissances (m = 2.06), le manque de ressources éducatives (m = 1.97) et le manque d'emplacement physique approprié (m = 1.97).

À la lumière des obstacles ci-dessus, l'étude recommande d'établir un modèle de soins adapté et réalisable au niveau institutionnel, impliquant de surmonter des obstacles tels que le manque de temps, de ressources éducatives, de consultation en fin de traitement et la clarté des rôles des infirmiers-ères en oncologie. Les infirmiers-ères doivent également être davantage sensibilisées sur l'importance des soins post-traitement et acquérir les compétences et les connaissances nécessaires. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les perspectives des différents membres de l'équipe multidisciplinaire.

Article 2 : Chan, R. J., Button, E., Thomas, A., Gates, P., & Yates, P. (2018). Nurses attitudes and practices towards provision of survivorship care for people with a haematological cancer on completion of treatment. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1401-1409. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3972-5>

L'étude de Chan et al. (2018) avait pour but d'identifier les perceptions des infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie concernant leurs responsabilités, leur confiance et la fréquence des soins infirmiers chez les patients atteints de cancer hématologique. Les auteurs visaient à améliorer les soins infirmiers en oncologie en intégrant les aspects essentiels des soins spécifiques à la survie du cancer.

Un total de 310 infirmiers-ères, dont 292 femmes qui travaillaient en oncologie, ont été invités à participer à l'étude par courriel. Cependant, 28 participants ont abandonné à divers stades de l'enquête.

Les chercheurs ont procédé à leur recherche par un questionnaire constitué de 83 items, répartis-en 3 parties :

- La première interrogeait les caractéristiques et le profil des participants, comme leur âge, leur sexe, leurs années d'expérience en oncologie, leur qualification, leur taux d'activité et leur cadre de travail.
- La deuxième section comportait 17 pratiques communes des soins post-traitement (interventions pour les conséquences du cancer et de son traitement, surveillance de la récurrence du cancer, coordination des soins). Les infirmiers-ères ont pu évaluer leur responsabilité, leur niveau de confiance et la fréquence des soins de survie.
- La troisième section comportait une liste de 12 obstacles à la prestation de soins post-traitement de qualité aux patients et de 11 obstacles pour les soignants et pour les membres de la famille. Il était possible de noter des réponses libres dans le but d'identifier des obstacles non mentionnés.

Les résultats ont démontré que les participants étaient majoritairement des femmes (n = 292) âgées de plus de 40 ans (n = 292) avec plus de 10 ans d'expérience dans les soins infirmiers (n = 178). De plus, les participants travaillaient à plein temps (n = 181) dans les soins aux adultes (n = 292) et dans

les milieux métropolitains (n = 225).

Les participants ont convenu que tous les éléments concernant les soins post-traitement faisaient partie de leur rôle, avec des scores moyens de 4 sur une échelle de 1 à 5, dont un signifiait un désaccord total sur la responsabilité et 5 un accord total sur la responsabilité. Cela signifiait que les participants oscillaient entre « un peu d'accord » et « tout à fait d'accord » pour tous les éléments, à l'exception de la discussion sur la façon d'identifier les signes de récurrence du cancer (m = 3.87) et d'assurer les rendez-vous de suivi avec les fournisseurs de soins de santé primaire (m = 3.92), ce qui signifie que les participants n'étaient pas certains si ces soins faisaient partie de leur rôle.

De plus, sur les 17 éléments, trois items ont eu le niveau de confiance le plus bas à la suite d'une moyenne qui a été réalisée à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10, dont 0 signifiait que les participants ne pouvaient pas du tout faire le soin et 10 qu'ils étaient très certains de pouvoir le faire, sont la discussion des problèmes de fertilité (m = 6.28), des problèmes d'emploi et financiers (m = 6.52), ainsi que de la façon d'identifier les signes de récurrence du cancer (m = 6.66).

Parmi les prestations de soins post-traitements, les soins les moins pratiqués à la suite d'une moyenne qui a été réalisée à l'aide d'une échelle allant de 1 à 5, dont 1 signifiait que le soin n'était jamais fait et 5 qu'il était tout le temps réalisé, sont la discussion des questions de fertilité (m = 2.45), la communication des soins post-traitement avec l'équipe de soins de santé primaire (m = 2.46), mais également de la discussion autour de la sexualité (m = 2.55).

L'étude montre que la perception des responsabilités et du niveau de confiance est plus élevée chez les professionnels soignants qui possédaient plus d'années d'expérience, un haut niveau d'études et qui travaillaient dans une région non métropolitaine. De plus, les participants ayant plus d'années d'expérience sont plus engagés dans des discussions sur l'identification des signes de récurrence du cancer. Par ailleurs, les participants travaillant à temps plein ont obtenu un score plus élevé dans la coordination des soins que ceux travaillant à temps partiel. Enfin, les participants travaillant dans une région non-métropolitaine coordonnent les soins plus fréquemment.

L'étude a relevé les trois plus grands obstacles concernant les soins post-traitement pour les patients et les familles : le manque de consultation de fin traitement concernant les soins post-traitement, le manque de temps et l'absence d'un espace physique approprié pour les prestations de soins post-traitement.

Finalement, l'étude recommande une formation spécifique sur les sujets où les infirmiers-ères ont le niveau de confiance le plus bas, à savoir la discussion des problèmes d'emploi/financiers, de fertilité, de sexualité et la manière d'identifier les signes de récurrence du cancer. Elle souligne également l'importance de renforcer les compétences des infirmiers-ères et d'améliorer la communication avec les autres professionnels de soins afin d'améliorer la coordination des soins tout au long des étapes du cancer afin que les infirmiers-ères en oncologie puissent intégrer les soins post-traitement dans leur pratique quotidienne.

Article 3 : Covelli, A., Facey, M., Kennedy, E., Brezden-Masley, C., Gupta, A. A., Greenblatt, E., & Baxter, N. N. (2019). Clinicians' Perspectives on Barriers to Discussing Infertility and Fertility Preservation With Young Women With Cancer. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14511>

L'étude de Covelli et al. (2019) visait à comprendre et à décrire la nature des défis liés à la discussion sur l'infertilité et la PF à travers les expériences et les perspectives des cliniciens (médecins, chirurgiens oncologues, spécialistes de la fertilité, de l'hématologie et de l'oncologie, ainsi que des infirmiers-ères praticiens-nes ou des infirmiers-ères spécialisés-es) qui traitent régulièrement de jeunes patientes atteintes de cancer.

Il y avait un total de 22 participants, dont 8 oncologues médicaux, 4 oncologues chirurgicaux, 4 spécialistes de la fertilité, 3 spécialistes de l'hématologie et de l'oncologie et 3 infirmiers-ères praticiens-nes ou infirmiers-ères cliniciens-nes spécialisés-es. Des numéros ont été attribués à chaque clinicien pour préserver leur anonymat.

Un guide d'entretien a été conçu à l'aide d'une revue de la littérature explorant les connaissances et les pratiques cliniques concernant l'infertilité et la PF. Le guide de l'entretien a été testé au préalable et révisé sur la base des commentaires des participants et de l'équipe de recherche. A la suite de l'interview, les thèmes ont été définis pour déterminer si et comment ils abordaient la question de recherche et s'ils apportaient de nouvelles connaissances sur les soins du cancer et la PF. De plus, les données ont été analysées pour développer les thèmes et répondre aux données contradictoires.

Les résultats ont mis en évidence un manque de connaissances de la part des cliniciens concernant la PF. Bien que les participants soient au courant des lignes directrices de l'American Society of Clinical Oncology [ASCO], certains cliniciens manquaient d'informations concernant la PF, tels que les risques, les processus, les délais pour la PF, les technologies disponibles et leurs coûts, mais également les spécialistes à qui référer les patients. Ce manque de connaissances

contribuait à leur incertitude quant aux liens entre les traitements du cancer et les traitements du cancer et l'infertilité, les options de PF et les risques. Le manque de confiance des cliniciens pour initier des discussions sur la PF était également lié à leur manque de préparation pour répondre aux questions complexes du sujet, surtout pour ceux ne soignant pas régulièrement de jeunes patientes atteintes de cancer.

Les cliniciens percevaient la PF et l'infertilité comme des thèmes secondaires aux traitements du cancer, car l'infertilité n'est pas mortelle contrairement au cancer. De plus, la PF pouvait entraîner des retards dans le traitement, un fardeau financier pour les patients, ou potentiellement compromettre les résultats oncologiques. Ainsi, la notion de la PF était considérée comme un « fardeau » pour les cliniciens et les patients. L'engagement des patients dans les discussions sur la PF et l'orientation vers la PF étaient perçus comme non prioritaires, sans preuves solides des avantages de la PF, dans un contexte oncologique.

Les pratiques concernant la PF et l'attribution de la responsabilité de celle-ci divergeaient entre les cliniciens. Certains se focalisaient uniquement sur le cancer et considéraient que la PF n'était pas de leur responsabilité. De plus, les cliniciens ont relevé qu'il y avait peu de collaboration ou de communication interprofessionnelle.

Les obstacles identifiés englobaient l'organisation des soins ainsi que le manque de temps, de ressources, de soutien structurel et d'éducation thérapeutique des patients. L'incertitude face aux diagnostics et aux choix thérapeutiques des traitements oncologiques constituait également un défi pour les cliniciens eu égard à la discussion sur la PF, tout comme le manque de collaboration et de clarification concernant le rôle des autres cliniciens pour initier la PF.

Des obstacles à la discussion de la PF ont été mis en évidence selon le profil ou l'attitude des patients. La mortalité, l'état psychosocial (anxiété / stress) et le statut socio-économique influençaient la volonté des cliniciens à discuter de la PF.

A la lumière des obstacles mentionnés ci-dessus, l'étude recommande aux cliniciens de prendre en considération l'importance des résultats sur la qualité de vie et l'infertilité, et de ne pas sous-estimer les préoccupations psychosociales des patientes telles que le stress ou l'anxiété. Une formation interprofessionnelle et une meilleure collaboration sont nécessaires pour sensibiliser davantage les professionnels de la santé à l'importance de la PF et les encourager à en discuter. Par la même occasion, il est recommandé de créer des outils tels que des brochures ou des dépliants destinés aux patientes et au personnel médical afin d'améliorer les discussions sur la fertilité.

Article 4 : Van den Berg, M., Baysal, Ö., Nelen, W. L. D. M., Braat, D. D. M., Beerendonk, C. C. M., & Hermens, R. P. M. G. (2019). Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 34(6), 1074-1082. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez062>

L'étude de Van den Berg et al. (2019) avait pour objectif d'identifier les obstacles et de recueillir des pistes d'améliorations grâce à des entretiens semi-structurés menés avec 24 professionnels de la santé qui travaillaient dans les soins de la fécondité afin de proposer des solutions pour améliorer les soins liés à la fertilité chez les femmes atteintes de cancer.

Au total, 24 professionnels de la santé ont participé aux interviews, dont 7 médecins en oncologie, 7 chirurgiens en oncologie, 2 gynécologues en oncologie, 1 hématologue, 1 infirmier-ère spécialisé-e en oncologie, 4 infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie du sein et 1 gynécologue spécialisé-e en reproduction.

Un guide d'entretien, basé sur les recommandations clés des soins d'oncofertilité féminine, a été utilisé. Ces recommandations ont été sélectionnées par un panel d'experts multidisciplinaires parmi six lignes directrices nationales et internationales et complétées par la ligne directrice néerlandaise. Les thèmes ont été déterminés à la suite de l'analyse des données des interviews. Les résultats ont identifié 28 obstacles et 18 suggestions d'amélioration, classés par les patients, les professionnels et l'organisation des soins. Les obstacles incluaient :

- Les patients ne placent pas la fertilité parmi leurs priorités, se concentrant sur la survie au cancer.
- Les patients ne sont pas motivés à considérer la PF, car ils veulent commencer leur traitement du cancer dès que possible.
- Certaines patientes craignent la FIV (fécondation in vitro).
- Les patientes n'abordent pas systématiquement le sujet de la fertilité d'elles-mêmes.
- Le manque de connaissances et de sensibilisation de la part du personnel médical au niveau des options, méthodes et outils de la PF, mais

également sur les choix correspondant aux différents types de cancer. Les informations fournies sont parfois incomplètes et mal explicitées.

- Le manque d'accompagnement de la part du personnel médical pour l'aide à la décision et à la prise en compte des lignes directrices pour la PF.
- Les professionnels de la santé font moins attention à la discussion de la PF selon le profil du patient (âge, volonté d'avoir des enfants, pronostic du cancer).
- Manque de temps, car les professionnels doivent donner une grande quantité d'informations concernant le diagnostic du cancer lors de la première consultation.
- Désaccord entre les différents professionnels, menant à une incompréhension sur le rôle et les responsabilités de chacun concernant la PF.
- Certains professionnels pensent effrayer les femmes lorsqu'ils abordent le sujet de la PF.
- Absence d'informations écrites.
- La PF n'est pas abordée en équipe pluridisciplinaire.
- La prise de rendez-vous est difficile pour référer les patientes à un professionnel adéquat.
- Les patientes ne se sentent pas soutenues.
- Les préférences et les besoins des patientes ne sont pas toujours pris en considération.
- Communication insuffisante entre la patiente et le professionnel, entraînant une impossibilité pour la patiente de poser toutes ses questions.

Deux obstacles supplémentaires ont été identifiés par le panel d'experts : avant le traitement oncologique, seule la perspective médicale est discutée lors des réunions, sans mention des conséquences sur la fertilité et aucune attention n'est portée aux préoccupations reproductives après le traitement.

À la lumière de ces obstacles, l'étude mentionne les recommandations suivantes :

- L'aide à la décision individualisée en ligne sur l'oncofertilité et la distribution de dépliants d'information au département en oncologie, dans le but d'améliorer les soins d'oncofertilité ;
- Sensibilisation des patients à l'aide d'une campagne nationale du cancer ou d'informations en ligne sur les associations de cancer spécifiques à la maladie ;
- Référer les patientes à un gynécologue pour la discussion de la PF avant le traitement du cancer ;
- Sensibiliser les professionnels aux moyens de communication sur les risques d'infertilité et les options de PF ;
- Les infirmiers-ères spécialisées en oncologie devraient jouer un rôle accru dans la PF ;
- Discuter de la fertilité lors des réunions interdisciplinaires ;
- Nommer un médecin référent pour la PF.

Article 5 : Brown, K., Armstrong, N., & Potdar, N. (2022). Fertility preservation decisions in young women with breast cancer : A qualitative study of health care professionals' views and experiences. *Human Fertility*, 25(5), 903-911. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1933219>

Dans cette étude, Brown et ses collaborateurs (2022) se sont penchés sur les perceptions, les connaissances, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé concernant la discussion autour de la PF avec leurs patientes atteintes de cancer. En effet, pour les chercheurs, les discussions concernant la PF avant le traitement du cancer du sein sont un aspect important des soins. Cependant, les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein ont des besoins insatisfaits en ce qui concerne ces discussions.

Les auteurs ont mené des entretiens semi-structurés auprès de 20 professionnels de la santé d'un grand hôpital universitaire au Royaume Uni, dont 4 chirurgiens, 3 infirmiers-ères, 5 consultants en oncologie, 3 stagiaires en oncologies et 5 membres de l'équipe de fertilité.

Un guide d'entretien a été créé et examiné par un chirurgien du sein et un chercheur expert en étude qualitative. Les questions ont été basées sur la littérature autour du sujet et de nouvelles questions ont été posées lorsque nécessaire. Les questions portaient sur la compréhension de la PF par les professionnels de santé, la manière dont ils abordent et communiquent des informations à ce sujet, ainsi que leurs opinions et priorités concernant les soins aux jeunes femmes.

Les résultats obtenus après leur recherche montrent :

- Connaissances : les professionnels de la santé connaissaient les notions de la PF, mais la plupart, selon les auteurs, manquaient de confiance quant à leurs connaissances. Ils étaient conscients qu'une liaison efficace entre leur spécialité et le centre de fertilité pouvait aider les patientes à prendre les bonnes décisions. Par exemple, une infirmière spécialisée en sénologie a déclaré : « Je ne sais pas grand-chose à ce sujet pour être parfaitement honnête, et cela peut être difficile quand je parle à une dame,

elle me pose ces questions, je ne peux pas lui répondre complètement » (traduction libre de Brown, 2022, p. 905).

- Attitudes : les avis des professionnels étaient divisés. Deux participants estiment que le traitement du cancer est plus important que la PF.
- Perceptions et comportements : les professionnels de la santé abordaient la PF en fonction du profil et des caractéristiques de la patiente. Par exemple, ils estimaient tous que l'infertilité doit toujours être discutée avec les jeunes femmes atteintes de cancer. Toutefois, ils n'abordaient pas toujours ce sujet lorsque la patiente avait déjà des enfants, ne souhaitait pas en avoir, ou en fonction de son origine ethnique (femmes asiatiques) ou de la barrière linguistique. Certains professionnels exprimaient une inquiétude quant à la manière d'aborder la PF avec les patientes. Tous les professionnels ont également mentionné que les décisions autour de la PF sont un choix des femmes, et que leur rôle est de faciliter cette décision.

