Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 33, Issue 1 • Winter 2023
eISSN: 2368-8076

CANO ACIO
Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Étude de validation du concept iCope : intervention téléphonique de psychoéducation menée par des infirmières auprès de patientes suivies dans un centre de diagnostic rapide à cause d'une anomalie au sein

par Christine Maheu, Mina Singh, Christine Courbasson, Sharmy Sarvanantham, Sylvie Lambert, Sylvie Dubois, Ashley Charbonneau, Robin Grantner, Lorena Baku, David McCready, Margareth Zanchetta, Wing Lam Tock, Maude Hébert, Doris Howell

AUTEURS



Christine Maheu*, inf. aut., Ph.D., École de sciences infirmières Ingram, Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Courriel : **Christine.maheu@mcgill.ca**

Mina Singh, inf. aut., Ph.D., École de sciences infirmières, Université York, Toronto, Ontario, Canada. Courriel : **minsingh@yorku.ca**

Christine Courbasson, psychologue clinicienne, Ph.D., Association canadienne pour la santé mentale, 8271, rue Keele, unité 2, Vaughan, Ontario, Canada (L4K 1Z1); Centre de thérapie cognitivo-comportementale, de thérapie comportementale dialectique et de thérapie humaniste, 1504, rue Yonge, 3e étage, Toronto, Ontario (M4T 1Z6). Courriel : **drcourbasson@gmail.com**

Sharmy Sarvanantham, M.Sc.inf., infirmière praticienne, Clinique de diagnostic rapide Gattuso, Hôpital Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario, Canada. Courriel : **Sharmy.Sarvanantham@uhn.ca**

Sylvie Lambert, inf. aut., Ph.D., École de sciences infirmières Ingram, Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Courriel : **sylvie.lambert@mcgill.ca**

Sylvie Dubois, inf. aut., Ph.D., directrice nationale des soins infirmiers, ministère de la Santé du Québec, Montréal, Québec, Canada. Courriel : **sylvie.dubois.chum@ssss.gouv.qc.ca**

Ashley Charbonneau, inf. aut., M.Sc., Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa, Ontario, Canada. Courriel : **acharbonneau@cheo.on.ca**

Robin Grantner, étudiante aux cycles supérieurs en sciences infirmières, École de sciences infirmières Ingram, Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Courriel : **robin.grantner@mail.mcgill.ca**

Lorena Baku, inf. aut., B.Sc., coordonnatrice de la recherche, Réseau universitaire de santé. Courriel : **lorena.bku@gmail.com**

David McCready, directeur clinique, Clinique de diagnostic rapide Gattuso, Hôpital Princess Margaret, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario, Canada. Courriel : **David.McCready@uhn.on.ca**

Margareth Zanchetta, inf. aut., Ph. D., professeure agrégée, École de sciences infirmières, Université Ryerson, Toronto, Ontario, Canada. Courriel : **mzanchet@ryerson.ca**

Wing Lam Tock, inf. aut., M.Sc., École de sciences infirmières Ingram, Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Courriel : **wing.tock@mail.mcgill.ca**

Maude Hébert, inf. aut., Ph. D., Département de sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada. Courriel : **Maude.Hebert@uqtr.ca**

Doris Howell, Chaire RBC en recherche sur le cancer, programme à l'intention des survivants, Princess Margaret, Toronto, Ontario, Canada. Courriel : **Doris.Howell@uhn.ca**

* Auteure-ressource : Christine Maheu, École de sciences infirmières Ingram, Université McGill, 680, rue Sherbrooke Ouest, local 1801, Montréal, Québec (H3A 2M7). Téléphone : 1-514-616-5954. Courriel : **christine.maheu@mcgill.ca**

DOI:10.5737/23688076331108

RÉSUMÉ

Entre la découverte d'une lésion suspecte dans un sein et la confirmation du diagnostic, de nombreuses femmes vivent de l'incertitude, une anxiété accrue et une grande détresse psychologique. La présente étude de validation de principe évalue les résultats cliniques et l'acceptabilité de l'approche iCope, une intervention téléphonique de psychoéducation menée par des infirmières dont le but est d'aider à renforcer la capacité d'adaptation, de calmer l'anxiété et de réduire l'incertitude des femmes suivies dans un centre de diagnostic rapide (CDR) afin d'obtenir, le jour même ou dans les trois jours suivants, les résultats de leur dépistage du cancer du sein. Une infirmière faisait un bref appel téléphonique de 15 minutes avant la journée d'examens, puis trois jours après la réception des résultats., L'approche était fondée sur la théorie de l'incertitude et adoptait un format d'étude pré-test/post-test à une seule branche. Six femmes ont répondu aux questionnaires de mesure de l'anxiété, de l'incertitude et de la capacité d'adaptation avant leur visite à la clinique, puis trois jours, et enfin trois semaines après avoir reçu le diagnostic. Selon les résultats de l'étude, la mise en œuvre des interventions téléphoniques n'est pas simple, mais elle pourrait avoir des effets positifs, c'est-à-dire qu'on a observé une certaine diminution de l'anxiété et de l'incertitude au fil du temps. Étant donné les difficultés à recruter des participantes et à tenir les deux interventions selon le calendrier prévu, une étude de faisabilité est recommandée avant de mener une étude à grande échelle.

