Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 27, Issue 3 • Summer 2017
eISSN: 2368-8076

CANO
ACIO

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

Comblent les lacunes : Prédicteurs sociodémographiques et médicaux des besoins en santé sexuelle et autres besoins en soins de soutien, et désir de recevoir de l'aide chez des survivantes d'un cancer gynécologique

par Megan McCallum, Lynne Jolicoeur, Monique Lefebvre, Lyzon K. Babchishin, Tien Le et Sophie Lebel

RÉSUMÉ

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer les prédicteurs des besoins en soins de soutien et la réceptivité de l'aide chez les patientes atteintes de cancer gynécologique.

Méthode : Un échantillon de 113 survivantes d'un cancer gynécologique a rempli une évaluation sur les besoins et le désir de recevoir de l'aide. On a ensuite eu recours à des analyses de régression pour établir les prédicteurs sociodémographiques et médicaux des patientes de même que leur désir de recevoir de l'aide.

Résultats : Le jeune âge et le court laps de temps écoulé depuis les traitements ont constitué les plus solides prédicteurs de nombreux besoins non comblés. Le jeune âge et la chimiothérapie se sont révélés les plus grands prédicteurs de besoins en matière de santé sexuelle. Le court laps de temps écoulé depuis le traitement a été

cerné comme prédicteur de la réceptivité à l'offre d'aide en présence de besoins de nature informationnelle.

Conclusion : Les besoins post-traitement non comblés varient et peuvent être supérieurs chez les survivantes plus jeunes et traitées depuis peu. La chimiothérapie peut contribuer à de plus grands besoins en matière de santé sexuelle.

Les séquelles multiples découlant du traitement des cancers gynécologiques, qui diminuent souvent la qualité de vie à long terme, sont largement documentées (Bergmark, Avall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn et Steineck, 2002; Auchincloss, 1995; Andersen, Anderson et DeProsse, 1989a; Stead, 2004; Lagana et al., 2005; Burns, Costello, Ryan-Woolley, et Davidson, 2007; Gilbert, Ussher et Perz, 2011). Les centres de cancérologie se donnent de plus en plus une mission holistique, axée sur le patient (Gamel, Grypdonck, Hengeveld et Davis, 2001); malheureusement, les fournisseurs de soins de santé possèdent peu d'orientation scientifiquement axée sur la façon d'évaluer les besoins post-traitement chez les survivantes d'un cancer gynécologique et sur la façon de maximiser la qualité de leurs soins. Ce problème peut être évité par l'utilisation du cadre de soins de soutien, qui englobe les besoins physiques, psychologiques, sociaux, émotionnels, pratiques, spirituels et informationnels (Fitch, 2008). Ce cadre a été élaboré en tant qu'outil d'évaluation des besoins et de planification de programme; il constitue une ressource pratique pour la formation et la création d'un modèle. Le but de cette étude était de déterminer au moyen de ce cadre quels étaient les prédicteurs de besoins et du désir d'aide auprès des patientes atteintes d'un cancer gynécologique.

Les études descriptives ont indiqué une grande variation au niveau des besoins non comblés chez les patientes (Steele et Fitch, 2008). Ces besoins insatisfaits suscitent de la détresse psychologique et une diminution générale de la qualité de vie (Carpenter, Andersen, Fowler et Maxwell, 2009). La plupart des besoins post-traitement semblent être de nature non physique (Steele et Fitch, 2008; Beesley, Eakin, Steginga, Aitken, Dunn et Battistutta, 2008; Hodgkinson et al., 2007); cependant, plusieurs fournisseurs de soins de santé ont le sentiment de manquer de ressources, de temps, de compétences et de connaissances pour répondre adéquatement aux préoccupations psychosociales et sexuelles (Stead, Brown, Fallowfield et Selby, 2003).

AU SUJET DES AUTEURES

Dr Megan McCallum, Ph.D., École de psychologie, Université d'Ottawa

Lynne Jolicoeur, inf., M.Sc.inf., CON(C), Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa

Dr Monique Lefebvre, Ph.D., Service de psychologie, Hôpital d'Ottawa

Dr Lyzon K. Babchishin, Ph.D., École de psychologie, Université d'Ottawa

Dr Tien Le, MD, FRCSC, Service d'oncologie gynécologique, Hôpital d'Ottawa

Dr Sophie Lebel, Ph.D., École de psychologie, Université d'Ottawa

Auteure-ressource : Sophie Lebel, École de psychologie, Université d'Ottawa, 136, Jean-Jacques-Lussier, salle 4016, Ottawa (Ontario) K1N 6N5. Téléphone : 613-562-5800, poste 4811 : Télécopieur : 613-562-5147. Courriel : slebel@uottawa.ca