Les participantes femmes se sentaient plus à l'aise pour aborder la PF contrairement aux hommes. De même, les professionnels ayant des enfants se sentaient plus affectés par ces discussions. Un stagiaire en oncologie a dit : « Je serais probablement beaucoup plus sensible à cela maintenant que j'ai des enfants, cela fait probablement une différence, de la manière humaine que nous sommes tous un peu tempérés en tant que médecins par notre propre vie » (traduction libre de Brown, 2022, p. 906).

- Rôle des infirmiers-ères : les infirmiers-ères sont plus disponibles pour aborder les aspects psychosociaux des femmes atteintes de cancer, y compris la discussion autour de la PF, contrairement à d'autres professionnels de la santé.

Au vu de ces résultats, les auteurs soulignent l'importance d'une formation continue pour les professionnels de la santé afin de maintenir à jour leurs connaissances en matière de PF. Une collaboration permanente entre les spécialistes de la fertilité et une relation de travail étroite renforcent la confiance au sein de l'équipe. Il est également fondamental, selon les lignes directrices nationales du Royaume-Uni, que toutes les jeunes femmes suivies en oncologie

aient la chance de bénéficier de la PF. Il est donc nécessaire de former les professionnels de manière optimale, de fournir des ressources adéquates et de mettre en place des protocoles institutionnels pour faciliter les discussions sur la PF le plus tôt possible.

Article 6 : Huang, S. M., Kao, T. S., Lien, P. J., Hsieh, P. L., Chen, P. H. et Tseng, L. M. (2022). Oncofertility care : A qualitative study to understand personal perspectives and barriers in the multidisciplinary breast care team in Taiwan. *Women's health* (Londres, Angleterre), 18, 17455057221078480. <https://doi.org/10.1177/17455057221078480>

Dans l'étude de Huang et al. (2022), l'objectif visait à comprendre l'expérience des soins en oncofertilité fournis par le personnel médical au sein d'une équipe pluridisciplinaire en sénologie-oncologie, dans le but de guider les professionnels de la santé dans les soins de fertilité appropriés, sûrs et rentables pour les femmes qui souhaitaient avoir des enfants. Grâce à cela, l'étude a permis de comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé afin de mettre en place des soins d'oncofertilité pour les femmes sous traitement contre le cancer du sein.

Un total de 16 professionnels de la santé a participé à l'étude, dont 8 infirmières, 3 chirurgiens, 2 gynécologues, 1 médecin de médecine chinoise, 1 psychologue consultant et 1 travailleur social.

Un questionnaire d'entrevue semi-structuré a été élaboré, dans le but de recueillir des données basées sur l'expérience des chercheurs dans le domaine de l'oncofertilité et sur un examen approfondi de la littérature pertinente.

Les chercheurs ont rédigé des mémos sur les transcriptions textuelles afin d'enrichir leurs données, retraçant ainsi les idées, les contextes, les significations et les actions des participants. Les participants ont été mentionnés et identifiés par des numéros pour préserver leur anonymat. Chaque interview a été analysée afin de déterminer les thématiques correspondantes à l'objectif de l'étude, dans le but d'y répondre.

Les résultats ont montré que la moyenne d'âge des participants était de 40.69 ans, avec une majorité des femmes (n = 13) et une moyenne de 13.5 ans d'expérience de travail.

Chaque participant a mesuré sur une échelle de pourcentage son niveau de volonté à aider les patientes à préserver leur fertilité avant, pendant et après le traitement oncologique. Le degré de volonté est de 82.5% pour la préservation de la fertilité et de 82.8% pendant la grossesse. Par ailleurs, 5 participants ont mentionné avoir une compréhension limitée de l'oncofertilité.

L'expérience des professionnels concernant la discussion de la fertilité se résume comme suit :

- Des changements physiques et psychologiques ont été observés chez les patientes lors du diagnostic et du traitement, rendant les professionnelles inconfortables à l'idée d'aborder la PF, par peur d'accentuer la souffrance des patientes.
- Les professionnels considéraient que la survie de la patiente était prioritaire comparée à la PF.
- Les femmes en âge de procréer, non mariées ou sans enfants étaient plus concernées par le problème de la PF. Si les femmes initiaient le sujet, les professionnels répondaient à leurs besoins.
- Pour les professionnels, la possibilité d'avoir un enfant faisait partie intégrante de la vie familiale et du mariage, et les femmes devaient pouvoir retourner à la vie familiale après le traitement.

Des obstacles à l'oncofertilité ont été mentionnés par les participants lorsqu'ils aidaient les femmes atteintes de cancer à accéder aux soins de la fertilité. Les principaux obstacles incluaient :

- L'environnement médical.
- Une mauvaise communication entre l'équipe multidisciplinaire, car les besoins d'oncofertilité requièrent la participation de nombreux médecins. Les participants ne savaient pas vers qui se référer, ni qui était responsable d'initier la discussion de la PF. Les patientes devaient souvent décider de recourir à la PF après des explications superficielles et hâtives.
- Le choix de la PF pouvait être influencé par les membres de sa famille ou le partenaire, ainsi que par son statut économique.

- La durée du traitement contre le cancer et l'âge de la patiente - certains traitements pouvant déclencher une ménopause précoce - rendaient irréaliste la possibilité d'avoir un enfant après la fin du traitement.
- L'incertitude concernant la probabilité de l'infertilité et l'absence de garantie sur l'efficacité thérapeutique des médicaments pour la reproduction dans un contexte oncologique
- Le manque de connaissances sur la PF, rendant les professionnels peu confiants pour aborder le sujet avec les patientes par peur de fournir de mauvaises informations.
- Les femmes étaient souvent référées à d'autres professionnels pour répondre à leurs questions concernant la PF. Cependant, les professionnels ne connaissaient pas les décisions finales chez ces femmes une fois référées, ce qui pouvait retarder le plan de soin contre le cancer.

Au vu de ces éléments, les auteurs soulignent l'importance de :

- Former les professionnels de la santé dans le but d'améliorer la prise de décision en termes de soins de fertilité.
- Sensibiliser les professionnels sur l'importance d'aborder la fertilité auprès des patientes en oncologie.
- Améliorer la communication entre les soignants et les patientes pour faciliter les discussions autour de la fertilité.
- Développer un outil d'évaluation permettant au personnel médical d'intervenir auprès des patientes de manière adéquate et opportune, d'identifier les besoins des femmes et de repérer les lacunes potentielles dans les soins.
- Mettre en place des formations continues pour le personnel soignant et développer des stratégies afin de faire face aux freins liés aux perceptions personnelles pour que les patientes bénéficient de soins de qualité.

7. DISCUSSION

Ce chapitre est consacré à l'association et à la mise en relief des sujets clés relevés dans les articles retenus pour ce travail, en les mettant en relation avec l'ancrage disciplinaire choisi, à savoir la théorie de la transition de Meleis (2010). Pour finir, la discussion permettra de répondre à la question de recherche de ce travail : **quelles sont les interventions ou les rôles spécifiques des infirmières dans l'accompagnement d'une femme ayant reçu un diagnostic de cancer et exprimant le désir de procréer ?** De plus, elle ouvrira également la réflexion sur les pistes d'actions concernant la problématique.

7.1. Les thématiques abordées dans la revue de littérature

Pour mettre en lumière les thématiques abordées dans la revue de littérature, le tableau ci-dessous présente les différents thèmes des articles retenus. Il offre un aperçu visuel des études traitant des mêmes sujets, facilitant ainsi leur analyse et discussion ultérieure.

Tableau 13. Synoptique des thèmes relevés dans les 6 articles analysés

Thèmes abordés dans les 6 articles retenus	Wallace, A. & al., 2015	Chan, R. J. & al., 2018	Covelli, A. & al., 2019	Van den Berg, M. & al., 2019	Brown, K. & al., 2022	Huang, S. M. & al., 2022
Vécus et perceptions des professionnels de la santé	X	X	X	X	X	X
Vécus et perceptions des patients				X		
Connaissances des professionnels de la santé	X	X	X	X	X	X
Besoins des patientes	X				X	X

7.2. Analyse des thématiques clés

Dans ce sous-chapitre, les 4 thèmes qui ont été relevés dans le tableau synoptique vont être abordés, explicités et mis en lien avec la théorie de la transition de Meleis (2010) :

- Vécus et perceptions des professionnels de la santé ;
- Vécus et perceptions des patients ;
- Connaissances des professionnels de la santé ;
- Besoins des patientes.

7.2.1. Vécus et perceptions des professionnels de la santé

Ce sous-chapitre concerne l'expérience, les représentations et les ressentis des professionnels de la santé vis-à-vis de leur rôle et de leur prise en soin des patients en oncofertilité.

Ce thème est abordé dans les six articles choisis pour ce travail. Différents éléments constituant cette thématique ont été identifiés et vont être mis en avant individuellement.

Dans l'étude de Wallace et al. (2015), la majorité des infirmiers-ères a reconnu que certaines interventions de soins post-traitements, tels que les soins de prévention des conséquences du cancer, étaient de leur responsabilité. Cependant, les infirmiers-ères avaient un faible niveau de confiance pour initier la discussion de la PF. Ce manque de confiance s'explique par des facteurs contributifs, tels que le manque de temps, l'absence de consultation en fin de traitement, le manque de connaissances et de ressources éducatives, ou encore le manque d'un lieu dédié aux soins post-traitement.

Chan et al. (2018), abordent la perception des infirmiers-ères concernant leur responsabilité, leur confiance et la fréquence des prestations de soins post-traitement.

Les infirmiers-ères ne nient pas que la discussion sur la fertilité fait partie de leurs responsabilités. Toutefois, elles estiment avoir un faible niveau de confiance lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de fertilité, ce qui a pour conséquence que ce sujet soit peu abordé avec les patientes. Cependant, les soignants avec le plus d'années d'expériences et/ou un plus haut niveau d'études sont plus à même d'offrir un espace de discussion sur ce sujet.

On retrouve également dans cet article les 4 obstacles déjà identifiés dans l'article précédant de Wallace (2015), à savoir : le manque de temps, l'absence de consultation de fin de traitement, le manque de connaissances et de ressources éducatives et le manque d'un lieu dédié aux soins post-traitement.

Covelli A. et al. (2019) mentionnent plusieurs éléments :

- **Les connaissances des professionnels de la santé** : les participants (médecins oncologues, chirurgiens oncologues, spécialistes de la fertilité, spécialistes en oncologies, infirmiers-ères praticiens-nes ou infirmiers-ères cliniciens-nes spécialistes) étaient au courant des lignes directrices de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology). Toutefois, ils n'avaient pas assez de connaissances en termes de PF, notamment sur les risques, les processus, les délais pour les démarches, les technologies disponibles, les coûts financiers et les références pour le suivi des patientes. Ce manque de connaissances impactait également l'attitude des professionnels de la santé à s'engager dans le sujet de fertilité.
- **Les attitudes des professionnels de la santé** : leur niveau de confiance était identifié comme faible, car ils appréhendaient les questions complexes en matière de fertilité des patientes. De ce fait, ce sujet n'a pas été souvent traité avec les patientes. Certains professionnels de la santé ont estimé que la fertilité n'était pas le sujet principal à aborder lors du diagnostic de cancer. Certains cliniciens mentionnaient qu'aborder ce sujet pouvait être un « fardeau », car il n'y a pas de résultats probants dans les avantages et les succès de la PF dans un contexte de cancer.
- **Le manque de pratique des professionnels de la santé** : la responsabilité de celui qui doit aborder les notions de PF divergeait entre les différents professionnels de la santé, car ils considéraient que ce sujet

n'était pas de leur ressort. Divers participants ont admis qu'il y avait très peu de communication et de collaboration autour de ce sujet au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

- **Les obstacles rencontrés par les professionnels de la santé :** l'organisation des soins, le manque de ressources, le manque de temps, le soutien structurel et l'éducation des patients ont été évoqués comme des obstacles par les participants. D'autres barrières ont également été identifiées, comme l'incertitude face au diagnostic et le choix du traitement oncologique, les préoccupations en termes de mortalité, la considération psychosociale et la perception de la clinique des patients selon les professionnels de la santé et leur statut socio-économique.

D'après l'étude de Van den Berg et al. (2019), les professionnels de la santé ont affirmé qu'ils avaient l'impression que les patients ne plaçaient pas la fertilité en priorité, car ils se concentraient en premier lieu sur leur survie.

Les professionnels de la santé ont également évoqué ou rencontré de nombreux autres obstacles, tels que le manque de connaissance sur les options, méthodes et outils de la PF, le profil et les caractéristiques des patientes (âge, parité, stade du cancer), le manque de temps (beaucoup d'informations à donner concernant le cancer lui-même lors de la première consultation), la responsabilité et le rôle de celui qui aborde la PF. Le sujet est peu explicité lors des colloques, car la perspective médicale concernant le traitement du cancer est mise en avant (Van den Berg et al., 2019).

Selon l'article de Brown et al. (2022), les professionnels de la santé (chirurgiens, infirmiers-ères, consultants en oncologie, stagiaires en oncologie, membre de l'équipe de fertilité) ont des connaissances insuffisantes concernant la PF, rendant le sujet difficile à aborder avec les patientes. C'est pour cette raison qu'ils invitaient les patientes à s'adresser à un spécialiste de la fertilité. Cependant, les professionnels du centre de fertilité ont mentionné que les patientes ne se rendaient pas systématiquement chez eux, en fonction de la sensibilisation des professionnels de la santé en oncologie.

Les connaissances de la PF varient selon l'expérience individuelle et l'intérêt personnel de chaque professionnel de la santé. Un problème de responsabilité et de rôle sur qui doit aborder le sujet de la PF a également été identifié. Tous les participants avaient conscience que la fertilité représentait un problème majeur pour les patients et que le fait d'aborder le sujet de la PF influençait positivement leur qualité de vie. Cependant, tout comme l'étude de Covelli et al. (2019), la fertilité est considérée comme un sujet secondaire, la priorité étant mise sur le cancer et son traitement. En outre, le profil et les caractéristiques de la femme pouvaient influencer la discussion de la PF, notamment l'âge et le statut marital. Il a été observé par les auteurs que le sujet est plus abordé chez les femmes de moins de 35 ans et que cet aspect fait partie du processus de consentement à la chimiothérapie. Cependant, la plupart des participants n'abordaient pas la PF, car ils pensaient que les jeunes femmes avaient déjà pris une décision concernant la PF avant même que le sujet ne soit abordé.

Dans l'étude de Huang et al. (2022), différents obstacles ont été repérés auprès des professionnels de la santé (infirmiers-ères en majorité, chirurgien-nes, gynécologues, médecin spécialisé, psychologue et travailleur social) :

- Des changements physiques et psychologiques chez les patientes diagnostiquées d'un cancer ont influencé la discussion de la PF. Il a été observé que les femmes éprouvaient une détresse émotionnelle lors du diagnostic et craignaient une récurrence post-traitement, ce qui a freiné les professionnels de la santé à aborder le sujet par peur d'accentuer leur souffrance.
- Les professionnels de la santé considèrent que la survie de la patiente est prioritaire, rendant ainsi la PF secondaire.
- Le profil et les caractéristiques des femmes influencent la discussion de la PF, c'est-à-dire si elles ont déjà des enfants, si elles sont mariées, leur âge, le stade du cancer, etc.
- Les professionnels de la santé ont également indiqué qu'une communication insuffisante au sein de l'équipe pluridisciplinaire était présente.

- Des incertitudes quant aux responsabilités et aux rôles des différents membres de l'équipe multidisciplinaire rendaient difficile de référer la patiente au bon spécialiste pour obtenir des explications approfondies sur le sujet.
- Les professionnels de la santé ont également mentionné que des informations fondées sur des données probantes concernant la PF sont insuffisantes en termes d'efficacité thérapeutique, ce qui rend la discussion de la PF plus difficile à aborder par peur de communiquer de mauvaises informations et, donc, d'inquiéter les patientes.

En lien avec la problématique mise en évidence dans ce travail, il y a deux aspects qui entrent en compte. Premièrement, d'après les études de Covelli et al. (2019), Van den Berg et al. (2019) et Huang et al. (2022), il est souligné que les responsabilités et le rôle de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas clairs. La communication et la collaboration sont défailtantes, ce qui crée des incertitudes sur la responsabilité de chacun dans l'accompagnement des patientes.

Deuxièmement, l'étude de Brown et al. (2022) montre que les infirmiers-ères jouent un rôle primordial dans la discussion de la PF avec les patientes en oncologie, car elles sont plus disponibles pour aborder les aspects psychosociaux lors d'un diagnostic de cancer.

Selon Meleis (2010), l'individu est perçu comme un être bio-psycho-socio-spirituel affrontant au cours de sa vie différentes transitions. Les patientes diagnostiquées d'un cancer traversent une transition santé-maladie qui vient bouleverser les éléments constituant l'être humain (physique et psychologique par exemple). Dans l'article Huang et al. (2022), les femmes étaient vulnérables et en détresse lors du diagnostic, engendrant ainsi une crainte et une hésitation chez les soignants à aborder les notions de PF par peur d'exacerber leur souffrance.