Mots clés : clinique de diagnostic rapide, cancer du sein, incertitude, anxiété, intervention téléphonique de psychoéducation

INTRODUCTION

Entre la découverte d'une lésion suspecte dans un sein et la confirmation du diagnostic, de nombreuses femmes vivent de l'incertitude, une anxiété accrue et une grande détresse psychologique (Iwatani et al., 2013; Keyzer-Dekker et al., 2014; Morse et al., 2014; Singh et al., 2017; Zhang et al., 2018). Les infirmières en oncologie sont en première ligne pour renverser les effets psychologiques délétères que subissent ces patientes. Par exemple, elles peuvent anticiper une part de leur détresse et offrir aux personnes anxieuses du soutien émotionnel et des ressources d'information.

Les cliniques de diagnostic rapide (CDR) ont été mises sur pied afin de réduire le temps d'attente pour le dépistage du cancer du sein, ce qui diminue aussi la détresse chez les

patientes pendant la phase de diagnostic (Barentsz et al., 2014). Dans l'ensemble, les CDR permettent d'obtenir une très bonne exactitude diagnostique, de réduire la période d'attente avant la confirmation du diagnostic et d'offrir aux femmes une expérience de soins satisfaisante (Barentsz et al., 2014; Delaloge et al., 2016). L'un des principaux effets du modèle des CDR est la baisse de l'anxiété à court terme associée au processus diagnostique (Singh et al., 2017). Dans une étude réalisée auprès de personnes souffrant d'un possible cancer du poumon, Brocken et collaborateurs (2015) ont constaté une diminution semblable de l'anxiété chez les patients des CDR, comparativement à ceux qui étaient confrontés aux temps d'attente habituels.

De par leur formation clinique, les infirmières en oncologie savent s'adapter de manière efficace et compétente à ce type d'innovation diagnostique et prodiguer les soins cliniques et psychosociaux nécessaires aux patients qui subissent des examens supplémentaires dans un CDR (Zanchetta et al., 2015). Étant donné le temps particulièrement court séparant l'étape pré-diagnostique et la confirmation du cancer du sein dans un CDR, les interventions d'accompagnement des patientes pendant cette période très anxiogène doivent être rapides et effectuées au bon moment. Malgré l'intense détresse émotionnelle que peut causer la phase diagnostique, cette dernière ne fait pas souvent l'objet de recherches (Brocken et al., 2012; Keyzer-Dekker et al., 2014).

L'approche psychoéducative aide les personnes atteintes de cancer à obtenir et interpréter l'information dont elles ont besoin, à résoudre les problèmes et à discuter de leurs besoins en lien avec le diagnostic, ce qui leur permet de mieux surmonter la détresse et les changements émotionnels (Maheu et al., 2015; Zanchetta et al., 2015). Pour les personnes chez qui on a découvert une lésion suspecte dans un sein et qui doivent passer des tests supplémentaires, les interventions psychoéducatives aident à gérer cette période d'anxiété et d'incertitude, ce qui allège leur fardeau émotionnel. Le soutien psychoéducatif reçu pendant les examens de diagnostic rapide du cancer du sein est également utile même si la tumeur se révèle bénigne. En effet, que la tumeur soit bénigne ou maligne, la détresse psychologique vécue par les patientes des CDR est la même (Brual et al., 2020; Iwatani et al., 2013). Il est donc recommandé d'offrir aux deux groupes un bon soutien psychoéducatif, avant et après les examens (Singh et al., 2017).

sheiiCope : un modèle théorique d'intervention téléphonique en psychoéducation effectuée par des infirmières

L'outil iCope consiste en une brève intervention infirmière en psychoéducation menée par téléphone; elle vise à aider les personnes suivies dans un CDR en raison d'une anomalie au sein à gérer l'incertitude et l'anxiété. Cet outil s'inspire du modèle de la perception de l'incertitude dans la maladie décrit par M. H. Mishel (1988) et des principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) brève. Mishel définit l'incertitude comme « l'incapacité de déterminer la signification des événements en lien avec la maladie » (M. H. Mishel, 1990). Cette incapacité peut être particulièrement aiguë en situation complexe, comme lors d'examens diagnostiques, un moment où le patient est submergé d'une abondance d'éléments inconnus. Lorsqu'une situation est perçue négativement, l'anxiété devient une covariable de l'incertitude. On peut donc s'attendre à ce qu'une réduction de l'incertitude entraîne en retour une baisse de l'anxiété. Si la théorie de l'incertitude permet de comprendre comment l'incertitude génère de l'anxiété et la fait croître, la TCC donne des stratégies pour agir sur les facteurs et les variables qui influencent l'incertitude, comme la restructuration cognitive, la prise de contrôle par l'application des stratégies d'adaptation, la libération des peurs, et l'obtention d'un soutien formel (Cully et Teten, 2008; Greer et al., 2012).

Avec ces structures en tête, le but de la première séance téléphonique est d'offrir du soutien psychoéducatif en enseignant la TCC brève, et de réduire l'appréhension d'incertitude en donnant de l'information sur les possibles tests à passer le jour du dépistage du cancer du sein. Selon la théorie de l'incertitude, le fait de familiariser la personne avec la situation aide à réduire l'incertitude et à jeter un regard positif sur les événements, ce qui diminue l'anxiété (Hoff et al., 2002; M. H. Mishel, 1990). La remise de documentation aide à s'imaginer ce qui va se passer plus exactement, un autre facteur d'incertitude. La seconde intervention téléphonique a lieu trois jours après l'annonce du diagnostic et permet de compléter le portrait dressé précédemment tout en mettant l'accent sur les résultats des tests passés au CDR.