DOI: 10.5737/23688076273259267

Actuellement, seulement trois études ont exploré les différences individuelles en matière de besoins non comblés chez les patientes atteintes d'un cancer gynécologique. Premièrement, Hodgkinson et collaborateurs (2007) ont indiqué que l'anxiété accrue et le cancer diagnostiqué tardivement permettaient de prédire au moins un besoin non comblé. Deuxièmement, Beesley et collaborateurs (2008) ont été les premiers à explorer les prédicteurs des besoins en soins de soutien non comblés au moyen d'une perspective socioécologique. La vie en zone rurale, la capacité restreinte de travailler en raison de la maladie et la présence d'un lymphoedème constituaient les facteurs les plus importants en lien avec la communauté et la santé; plusieurs variables démographiques permettaient de prédire certains besoins non comblés. Le fait de vivre en couple, la chirurgie vaginale ou effractive des intestins, la chimiothérapie et le court laps de temps écoulé depuis les traitements ont aussi été soulignés. Finalement, une petite étude descriptive comprenant 51 patientes a conclu que les besoins non comblés dans les domaines physiques et pratiques dépendaient du revenu, et que, par rapport à la majorité des patients, les minorités rapportaient des besoins supérieurs en soins de soutien dans les domaines sexuel et psychologique (Simonelli et Paspanadya, 2014).

Malgré les recherches indiquant qu'une majorité de femmes se rétablissant d'un traitement contre un cancer gynécologique éprouvent un important dysfonctionnement sexuel (Gilbert et al., 2011), à ce jour, seuls Beesley et collaborateurs (2008) ainsi que Simonelli et Paspanadaya (2014) ont évalué les besoins en matière de santé sexuelle comme domaine unique (c'est-à-dire une catégorie distincte des besoins physiques et psychologiques). Des résultats de recherches ont néanmoins déterminé des facteurs de risques possibles liés au dysfonctionnement sexuel ou à la détresse dans tous les établissements d'oncologie gynécologique. Ils incluent le fait de recevoir de la radiothérapie ou de la chimiothérapie, d'être en couple, d'avoir une piètre image corporelle, et d'avoir un schéma sexuel de soi négatif ou de se percevoir comme un être sexuel (Lagana et al., 2005; Carpenter et al., 2009; Bruner et al., 1993; Jensen et al., 2004a; Lutgendorf et al., 2000; Schover, 2012). Une exploration plus poussée de ces prédicteurs potentiels des besoins non comblés permettrait de cibler les groupes de patientes à risque qui bénéficieraient le plus d'interventions de prévention et de traitements (Hodgkinson et al., 2007).

La documentation actuelle fournit aussi des indications intéressantes pour la recherche relativement aux patientes qui sont prêtes à recevoir de l'aide pour leurs besoins non comblés. Certaines patientes indiquent avoir des besoins d'intensité moyenne à élevée, mais encore avec un faible désir de recevoir de l'aide (Fitch, Gray et Franssen, 2000), un résultat qui complique potentiellement l'interprétation des outils de dépistage de la détresse et des constats des évaluations antérieures en matière de besoins. Dans une recension des écrits, plusieurs études sur les interventions psychologiques relativement aux séquelles sexuelles du cancer indiquaient un taux de réponse faible ou d'attrition élevé (Brotto, Yule et Breckon, 2010), et une autre étude indiquait que les femmes qui avaient refusé de participer à une intervention psychologique présentaient

un taux plus élevé de détresse au seuil de référence que les femmes qui y avaient participé (Powell et al., 2008). Par conséquent, prédire la réceptivité à recevoir de l'aide par la validation des besoins peut aider les fournisseurs de soins, dans le contexte actuel de ressources limitées, à déterminer quelles patientes sont les plus réceptives, et donc à cibler à la fois celles qui ont des besoins et celles qui devraient vouloir du soutien. À ce jour, aucune évaluation des besoins n'a été effectuée sur les prédicteurs du désir de recevoir de l'aide relativement aux besoins en soins de soutien non comblés dans une population d'oncologie gynécologique.

Pour contrer les lacunes de documentation mentionnées ci-dessus, la présente étude a cherché à évaluer les niveaux et prédicteurs des besoins et du désir d'aide auprès de patientes atteintes d'un cancer gynécologique dans une population hétérogène, tout en utilisant un cadre de travail exhaustif et une évaluation des besoins validés. Les variables de prédiction ont été sélectionnées en s'appuyant sur la documentation actuelle (cancers gynécologiques et autres) et les renseignements disponibles au sujet des participantes. Deux questions de recherche ont été élaborées, et les hypothèses concernant les variables de prédiction ont été conçues en se fondant sur la documentation disponible. Le cas échéant, les documents de référence relativement aux hypothèses sont fournis ci-dessous.