De plus, Meleis (2010) a une vision holistique de la personne, prenant en considération l'ensemble des éléments qui la constituent. Dans les articles de

Covelli et al. (2019), Brown et al. (2022) et Huang et al. (2022), il a été mentionné que les professionnels de la santé (médecins, chirurgiens, spécialistes de la fertilité, spécialistes en oncologie, stagiaires en oncologie, consultants en oncologie, infirmiers-ères non spécialisé-es et spécialisé-es en oncologie) avaient conscience de l'importance d'aborder la PF, mais qu'en dépit de cela, ils se focalisaient majoritairement sur le diagnostic du cancer, son traitement et la survie de la patiente. De plus, certains professionnels soulignent que les traitements du cancer et la survie de la patiente seraient une haute priorité, reléguant la notion de la fertilité au second plan. De ce fait, ces professionnels ne considéraient pas une vision holistique lors de la prise en soins de la patiente. Dans tous les articles, il est mentionné que les infirmiers-ères jouent un rôle majeur dans la discussion de la PF, car elles sont en première ligne avec les patients pour aborder les aspects psychosociaux et les besoins de ces dernières. Cependant, les rôles entre les différents professionnels de la santé quant à celui qui doit identifier les patientes souhaitant une discussion PF n'étaient pas préalablement définies, ce qui empêchait d'initier le sujet. A cela s'ajoutent d'autres obstacles qui ont déjà été mentionnés comme le manque de connaissances, leur niveau de confiance et le temps à leur disposition.

Finalement, les six articles mentionnés ci-dessus reprennent des éléments dans la partie de l'état de connaissance.

Premièrement, la discussion concernant les méthodes de PF reste insuffisante, car elle n'est pas systématiquement abordée avec les patientes diagnostiquées d'un cancer (Krouwel et al., 2016). En effet, les six articles soulignent également cette problématique. Les facteurs sont majoritairement le manque de temps, l'absence de consultation de fin de traitement, le manque de lieu dédié aux soins post-traitement et de connaissances à ce sujet chez les professionnels.

Ensuite, lors de l'annonce du diagnostic, les femmes sont dans un état de sidération, ce qui révèle l'impact émotionnel. L'annonce entraîne un état de choc, car elle provoque une transition brusque entre la santé et la maladie (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012). L'article de Huang et al. (2022) illustre cette vulnérabilité et cette détresse lors du diagnostic chez les patientes. Par la même

occasion, elle souligne la réticence qu'ont les soignants à initier les discussions sur la PF par crainte d'augmenter leur souffrance.

Par ailleurs, lorsqu'une femme apprend qu'elle est atteinte d'un cancer, son premier objectif est la guérison. Toutefois, pour les jeunes femmes, la capacité à pouvoir fonder une famille après un cancer devient une inquiétude tout aussi importante, car elle peut représenter un retour à la normalité pour ces femmes, malgré les préoccupations liées à la maladie. Cependant, l'incapacité de procréer après un cancer peut avoir un impact psychologique chez la patiente, engendrant de la dépression ou de l'anxiété (Ligue contre le cancer, 2021).

Les articles de Brown et al (2022) et Huang et al. (2022) soulignent l'importance des discussions concernant la PF, car elles peuvent avoir un impact sur la qualité de vie future d'une femme. En effet, ils mentionnent également que les femmes devaient pouvoir retourner à la vie de famille après le traitement, ce qui signifie que la possibilité d'avoir un enfant est une notion importante pour la vie familiale et conjugale. Cependant, dans les articles de Covelli et al. (2019), Brown et al. (2022) et Huang et al. (2022), bien que les professionnels de la santé aient la notion de l'importance de la PF, ils ont tout de même mis la priorité sur le diagnostic du cancer, son traitement et la survie de la patiente, renvoyant la notion de la fertilité au second plan.

Encore, les soignants rencontrent des difficultés à prendre en soins les patientes de façon holistique. En effet, dans six articles, il a été remarqué que les soignants avaient de la peine à prendre en compte certains aspects bio-psycho-social-spirituel des patientes, tels que les conséquences physique (infertilité), psychologique (anxiété/stress) ou les problèmes financiers que peut engendrer le cancer. Selon Meleis (2010), les infirmiers-ères doivent avoir une vision holistique de la personne en tenant compte de l'ensemble des éléments qui la constituent. Dans l'article de Van den Berg et al. (2019), les soignants se focalisent majoritairement sur la perspective médicale et prennent peu en considération les conséquences que cela peut avoir chez ces femmes, à savoir l'autonomie, l'anxiété, la dépression ou l'isolement social. De plus, la maladie du cancer et les traitements de celui-ci peuvent impacter l'autonomie de la femme

dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012). Par conséquent, le rôle des infirmiers a pour but de renforcer l'autonomie des patientes en identifiant leurs besoins individuels pour établir un diagnostic infirmier et fixer des objectifs de soins. Cela permet de mettre en œuvre des actions appropriées, tout en les évaluant continuellement afin de les ajuster si nécessaire. De plus, les infirmier-ères prodiguent des soins aux familles, aux groupes ainsi qu'aux collectivités (Organisation panaméricaine de la santé, s.d.). En effet, le soutien social du conjoint et de la famille constitue un facteur favorisant la guérison, car la patiente sera plus apte à faire face aux défis liés au cancer, mais également aux potentielles conséquences psychologiques comme peuvent l'être telle la dépression, l'anxiété, les problèmes financiers (Zimmermann, 2022).

Par conséquent, en prenant en considération les différentes conséquences que peuvent avoir le cancer sur les aspect bio-psycho-social-spirituel des patientes, les infirmiers-ères peuvent avoir une prise en soin holistique chez les patientes afin de favoriser une transition saine de la maladie vers la santé.

7.2.2. Vécus et perceptions des patients

Ce chapitre concerne l'expérience et le ressenti des patientes diagnostiquées d'un cancer concernant leur prise en soins par l'équipe pluridisciplinaire. D'après l'étude de Van den Berg et al. (2019), les patientes ayant participé à l'étude ont mentionné diverses barrières à la discussion sur les PF :

- Un manque de connaissances ;
- Un manque de conscience de la part des patientes : la fertilité n'est pas une priorité pour elles ;
- Divers désaccords entre les départements responsables des échanges autour de la fertilité ;
- Aucune information écrite et disponible (dépliant, flyer, document, etc.) ;
- Un manque de temps ;
- Des informations incomplètes concernant les PF ;

- Les professionnels de la santé ne prennent pas toujours en compte les préférences et les choix des patientes ;
- Les femmes n'ont pas l'attention des professionnels de la santé concernant les problèmes de reproduction post traitement anti-cancéreux ;

En rapport avec la problématique de ce travail, les perceptions des patientes vis-à-vis des professionnels de la santé sont tout à fait pertinentes et à tenir en considération, car elles ont la capacité d'estimer et d'identifier des obstacles à la discussion de la PF en fonction de leur expérience et de leur vécu comme patiente.

En lien avec la théorie de la transition de Meleis (2010), les personnes n'effectuent pas uniquement une transition dans la santé / maladie lorsqu'elles reçoivent le diagnostic de cancer. Cela peut entraîner une transition organisationnelle (nouvelle prise en charge médicale, arrêt de travail, nombreux rendez-vous, etc.), mais également situationnelle (l'apparition de la maladie par exemple).

Dans l'article de Van den Berg et al. (2019), les professionnels de la santé (médecins oncologues, chirurgiens oncologues, gynécologues spécialisés en oncologie, hématologue, infirmier-ères spécialisés-es en oncologie, infirmiers-ères spécialisés-es en cancer du sein, oncologues de reproduction) se focalisent essentiellement sur la perspective médicale avant le début du traitement du cancer lors des réunions multidisciplinaires et ne mentionnent pas les conséquences que cela peut avoir sur les autres aspects bio-psycho-social-spirituel de ces femmes (anxiété, dépression, isolement social, perte d'espoir, etc.), ce qui donne une prise en soin non holistique des patientes.

7.2.3. Connaissances des professionnels de la santé

Ce thème aborde le niveau de connaissances par rapport à la fertilité, la PF et au réseau de soutien de tous les professionnels de la santé participant à ces études (infirmiers-ères, médecins oncologues, chirurgiens oncologues, stagiaires en oncologie, etc.).

Ce sujet est abordé dans les six articles retenus pour ce travail. De ces articles sélectionnés, différents éléments ont été identifiés et vont être mis en avant individuellement.

Wallace et ses collaborateurs (2015) observent un manque de connaissance chez les infirmiers-ères, sans expliciter plus de détails à ce sujet.

Chan, et al. (2018) soulignent que les infirmiers-ères ont également un manque de connaissance sur l'oncofertilité, sans mentionner les détails. Cependant, ils ont identifié que les soignantes ayant plus d'années d'expérience et/ou un plus haut niveau d'études sont plus en confiance pour aborder les notions d'identification des signes de récurrences du cancer. Toutefois, les auteurs n'ont pas abordé le manque de confiance des infirmiers-ères concernant la PF

De même, dans l'article de Covelli et al. (2019), il a été mis en évidence que les connaissances des professionnels de la santé interviewés (médecins oncologues, chirurgiens oncologues, spécialistes de la fertilité, spécialistes en oncologies, infirmiers-ères praticien-nes ou infirmiers-ères clinicien-nes spécialisé-es) étaient insuffisantes au sujet de la PF, telles que les risques, les processus, les délais pour les démarches, les technologies disponibles, les coûts engendrés et les références pour un suivi d'oncofertilité pour les patientes. Ce manque de connaissances impacte, selon les auteurs, la confiance des professionnels de la santé, ce qui fait qu'ils craignent souvent certaines questions venant des patientes.

Pareillement, d'après l'article de Van den Berg et al. (2019), les chercheurs ont mis en évidence que les professionnels de la santé participant à leur étude (médecins oncologues, chirurgiens oncologues, gynécologues spécialisés en

oncologie, hématologue, infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie, infirmiers-ères spécialisés-es en cancer du sein, oncologues de reproduction) manquaient de connaissances en termes d'options, de méthodes et d'outils de la PF selon les différents types de cancer.

Ce manque de connaissance a été remarqué également par Brown et al. (2022), en particulier sur les différentes options de PF, ce qui rend le sujet compliqué à aborder avec les patientes. Toutefois, les connaissances peuvent varier selon l'expérience personnelle de chaque professionnel et de l'intérêt qu'il y porte.

Les professionnels de la santé (infirmiers-ères en majorité, chirurgiens, gynécologues, médecin spécialisé, psychologue et travailleur social), dans l'étude de Huang et al., (2022), ont admis qu'il manque des informations fondées sur des données probantes en matière de PF, comme son succès thérapeutique. Tout comme dans l'étude de Brown et al. (2022), ce manque de connaissance complique la discussion sur le sujet de la part des professionnels de la santé, ces derniers craignant de transmettre des informations erronées et d'angoisser les patientes.

Tous les articles ont mis en exergue un déficit de connaissances de la part des professionnels de la santé participant aux différentes études. Il est mis en évidence que des connaissances en termes de PF sont primordiales pour garantir un accompagnement de qualité lorsque les femmes reçoivent un diagnostic de cancer et évoquent le désir d'avoir un enfant.

En lien avec la théorie de la transition, Meleis (2010), les femmes atteintes de cancer effectuent une transition dans la santé / maladie lorsqu'elles reçoivent le diagnostic. Cette transition entraîne également une transition organisationnelle et situationnelle (gestion de la famille, gestion du ménage, perte d'autonomie) ce qui peut conduire à une multitude de questionnements concernant l'état de santé et la prise en soin chez ces femmes. Par exemple, cela peut nécessiter une prise en soin par une équipe pluridisciplinaire plus grande et donner lieu à certaines réflexions, comme le désir de devenir parent. Le manque de connaissances de la part des professionnels de santé sur la PF peut être un frein à la transition chez les patientes.

En effet, l'article de Brown et al. (2022), démontre que la notion de la fertilité est un problème important chez les femmes et que la discussion de la PF avait un impact sur la qualité de vie future d'une femme.

7.2.4. Besoins des patients

Ce paragraphe aborde les besoins des patientes pour une compréhension globale de leur pathologie (conséquences, complications, traitements, ressources, etc.) et pour bénéficier d'un accompagnement en oncologie de qualité.

D'après l'article de Wallace et al. (2015), les auteurs n'explicitent pas les besoins des patientes. Toutefois, ils mentionnent l'importance pour les infirmiers-ères de reconnaître ces besoins dans le but de prodiguer des soins de qualité et de rassurer les patientes.

Brown et al. (2022), décrivent que les femmes étaient invitées à se référer à un spécialiste de la fertilité afin que celui-ci réponde à leurs questions. Toutefois, les femmes ne s'y référaient pas systématiquement, car cela dépendait de la sensibilisation faite par les oncologues et les équipes de soins. En effet, la fertilité est un sujet important chez les femmes, car la discussion de la PF peut améliorer la qualité de vie des survivantes. C'est pour cela que la notion d'infertilité est généralement discutée avec les jeunes femmes, parce que, selon les oncologues, cela fait partie du processus de consentement à la chimiothérapie.

Les professionnels de la santé (chirurgiens, infirmiers-ères, consultants en oncologie, stagiaires en oncologie, membres de l'équipe de fertilité) participant à l'étude ont mentionné que les décisions concernant la PF appartenaient aux femmes et que leur rôle était de faciliter cette décision (Brown et al., 2022).

Il est à noter que dans l'article de Huang et al. (2022), que 94% des professionnels de la santé (infirmiers-ères en majorité, chirurgiens, gynécologues, médecin spécialisé, psychologue et travailleur social) affirment qu'il serait plus facile pour eux de répondre aux besoins des femmes si celles-ci

exprimaient leur désir d'avoir des enfants un jour. De plus, 73% des professionnels soulignent également l'importance de respecter le choix des femmes quant à leur volonté d'avoir un enfant ou non.

Au vu des notions esquissées ci-dessus, il est important d'explorer et de rechercher de plus près les vécus, les perceptions, les besoins et les difficultés de ces femmes ainsi que de leurs proches si ces derniers sont présents et participent aux décisions. Ces étapes sont essentielles pour mettre en place des stratégies d'information, d'actions et de soins de qualité pour répondre au mieux, de manière pertinente et personnalisée, aux besoins et aux choix des patientes.

Dans la théorie de la transition de Meleis (2010), la personne est actrice de ses soins et les professionnels de la santé sont présents pour l'aider, en répondant à ses besoins et en respectant ses choix, à effectuer une transition saine. Cela signifie que la personne vivant le changement utilise ses comportements, connaissances et compétences dans le but de maîtriser et d'atteindre son bien-être. Dans les trois articles ci-dessus, les auteurs mentionnent l'importance de reconnaître les besoins de ces femmes afin de leur fournir des soins de qualité. De plus, la décision concernant la PF leur appartient et il est crucial de respecter leur choix pour faciliter cette décision.

7.3. Recommandations

La recherche documentaire et l'analyse des articles ont fait émerger des pistes pour améliorer la prise en soins, de la part des infirmières, des femmes atteintes de cancer, en matière de fertilité.

7.3.1. Pratique

Pour la pratique des infirmières, il est nécessaire d'aborder le sujet de la fertilité auprès des femmes qui viennent de recevoir le diagnostic du cancer. L'importance de cette notion d'oncofertilité a été mis en avant dans les articles de Brown et al. (2022) et Huang et al. (2022). D'après ces études, la discussion concernant la PF aurait un impact sur la qualité de vie future d'une femme,

notamment si elle désire avoir une vie de famille ou procréer plus tard. De plus, l'OMS (2020) mentionne que l'infertilité peut entraîner des conséquences sur deux droits fondamentaux de l'être humain : le droit à la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive, mais également le droit de choisir le nombre et l'espacement des enfants, ce qui peut impacter la santé bio-psycho-sociale de la femme.

Le manque de connaissances de certaines infirmières sur l'oncofertilité représente un obstacle à la discussion de la PF auprès de ces femmes. En effet, les six articles retenus pour ce travail mentionnent tous cet élément comme un frein à la discussion.

Il est donc recommandé d'effectuer des campagnes de sensibilisation sur l'importance des discussions de la PF aux infirmières, dans le but qu'elles se rendent compte de l'impact que peut avoir cette intervention infirmière. Par la même occasion, de proposer des formations continues aux infirmières afin qu'elles aient la possibilité d'actualiser leurs connaissances et d'offrir des soins standardisés aux femmes sur la base de données probantes récentes.

Il serait également important d'établir des protocoles clairs définissant les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire concernant la PF pour que les infirmières puissent se référer en cas de doute. Ces recommandations mentionnées ci-dessous donneraient la possibilité aux infirmières d'améliorer la communication concernant la fertilité en oncologie pour faciliter la discussion de la PF, de développer des outils d'évaluation afin d'effectuer une intervention appropriée et opportune selon les besoins des femmes, mais également de repérer les potentiels obstacles dans les soins afin de fournir des soins optimaux aux femmes atteintes de cancer.

Cependant, lors de l'annonce du diagnostic, les patientes se retrouvent dans un état de sidération, car elle provoque une transition brusque entre la santé et la maladie. Cette vulnérabilité et détresse chez les patientes entraînent une réticence chez les infirmières à initier les discussions sur la PF par peur d'augmenter leur souffrance. Il a été démontré que lors de l'annonce du

diagnostic, l'objectif prioritaire chez les femmes étaient la guérison. Par la même occasion, le manque de temps.