Les deux séances durent normalement une quinzaine de minutes. Le but de chaque appel est d'évaluer objectivement la situation, de réduire l'appréhension face à la journée d'examen, de renforcer les capacités d'adaptation, et de guider la restructuration cognitive et l'utilisation de techniques de relaxation.

La recherche portant sur l'efficacité des interventions infirmières en psychoéducation qui visent à améliorer l'état psychologique et la capacité d'adaptation des personnes suivies en CDR est restreinte et se limite à des données descriptives (Brocken et al., 2012; Liao et al., 2010). Selon les paradigmes à plusieurs phases qui sous-tendent l'élaboration et la mise à l'essai des approches corps-esprit, tel que préconisés par le National Institute of Health (NIH) (2021), le processus devrait commencer par des études produisant des résultats cliniquement significatifs. Dans l'esprit des recommandations du NIH, l'objectif de la présente étude de validation de principe était d'explorer l'acceptabilité et les résultats cliniques d'iCope, une intervention téléphonique en psychoéducation réalisée par des infirmières auprès de femmes suivies dans un CDR à cause d'une anomalie au sein dans l'objectif de les aider à réduire leur niveau d'anxiété et d'incertitude, et à renforcer leurs capacités d'adaptation.

MÉTHODOLOGIE

Devis

L'étude de validation de principe adoptait un format prétest/post-test à une seule branche. L'étude a été menée auprès de six femmes pour tester l'acceptabilité des interventions téléphoniques et pour explorer les éventuels signes cliniques révélateurs des niveaux d'incertitude, d'anxiété et d'adaptation.

Recrutement et participants

Le recrutement s'est fait dans un CDR de l'un des principaux centres de cancérologie de Toronto, en Ontario, de janvier à juin 2018. Ce CDR reçoit en moyenne 100 patients par mois; 40 % auront un diagnostic de tumeur maligne. Les femmes dirigées vers la clinique étaient admissibles à l'étude si elles avaient plus de 18 ans, parlaient anglais, n'avaient pas reçu de diagnostic de cancer par le passé, et devaient passer des examens supplémentaires à la suite de la découverte d'une anomalie au sein. Le comité d'éthique de l'établissement où s'est fait le recrutement a donné son approbation (Réseau universitaire de santé, nº 14-8092-CE), de même que l'Université McGill, établissement d'enseignement affilié de la chercheuse principale (nº A02-B15-15B).

Les procédures de recrutement de l'échantillon de commodité allaient comme suit : toutes les femmes aiguillées vers le centre de diagnostic rapide pour passer des tests étaient admissibles à l'étude. Le préposé ou la préposée aux admissions pour le CDR établissait le premier contact pour sonder l'intérêt à participer à l'étude, puis les femmes intéressées étaient dirigées vers la personne qui coordonnait la recherche. Lors du deuxième contact, cette personne expliquait l'étude plus en détail, obtenait le consentement verbal des participantes, envoyait le lien pour remplir le questionnaire ou soumettait le questionnaire pendant l'appel si la participante avait le temps de répondre immédiatement, puis fixait un rendez-vous pour la première intervention au téléphone avec l'infirmière, qui devait avoir lieu avant la date prévue des examens au CDR.

Mesures

Si possible, après avoir consenti à participer à l'étude, les participantes qui le souhaitaient pouvaient remplir les questionnaires d'évaluation initiale (T1) au téléphone avec la personne coordonnant la recherche. Si elles ne pouvaient pas le faire à ce moment-là, on leur envoyait une version Web du questionnaire préparée à l'aide de l'outil LimeSurvey. Les questionnaires de l'étude devaient aussi être remplis trois jours après les examens au CDR (T2), puis trois semaines après (T3). Dans l'évaluation initiale, on posait des questions sur l'âge, le niveau de scolarité, l'emploi, l'origine ethnique, et la manière dont l'anomalie au sein avait été détectée au départ.

Les résultats cliniques obtenus grâce à l'approche iCope ont été évalués à l'aide d'échelles validées mesurant l'incertitude, l'anxiété et la capacité d'adaptation. Pour évaluer l'incertitude, on a utilisé l'outil Uncertainty in Illness Scale – Community form (MUIS-C) de Mishel (échelle de perception de l'incertitude dans la maladie – questionnaire communautaire) (M. H. Mishel, 1997). Il s'agit d'une échelle unidimensionnelle à 23 items dont les réponses sont notées sur une échelle de Likert en 5 points; le score variait entre 23 et 115, le centre de l'étendue se situant à 69. Pour le cancer du sein, la valeur normative était de 33,4 (M. Mishel, 1997; M. H. Mishel, 1997). Dans la présente étude, les coefficients alpha se situaient entre 0,88 et 0,97. L'anxiété a, quant à elle, été mesurée à l'aide de l'outil State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) (inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété) de Spielberger (Spielberger, 1983), un outil couvrant 20 items dont les réponses sont données sur une échelle de Likert en 4 points, pour un score variant de 20 à 80, qui a été comparé au centre d'étendue, c'est-à-dire au seuil de référence clinique le plus courant (qui est de 40) (Emons et al., 2019; Ercan et al., 2015; Knight et al., 1983). Dans la présente étude, les coefficients alpha variaient entre 0,94 et 0,97. Enfin, la capacité d'adaptation a été mesurée à l'aide de quatre sous-échelles choisies parmi les 14 de l'outil Brief Cope Survey (échelle brève d'adaptation) (Carver, 1997). Chaque sous-échelle contient 2 items, notés sur une échelle de Likert en 4 points; les scores varient de 2 à 8. Les quatre sous-échelles pertinentes pour notre étude étaient : le recours à l'auto-distraction, le soutien émotionnel, l'adaptation active, et le recadrage positif. L'acceptabilité de l'intervention a été évaluée à l'aide de la question ouverte suivante, ajoutée au questionnaire T3 : « Selon vous, à quel point la première et la deuxième intervention téléphonique ont-elles été utiles et essentielles pour faciliter la gestion de l'incertitude et de l'appréhension, et pour vous aider à faire face aux examens à passer au CDR? »