Question de recherche no 1 : « Les facteurs démographiques ou médicaux (âge, temps écoulé depuis le traitement, radiothérapie, chimiothérapie, interventions chirurgicales, état matrimonial, statut relatif à la ménopause au moment du diagnostic du cancer) prédisent-ils les besoins en soins de soutien non comblés? » Trois hypothèses ont découlé de cette question : Hypothèse 1 : Un jeune âge (Tangjitgamol et al., 2007; Carmack Taylor, Basen-Engquist, Shinn et Bodurka, 2004; Schover, 1994; Stewart, Wong et Duff, 2001) et un court laps de temps écoulé depuis le traitement (Beesley et al., 2008; Donovan et al., 2007) prédiront des besoins en soins de soutien plus élevés dans de multiples domaines. Hypothèse 2 : La radiothérapie prédira une augmentation des besoins physiques non comblés (Jensen et al., 2004a; Tangjitgamol et al., 2007). Hypothèse 3 : La chimiothérapie prédira une augmentation des besoins physiques, psychologiques et émotionnels non comblés (Lagana et al., 2005; Lutgendorf et al., 2000; Schover, 2012). Aucune hypothèse n'a été établie pour ce qui est de la relation entre les besoins en soins de soutien non comblés et les interventions chirurgicales, l'état matrimonial et le statut relatif à la ménopause au moment de l'établissement du diagnostic de cancer, car ces variables étaient exploratoires.

Question de recherche no 2 : « Les facteurs sociodémographiques ou médicaux sont-ils des prédicteurs du désir de recevoir de l'aide pour les besoins non comblés? » Les auteurs ont élaboré une quatrième hypothèse à partir de cette question : d) un jeune âge (McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu et Lebel, 2012) et le court laps de temps écoulé depuis le traitement (Donovan et al., 2007) prédiront une plus grande réceptivité à obtenir de l'aide pour combler les besoins dans plusieurs domaines. Concernant certaines variables

indépendantes (état matrimonial, stade de la ménopause, ...), aucune hypothèse officielle n'a été émise en raison du manque de constats cohérents dans la documentation. Elles ont été incluses dans l'analyse à titre de variables exploratoires.

MÉTHODOLOGIE

Participants

L'échantillon de cette étude était composé de femmes : a) qui avaient été diagnostiquées et traitées pour un cancer gynécologique; b) qui recevaient des services de suivi post-traitement à un centre de cancérologie régional; c) qui avaient 18 ans ou plus; d) qui possédaient une bonne maîtrise de l'anglais ou du français parlé et écrit. La clinique de gynécologie du centre de cancérologie offre des services par l'intermédiaire du programme d'oncogynécologie régional, lequel réunit une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Le recrutement et la collecte de données décrits dans cet article ont constitué la première partie de l'étude (avec l'évaluation des besoins); les résultats de la deuxième partie (qui sont axés plus exclusivement sur les besoins en santé sexuelle) ont été publiés séparément (McCallum et al., 2014).

Mesures

La trousse d'auto-évaluation contenait : a) un questionnaire en 14 points sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales (élaboré par les auteurs); b) l'enquête sur les besoins en soins de soutien, version gynécologique (Supportive Care Needs Survey – Gynecological Version [SCNS-gyne]; Steele et Fitch, 2008).

Le SCNS-gyne est une adaptation de l'enquête sur les besoins en soins de soutien (Supportive Care Needs Survey [SCNS]) qui a été élaborée et validée pour évaluer les besoins en soins de soutien global des patientes atteintes de cancer; il a démontré une bonne fiabilité interne et test-retest, ainsi qu'une très bonne validité conceptuelle (Bonevski et al., 2000). Le SCNS-gyne a été légèrement modifié par rapport au SCNS et a démontré une fiabilité interne adéquate (Steele et Fitch, 2008). Chacun des 67 éléments qu'il évalue est divisé en deux parties. Dans la partie A, on demande aux répondantes d'évaluer le niveau de difficulté éprouvé par rapport à un problème (p. ex. douleur) selon l'échelle d'évaluation de Likert allant de 1 (« Je n'ai pas eu ce problème ») à 5 (« Ce problème me cause de grandes difficultés »). Pour les besoins de l'analyse de régression, toute réponse de 3 ou plus a été considérée comme un besoin (difficulté réduite, moyenne ou élevée). Dans la partie B, on demande aux répondantes de noter leur désir d'obtenir de l'aide pour chacun des éléments (le cas échéant) sur une échelle de 1 à 3 (« Non, je ne veux pas d'aide », « Je ne suis pas certaine de vouloir de l'aide » et « Oui, j'aimerais avoir de l'aide »). Les scores des parties A et B sont regroupés en sept domaines de soins de soutien établis par une analyse des facteurs des études précédentes (besoins psychologiques, sociaux, émotionnels, spirituels, informationnels, pratiques et physiques [Fitch, 2008]). Le domaine de la sexualité (qui existe dans le SCNS original; Bonevski et al., 2000) est calculé à partir de la moyenne des quatre éléments liés à la sexualité du SCNS-gyne. Ce score a été créé en raison de l'immense