Lors de l'annonce du diagnostic, les patientes se retrouvent dans un état de sidération, car elle provoque une transition brusque entre la santé et la maladie. Cette vulnérabilité et détresse chez les patientes entraînent une réticence chez les infirmières à initier les discussions sur la PF par peur d'augmenter leur souffrance. Il a été démontré que lors de l'annonce du diagnostic, l'objectif prioritaire chez les femmes étaient la guérison. À cet instant, les patientes peuvent ne pas être prêtes à entendre ou entreprendre autre chose qui ne concernerait pas sa guérison, tel que la discussion de la fertilité. En effet, l'article Huang et al. (2022) souligne que les femmes ayant reçu le diagnostic étaient dans une détresse émotionnelle. L'impact émotionnel chez la patiente peut constituer un obstacle à la discussion et les soins concernant la PF pour les infirmières, car celles-ci ne se sentaient pas à l'aise d'aborder la PF par peur d'accentuer la souffrance chez la femme. Par la même occasion, le manque de temps et de lieu approprié empêcherait d'effectuer des entretiens infirmiers ou des soins post-traitement chez les patientes.

Il est donc important pour les infirmières de montrer leur disponibilité pour un entretien consacré à ce sujet pour une prochaine fois, dans un environnement calme et confidentiel, car la patiente peut être chamboulée et en souffrance à la suite de la nouvelle. Par conséquent, il est nécessaire de fixer un rendez-vous avec la patiente dès qu'elle est prête, dans le but de découvrir ses connaissances, comprendre son vécu, l'informer sur la PF et de construire un lien de confiance afin qu'elle se sente accompagnée et soutenue tout du long de cette démarche, mais également de cette transition. Pour amorcer la discussion, il serait judicieux de distribuer un flyer, s'il en existe dans l'unité, pour que la patiente puisse prendre connaissance du contenu dès qu'elle se sentira prête, dans le but que la patiente vienne à l'entretien avec des questions pour que les infirmières aient la possibilité de répondre au mieux à leurs besoins sur le sujet. De plus, il faudrait les informer que, certes, la survie est importante, mais que la fertilité peut aussi être un aspect important pour certaines femmes qui n'avaient

pas conscience des conséquences du cancer sur leur capacité à concevoir un enfant.

Lors de ces entretiens, les méthodes de communication chez les infirmières envers les patientes sont primordiales pour établir les interventions infirmières, car elles permettent d'établir une relation de confiance, de récolter des informations, de réduire l'anxiété des patientes, mais également de promouvoir une prise en soin de qualité. Cependant, les articles Chan et al. (2018), Covelli et al. (2019) et Van den Berg et al. (2019) soulignent le manque et les difficultés de communication chez les infirmiers-ères dans la prise en soins chez des patientes atteintes de cancer pour les soins d'oncofertilité. En effet, ils mentionnent une appréhension à initier la discussion de la PF et une divergence sur la personne qui doit initier le sujet. Par conséquent, ce manque de communication et collaboration contribue un obstacle aux interventions infirmiers-ères pour la PF.

Concrètement, des exemples d'interventions peuvent être les suivantes :

- Formations continues et sensibilisation sur la communication afin que les infirmières puissent renforcer leurs compétences relationnelles et discuter des thématiques sensibles plus facilement avec les patientes.
- Utilisation des applications mobiles pour santé afin d'offrir des réponses aux questions des patientes, des rappels pour les rendez-vous médicaux ou des consultations par visio-conférence afin de faciliter l'accès aux soins à distance.
- Groupes de soutien pour que les femmes puissent se soutenir entre-elles afin qu'elles développent des stratégies d'adaptation pour faire face aux potentielles conséquences de la maladie.
- Améliorer l'approche multidisciplinaire en effectuant des réunions régulières d'équipe afin d'établir un plan d'intervention personnalisée pour les patientes, dans le but d'obtenir une approche plus holistique.
- Développer des outils de communication plus visuelles comme des brochures, vidéos ou outils interactifs afin de fournir des informations et explications quant aux besoins des patientes.

Selon Meleis (2010), les interventions infirmières ont pour but de comprendre l'expérience des transitions vécue par des individus comme élément central de leur vie, mais également leurs réponses à ces transitions. Ceci permet d'identifier leurs besoins et les effets de ces transitions, dans le but de planifier des actions visant à améliorer leur bien-être. Par conséquent, il est recommandé d'établir les concepts initiaux de l'entretien infirmier. Ce qui signifie de se présenter, de poser un cadre, d'avoir une attitude professionnelle, ouverte et empathique, dans le but que la patiente se sente soutenue. Les techniques d'écoute active, de reformulation et de bienveillances sont également importantes pour créer un environnement qui accueillera les peines, les besoins affectifs et émotionnels de la patiente. Grâce à ce climat, les femmes auront le sentiment d'être écouté, ce qui donnera la possibilité de partager leurs souffrances sans se sentir jugées. Le ressenti et aptitude à partager les modifications qui ont eu lieu dans la vie de la patiente depuis le diagnostic permettent d'établir les interventions infirmières adéquates à la situation.

En utilisant la théorie de Meleis (2010), les infirmières peuvent mieux comprendre le vécu des patientes en explorant les circonstances, leur compréhension et leurs représentations depuis l'annonce du diagnostic, dans le but d'évaluer l'impact sur leur bien-être. De plus, l'utilisation du débriefing, qui est un « processus de communication aux autres des expériences qu'une personne ou un groupe a vécues autour d'un événement critique » (Meleis, 2010), permettrait aux femmes d'obtenir du soutien et des stratégies d'adaptation afin qu'elles puissent faire face à cette transition. Il serait donc recommandé que la patiente puisse être adressé aux réseaux de soutien pour le cancer, tels que des groupes de parole ou bien la ligue genevoise contre le cancer. De plus, il serait également important d'inclure un psychologue lors des réunions interdisciplinaires afin d'offrir un soutien adapté.

La théorie de Meleis (2010) fait également notion à la suppléance de rôle. Cette notion vise à explorer les sujets dont les patientes pourraient avoir besoin, tels

que l'accompagnement dans leur processus de deuil afin de comprendre leur vécu et d'améliorer leur bien-être.

À chaque entretien, il est important d'évaluer où les patientes se situent dans la transition, mais également leur processus de coping. Il est nécessaire de déterminer les impacts de la transition en évaluant l'environnement, le soutien de ses proches et les éléments inhibiteurs ou facilitateurs.

Dans l'état des connaissances de ce travail, il a été démontré que l'annonce du diagnostic impactait tout autant l'entourage de la patiente que la femme, car les proches peuvent jouer un rôle crucial dans la guérison chez la femme, car elles peuvent être une ressource pour faire face aux potentielles conséquences que cause la transition (Zimmermann, 2022). L'entourage de la patiente peut devenir un proche aidant, notamment le partenaire. En effet, la maladie du cancer et les traitements oncologiques peuvent diminuer chez la patiente l'autonomie à réaliser les activités de la vie quotidienne comme auparavant. Cependant, l'attitude des proches en tant que proche aidant peut révéler la fatigue liée au fait de se sentir obligé de prendre soin de la patiente, de l'écouter, de la protéger, de la soutenir, ainsi que son propre vécu face à la maladie (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012). De plus, l'article Van den Berg et al. (2019) illustre le changement relationnel entre la patiente et son entourage.

Il est donc recommandé aux infirmières d'effectuer des entretiens infirmiers avec la patiente et son entourage afin de répondre à leurs questionnements et inquiétudes, car ils peuvent être une aide importante dans la guérison de la patiente. Par ailleurs, il faudrait sensibiliser et évaluer le risque d'épuisement des proches aidants à l'aide d'échelle évaluative, tel que la grille d'évaluation Zarit qui se fonde sur la perception subjective des proches aidants afin de mesurer le fardeau familial ou un groupe de parole, tel que le café des proches aidants à Genève afin de leur apporter du soutien et une reconnaissance (*Informations pour les proches aidant-e-s | Ville de Genève - Site officiel, s. d.*).

Par ailleurs, il est conseillé de soutenir et d'évaluer également les impacts financiers, psychologiques (stress/anxiété) des proches aidants.

Finalement, les infirmières peuvent améliorer la prise en soin chez les femmes atteintes d'un cancer en mettant en place les différentes recommandations mentionnées dans ce chapitre et en s'appuyant sur la théorie de Meleis. Grâce à cela, les professionnels de la santé pourront prendre en soin de façon holistique les patientes, car ils pourront répondre à leurs besoins et les accompagner tout du long de leur transition.

7.3.2. Recherche

Les articles retenus pour répondre à la question de recherche proviennent de pays lointains et différents de la Suisse. Il est certain que l'accompagnement et la prise en soins des infirmières ailleurs dans le monde diffèrent de celles de la Suisse voire de l'Europe. Il serait donc pertinent d'explorer les obstacles, l'accompagnement, les stratégies et la prise en soin des infirmières en Suisse ou d'Europe auprès des femmes atteintes de cancer.

Il est nécessaire de continuer à documenter les expériences des patientes et des professionnels. De plus, explorer des interventions innovantes et efficaces pour améliorer la communication, la collaboration et la prise en soins holistiques des patientes peut être très pertinent pour éviter les obstacles à la discussion de la PF.

7.3.3. Formation

Les articles retenus mentionnent à plusieurs reprises que les connaissances des infirmières font défaut. Une formation complémentaire peut donc être une piste pour améliorer et peaufiner les connaissances des infirmières afin qu'elles puissent répondre et accompagner au mieux les femmes atteintes de cancer concernant la fertilité.

À l'heure actuelle, la HES-SO (Haute École spécialisée de Suisse occidentale) en partenariat avec les HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) proposent un CAS (Certificate of Advanced Studies) en « Oncologie et Soins palliatifs », visant principalement à enrichir leurs connaissances et développer les compétences infirmières en matière d'oncologie (génétique, cancer, travail en réseau, outils scientifiques, pédagogiques) (*Oncologie et Soins palliatifs | VisionS*, s. d.).

De plus, il peut être pertinent de sensibiliser les infirmières, de mieux définir et établir leurs rôle et responsabilités auprès des femmes recevant le diagnostic de cancer ou en organisant une réunion multidisciplinaire pour clarifier le rôle de chaque professionnel de santé accompagnant les patientes.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent être formés pour mieux prendre en compte les préférences et les choix des patientes concernant la PF. Cela englobe l'écoute active, le respect des décisions des patientes et l'intégration de leurs préoccupations dans le plan de soins.

En outre, la mise en place de programmes de formation continue spécifiques sur la PF pourrait aider à combler ce déficit. Ces programmes devraient inclure des informations sur les technologies de PF, les risques associés, les coûts et les processus.

8. CONCLUSION

Pour conclure, la recherche de la littérature effectuée lors de ce travail et l'analyse des articles retenus à l'aide de la théorie de la transition de Meleis (2010) nous ont permis de répondre à la question de recherche qui était : **quelles sont les interventions ou les rôles spécifiques des infirmières dans l'accompagnement d'une femme ayant reçu un diagnostic de cancer et exprimant le désir de procréer ?**

Les infirmières sont au cœur de la prise en soins des femmes diagnostiquées d'un cancer. Elles jouent un rôle fondamental dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la rémission ou le décès. Les infirmières ne s'occupent pas uniquement de la patiente elle-même, mais de tous les aspects qui composent l'individu, c'est-à-dire les aspects bio-psycho-socio-spirituel, ainsi que de ses proches et de son environnement.

Les femmes atteintes de cancer se concentrent principalement sur leur survie. Toutefois, la fertilité peut être une préoccupation très importante pour certaines si celles-ci savaient ou étaient informées du fait que le cancer et ses traitements avaient des répercussions irréversibles sur leur fertilité. Ainsi, les infirmières interviennent pour informer et accompagner les femmes concernant la fertilité et la PF.

Cependant, un grand nombre d'infirmières affirmait que ce sujet n'était pas abordé systématiquement à cause de nombreux freins, en voici les principaux :

- Un manque de temps ;
- Un manque de connaissances ;
- Un manque de conscience de la part des patientes sur l'impact du cancer sur leur fertilité ;
- Un manque de communication avec l'équipe multidisciplinaire ;
- Un manque de clarification des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé accompagnant les femmes atteintes de cancer.

Afin de remédier à ces obstacles et de prodiguer des soins et un accompagnement de meilleure qualité auprès des femmes atteintes de cancer, il est nécessaire de mettre en place des programmes de formation continue afin de combler le manque de connaissances des infirmières en matière de fertilité, de PF et d'inclure des modules spécifiques sur les implications des traitements oncologiques sur la fertilité et sur les options disponibles pour la PF.

Il est aussi important de clarifier en équipe le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de la santé qui accompagne ces femmes, d'établir des protocoles de service clairs pour toute l'équipe et d'améliorer la communication pluridisciplinaire.

L'infirmière doit oser parler de ce sujet complexe avec les patientes lorsque ces dernières sont prêtes à les entendre.

8.1. Apports du travail

Pour donner suite à la recherche documentaire pour ce travail, il a été mis en évidence que les infirmières rencontrent de nombreux obstacles freinant leur bonne pratique auprès des patientes atteintes de cancer. Ce travail a pu mettre en avant les différents obstacles tels que le manque de temps, le manque de connaissances / d'informations, une incompréhension des rôles et des responsabilités de l'équipe multidisciplinaire, ou encore un manque de communication.

Il est essentiel de prendre en considération et de mettre en pratique les différentes recommandations identifiées pour garantir une meilleure prise en soins des patientes atteintes de cancer en matière de fertilité.

8.2. Limites du travail

Ce sous-chapitre est consacré aux limites affrontées lors de la rédaction et de la recherche documentaire réalisée.

- Il a été difficile de trouver des études répondant exactement à la problématique de ce travail, ce qui a restreint la sélection des articles. Le niveau de preuve de ces articles n'est pas très élevé par rapport à la pyramide de Polit & Beck (2017). En effet, beaucoup d'articles n'abordaient pas les notions de fertilité, d'autres ne prenaient pas du tout en compte le rôle des infirmières ; il a donc été quelque peu compliqué de trouver des articles englobant tous les éléments de la problématique.
- Les articles sélectionnés sont rédigés en anglais. De ce fait, les articles ont été traduits en français afin d'en retirer une meilleure compréhension. Il est donc possible que l'interprétation des articles ne soit pas entièrement juste. Par conséquent, l'authenticité des articles peut être diminuée lorsque les éléments ont été repris dans le travail.
- Les articles retenus sont des études qualitatives, ce qui implique un échantillonnage faible et un niveau de preuve relativement bas.
- La plupart des articles incluaient des patients hommes et femmes, alors que la problématique de ce travail s'intéresse uniquement aux femmes. Cependant, il est impossible d'identifier 6 articles si l'on cible uniquement des patients de sexe féminin et non masculin.
- Aucune étude n'est menée en Suisse et seulement deux d'entre elles se sont déroulées en Europe. Ceci implique que les pratiques des infirmières d'autres régions peuvent être très différentes et ne pas s'appliquer directement aux infirmières de Suisse.
- En tant que débutants et apprenants, lors de la rédaction de ce travail de Bachelor, il est probable que des erreurs au niveau de la méthodologie ou de l'analyse aient pu apparaître dans les chapitres respectifs.

9. RÉFÉRENCES

American Cancer Society. (2020). *Female Fertility and Cancer*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8069.00.pdf>

American Cancer Society. (2024). *Financial Hardship*. <https://www.cancer.org/cancer/financial-insurance-matters/managing-costs/financial-hardship.html>

American Cancer Society (2024). *Late and Long-term Effects of Cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/survivorship/long-term-health-concerns/long-term-side-effects-of-cancer.html#:~:text=Cancer%20treatments%20can%20cause%20heart,is%20called%20congestive%20heart%20failure>

American Cancer Society. (2024). *Treatment Types*. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types.html>

American Cancer Society. (2024). *When you can't go back work after treatment ends*. <https://www.cancer.net/blog/2016-06/when-you-cant-go-back-work-after-treatment-ends>

Boelhouwer, I. G., Vermeer, W., & van Vuuren, T. (2021). Late effects of cancer (treatment) and work ability : Guidance by managers and professionals. *BMC Public Health*, 21(1), 1255. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11261-2>

Brown, K., Armstrong, N., & Potdar, N. (2022). Fertility preservation decisions in young women with breast cancer : A qualitative study of health care professionals' views and experiences. *Human Fertility*, 25(5), 903-911. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1933219>

Canadian Cancer Society. (2024). *Kidney Problems*. <https://cancer.ca/en/treatments/side-effects/kidney->

[problems#:~:text=The%20kidneys%20break%20down%20and,the%20kidney%20is%20called%20nephrotoxic](#)

Canadian Cancer Society. (2024). *Lung problems*. <https://cancer.ca/en/treatments/side-effects/lung-problems#:~:text=Treatments%20for%20cancer%2C%20including%20some,th e%20drugs%20or%20radiation%20used>

Canadian Cancer Society. (2024). *Work*. <https://cancer.ca/en/living-with-cancer/coping-with-changes/work>

Cancer Council. (2020). *Mouth health and cancer treatment*. <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/mouth-health-and-cancer-treatment>

Cancer Over Time. (2024). International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/overtime>

Cancer Survivors. (2024). *Cancer Treatments*. https://www.cdc.gov/cancer-survivors/patients/treatments.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/cancer/survivors/patients/treatments.htm

Chan, R. J., Button, E., Thomas, A., Gates, P., & Yates, P. (2018). Nurses attitudes and practices towards provision of survivorship care for people with a haematological cancer on completion of treatment. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1401-1409. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3972-5>

CHUV. (2021). *Coûts*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/procreationmedicalement-assistee/couts>

Conseil international des infirmières. (s. d.). *Définitions des soins infirmiers*. <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers#:~:text=Les%20soins%20infirmiers%20englobent%20les,bonne%20s anté%2C%20indépendamment%20du%20contexte>

Coping – Changes for the Family—NCI (nciglobal.ncienterprise). (2014). [cgvArticle]. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/changes-for-family>

Covelli, A., Facey, M., Kennedy, E., Brezden-Masley, C., Gupta, A. A., Greenblatt, E., & Baxter, N. N. (2019). Clinicians' Perspectives on Barriers to Discussing Infertility and Fertility Preservation With Young Women With Cancer. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14511>

Creswell, J. W. (2014). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Gaëtan Morin.