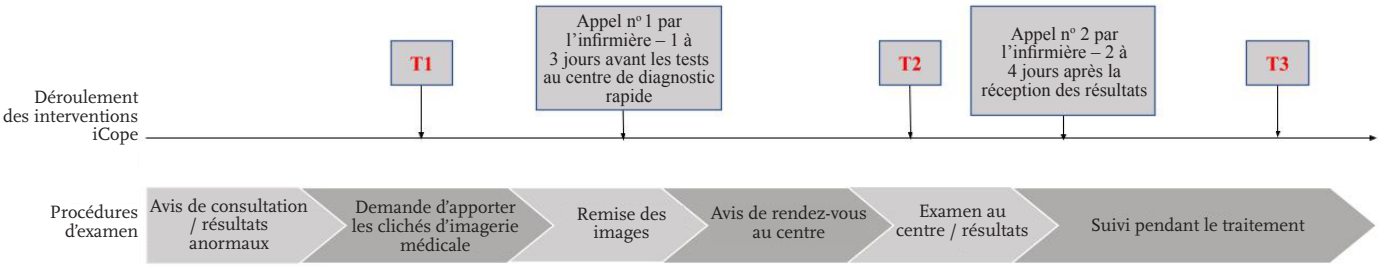
Intervention

L'approche iCope est une intervention « manualisée », c'est-à-dire que la première et la seconde consultation téléphonique suivent des étapes bien précises. La figure 1 montre à quel moment l'intervention doit avoir lieu. Les participantes recevaient deux appels de la chercheuse principale, une infirmière-chercheuse en oncologie dûment formée et possédant de l'expérience des soins psychosociaux aux personnes atteintes de cancer. Le premier appel était passé 1 à 3 jours avant les examens de dépistage supplémentaires au CDR et le second dans les 2 à 4 jours suivant la réception des résultats. Les objectifs généraux de la première intervention infirmière sont d'aider les femmes à porter un regard réaliste sur leur situation, de réduire l'appréhension, d'expliquer ce qui se passera au CDR (notamment les procédures médicales qu'elles sont susceptibles de subir), et de renforcer leurs capacités d'adaptation afin de mieux gérer l'incertitude grâce à des stratégies telles que le recadrage cognitif et différentes techniques de relaxation. Le contenu et les concepts abordés pendant la première intervention psychosociale comprennent, entre autres, l'explication des tests médicaux que passeront les patientes, leur état actuel d'incertitude et d'anxiété, une brève présentation des stratégies de restructuration cognitive et de leur mise en pratique lors d'épisodes de pensées négatives automatiques, ainsi qu'une révision de leur utilisation des différents mécanismes d'adaptation (par exemple se créer un discours intérieur apaisant, écouter du contenu audio conçu pour la relaxation, respirer profondément dans les moments d'anxiété, et obtenir du soutien de la famille et des amis). Ces objectifs d'apprentissage et de renforcement des habiletés ont été sélectionnés parce qu'ils sont considérés comme des variables d'influence dans la théorie de l'incertitude (1988) et que des éléments probants montrent leur utilité pour la gestion de l'anxiété et de l'incertitude (Lebel et al., 2018; Maheu et Thorne, 2008; Maheu et al., 2021).

Pour aider les participantes de l'étude à comprendre les examens qu'elles passeront, l'infirmière les dirige vers le site Web du CDR, où une vidéo présente ce qui les attend, les

Figure 1

Organigramme de la procédure de l'étude



possibles procédures médicales (ex. biopsie du sein sous guidage), et la préparation au rendez-vous du CDR. Les participantes reçoivent également les coordonnées de l'infirmière praticienne du CDR. La théorie de l'incertitude explique que l'existence « d'éléments structurants » (parfois appelés « pourvoyeurs structuraux »), par exemple une personne-ressource crédible à contacter pour obtenir de l'information et l'accès à du soutien social ou éducationnel, peuvent influencer positivement le niveau d'incertitude. À titre de « pourvoyeurs structuraux », les infirmières recadrent les stimuli en interprétant, expliquant et clarifiant ce qui se passera le jour des tests. Après le premier appel, l'infirmière ayant réalisé l'intervention iCope envoie un courriel résumant l'échange. Le message contient notamment des liens vers le site Web du CDR, où se trouvent de l'information et des vidéos sur les éventuels examens médicaux, d'autres liens vers des outils en ligne pour composer avec la situation, ainsi que des pistes audio de relaxation pour aider la gestion de l'anxiété et de l'incertitude.

La seconde intervention téléphonique avait lieu trois jours après l'annonce du résultat des tests. Son objectif était de renforcer les mécanismes d'adaptation et les stratégies de relaxation déjà abordés lors de la première séance, et de discuter des approches que les participantes jugeaient les plus efficaces pour calmer l'incertitude et l'anxiété. On rappelait aussi aux participantes d'aller sur le site Web du CDR pour mieux comprendre leurs résultats (que la tumeur soit bénigne ou maligne) et de communiquer avec l'infirmière praticienne du CDR si elles avaient d'autres questions sur les résultats des tests auxquelles elles ne trouvaient pas réponse sur le site Web.

Analyse des données

Étant donné la petite taille de l'échantillon, des tests statistiques non paramétriques ont été employés pour mesurer les résultats cliniques de l'incertitude (MUISC-C), de l'anxiété (STAI), et de la capacité d'adaptation aux différents points d'évaluation, c'est-à-dire avant les examens au CDR (T1), trois jours après les tests (T2), puis trois semaines après les examens (T3). Le changement observé dans les résultats cliniques a été évalué à l'aide du test de Friedman (χ^2) en considérant le « temps » comme facteur principal (à trois niveaux : T1, T2 et T3). Pour mettre en évidence les changements significatifs entre la médiane de l'échantillon et les différents points d'évaluation, on a ensuite appliqué le test des rangs signés de Wilcoxon (z). Les valeurs manquantes ont été remplacées par la médiane du groupe. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 23 de SPSS[(c)] (sortie en 2015, IBM SPSS Statistics for Windows, version 23.0, Armonk, New York, IBM Corp.), la valeur *p* était considérée comme statistiquement significative lorsqu'inférieure à 0,05. La réponse à la question ouverte posée dans le questionnaire T3 concernant l'acceptabilité de l'intervention iCope a été transcrite et analysée à l'aide d'une démarche qualitative descriptive (Sandelowski, 2000, 2010) pour résumer l'expérience des participantes par rapport aux deux interventions téléphoniques réalisées par les infirmières.

RÉSULTATS

Données démographiques et médicales

Onze femmes ont été sollicitées pour participer à l'étude, et six ont donné leur consentement. Celles qui ont refusé ont dit ne pas avoir besoin de soutien supplémentaire de la part d'une infirmière. Les six participantes ont rempli le questionnaire d'évaluation initiale (T1), et ceux des deux séances téléphoniques. Quatre participantes ont appris que leur tumeur était bénigne avant de recevoir le second appel, mais ont rempli les outils de mesure T2 et T3. Les deux dernières participantes ont dû passer des examens supplémentaires et n'avaient pas encore reçu les résultats au moment de la deuxième intervention. Bien qu'elles aient été invitées à remplir les questionnaires T2 et T3, elles ne l'ont pas fait.

La moyenne d'âge des six participantes était de 49 ans; la majorité avait fréquenté le collège ou l'université et travaillait à temps plein. L'appartenance ethnique était variée : quatre participantes étaient de race blanche, une était latino-américaine et une autre était d'origine est-indienne. L'anomalie au sein avait d'abord été détectée par radiographie (n = 3), auto-examen des seins (n = 2), et examen clinique des seins (n = 1).

Effets sur les résultats cliniques de l'incertitude, de l'anxiété et de la capacité d'adaptation

À l'évaluation initiale, les six participantes présentaient des scores d'incertitude plus élevée que la valeur normative pour le cancer du sein (33,4) (M. Mishel, 1997; M. H. Mishel, 1997), deux obtenaient des scores d'anxiété (STAI) plus élevés que le centre d'étendue (40) (Emons et al., 2019; Ercan et al., 2015; Knight et al., 1983) et la moitié des participantes avaient des scores d'adaptation inférieurs au centre de l'étendue (4).

Aux trois points d'évaluation, la comparaison des scores médians à l'aide du test de Friedman a révélé un effet significatif du temps sur l'anxiété et l'incertitude, les deux produisant des valeurs de $\chi^2 = 10{,}333$ (2, $n = 18$), et de $p = 0{,}006$. Les médianes rapportées au tableau 1 montrent que c'est au T3 que les scores d'incertitude étaient les plus faibles (médiane de 44 comparativement à 53,2 au T2); il en allait de même pour l'anxiété (médiane de 11,5 comparativement à 31,5 au T2). En utilisant les tests de rangs signés de Wilcoxon (pour des rangs positifs et négatifs), on observe qu'il y avait considérablement moins de rangs positifs pour l'incertitude à T2 comparativement à T1 ($z = 1{,}992$, $p = 0{,}046$), ainsi qu'entre T3 et T2 ($z = 2{,}214$, $p = 0{,}027$). Des résultats semblables ont été notés pour l'anxiété; les scores étaient plus faibles à T3 qu'à T2 ($z = 2{,}207$, $p = 0{,}027$). Deux des quatre stratégies d'adaptation ont produit des résultats significatifs avec le temps; il s'agit de l'adaptation active ($\chi 2 = 7{,}182$, $p = 0{,}028$) et du recadrage positif ($\chi^2 = 8{,}400$, $p = 0{,}015$). Plus précisément, en comparant T3 à T2, les tests de rangs de Wilcoxon ont révélé une augmentation de l'adaptation active ($z = 2{,}060$, $p = 0{,}039$) et du recadrage positif ($z = 2{,}041$, $p = 0{,}041$).