Ernst, M., Brähler, E., Wild, P. S., Faber, J., Merzenich, H., & Beutel, M. E. (2020). The desire for children among adult survivors of childhood cancer : Psychometric evaluation of a cancer-specific questionnaire and relations with sociodemographic and psychological characteristics. *Psycho-Oncology*, 29(3), 485-492. <https://doi.org/10.1002/pon.5285>

Ferlay, J., Evrik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Maery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory : Cancer Today*. Lyon, France : International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>

Financial Toxicity (Financial Distress) and Cancer Treatment—NCI (nciglobal,ncienterprise). (2017, juin 29). [pdqCancerInfoSummary]. <https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/track-care-costs/financial-toxicity-pdq>

Gaignard, M.-E., Benard, J., & Lang, N. (2018). Fertilité et cancer chez les jeunes adultes : Guéri, mais pourrais-je avoir des enfants ? *Revue Médicale Suisse*, 14(598), 558-562. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.598.0558>

Gonçalves, V., Ferreira, P. L., Saleh, M., Tamargo, C., & Quinn, G. P. (2022). Perspectives of Young Women With Gynecologic Cancers on Fertility and Fertility Preservation : A Systematic Review. *The Oncologist*, 27(3), e251-e264. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab051>

Gorodetska, I., Kozeretska, I., & Dubrovskaya, A. (2019). BRCA Genes : The Role in Genome Stability, Cancer Stemness and Therapy Resistance. *Journal of Cancer*, 10(9), 2109-2127. <https://doi.org/10.7150/jca.30410>

Huang, S. M., Kao, T. S., Lien, P. J., Hsieh, P. L., Chen, P. H. et Tseng, L. M. (2022). Oncofertility care : A qualitative study to understand personal perspectives and barriers in the multidisciplinary breast care team in Taiwan. *Women's health (Londres, Angleterre)*, 18, 17455057221078480. <https://doi.org/10.1177/17455057221078480>

Informations pour les proches aidant-e-s | Ville de Genève—Site officiel.
(s. d.). Consulté 4 août 2024, à l'adresse <https://www.geneve.ch/public/proches-aidant>

Institut national du cancer. (s.d.). *Annonce du diagnostic.* <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Aider-un-proche-malade/Les-relations/Aux-differentes-etapes-de-la-maladie/Annonce-du-diagnostic>

Institut national du cancer. (2021). *Facteurs de risque.* <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Facteurs-de-risque>

Institut national du cancer. (2021). *L'ovaire, qu'est-ce que c'est ?* <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-ovaire/Les-ovaires>

Institut national du cancer. (2021). *Types et stades du cancer*. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Types-et-stades-des-cancers>

International Conference on Population and Development. (2014). *Programme of Action*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., van Steijn-van Tol, A. Q. M. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2016). Fertility preservation counselling in Dutch Oncology Practice : Are nurses ready to assist physicians ? *European Journal of Cancer Care*, 26(6), e12614. <https://doi.org/10.1111/ecc.12614>

Labidi-Galy, S. I., Rodrigues, M., Sandoval, J. L., Kurtz, J. E., Heitz, F., Mosconi, A. M., Romero, I., Denison, U., Nagao, S., Vergote, I., Parma, G., Nøttrup, T. J., Rouleau, E., Garnier, G., El-Balat, A., Zamagni, C., Martín-Lorente, C., Pujade-Lauraine, E., Fiévet, A., & Ray-Coquard, I. L. (2023). Association of location of BRCA1 and BRCA2 mutations with benefit from olaparib and bevacizumab maintenance in high-grade ovarian cancer : Phase III PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial subgroup exploratory analysis. *Annals of Oncology*, 34(2), 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.11.003>

Légifrance – Le service public de la diffusion du droit. (s. d.). *Code de la santé publique*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833?isSuggest=true

Les objectifs d'une étude qualitative Vs une étude quantitative | People Vox: Vote électronique, études d'opinions, élections du cse etc. (2020). <https://people-vox.com/les-objectifs-dune-etude-qualitative-vs-une-etude-quantitative/>

Ligue contre le cancer. (2019). *Séquelles du cancer à long terme : prévention, détection et traitement.*

<https://boutique.liguecancer.ch/files/cls/webshop/PDFs/francais/feuille-d-information-sequelles-du-cancer-a-long-terme-024504903121.pdf>

Ligue contre le cancer. (2021). Désir d'enfant malgré un cancer.

<https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/la-vie-avec-et-apres-le-cancer/sexualite/desir-denfant-malgre-un-cancer>

Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer en Suisse : Les chiffres.* (2023).

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

Lopez, A.-L. J., Butow, P. N., Shannon, P., Hobbs, K., Phillips, E., Robertson, R., & Juraskova, I. (2019). *Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer : A qualitative exploration.*

<https://doi.org/10.1111/ecc.13070>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing : Development and progress* (4th ed.). Philadelphia : Lippincott.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York : Springer.

National Cancer Institute. (2017). *Fertility Issues in Girls and Woman with Cancer* (nciglobal.ncicenterprise) [CgvArticle]. National Cancer Institute.

<https://www.cancer.gov/aboutcancer/treatment/side-effects/fertility-women>

Oncologie et Soins palliatifs | VisionS. (s. d.). Consulté 26 juillet 2024, à l'adresse <https://www.hesge.ch/visions/oncologie-soins-palliatifs>

Organisation mondiale de la santé. (2020). *Infertilité.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Cancer*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organisation panaméricaine de la santé. (s. d.). *La profession infirmière*. <https://www.paho.org/fr/sujets/profession-infirmiere#:~:text=Ils%20englobent%20la%20promotion%20de,soins%20centrés%20sur%20le%20patient>

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (4^{ème} éd.). Montréal. Chenelière éducation.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer.

Proia-Lelouey, N., & Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. *Dialogue*, 197(3), 69-79. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0069>

Referentiel-Competences—Soins-infirmiers-4620.pdf. (s. d.). Consulté 25 juillet 2024, à l'adresse <https://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>

Registre genevois des tumeurs. (s.d.). *Le cancer dans le canton de Genève – Période 2016-2020 – Incidence et Mortalité*. https://www.unige.ch/medecine/rgt/application/files/3117/0232/7520/Fichier_Final_2016_2020.pdf

Roche. (2024). Les effets indésirables cutanés des traitements. <https://www.roche.fr/articles/effets-indesirables-peau-ongles>

Schipper, D. O. (2019). Prise en charge des coûts des mesures de prévention de la fertilité. *Ligue suisse contre le cancer*.

Secrétariat général DFI, & Office fédéral de la santé publique. (2019). *Remboursement des mesures visant à préserver la fertilité chez les personnes atteintes d'un cancer*. Le Conseil fédéral.

<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-75568.html>

Société canadienne du cancer. (2024). *L'utérus*.
<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/uterine/what-is-uterine-cancer/the-uterus#:~:text=Fonction,corps%20lors%20de%20%27accouchement>

Société canadienne du cancer. (2024). *Vos émotions et le cancer*.
<https://cancer.ca/fr/living-with-cancer/coping-with-changes/your-emotions-and-cancer>

Thurrott, S. (2024). *Navigating Neurological Side Effects During Cancer Treatment*. Banner Health. <https://www.bannerhealth.com/healthcareblog/better-me/cancer-treatment-how-to-handle-your-neurological-side-effects>

University of Pennsylvania School of Nursing. (s. d.). *Afaf I. Meleis*.
<https://www.nursing.upenn.edu/live/profiles/69-afaf-meleis>

Van den Berg, M., Baysal, Ö., Nelen, W. L. D. M., Braat, D. D. M., Beerendonk, C. C. M., & Hermens, R. P. M. G. (2019). Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 34(6), 1074-1082. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez062>

Wallace, A., Downs, E., Gates, P., Thomas, A., Yates, P., & Chan, R. J. (2015). Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment : A cancer nursing practice survey study. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(5), 516-522.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.012>

Waimey, K. E., Smith, B. M., Confino, R., Jeruss, J. S., & Pavone, M. E. (2015). Understanding Fertility in Young Female Cancer Patients. *Journal of Women's Health*, 24(10), 812-818. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5194>

Zimmermann, T. (2022). Partnerschaftliche und familiäre Aspekte bei Krebserkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(4), 446-452. [https://doi.org/10.1007/s00103-022-03495-](https://doi.org/10.1007/s00103-022-03495-1)

[1](#)

10. ANNEXES

10.1. Analyse des articles retenus

10.1.1. Grille d'analyse COREQ pour l'article 1

Article 1 : Wallace, A., Downs, E., Gates, P., Thomas, A., Yates, P., & Chan, R. J. (2015). Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment : A cancer nursing practice survey study. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(5), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.012>

Tableau 14. Grille d'analyse COREQ pour l'article 1

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • Ann Wallace ; • Erin Down ; • Priscilla Gates ; • Alison Thomas ; • Patsy Yates ; • Raymond Javan Chan. 	516
Titres académiques	2	Pas mentionné.	Ø
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • Ann Wallace : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia ; • Erin Down : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia ; • Priscilla Gates : Olivia Newton-John Cancer and Wellness Centre, Austin Hospital, Heidelberg, Victoria, Australia ; • Alison Thomas : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia + School of Nursing, Queensland University of Technology, Kelvin Grove, Queensland, Australia ; • Pasty Yates : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia + School of Nursing, Queensland University of Technology, Kelvin Grove, Queensland, Australia + Institute of Health and Biomedical Innovation, Queensland University of Technology, Kelvin Grove, Queensland, Australia ; • Raymond Javan Chan : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia + School of Nursing, Queensland University of Technology, Kelvin Grove, Queensland, Australia + Institute of Health and Biomedical Innovation, Queensland University of Technology, Kelvin Grove, Queensland, Australia + Department of Research and Innovation, West Moreton Hospital and Health Services, Queensland, Australia. 	516
Genre	4	5 femmes et 1 homme.	516
Expérience et formation	5	Non mentionné.	Ø
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Non mentionné.	Ø

Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	L'objectif était d'identifier les différents points de vue des infirmiers-ères en oncologie concernant leur attitude, leur niveau de confiance en elle-même et leur pratique dans les soins oncologiques chez les patients atteints d'un cancer hématologique. De plus, elle avait également pour but d'examiner les différents obstacles à la prise en soins.	517
Caractéristiques de l'enquêteur	8	Les services d'oncologie doivent étendre les soins concernant le suivi post-traitement oncologique des patients afin de mettre en place des stratégies de soins dans la pratique courante. Les points de vue des infirmiers-ères en oncologie sont essentiels pour les développements futurs du suivi des soins post-traitement.	516
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Une étude qualitative, utilisant une enquête transversale prospective. Un questionnaire a été effectué auprès des participants.	517
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Échantillonnage dirigé : infirmiers-ères s'occupant de patients atteints d'un cancer hématologique et qui travaillent dans un centre médical australien.	517
Prise de contact	11	Les participants ont été invités par les chercheurs, courriers électroniques, infirmiers-ères responsables de l'unité et les assistants des chercheurs.	517
Taille de l'échantillon	12	Les assistants infirmiers ou tout autres personnel infirmier non réglementé ont été exclus de l'étude (nombre inconnu).	517
Non-participation	13	Au total 200 infirmiers-ères ont été invités à participer à l'étude. Cependant, 119 infirmiers-ères ont répondu aux questionnaires, dont 6 infirmiers-ères n'ont pas entièrement remplis le questionnaire.	518
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Les données ont été recueillies sur le lieu de travail durant le temps de travail des infirmiers-ères et lors des réunions de directions des soins infirmiers.	517
Présence de non-participants	15	6 participants.	518
Description de l'échantillon	16	L'âge moyen des participants était de 36,09 ans, la majorité étant les femmes (n=104), possédant un niveau de bachelor (N=80) et plus de 6 ans d'expérience en oncologie (n=85). La majorité des participants passent plus de 50 % de leur temps à s'occuper de patients hématologiques (n=86) et fournissent des soins directs (n=97) avec un peu plus de la moitié des participants (n=64) travaillant en milieu hospitalier.	518
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Avant la distribution de l'enquête, le questionnaire a été évalué en demandant à 5 infirmiers-ères en oncologie de remplir le questionnaire et de fournir des commentaires sur la cohérence de l'étude.	518
Entretiens répétés	18	Non mentionné.	Ø
Enregistrement audio / Visuel	19	Non mentionné.	Ø
Cahier de terrain	20	Non mentionné.	Ø
Durée	21	12-15 min pour compléter le questionnaire.	518
Seuil de saturation	22	Non mentionné.	Ø
Retour des retranscriptions	23	Non mentionné.	Ø
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	Non mentionné.	Ø
Description de l'arbre de codage	25	Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS version 22. Les statistiques descriptives ont été calculées (écart-types) et les distributions de fréquence. L'analyse de la variance (ANOVA) a été utilisée pour explorer les relations entre les facteurs professionnels et les résultats mesurés.	518
Détermination des thèmes	26	Les thèmes ont été déterminés à l'avance : <ul style="list-style-type: none"> Première partie du questionnaire consistait aux caractéristiques des participants. 	518

		<ul style="list-style-type: none"> • Deuxième partie du questionnaire concernait les soins de suivi post-traitement oncologique, tel que les interventions pour les conséquences du cancer et les traitements, la surveillance de la récurrence du cancer et de la coordination des soins. • Troisième partie du questionnaire comportait 12 obstacles pour les soins post-traitement oncologique aux patients et 11 barrières pour les soignants / membres de la famille. 	
Logiciel	27	SPSS version 22 + Analysis of variance (ANOVA).	518
Vérification par les participants	28	Non mentionné.	Ø
Rédaction			
Citations présentées	29	Non mentionné.	Ø
Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants : <ul style="list-style-type: none"> • L'âge moyen des participants est de 36.09 ans, majoritairement des femmes possédant un Bachelor et ayant plus de 6 ans d'expérience en soins infirmiers en oncologie. La majorité des participants travaillent en milieu hospitalier et passe plus de leur moitié du temps de travail à s'occuper de patients hématologiques en fournissant des soins cliniques directs. 2. Attitudes des infirmiers-ères sur le rôle infirmier dans les soins post-traitement : <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des participants ont reconnu que certaines interventions de soins post-traitement étaient de leur responsabilité. 3. Le niveau de confiance des infirmiers-ères en oncologie sur les prestations de soins post-traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de confiance varie selon les items de soins post-traitement. • Les plus grands niveaux de confiance concernant les soins sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer que le patient ait un calendrier de rendez-vous de suivi avec leur hématologue. ○ Informer les patients des personnes qu'ils peuvent contacter en cas des questions. ○ Discuter des recommandations de régime alimentaire de santé. • Le plus faible niveau de confiance concernant les soins est : <ul style="list-style-type: none"> ○ Discussion des problèmes potentiels de la fertilité post-traitement. ○ Discussion des problèmes financiers / emploi et de référer le patient vers le soutien approprié. ○ Réalisation de dépistages de détresse pour identifier et référer les patients à risque psychosocial. 4. Fréquence perçue des interventions de soins post-traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions les plus pratiquées sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer que le patient ait un calendrier de rendez-vous de suivi avec leur hématologue. ○ Informer les patients des personnes qu'ils peuvent contacter en cas des questions. ○ Fournir des informations sur les effets secondaires physiques à long terme du traitement. • Les interventions les moins pratiquées sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Discussion des problèmes potentiels de la fertilité post-traitement. ○ Discussion des problèmes sur l'intimité et la sexualité. ○ Communiquer les soins post-traitement avec les professionnels de santé de soin primaire. 5. Obstacles aux prestations des soins post-traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de temps, l'absence de consultation de fin de traitement, le manque de connaissances, le manque des ressources éducatives et manque d'emplacement physique approprié. 6. Relations entre les facteurs professionnels des infirmiers-ères, les attitudes et les pratiques des soins post-traitements ? <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de relations significatives entre les facteurs professionnels des infirmiers-ères, les attitudes et les pratiques des soins post-traitements. 	518 – 521

Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats et l'ordre de l'enquête :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants ; 2. Attitudes des infirmiers-ères sur le rôle infirmier dans les soins post-traitement ; 3. Le niveau de confiance des infirmiers-ères en oncologie sur les prestations de soins post-traitement ; 4. Fréquence perçue des interventions de soins post-traitement ; 5. Obstacles aux prestations des soins post-traitement ; 6. Relations entre les facteurs professionnels des infirmier-ières, les attitudes et les pratiques des soins post-traitements. 	518 – 520
Clarté des thèmes secondaires	32	Non mentionné.	∅
Limites mentionnées par les auteurs	33	<ul style="list-style-type: none"> • Étude pilote impliquant une seule discipline d'un seul centre de cancérologie. Donc, les résultats ne peuvent pas être généralisés pour tous les infirmiers-ères en oncologie en Australie. • 6 participants n'ont pas complété certaines parties de l'enquête. 	521