Acceptabilité de l'approche iCope

Quatre des six femmes seulement ont rempli les outils de mesure pour T3 et ont commenté l'acceptabilité des deux interventions téléphoniques. Ces quatre participantes ont exprimé un fort niveau de satisfaction quant à l'attention et à l'information offertes par l'infirmière avant la journée de tests au CDR et quatre jours après l'annonce des résultats. Elles avaient particulièrement apprécié le site Web expliquant la journée d'examens au centre, les mécanismes d'adaptation présentés par l'infirmière pour gérer l'anxiété et l'incertitude (ex. recadrage, regard positif sur la journée de tests), ainsi que les liens vers les techniques de relaxation. Pour ces quatre femmes, la conversation téléphonique de 15 minutes avait été suffisante pour obtenir des réponses à leurs questions et le soutien nécessaire pour se préparer à la journée et interpréter les résultats des tests. Elles avaient également apprécié le résumé des notes de chaque intervention envoyé par courriel.

L'un des aspects de l'acceptabilité à étudier était la possibilité de trouver d'éventuelles participantes et de mener les deux interventions téléphoniques prévues pour l'étude. Au tout début des travaux, l'équipe de recherche a remarqué que le recrutement était difficile, étant donné le peu de temps disponible (36 à 48 heures) pour trouver et recruter les participantes avant la date de leur rendez-vous au CDR. En accord avec le CDR, l'équipe de recherche avait organisé le plan de recrutement de manière à ce que la personne responsable des admissions au CDR fasse le premier repérage à partir de la liste des patientes dirigées vers le centre et communique avec ces dernières afin de savoir si elles accepteraient que l'équipe de recherche les contacte pour leur expliquer l'étude et obtenir leur consentement à y participer. Souvent, le recrutement échouait. La personne responsable des admissions n'arrivait pas à joindre les participantes potentielles assez rapidement avant leur rendez-vous au CDR. Dans la plupart des cas, le court délai laissait peu de temps au coordonnateur de la recherche pour prendre contact avec les candidates, obtenir leur consentement et fixer le premier appel de 15 minutes avant la journée de tests au CDR. Au départ, l'objectif était de recruter 15 participantes pour l'étude, mais le recrutement a pris fin rapidement à cause de la difficulté à obtenir le consentement et à réaliser les deux interventions téléphoniques de l'étude pour les raisons décrites précédemment. Par conséquent, six participantes seulement ont été recrutées en six mois.

DISCUSSION

Le présent article rapporte les résultats d'une étude préliminaire explorant les résultats cliniques et l'acceptabilité d'une intervention téléphonique en psychoéducation réalisée par des infirmières pour évaluer l'incertitude, l'anxiété et la capacité

Tableau 1

Mesures des résultats d'incertitude, d'anxiété et de capacité d'adaptation aux trois points d'évaluation (n = 6)

Variable (Étendue du score)	Temps 1 (médiane)	Temps 2 (médiane)	Temps 3 (médiane)	Valeur *p*
Incertitude (23 à 115)	69	53,2	44	0,006
Anxiété situationnelle (20 à 80)	34	31,5	11,5	0,006
Échelle brève d'adaptation / adaptation active	5	6	7	0,006
Échelle brève d'adaptation / auto-distraction	5	7	7,5	ns
Échelle brève d'adaptation / soutien émotionnel	6	7,75	7	ns
Échelle brève d'adaptation / recadrage positif	2	3	3,5	0,041

Les valeurs p ont été obtenues à l'aide du test de Friedman aux points T1, T2 et T3. Les valeurs p inférieures à 0,05 étaient considérées comme significatives.

Remarque : La valeur normative d'incertitude pour le cancer du sein est de 33,4; le niveau clinique d'anxiété situationnelle est de 40; pour l'échelle brève d'adaptation, plus le score est élevé, plus le niveau du concept mesuré est élevé.

d'adaptation chez les patientes du CDR présentant une anomalie suspecte au sein. Des recherches antérieures indiquent que ces patientes vivent énormément d'anxiété et d'incertitude (Iwatani et al., 2013; Keyzer-Dekker et al., 2014; Morse et al., 2014; Ratzinger et al., 2012; Van Esch et al., 2012; Zhang et al., 2018). Dans la présente étude, malgré la petite taille de l'échantillon (n = 6), les six participantes ont rapporté de forts niveaux d'incertitude dépassant les valeurs normatives; deux avaient des scores d'anxiété au-dessus des niveaux cliniques avant les tests au CDR; trois jours après les tests, c'était toujours le cas pour l'une des participantes, mais plus aucune n'affichait de tels scores après la seconde intervention téléphonique. Une diminution marquée de l'incertitude a été observée après chaque appel.

Bien que la présente étude n'ait pas mesuré la satisfaction des besoins individuels en matière d'éducation et que seulement quatre participantes aient commenté l'acceptabilité de l'intervention iCope, ces dernières se sont dites très satisfaites de l'intervention et des ressources éducationnelles fournies par l'infirmière. Selon une étude ayant examiné les besoins informationnels de plus de cent femmes suivies dans un CDR pour une anomalie au sein afin d'y passer des tests de dépistage du cancer, l'information sur les procédures médicales était plus importante que l'information sur le soutien et la capacité d'adaptation (Brual et al., 2020). Dans notre étude, nous avons observé une augmentation des comportements d'adaptation active (ex. recherche d'information, soutien social, aide professionnelle) et de recadrage positif (ex. perception de la journée de tests CDR comme l'occasion d'obtenir une confirmation du diagnostic plutôt que comme un danger). Ce recours accru aux stratégies d'adaptation a sans doute contribué à la baisse des niveaux d'anxiété et d'incertitude observée à la suite des deux interventions téléphoniques. Comme nous le savons, lorsque l'avenir est incertain et perçu comme une menace, il peut occasionner beaucoup d'inquiétude et d'anxiété, ce qui nuit au fonctionnement (Gu et al., 2020). Un échantillon de plus grande taille serait nécessaire pour tirer des conclusions sur l'efficacité de la méthode iCope, mais les données indiquent tout de même qu'il vaudrait la peine de mener une étude plus vaste ayant un échantillon plus représentatif et disposant d'une approche de recrutement plus efficace.