10.1.2. Grille d'analyse COREQ pour l'article 2

Article 2 : Chan, R. J., Button, E., Thomas, A., Gates, P., & Yates, P. (2018). Nurses attitudes and practices towards provision of survivorship care for people with a haematological cancer on completion of treatment. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1401-1409. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3972-5>

Tableau 15. Grille d'analyse COREQ pour l'article 2

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • Raymond Javan Chan ; • Elise Button ; • Alison Thomas ; • Priscilla Gates ; • Patsy Yates. 	1401
Titres académiques	2	Non mentionné.	∅
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • Raymond Javan Chan et Elise Button : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital à Herston + School of Nursing Queensland University of Technology + Institute of Health and Biomedical Innovation à Queensland ; • Alison Thomas : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia ; • Priscilla Gates : Olivia Newton-John Cancer and Wellness Center à Heidelberg ; • Patsy Yates : Cancer Care Services, Royal Brisbane and Women's Hospital à Herston + School of Nursing Queensland University of Technology + Institute of Health and Biomedical Innovation à Queensland + Centre for Palliative Care Research and Education à Queensland. 	1401
Genre	4	1 homme et 4 femmes.	1401
Expérience et formation	5	Non mentionné.	∅
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Non mentionné.	∅
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	L'objectif de cette étude était d'identifier la perception des infirmiers-ères australiennes concernant leurs responsabilités sur les soins infirmiers liés au cancer, ainsi leur confiance en elles et la fréquence des soins post traitements pour les patients atteints d'un cancer hématologique.	1402
Caractéristiques de l'enquêteur	8	En 2015, une étude pilote a été réalisée dans un centre métropolitain de soins contre le cancer avec 119 infirmiers-ères en oncologie s'occupant des patients atteint d'une tumeur hématologique maligne, dans le but de tester les outils de recherche. Sur la base de ce projet pilote, une enquête nationale de plus grande envergure a été prévue.	1402
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Une étude transversale en ligne.	1402
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Des critères d'inclusion exigeaient que les participants soient des infirmiers-ères âgées de plus de 18 ans, qui s'identifient comme soignante chez les personnes atteintes d'un cancer hématologique en Australie.	1402
Prise de contact	11	Une invitation a été envoyée par courrier électronique à tous les membre de la CNSA (Cancer Nurses Society of Australia) et du groupe d'infirmiers-ères HSNZ (Haematology Society of Australia and New Zealand) par l'intermédiaire de leur organisme professionnel respectif.	1402

		Un courriel de rappel a été envoyé 2 semaines plus tard.	
Taille de l'échantillon	12	En total, 310 infirmiers-ères travaillant en oncologie ont participé à l'étude.	1403
Non-participation	13	28 participants ont abandonné dans diverses étapes de l'enquête.	1403
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Les données ont été recueillies via des courriels contenant un lien vers un questionnaire en ligne via la plate-forme Survey.	1402
Présence de non-participants	15	Les courriels d'invitation contenaient un lien vers un questionnaire en ligne via la plate-forme Survey Monkey®. L'enquête a été acceptée comme consentement implicite et toutes les réponses ont été anonymes.	1402
Description de l'échantillon	16	La majorité des répondants étaient des femmes travaillant dans les soins aux adultes et dans les milieux métropolitains. Plus de la moitié des participants avaient plus de 40 ans et plus de 10 ans d'expérience dans les soins infirmiers en oncologie. Ils étaient employés à temps plein dans les soins cliniques directs avec les patientes.	1403
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Les éléments du questionnaire de l'enquête ont été générés à partir du rapport fondateur de l'OIM's (Organisation Internationale pour les Migrations) seminal report : <i>Lost in transition : From cancer patient to cancer survivor</i> et d'autres documents aux facteurs influençant le changement de comportement chez les professionnels de la santé.	1403
Entretiens répétés	18	En 2015, une étude pilote a été réalisée dans un établissement public métropolitain de soins contre le cancer, impliquant 119 infirmiers-ères du cancer s'occupant de patients atteints d'une tumeur hématologique pour tester les outils de recherche. Sur la base de cette enquête pilote, une étude au niveau national a été réalisée en 2018.	1402
Enregistrement audio / Visuel	19	Non mentionné.	Ø
Cahier de terrain	20	Non mentionné.	Ø
Durée	21	12-15 minutes.	1403
Seuil de saturation	22	Non mentionné.	Ø
Retour des retranscriptions	23	Non mentionné.	Ø
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	Non mentionné.	Ø
Description de l'arbre de codage	25	Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les variables de l'étude. Des tests d'échantillons indépendants ont été utilisés pour explorer les relations entre une gamme de facteurs professionnels et les mesures globales du résultat total. Pour les données manquantes, une analyse de cas disponible a été effectuée.	1403
Détermination des thèmes	26	Le questionnaire d'enquête constitué de 83 items était composé de trois sections. La 1 ^{ère} section comportait les caractéristiques des participants (âge, sexe, année d'expérience, etc.). La 2 ^{ème} section comportait 17 pratiques communes des soins post-traitement (interventions pour les conséquences du cancer et de son traitement ; Surveillance de la récurrence du cancer ; Coordination des soins). La 3 ^{ème} section comportait une liste de 12 obstacles à la prestation de soins post-traitement de qualité aux patients et de 11 obstacles pour les soignants et pour les membres de la famille.	1403
Logiciel	27	L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 22.	1403
Vérification par les participants	28	Non mentionné.	Ø
Rédaction			
Citations présentées	29	Non mentionné.	Ø

Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants : <ul style="list-style-type: none"> • Majoritairement des femmes âgées de plus de 40 ans et ayant 10 ans d'expériences dans les soins infirmiers. De plus, elles travaillaient à plein temps et dans les soins aux adultes et dans les milieux métropolitains. 2. Fiabilité de l'échelle et données manquante : <ul style="list-style-type: none"> • Corrélation statistique significative entre toutes les sous-échelles de perception de la responsabilité, de la confiance et de la fréquence. • 28 participants ont abandonné à différents stades de l'enquête, ce qui a entraîné l'absence de données au moins pour les parties ultérieures de l'enquête. 3. Perception de la responsabilité, de la confiance et fréquence des prestations des soins post-traitements : <ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont convenu que tous les éléments concernant les soins post-traitement étaient de leur rôle sauf pour la discussion sur la façon d'identifier les signes de récurrence du cancer et d'assurer les rendez-vous de suivi avec les fournisseurs de soins de santé primaire. • Les items ayant le score de confiance le plus bas sont de discuter des questions de fertilité, d'emploi et financières, mais aussi de la façon d'identifier les signes de récurrence du cancer. • Les prestations de soins post-traitement les moins pratiquées sont la discussion des questions de fertilité, la communication des soins post-traitement avec l'équipe de soins de santé primaires et la discussion de sexualité. 4. Facteurs associés à la perception de la responsabilité, à la confiance et à la fréquence des prestations des soins post-traitements : <ul style="list-style-type: none"> • La perception des responsabilités et du niveau de confiance était plus élevée chez les professionnels soignants qui possédaient plus d'années d'expérience, un haut niveau d'étude et travaillaient dans une région non métropolitaine. • Les participants qui travaillaient à temps plein avait un score plus élevé dans la coordination des soins que ceux qui travaillaient à temps partiel. • Les participants qui avaient plus d'années d'expériences sont plus engagés dans des discussions sur l'identification des signes de récurrence du cancer. • Les participants qui travaillaient dans une région non-métropolitaine coordonnaient les soins plus fréquemment. 5. Obstacles à la prestation des soins post-traitements : <ul style="list-style-type: none"> • L'étude révèle que les 3 plus grands obstacles concernant les soins post-traitement pour les patients et les familles sont : le manque de consultation de fin de traitement concernant les soins post-traitement, le temps et un espace physique approprié pour les prestations de soins post-traitement. 	1403 - 1407
Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats et l'ordre du questionnaire d'entretien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants : <ol style="list-style-type: none"> a. Fiabilité de l'échelle et données manquante ; 2. Perception de la responsabilité, de la confiance et fréquence des prestations des soins post-traitements ; 3. Facteurs associés à la perception de la responsabilité, à la confiance et à la fréquence des prestations des soins post-traitements ; 4. Obstacles à la prestation des soins post-traitement. 	1403 - 1404
Clarté des thèmes secondaires	32	Non mentionné.	Ø
Limites mentionnées par les auteurs	33	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants étaient membres d'organismes professionnels très instruits et engagés activement dans des activités, ce qui a pu limiter la généralité des résultats des infirmiers-ères en oncologie en Australie. • 9% des participants ont abandonné à différentes étapes de l'enquête en ligne. 	1407

10.1.3. Grille d'analyse COREQ pour l'article 3

Article 3 : Covelli, A., Facey, M., Kennedy, E., Brezden-Masley, C., Gupta, A. A., Greenblatt, E., & Baxter, N. N. (2019). Clinicians' Perspectives on Barriers to Discussing Infertility and Fertility Preservation With Young Women With Cancer. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14511>

Tableau 16. Grille d'analyse COREQ pour l'article 3

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea Covelli ; • Marcia Facey ; • Erin Kennedy ; • Christine Brezden-Masley ; • Abha A. Gupta ; • Ellen Greenblatt ; • Nancy N. Baxter. 	1
Titres académiques	2	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea Covelli : MD, PhD ; • Marcia Facey : PhD ; • Erin Kennedy : MD, PhD ; • Christine Brezden-Masley : MD, PhD ; • Abha A. Gupta : MD, MSc ; • Ellen Greenblatt : MDCM ; • Nancy N. Bexter : MD, PhD. 	1
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea Covelli : Department of Surgery, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada ; • Marcia Facey : Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada ; • Erin Kennedy : Department of Surgery, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada ; • Christine Brezden-Masley : Department of Medicine, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada ; • Abha A. Gupta : Department of Oncology, Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada ; • Ellen Greenblatt : Department of Obstetrics and Gynecology, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada ; • Nancy N. Bexter : Department of Surgery, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital + Institute of Health Policy, Management, and Evaluation, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. 	11
Genre	4	7 femmes.	1
Expérience et formation	5	Non mentionné.	Ø
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Cercle de contact de l'investigateur principal (N.N.B.).	2
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	Expérience directe concernant le traitement des jeunes femmes (âgées de 15 à 35 ans) atteintes d'un cancer dont le traitement pourrait affecter négativement leur fertilité.	2
Caractéristiques de l'enquêteur	8	Comprendre et décrire la nature des défis liés à la discussion sur l'infertilité et la PF à travers les expériences et les perspectives des cliniciens qui traitent régulièrement de jeunes patientes atteintes de cancer.	2

Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Étude qualitative.	2
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Échantillonnage dirigé et par effet boule de neige.	2
Prise de contact	11	Invitation par courriel et sollicitation des participants à inviter d'autres personnes ayant de l'expérience sur le sujet de l'étude.	2
Taille de l'échantillon	12	22 cliniciens dans l'échantillon final, dont 8 oncologues médicaux, 4 oncologues chirurgicaux, 4 spécialistes de la fertilité, 3 spécialistes de l'hématologie et de l'oncologie et 3 infirmiers-ères praticiens-nes ou infirmiers-ères cliniciens-nes spécialisés-es.	3-4
Non-participation	13	Non mentionné.	Ø
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Interview téléphonique semi-structurée.	3
Présence de non-participants	15	Non mentionné.	Ø
Description de l'échantillon	16	Cliniciens dans des centres de cancérologie et des hôpitaux communautaires dans 5 provinces canadiennes, 5 domaines de pratique et 12 sites de pratique. Étude menée de mai 2014 jusqu'à novembre 2014.	2
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Une revue de la littérature explorant les connaissances et les pratiques cliniques concernant l'infertilité et la PF a été utilisée pour aider à la conception du guide de l'entretien. Le guide de l'entretien a été testé et a été révisé sur la base des commentaires des participants et de l'équipe de recherche.	2
Entretiens répétés	18	Non mentionné.	Ø
Enregistrement audio / Visuel	19	Les entretiens ont été enregistrés pour assurer l'exactitude des déclarations des participants.	2-3
Cahier de terrain	20	Non mentionné.	Ø
Durée	21	30 à 75 minutes.	3
Seuil de saturation	22	Non mentionné.	Ø
Retour des retranscriptions	23	Non mentionné.	Ø
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	2 personnes : 1. Andrea Covelli ; 2. Marcia Facey.	3
Description de l'arbre de codage	25	Les techniques analytiques des thématiques inductives ont suivi les méthodes conventionnelles de la première étape de l'analyse qualitative : le tri, l'organisation et le codage des données et la recherche de similitudes, de différences et de dimensions des codes et des thèmes. Un livre de codes a été utilisé pour suivre les changements en cours aux définitions et pour assurer la cohérence du codage. Les données ont été codées en double cas de divergence entre les codeurs. Les codes et les thèmes ont été discernés et affinés de manière inductive grâce à de multiples lectures et analyses comparatives des transcriptions par 2 enquêteurs (M.F. et A.C.) et grâce à des discussions d'équipe continues sur des résumés de données détaillés.	3
Détermination des thèmes	26	Les thèmes ont été discernés à partir des discussions de ces résumés. Les décisions thématiques finales étaient basées sur la question de savoir comment elles ont abordé la question de recherche, si elles offraient des connaissances nouvelles ou intéressantes sur les soins du cancer et la PF, et s'il y avait suffisamment de données pour décrire les thèmes et répondre à des données contradictoires.	3
Logiciel	27	NVivo data management software version 10 (QSR International).	3

Vérification par les participants	28	Non mentionné.	Ø
Rédaction			
Citations présentées	29	<p>Les citations des participants sont mentionnées et identifiées par des numéros qui leur ont été attribués afin de préserver leur anonymat.</p> <p>Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Certains oncologues ne comprennent pas le processus de préservation de la fertilité, ont peu ou pas de compréhension des technologies disponibles, ont une connaissance et une compréhension insuffisantes de la façon et de l'endroit où référer les patients, n'ont pas de matériel éducatif à portée de main à donner aux patients.</i> » (Clinicien 1). • « <i>Lorsque vous êtes confronté à un patient atteint d'un cancer qui a besoin d'un traitement... s'inquiéter de la préservation est secondaire. Pour les hommes, il est probablement beaucoup plus facile d'aller à la banque de sperme, pour les femmes, il semble difficile d'aller récolter des œufs.</i> » (Clinicien 12). 	6-8
Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance des cliniciens : manque de familiarité avec la PF : <ul style="list-style-type: none"> • Les participants étaient au courant des lignes directrices de l'ASCO, cependant certains cliniciens n'avaient pas suffisamment d'informations concernant la PF tels que les risques, les processus de PF, délais pour la PF, technologies disponibles et leurs coûts, mais également à qui ils devaient référer les patients pour la PF. • Même si les cliniciens connaissaient la PF, le manque de connaissances était une des raisons de leur incertitude quant aux liens entre les traitements du cancer et les traitements du cancer et l'infertilité, les options ou les risques. 2. Attitudes des cliniciens : <ol style="list-style-type: none"> a. Manque d'auto-efficacité (sous-thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le manque de confiance des cliniciens dans leur capacité à s'engager dans des discussions sur la PF était leur manque de préparation quant aux questions complexes qui caractérisent les discussions sur la PF ; ○ Les cliniciens qui ne traitaient pas régulièrement les jeunes patients atteints de cancer étaient ceux qui ne se sentaient pas suffisamment préparés et ne soulevaient pas les problèmes concernant la fertilité. b. Manque d'accord avec les lignes directrices de l'ASCO et la PF (sous-thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Selon les cliniciens, la PF et l'infertilité ne sont pas soutenues pleinement à leur pratique. Pour eux, l'infertilité n'est pas mortelle contrairement aux cancers. De ce fait, la notion de PF et d'infertilité serait secondaire aux traitements du cancer. De plus, la notion de la PF serait considérée comme un fardeau pour les cliniciens et les patients ; ○ Pour certains cliniciens la PF pourrait entraîner un retard ou des résultats oncologiques potentiellement pires. De plus, la PF pourrait être un fardeau financier pour les patients. c. Manque d'attente de résultats (sous-thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les cliniciens, l'engagement des patients dans des discussions de PF et l'orientation vers la PF n'entraînerait pas de résultats positifs tant qu'il n'y aura pas de preuves, technologies, avantages et succès de la PF dans un contexte oncologique. 3. Manque de pratique actuels : <ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques concernant la PF et l'attribution de la responsabilité de celle-ci divergent entre les cliniciens ; • Certains cliniciens se concentrent uniquement sur le cancer et considèrent que la PF n'est pas de leur responsabilité ; • Certains cliniciens ont convenu au sein de leur équipe multidisciplinaire que celui qui rencontre le patient en premier avait la responsabilité d'aborder la PF en collaboration avec les spécialistes de la fertilité et les oncologues. Cependant, les participants ont admis qu'il y avait très peu de collaboration ou de communication interprofessionnelle. 4. Obstacles non cliniques : <ol style="list-style-type: none"> a. Facteurs environnementaux (sous-thème) : 	3 – 9

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Les défis pour la discussion de la PF sont l'organisation des soins, le manque de temps et de ressources, le soutien structurel et l'éducation des patients ; ○ L'incertitude face aux diagnostics et aux choix thérapeutiques des traitements oncologiques est un défi pour les cliniciens pour la discussion de la PF ; ○ Le rôle des autres professionnels tels que les infirmiers-ères ou les travailleurs sociaux pour aborder la PF si les cliniciens manquaient de temps à discuter. b. Facteurs du patient (sous-thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les facteurs influençant la discussion de la PF sont les préoccupations en matière de mortalité, les considérations psychosociales (anxiété, stress) et les perceptions des cliniciens sur l'état des patients. ○ Le statut socio-économique des patients influence la volonté des cliniciens de discuter de la PF. 	
Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats et l'ordre de l'enquête :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissances des cliniciens : manque de familiarité avec la PF ; 2. Attitudes des cliniciens ; 3. Manque de pratique actuels ; 4. Barrières non cliniques. 	3 – 9
Clarté des thèmes secondaires	32	<p>Les thèmes secondaires sont classés selon les résultats et l'ordre de l'enquête :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Manque d'auto-efficacité ; b. Manque d'accord avec les lignes directrices de l'ASCO et la PF ; c. Manque d'attente de résultats ; d. Facteurs environnementaux ; e. Facteurs du patient. 	3 – 9
Limites mentionnées par les auteurs	33	<ul style="list-style-type: none"> • Échantillonnage de recherche qualitative est plutôt ciblé qu'aléatoire. • Biais dans l'auto-selection parce que les cliniciens qui ont choisi de participer ont peut-être plus d'intérêt pour la PF que ceux qui ont choisi de ne pas participer. 	10

10.1.4. Grille d'analyse CROEQ pour l'article 4

Article 4 : Van den Berg, M., Baysal, Ö., Nelen, W. L. D. M., Braat, D. D. M., Beerendonk, C. C. M., & Hermens, R. P. M. G. (2019). Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement. *Human Reproduction* (Oxford, England), 34(6), 1074-1082. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez062>

Tableau 17. Grille d'analyse COREQ pour l'article 4

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • M. van den Berg ; • Ö. Baysal ; • W.L.D.M. Nelen ; • D.D.M. Braat ; • C.C.M. Beerendonk ; • R.P.M.G. Hermens. 	1074
Titres académiques	2	Non mentionné.	Ø
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • M. van den Berg : Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; • Ö. Baysal : Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; • W.L.D.M. Nelen : Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; • D.D.M. Braat : Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; • C.C.M. Beerendonk : Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; • R.P.M.G. Hermens : Department of IQ Healthcare, Radboud university medical center, PO Box 9101, 6500HB Nijmegen, the Netherlands ; 	1074
Genre	4	Non mentionné.	Ø
Expérience et formation	5	Non mentionné.	Ø
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Non mentionné.	Ø
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	L'objectif d'identifier les obstacles et de recueillir des pistes d'améliorations grâce à des entretiens semi-structurés menés avec 24 professionnels de la santé qui travaillaient dans les soins de la fécondité afin de proposer des solutions pour améliorer les soins liés à la fertilité chez les femmes atteintes de cancer.	1075
Caractéristiques de l'enquêteur	8	L'intérêt de cette étude est de comprendre les défis rencontrés par les professionnels de la santé dans ce domaine et de proposer des solutions afin d'améliorer les soins liés à la fertilité chez les femmes atteintes de cancer.	1075
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Étude qualitative. Des entretiens semi-structurés et approfondis ont été réalisés afin d'identifier les obstacles est les suggestions d'amélioration des professionnels.	1075
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Echantillonnage dirigé et par effet boule de neige.	1075
Prise de contact	11	Les professionnels ont été contactés par le chercheur (M.B.) par courriel pour participer à l'étude. Concernant, les patientes, elles étaient recrutées parmi le réseau des patients (Olijf (cancers gynécologiques), plate-forme AYA (national adolescent et jeune adulte), et le conseil consultatif des patients de la recherche thème Cancers des femmes au Radboudumc).	1075

Taille de l'échantillon	12	En total, 24 sur 43 professionnels ont accepté de participer aux interviews.	1076
Non-participation	13	Les raisons sont : <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de temps ; • Ne rencontraient pas de difficulté à parler de la PF ; • Pas de réponse à l'invitation initiale ou du rappel. 	1076
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Selon les préférences des professionnels de la santé, les entretiens étaient réalisés en présentiel ou par appel téléphonique.	1075
Présence de non-participants	15	Non mentionné.	Ø
Description de l'échantillon	16	Professionnels impliqués dans les soins de la fécondité des femmes néerlandaises. Ils ont été recrutés parmi les trois hôpitaux d'expertise néerlandais pour les soins PF féminins et environ 20 hôpitaux affiliés.	1075
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Le guide d'entretien était basé sur les recommandations clés des soins d'oncofertilité féminine de haute qualité. Ces recommandations ont été sélectionnées et relevées par un panel d'expert multidisciplinaire parmi six lignes directrices nationales et internationales. Elles ont été complétées par la ligne directrice néerlandaise à l'aide d'une procédure de consensus Delphi.	1075
Entretiens répétés	18	Non mentionné.	Ø
Enregistrement audio / Visuel	19	Toutes les interviews ont été enregistrées et retranscrites mot pour mot.	1076
Cahier de terrain	20	Non mentionné.	Ø
Durée	21	Non mentionné.	Ø
Seuil de saturation	22	Toutes les entrevues ont été menées par M.B. en 2016, et le nombre d'entrevues a été déterminé par la saturation des données.	1076
Retour des retranscriptions	23	Les transcriptions n'ont pas été retournées aux participants pour qu'ils puissent faire de commentaires.	1076
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	3 personnes ont analysé les données.	1076
Description de l'arbre de codage	25	Le codage a été déterminé en 4 étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Toutes les interviews transcrites ont été lues ; 2. Deux chercheurs ont sélectionné et relevé des phrases dans lesquelles les obstacles ou des suggestions d'amélioration ont été décrits en utilisant un codage ouvert ; 3. Ces codes ont été regroupés en catégories ; 4. Ces catégories ont été assignées aux niveaux appropriés, comme décrite par le guide de codage de Flottorp (logiciel). 	1076
Détermination des thèmes	26	Les thèmes ont été déterminés à la suite de l'analyse des données.	1076
Logiciel	27	Le logiciel de recherche Atlas.ti (version 7.1.5, Berlin) et le codage ont été guidés par le cadre de Flottorp.	1076
Vérification par les participants	28	Non mentionné.	Ø
Rédaction			
Citations présentées	29	Non mentionné.	Ø
Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des obstacles et suggestions d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Au total, 28 obstacles et 18 suggestions d'amélioration ont été identifiés durant les entretiens classés par les patients, professionnels et au niveau organisationnel des soins. 2. Niveau des patients (sous thème) : <ol style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Certains professionnels ont l'impression que les patients ne placent pas la fertilité dans leur liste de priorité, car ils se concentrent sur la survie au cancer ; 	1076 - 1081

		<ul style="list-style-type: none"> o Les patients ne sont pas motivés à PF parce qu'ils veulent commencer leur traitement du cancer dès que possible. b. Suggestions d'améliorations / recommandations : <ul style="list-style-type: none"> o Aide à la décision individualisée en ligne sur l'oncofertilité et distribution de dépliant d'information au département en oncologie, dans le but d'améliorer les soins d'oncofertilité ; o Sensibilisation afin que les patients se rendent compte par eux-mêmes grâce à une campagne nationale du cancer ou plus d'informations en ligne sur les associations de cancer spécifiques de la maladie. <p>3. Niveau des professionnels (sous thème) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Obstacles : <ul style="list-style-type: none"> o Manque de connaissances au niveau des options, méthodes et outils de la PF et les options correspondant aux différents types de cancer ; o Certains ont déclaré qu'ils étaient moins conscients de la discussion de la PF selon le profil du patient (âge, volonté d'avoir des enfants, pronostic du cancer) ; o Manques de temps, car les professionnels doivent donner une grande quantité d'informations concernant le diagnostic du cancer lors de la première consultation ; o Divergences entre les professionnels sur celui qui doit aborder la discussion la PF. b. Suggestions d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> o Référer les patientes à un gynécologue pour la discussion de la PF avant le traitement du cancer ; o Sensibiliser les professionnels aux moyens de communication sur les risques d'infertilité et les options de PF. <p>4. Niveau organisationnel (sous thème) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Obstacles : <ul style="list-style-type: none"> o Manque d'information écrites disponibles sur la PF ; o Un tiers des hôpitaux ne discute pas régulièrement de la PF lors des réunions interdisciplinaire. b. Suggestions d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> o Infirmiers-ères spécialisés-es en oncologie devraient jouer un rôle dans la PF ; o Discuter de la notion de fertilité lors des réunions interdisciplinaire ; o Nomination d'un médecin référent pour la PF. <p>5. Sélection des stratégies d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 obstacles ont été identifiés par les professionnels : avant le traitement de cancer seulement la perspective médicale est discutée lors des réunions interdisciplinaires, sans mentionner les conséquences sur la fertilité et aucune attention n'est présente aux préoccupations reproductives après le traitement. • Les stratégies d'amélioration ont été sélectionnées à la suite des obstacles identifiés à l'aide d'un consensus pour surmonter ces obstacles. 	
Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats et l'ordre de l'enquête :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des obstacles et suggestions d'amélioration ; 2. Niveau des patients (sous thème) : <ol style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'améliorations. 3. Niveau des professionnels (sous thème) : <ol style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'amélioration. 4. Niveau organisationnel (sous thème) : <ol style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'amélioration ; c. Sélection des stratégies d'amélioration. 	<p>1076 - 1081</p>
Clarté des thèmes secondaires	32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau des patients (sous thème) : <ol style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'améliorations. 2. Niveau des professionnels (sous thème) : 	<p>1076 - 1081</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'amélioration. <p>3. Niveau organisationnel (sous thème) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Obstacles ; b. Suggestions d'amélioration. 	
Limites mentionnées par les auteurs	33	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les professionnels ont été invités à participer par mail. • Les patients ont participé à la réunion du groupe d'expert, mais pas à l'identification des obstacles. • Un biais aurait pu se produire dans l'interprétation de l'interview. • La plupart des professionnels ont travaillé dans un hôpital universitaire où la sensibilisation à la PF pourrait être plus élevée en raison des courtes lignes de communication entre les départements d'oncologie et de fertilité. 	<p>1080 - 1081</p>

10.1.5. Grille d'analyse CROEQ pour l'article 5

Article 5 : Brown, K., Armstrong, N., & Potdar, N. (2022). Fertility preservation decisions in young women with breast cancer : A qualitative study of health care professionals' views and experiences. *Human Fertility*, 25(5), 903-911. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1933219>

Tableau 18. Grille d'analyse COREQ pour l'article 5

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • Kathryn Brown ; • Natalie Armstrong ; • Neelam Potdar. 	903
Titres académiques	2	Non mentionné.	Ø
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • Kathryn Brown : Leicester Medical School, University of Leicester ; • Natalie Armstrong : Department of Health Sciences, University of Leicester ; • Neelam Potdar : Department of Health Sciences, University of Leicester et Women and Children CMG, University Hoypitals of Leicester NHS Trust. 	903
Genre	4	3 femmes.	903
Expérience et formation	5	Non mentionné.	Ø
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Non mentionné.	Ø
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	L'objectif est d'explorer les perceptions, les connaissances, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé concernant la discussion autour de la PF avec leurs patientes atteintes de cancer.	903
Caractéristiques de l'enquêteur	8	Les discussions concernant la PF avant le traitement du cancer du sein sont un aspect important des soins. Cependant, les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein ont des besoins non satisfaits concernant les discussions sur la PF.	903
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Étude qualitative. Entretien semi-structuré afin d'explorer les connaissances, attitudes et comportements des professionnels de la santé qui offre une discussion concernant la PF aux patientes.	903
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Échantillonnage dirigé.	904
Prise de contact	11	Face-à-face et/ou courriel, puis par téléphone pour confirmer la participation et fixer les entretiens.	904
Taille de l'échantillon	12	20 professionnels de la santé, dont 4 chirurgiens du sein, 3 infirmiers-ères du sein, 5 consultants en oncologie, 3 stagiaires en oncologie et 5 personnes de l'équipe de fertilité.	904
Non-participation	13	Nombre de participants n'ayant pas participé, non mentionné. Les raisons n'ont pas été révélées, mais une contrainte au niveau du temps peut en être la cause.	905
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Dans des bureaux privés ou les bureaux des participants.	904
Présence de non-participants	15	Seulement la présence du chercheur et du participant.	904

Description de l'échantillon	16	Ce sont des professionnels de la santé d'un grand hôpital universitaire, de toutes spécialité qui étaient impliqués dans les soins des jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein et qui étaient capable d'offrir des discussions sur les PF. Les professionnels de la santé ont donc été recrutés dans le département d'oncologie, l'unité de soin du sein et le centre de fertilité.	904
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Un guide a été créé avant de mener les entretiens et a été examiné par un consultant chirurgien du sein et un chercheur qualitatif. Les questions ouvertes ont été réalisées sur la base de ce qui a été trouvée dans la littérature autour du sujet et de nouvelles questions ont été posé lorsqu'il nécessitait une exploration. Les questions se sont concentrées sur la compréhension de la PF par les professionnels de la santé, la manière dont ils abordent et communiquent des informations à ce sujet, ce qu'ils en pensent et comment ils priorisent la prise en soins des jeunes femmes.	904
Entretiens répétés	18	Non mentionné.	∅
Enregistrement audio / visuel	19	Entretiens enregistrés sous format audio.	904
Cahier de terrain	20	Non mentionné.	∅
Durée	21	Entre 30 à 45 minutes.	904
Seuil de saturation	22	Non mentionné.	∅
Retour des retranscriptions	23	Non mentionné.	∅
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	Non mentionné.	∅
Description de l'arbre de codage	25	Une approche inductive sur l'analyse des données basées sur la méthode de la théorie ancrée a été utilisée, ce qui a permis de construire des théories et des hypothèses progressivement à partir des données empiriques au fur et à mesure de leur émergence, de leur code et de leur placement en catégories thématiques.	904
Détermination des thèmes	26	Les thèmes ont été déterminés avant de mener les entretiens et ont été examinés par un chirurgien consultant du sein et un chercheur qualitatif.	904
Logiciel	27	Logiciel NVivo a été utilisé pour analyser les transcriptions.	904
Vérification par les participants	28	Non mentionné.	∅
Rédaction			
Citations présentées	29	Les citations des participants sont mentionnées et identifiées par leur profession. Voici quelques exemples de citations présentent dans la partie : « Sensibilisation, connaissance et compréhension » : <ul style="list-style-type: none"> « Je pense que la PF d'une manière : les preuves que nous avons à ce sujet ne sont pas excellentes. Donc, lorsque je suis présenté à un patient avec ces problèmes, je n'ai pas l'impression d'avoir beaucoup de recherches ou de preuves sur lesquelles je peux m'appuyer quand il faut savoir ce qu'il faut faire de mieux. » Consultant en oncologie. « Je pense que le chirurgien est celui qui devrait identifier le candidat potentiel et parler au patient le plus rapidement possible, nous sommes ceux qui annoncent les mauvaises nouvelles, l'horloge commence alors, c'est le point zéro et nous ne voulons pas perdre de temps. » Chirurgien du sein. « Attitudes » : <ul style="list-style-type: none"> « Pour moi, je ne pense pas que la première chose à laquelle ils pensent soit la fertilité, ils veulent voir leurs options de traitement et comment nous pouvons guérir ce cancer. C'est probablement ce qui se passe dans leur esprit. » Stagiaire en oncologie. « Perception des professionnels de la santé sur leur comportement » <ul style="list-style-type: none"> « Peut-être que je suis un peu optimiste en disant que nous discutons alors que les personnes veulent plus d'une discussion et que nous posons juste quelques questions rapides, en faisant des hypothèses 	905