Limites

L'échantillon de six participantes (dont quatre ont rempli les trois outils de mesure) est trop petit pour établir une association concluante entre l'intervention et les résultats cliniques. De plus, les variables confondantes n'ont pas été prises en compte dans les analyses. Par exemple, le diagnostic pourrait avoir provoqué des changements du niveau d'anxiété et d'incertitude entre l'évaluation initiale et le suivi. Il est donc possible que la baisse d'anxiété et d'incertitude soit associée au diagnostic de tumeur bénigne plutôt qu'à l'intervention de psychoéducation iCope. Néanmoins, les tendances indiquées par les données devraient faire l'objet d'une étude plus vaste; toutefois, le court laps de temps disponible pour réaliser l'intervention doit être souligné comme un possible obstacle à sa mise en œuvre.

Avant même de débuter, toute étude d'envergure devra ajuster les méthodes de recrutement. L'infirmière qui s'occupe de l'intervention iCope aura aussi besoin d'un fort degré de souplesse et de disponibilité pour faire les appels dans les délais requis. Comme les appels provenaient du CDR et que les interventions étaient de nature délicate, aucun message n'a été laissé aux participantes pour éviter tout stress indu. Toute communication n'avait lieu que si les patientes répondaient au téléphone, une contrainte majeure au recrutement, étant donné le délai de 24 à 36 heures.

Pistes pour la recherche

On recommande aux prochaines études d'adopter des méthodes qui amélioreront l'efficacité du recrutement et la rétention des participantes, par exemple l'envoi de messages automatiques en guise de premier recrutement, la possibilité de remplir les questionnaires en ligne, et des messages de rappel des séances à venir. Comme la fenêtre d'intervention est très étroite, il serait possible de limiter le nombre de personnes qui recevront l'intervention iCope en mettant l'approche à l'essai seulement auprès de celles qui présentent un haut niveau d'anxiété et d'incertitude à l'évaluation initiale (dès l'envoi de la demande de consultation au CDR) en soumettant les questionnaires STAI et MUISC-C. Il faudra également évaluer le besoin d'adapter la seconde intervention téléphonique au diagnostic (tumeur bénigne ou maligne) ou à la nécessité de passer des examens supplémentaires, ce qui a été le cas pour deux des six participantes à la présente étude. Comme elles n'ont pas rempli les deux derniers outils de mesure, on ignore quels bénéfices la version actuelle d'iCope leur aura apportés.

CONCLUSION

Il est particulièrement important d'offrir de brèves interventions fondées sur la recherche pour gérer l'anxiété et l'incertitude des personnes suivies au CDR, où l'évaluation et le diagnostic se font dans une courte période. La présente étude pré-test/post-test à une seule branche, réalisée à petite échelle, est limitée par la faible taille de l'échantillon et l'absence de groupe témoin. Toutefois, les résultats préliminaires montrent des signes cliniques positifs, et les participantes se sont dites satisfaites de l'intervention reçue. La prochaine étape serait de mener une étude pilote de faisabilité de plus grande envergure avec groupe témoin pour mieux jauger l'efficacité de cette brève intervention infirmière de psychoéducation par téléphone pour réduire l'anxiété et l'incertitude chez les femmes présentant une anomalie suspecte à un sein suivies en CDR.

FINANCEMENT

Le projet de recherche faisant l'objet du présent article a été financé par le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

Barentsz, M. W., Wessels, H., van Diest, P. J., Pijnappel, R. M., van der Pol, C. C., Witkamp, A. J., van den Bosch, M. A. A. J., & Verkooijen, H. M. (2014). Same-day diagnosis based on histology for women suspected of breast cancer: High diagnostic accuracy and favorable impact on the patient. *Plos One, 9*(7), e103105. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103105

Brocken, P., Prins, J. B., Dekhuijzen, P. N. R., & van der Heijden, H. F. M. (2012). The faster the better?—A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psycho-Oncology, 21*(1), 1–10. https://doi.org/10.1002/pon.1929

Brocken, P., van der Heijden, E. H. F. M., Oud, K. T. M., Bootsma, G., Groen, H. J. M., Donders, A. R. T., Dekhuijzen, P. N. R., & Prins, J. B. (2015). Distress in suspected lung cancer patients following rapid and standard diagnostic programs: A prospective observational study. *Psycho-Oncology, 24*(4), 433–441. https://doi.org/10.1002/pon.3660

Brual, J., Abdelmutti, N., Agarwal, A., Arisz, A., Benea, A., Lord, B., Massey, C., Giuliani, M., Stuart-McEwan, T., & Papadakos, J. (2020). Developing an education pathway for breast cancer patients receiving rapid diagnostic testing: investigating informational and supportive care needs. *Journal of Cancer Education*. https://doi.org/10.1007/s13187-020-01847-6

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*.