		<p>basées sur ça alors que les femmes en demandent plus. » Stagiaire en oncologie.</p> <p>« Rôles des infirmiers-ères spécialisés » :</p> <ul style="list-style-type: none"> « Souvent, les infirmiers-ères en soins du sein sont assez douées pour nous rappeler si nous, en tant que chirurgiens, avons oublié ou si cela peut tout simplement ne pas être approprié si la patiente était trop affligée et contrariée pour commencer à parler de ces choses en même temps. » Chirurgien du sein. 	
Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> Sensibilisation, connaissance et compréhension : <ul style="list-style-type: none"> Certains professionnels manquaient de confiance dans leur connaissance concernant la PF et des options qui existent rendant la discussion de la PF difficile. De plus, il s'agit d'une des raisons pour laquelle les professionnels de santé invitaient les femmes à se référer à un spécialiste de la fertilité. Cependant, les participantes du centre de la fertilité ont signalé que les femmes ne se référaient pas systématiquement et que cela dépendait de la sensibilisation faite par les oncologues et les équipes de soins du sein auprès de ces femmes. Les connaissances concernant la PF qu'avaient les participants différaient selon l'expérience individuelle et à l'intérêt personnel. Cependant, certains professionnels de la santé souhaitaient savoir davantage sur la PF et ont suggéré diverses ressources. La responsabilité concernant quel professionnel de la santé doit fournir une discussion sur les PF diverge entre les spécialistes. Attitudes : <ul style="list-style-type: none"> Il y a eu des attitudes mitigées concernant l'importance de la PF. Tous les participants savaient que la fertilité était un problème important chez les femmes et que la discussion de la PF permettait d'améliorer la qualité de vie des survivants. Cependant, 2 participants ont mentionné que la discussion de la PF devenait une question secondaire, car elle n'était pas aussi importante que le cancer et le traitement. Par conséquent, l'attitude mitigée a influencé l'importance accordée aux discussions sur les PF lors de la consultation. Toutefois, certaines caractéristiques de la femme lors de l'annonce du diagnostic influencent l'attitude du participant à discuter de la PF. En effet, la discussion de la PF serait plus favorable chez les jeunes femmes âgées de moins de 35 ans. Perceptions des professionnels de la santé sur leur comportement : <ul style="list-style-type: none"> Les participants ont déclaré que la notion d'infertilité devait et serait toujours discutée avec les jeunes femmes. Pour les oncologues, cela fait partie du processus de consentement à la chimiothérapie. Une divergence quant au rôle des participants dans la discussion de la PF et de ce qui est considéré comme discussion. Les participants adaptaient leur approche concernant la PF selon ce que la femme déclarait. Par exemple, si elle avait complété sa famille ou bien si elle souhaite avoir des enfants. Tous ont mentionné que les décisions concernant la PF appartenaient aux femmes et que leur rôle était de faciliter ces décisions. La plupart des participants n'abordaient pas la discussion concernant la PF, car ils pensaient que les jeunes femmes avaient déjà pris une décision concernant la PF avant même que le sujet ne soit abordé. Rôle des infirmiers-ères cliniques spécialisés-es : <ul style="list-style-type: none"> Elles ont souligné l'importance des discussions concernant la PF et l'impact sur la qualité de vie future d'une femme. De plus, les infirmiers-ères font partie intégrante de la discussion par leur disponibilité à aborder les aspects psychosociaux d'un diagnostic d'un cancer. 	905-907
Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sensibilisation, connaissance et compréhension ; Attitudes ; Perceptions des professionnels de la santé sur leur comportement ; Rôle des infirmiers-ères cliniques spécialisés-es. 	905-907
Clarté des thèmes secondaires	32	Non mentionné.	Ø

<p>Limites mentionnées par les auteurs</p>	<p>33</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'incontrôle des recherches préalables effectuées par les participants sur le sujet de l'étude. • Risque que la description subjective du professionnel de la santé lors de l'entretien ne corresponde pas à sa vraie pratique sur le terrain. • L'influence du médecin lors d'une discussion avec un patient peut influencer le choix du patient concernant sa prise en soin, ce qui ne peut pas être déterminé à travers les entretiens. • Risque de biais de réponse, car tous les cliniciens qui ont été contactés n'ont pas accepté d'interviewer. • Différents niveaux d'expertise ce qui peut influencer leurs points de vue sur le sujet. 	<p>908-909</p>
--	-----------	---	-----------------------

10.1.6. Grille d'analyse CROEQ pour l'article 6

Article 6 : Huang, S. M., Kao, T. S., Lien, P. J., Hsieh, P. L., Chen, P. H. et Tseng, L. M. (2022). Oncofertility care : A qualitative study to understand personal perspectives and barriers in the multidisciplinary breast care team in Taiwan. *Women's health* (Londres, Angleterre), 18, 17455057221078480. <https://doi.org/10.1177/17455057221078480>

Tableau 19. Grille d'analyse COREQ pour l'article 6

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
Item	N°	Description	Page
Enquêteur / Animateur	1	<ul style="list-style-type: none"> • Sheng-Miauh Huang ; • Teh-Sing Kao ; • Pej-Ju Lien ; • Pei-Ling Hsieh ; • Ping-Ho Chen ; • Ling-Ming Tseng. 	1
Titres académiques	2	Non mentionné.	Ø
Activité	3	<ul style="list-style-type: none"> • Sheng-Miauh Huang : Department of Nursing, MacKay Medical College, New Taipei City ; • Teh-Sing Kao : Department of Nursing, MacKay Medical College, New Taipei City ; • Pej-Ju Lien : Comprehensive Breast Health Center, Taipei Veterans General Hospital, Taipei City ; • Pei-Ling Hsieh: Department of Nursing, University of Kang Ning, Taipei City ; • Ping-Ho Chen : Department of Traditional Chinese Medicine, Tapei Medical University Hospital, Taipei City ; • Ling-Ming Tseng: Comprehensive Breast Health Center, Department of Surgery, Taipei Veterans General Hospital, Taipei City et School of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei City. 	1
Genre	4	Non mentionné.	Ø
Expérience et formation	5	Non mentionné.	Ø
Relations avec les participants			
Relation antérieure	6	Non mentionné.	Ø
Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	7	L'objectif est de comprendre l'expérience clinique concernant les soins d'oncofertilité chez les personnels soignants au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins du sein.	1
Caractéristiques de l'enquêteur	8	L'intérêt de la recherche est de pouvoir guider les professionnels de la santé dans des soins de fertilité appropriés, sûrs et rentables pour les femmes qui souhaitent avoir des enfants. Par conséquent, le but de l'étude est de comprendre la difficulté de mettre en place des soins d'oncofertilité chez les professionnels de la santé qui soignent les femmes ayant un traitement contre le cancer du sein.	2
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
Orientation méthodologique et théorie	9	Étude qualitative afin d'explorer les expériences des fournisseurs de soins de santé en matière de soins de fertilité pour les femmes ayant un traitement pour le cancer du sein. Pour cela, des entretiens approfondis ont été utilisés pour recueillir et obtenir des informations approfondies sur les points de vue des participants.	2
Sélection des participants			
Échantillonnage	10	Échantillonnage dirigé.	2-3

Prise de contact	11	L'équipe de recherche de l'hôpital a entamé le contact avec les participants qui répondait aux critères de recherche par téléphone pour présenter l'étude et susciter la volonté de participer.	3
Taille de l'échantillon	12	En total 16 professionnels de la santé, dont 8 infirmiers-ères, 3 chirurgiens, 2 gynécologues, 1 médecin de médecine chinoise, 1 psychologue consultant et 1 travailleur social.	3
Non-participation	13	Non mentionné.	Ø
Contexte			
Cadre de la collecte de données	14	Les entretiens en face-à-face ont été organisés à un moment et à un endroit qui convenaient aux participants, dans un cadre privé mutuellement convenu.	3
Présence de non-participants	15	Non mentionné.	Ø
Description de l'échantillon	16	Les caractéristiques d'inclusion pour participer à l'étude sont les professionnels de soins âgés de 20 ans ou plus, qui travaillent à l'hôpital, qui possèdent une certification médicale, qui ont une expérience dans la prise en soin des femmes en âge de procréer atteintes d'un cancer du sein et qui pouvaient communiquer en chinois. Les professionnels avec d'anciens troubles psychiatriques ont été exclus de l'étude.	2
Recueil des données			
Guide d'entretien	17	Un questionnaire d'entrevue semi-structuré a été élaboré, dans le but de recueillir des données basées sur l'expérience des chercheurs dans le domaine de l'oncofertilité et sur un examen approfondi de la littérature pertinente.	Ø
Entretiens répétés	18	Non mentionné.	Ø
Enregistrement audio / Visuel	19	Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio.	3
Cahier de terrain	20	Les chercheurs ont rédigé des mémos sur les transcriptions textuelles afin d'enrichir leurs données, dans le but de retracer les idées, les contextes, les significations et les actions des participants.	3
Durée	21	Chaque interview prenait 60-120 minutes.	3
Seuil de saturation	22	Non mentionné.	3
Retour des retranscriptions	23	Les chercheurs ont appelé les participants à clarifier le contenu de leur interview si nécessaire.	3
Domaine 3 : Analyse des résultats			
Analyse des données			
Nombre de personnes codant les données	24	4 chercheurs ont analysé les données.	3
Description de l'arbre de codage	25	Deux chercheurs ont lu les transcriptions indépendamment, ligne par ligne, dans le but de coder les mots significatifs afin de conceptualiser les données et d'établir des thèmes préliminaires. Par la suite, deux chercheurs supplémentaires ont été invités afin de discuter des thèmes préliminaires afin de les réorganiser et les redéfinir. Finalement, ils ont comparé et exploré chaque donnée pour les variations, les similarités et les différences.	3
Détermination des thèmes	26	Les thèmes ont été déterminés à partir des données elles-mêmes. Les chercheurs ont combiné et examiné l'ensemble des données afin de déterminer les thématiques émergentes.	3
Logiciel	27	Non mentionné.	Ø
Vérification par les participants	28	Les participants ont été invités à faire part de leurs commentaires sur les analyses afin de vérifier l'exactitude des interprétations émises par les chercheurs.	3
Rédaction			
Citations présentées	29	Les citations des participants sont mentionnées et identifiées par des numéros qui leur ont été attribués afin de garder leur anonymat. Voici quelques exemples : <ul style="list-style-type: none"> « Si ma patiente n'est pas mariée, la maladie et le traitement peuvent affecter sa relation entre elle et son partenaire. Elle peut ressentir de l'anxiété et voir un avenir incertain. Il est difficile de demander si elle 	4 – 6

		<p><i>veut des enfants. Si j'étais confronté à ce problème (de la fertilité), je ressentirais plus de douleur et je serais dépassé. » (Participant B)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« Ils (les patients) souffrent tout. Je pense que discuter de la question de l'infertilité avec ces patients peut aggraver leur souffrance. Je choisirai de discuter passivement du problème de l'infertilité. Je ne répondrai pas ou ne donnerai pas une réponse que lorsqu'on me le demandera. » (Participant A).</i> 	
Cohérence des données et des résultats	30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants : <ul style="list-style-type: none"> • L'âge moyen des participants était de 40,69 ans et la majorité était des femmes. • Les participants ont mesuré le niveau de volonté pour aider les patientes à la PF avant le traitement ou pendant la grossesse après le traitement. Cependant, 5 participants ont mentionné qu'il avait qu'une petite compréhension de l'oncofertilité. 2. Perspective personnelle sur l'oncofertilité : <ul style="list-style-type: none"> • Des changements physiques et psychologiques ont été observés chez les patientes lors du diagnostic et du traitement du cancer, ce qui a influencé et constitué un obstacle à la discussion et les soins concernant la PF. <ol style="list-style-type: none"> a. Empathie avec la souffrance du patient pendant son diagnostic et son traitement (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Il a été observé que les femmes ayant reçu le diagnostic de cancer éprouvaient une détresse émotionnelle durant le traitement et une crainte d'une récurrence à la fin du traitement oncologique ; ○ Les professionnels se sentaient donc inconfortable d'aborder la PF par peur d'accentuer la souffrance chez les patientes. b. La sécurité comme condition préalable (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les participants ont considéré que la survie de la patiente était plus prioritaire qu'à la PF avant le traitement et de la grossesse pendant ou après le traitement oncologique. c. Satisfaire les besoins des femmes (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les femmes en âge de procréer, qui ne sont pas encore mariées ou qui n'avaient pas encore d'enfant étaient plus concernés au problème de la PF ; ○ Si les femmes initiaient le sujet de la PF, les professionnels s'assuraient de répondre à leurs besoins. d. Respecter les choix des femmes (sous thème) ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Les participants ont mentionné qu'ils doivent respecter les choix du patient indépendamment de leur décision et du profil de la patiente (âge, stade du cancer). e. Questionner la capacité des femmes à élever des enfants (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'inquiétude des participants envers les femmes étaient : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équilibre de la vie des patients, comme le coût de la PF ; ▪ Leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes ; ▪ Leur force physique, l'énergie et la capacité à élever leurs enfants après le traitement. f. Retour à la vie de famille (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les participants ont mentionné que les femmes, qu'elles soient mariées ou non, devaient pouvoir retourner à la vie familiale à la fin du traitement et qu'avoir la possibilité d'avoir un enfant faisait partie intégrante d'une famille et un élément de base du mariage. 3. Obstacles à l'oncofertilité : <ul style="list-style-type: none"> • Des difficultés ont été mentionnées par les participants lorsqu'ils aidaient les femmes atteintes de cancer à accéder aux soins de la fertilité. L'une des causes est l'interaction entre le personnel médical et les patients qui était influencée par l'environnement médical. <ol style="list-style-type: none"> a. Mauvaise communication entre l'équipe multidisciplinaire (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le besoin d'oncofertilité nécessite la participation de nombreux médecins interprofessionnels ; 	3 – 7

		<ul style="list-style-type: none"> o Les patientes doivent généralement décider si elles souhaitent avoir recours à la PF en ayant reçu qu'une explication superficielle et hâtive de ce sujet ; o Les participants ont déclaré qu'ils n'étaient pas sûrs de la meilleure personne (professionnel de la santé) pour fournir une consultation sur les soins à l'oncofertilité. b. Absence de dépistage initial (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> o Les participants ont déclaré qu'ils étaient incertains quand la personne qui devait explorer les plans de la fertilité lors de l'évaluation initiale du patient ; o Les infirmiers-ères pensaient que la responsabilité était aux médecins d'aborder la PF, tandis que les médecins pensaient l'inverse ; o Les infirmiers-ères étant la première ligne de contact avec les patientes, elles devaient être en mesure d'évaluer les intentions de fertilité chez la femme ; c. Soutien insuffisant dans les familles des femmes (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> o Le choix de la PF chez les femmes peut être influencé par les membres de sa famille ou bien de son partenaire ; o Les groupes de soutien et les ressources financières du patient sont les majeurs facteurs à la PF ; d. Considérations pour un protocole de traitement nécessaire (sous thème) : <ul style="list-style-type: none"> o Dépendant la durée du traitement contre le cancer et l'âge de la patiente certain traitement tel que l'hormonothérapie peut déclencher une ménopause précoce chez ces patientes rendant les chances d'avoir un enfant après la fin du traitement irréaliste. e. Manque d'informations fondées sur des données probantes concernant l'oncofertilité (sous thème) ; <ul style="list-style-type: none"> o Les soins de la PF étaient compliqués, car la probabilité de l'infertilité est incertaine et qu'il n'y a pas de garantie claire sur l'efficacité thérapeutique des médicaments pour la reproduction dans le cancer ; o Les professionnels de la santé ne connaissent pas suffisamment les informations relatives à la PF. Ils ne se sentent donc pas à l'aise d'aborder le sujet avec les patients par peur de fournir de mauvaises informations et d'augmenter l'anxiété des patients. f. Ne pas suivre le protocole (sous thème) ; <ul style="list-style-type: none"> o Les femmes ont généralement été référées chez d'autres professionnels pour répondre au mieux à leur question concernant la PF ; o Cependant, les professionnels ne connaissent pas la décision finale chez ces femmes une fois qu'elles sont allées référer, si elles ne les informent pas directement, ce qui peut retarder le plan de soin contre le cancer. 	
Clarté des thèmes principaux	31	<p>Les thèmes principaux sont classés selon les résultats et l'ordre de l'enquête :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des participants ; 2. Perspective personnelle sur l'oncofertilité : <ol style="list-style-type: none"> a. Empathie avec la souffrance du patient pendant son diagnostic et son traitement (sous thème) ; b. La sécurité comme condition préalable (sous thème) ; c. Satisfaire les besoins des femmes (sous thème) ; d. Respecter les choix des femmes (sous thème) ; e. Questionner la capacité des femmes à élever des enfants (sous thème) ; f. Retour à la vie de famille (sous thème). 3. Obstacles à l'oncofertilité : <ol style="list-style-type: none"> a. Mauvaise communication entre l'équipe multidisciplinaire (sous thème) ; b. Absence de dépistage initial (sous thème) ; c. Soutien insuffisant dans les familles des femmes (sous thème) ; 	3 – 6

		<ul style="list-style-type: none"> d. Considération pour un protocole de traitement nécessaire (sous thème) ; e. Manque d'informations fondées sur des données probantes concernant l'oncofertilité (sous thème) ; f. Ne pas suivre le protocole (sous thème). 	
Clarté des thèmes secondaires	32	<ul style="list-style-type: none"> a. Empathie avec la souffrance du patient pendant son diagnostic et son traitement (sous thème) ; b. La sécurité comme condition préalable (sous thème) ; c. Satisfaire les besoins des femmes (sous thème) ; d. Respecter les choix des femmes (sous thème) ; e. Questionner la capacité des femmes à élever des enfants (sous thème) ; f. Retour à la vie de famille (sous thème) ; g. Mauvaise communication entre l'équipe multidisciplinaire (sous thème) ; h. Absence de dépistage initial (sous thème) ; i. Soutien insuffisant dans les familles des femmes (sous thème) ; j. Considérations pour un protocole de traitement nécessaire (sous thème) ; k. Manque d'informations fondées sur des données probantes concernant l'oncofertilité (sous thème) ; l. Ne pas suivre le protocole (sous thème). 	3 – 7
Limites mentionnées par les auteurs	33	<ul style="list-style-type: none"> • Le rappel des événements par les professionnels de santé peut être biaisé. • La taille et le fait que les participants étaient majoritairement des femmes pourraient limiter la généralité des résultats à la population dans son ensemble. • Une étude avec une plus grande taille d'échantillon est nécessaire pour confirmer les hypothèses de l'étude. 	7