Emons, W. H., Habibović, M., & Pedersen, S. S. (2019). Prevalence of anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: Measurement equivalence of the HADS-A and the STAI-S. *Quality of Life Research, 28*(11), 3107–3116. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02237-2

Ercan, I., Hafizoglu, S., Ozkaya, G., Kirli, S., & Akaya, C. (2015). Examining cut-off values for the state-trait anxiety inventory. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*.

Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R., Pirl, W. F., Temel, J. S., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The Oncologist, 17*(10), 1337–1345. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0041

Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plasticity,* 2020, 8866386. https://doi.org/10.1155/2020/8866386

Hoff, A. L., Mullins, L. L., Chaney, J. M., Hartman, V. L., & Domek, D. (2002). Illness uncertainty, perceived control, and psychological distress among adolescents with type 1 diabetes. *Research and Theory for Nursing Practice, 16*(4), 223–236.

Iwatani, T., Matsuda, A., Kawabata, H., Miura, D., & Matsushima, E. (2013). Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology, 22*(3), 523–529.

Keyzer-Dekker, C. M. G., de Vries, J., Mertens, M. C., Roukema, J. A., & van der Steeg, A. F. W. (2014). The impact of diagnosis and trait anxiety on psychological distress in women with early stage breast cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology, 19*(4), 783–794. https://doi.org/10.1111/bjhp.12076

Knight, R. G., Waal-Manning, H. J., & Spears, G. F. (1983). Some norms and reliability data for the State--Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *The British Journal of Clinical Psychology, 22*(Pt 4), 245–249. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00610.x

Lebel, S., Maheu, C., Tomei, C., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Ferguson, S., Harris, C., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Muraca, L., Ramanakumar, A. V., Singh, M., Parrott, J., & Figueiredo, D. (2018). Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology, 27*(11), 2594–2601. https://doi.org/10.1002/pon.4880

Liao, M.-N., Chen, P.-L., Chen, M.-F., & Chen, S.-C. (2010). Effect of supportive care on the anxiety of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 66*(1), 49–59. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05139.x

Maheu, C., Meschino, W. S., Hu, W., Honeyford, J., Ambus, I., Kidd, M., Benea, A., Gao, X., Azadbakhsh, M., Rochefort, C., & Esplen, M. J. (2015). Pilot testing of a psycho-educational telephone intervention for women receiving uninformative BRCA1/2 genetic test results. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres, 47*(1), 53–71. https://doi.org/10.1177/084456211504700105

Maheu, C., Singh, M., Tock, W. L., Eyrenci, A., Galica, J., Hébert, M., Frati, F., & Estapé, T. (2021). Fear of cancer recurrence, health anxiety, worry, and uncertainty: A scoping review about their conceptualization and measurement within breast cancer survivorship research. *Frontiers in Psychology, 12,* 644932. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644932

Maheu, C., & Thorne, S. (2008). Receiving inconclusive genetic test results: An interpretive description of the BRCA1/2 experience. *Research in Nursing & Health, 31*(6), 553–562. https://doi.org/10.1002/nur.20286

Mishel, M. (1997). *Uncertainty in Illness Scales manual*. North Carolina-Chapel Hill.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image--the Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image--the Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256–262. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x

Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15,* 57–80.

Morse, J. M., Pooler, C., Vann-Ward, T., Maddox, L. J., Olausson, J. M., Roche-Dean, M., Colorafi, K., Madden, C., Rogers, B., & Martz, K. (2014). Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. *Oncology Nursing Forum, 41*(4), 350–359. https://doi.org/10.1188/14.ONF.350-359

National Institute of Health. (2021, February 1). *Framework for developing and testing mind and body interventions*. NCCIH. https://www.nccih.nih.gov/grants/framework-for-developing-and-testing-mind-and-body-interventions

Ratzinger, F., Bruckschwaiger, H., Wischenbart, M., Parschalk, B., Fernandez-Reyes, D., Lagler, H., Indra, A., Graninger, W., Winkler, S., Krishna, S., & Ramharter, M. (2012). Rapid diagnostic algorithms as a screening tool for tuberculosis: An assessor blinded cross-sectional study. *Plos One, 7*(11), e49658. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049658

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health, 23*(4), 334–340. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health, 33*(1), 77–84. https://doi.org/10.1002/nur.20362

Singh, M., Maheu, C., Brady, T., & Farah, R. (2017). The psychological impact of the rapid diagnostic centres in cancer screening: A systematic review. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique, 27*(4), 1–9. https://doi.org/10.5737/23688076274348355

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI.

Van Esch, L., Roukema, J. A., Ernst, M. F., Nieuwenhuijzen, G. A. P., & De Vries, J. (2012). Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 895–901. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.012

Zanchetta, M. S., Maheu, C., Baku, L., Wedderburn, P. J. S., & Lemonde, M. (2015). Prospective roles for Canadian oncology nurses in breast cancer rapid diagnostic clinics. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique, 25*(2), 144–156. https://doi.org/10.5737/23688076252144149

Zhang, Q., Zhang, L., Yin, R., Fu, T., Chen, H., & Shen, B. (2018). Effectiveness of telephone-based interventions on health-related quality of life and prognostic outcomes in breast cancer patients and survivors-A meta-analysis. *European Journal of Cancer Care, 27*(1). https://doi.org/10.1111/ecc.12632