documentation soulignant l'importance des difficultés liées à la sexualité après le traitement (Andersen, Anderson et deProsse, 1989b; Lagana et al., 2005; Stead, 2004; Gilbert et al., 2011). En ce qui a trait à la fiabilité interne, le coefficient alpha de Cronbach des sous-échelles SCNS-gyne de cette étude allait comme suit : 0,60 (besoins pratiques); 0,69 (besoins sociaux), 0,82 (besoins psychologiques et physiques), 0,84 (besoins de nature informationnelle), 0,87 (informationnels et spirituels) et 0,88 (besoins en santé sexuelle).

Déroulement de l'étude

Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique des hôpitaux liés à tous les co-chercheurs. Deux stratégies de recrutement ont été utilisées. La première a consisté en l'envoi postal d'un feuillet de renseignements aux patientes qui avaient un rendez-vous de suivi au centre de cancérologie. Les patientes admissibles et intéressées ont rempli le questionnaire à leur visite à l'hôpital ou à la maison (questionnaire avec enveloppe de retour affranchie à retourner par la poste). La deuxième stratégie de recrutement, utilisée en raison du faible taux de recrutement (environ 12 %) obtenu par la première stratégie, a été celle du recrutement direct par le personnel infirmier au centre de cancérologie. Lorsque les patientes attendaient leur rendez-vous de suivi, on leur offrait la possibilité de participer en remplissant le questionnaire sur place ou en apportant la trousse à la maison pour la retourner avec l'enveloppe de retour.

Analyse des données

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Statistical Package Social Sciences 20 (SPSS 20). Les hypothèses univariées et multivariées de régression ont été vérifiées, et le nettoyage de données a été effectué selon les lignes directrices de Tabachnick et Fidell (2007). Étant donné la recommandation sur la taille de l'échantillon de 50 + 8k observations (k = nombre de variables indépendantes), la taille de l'échantillon total (N = 113) était suffisante pour mener les analyses de régression à l'aide des sept prédicteurs. La maximisation de l'estimation a été utilisée pour l'imputation des données.

Question de recherche no 1 (prédire les soins de soutien non comblés à l'aide des variables sociodémographique et médicales). Pour créer les scores des domaines liés aux besoins, la moyenne des réponses des participantes a été calculée pour tous les éléments des sept domaines des soins de soutien. Huit régressions hiérarchiques multiples ont été utilisées entre le niveau de besoins (par domaine) et les sept prédicteurs divisés en quatre blocs : a) temps écoulé depuis le traitement (en années); b) âge; c) radiothérapie; d) chimiothérapie, interventions chirurgicales, état matrimonial et stade de la ménopause au moment du diagnostic. Compte tenu de la revue de la documentation effectuée, les variables ayant démontré des associations plus solides avec les besoins non comblés chez les patientes atteintes d'un cancer gynécologique et les patientes atteintes d'un autre type de cancer ont été inscrites dans le premier, le deuxième et le troisième blocs. Davantage de variables exploratoires ont été incluses dans le bloc quatre (voir le tableau 2).

Question de recherche no 2 (disposition à recevoir de l'aide en cas de besoins non comblés). En raison d'une répartition fortement désaxée et d'une fréquence élevée de la réponse « Je ne veux pas d'aide », la variable « Je suis prête à recevoir de l'aide » a été calculée pour chaque domaine. Une valeur de 1 a été attribuée aux participantes lorsqu'elles répondaient « oui » ou « incertaine » pour au moins un élément dans chacun des domaines requis, et une valeur de 0 a été attribuée lorsqu'elles n'exprimaient aucun désir d'obtenir de l'aide pour tous les éléments d'un domaine donné.

Au total, huit analyses de régression logistique standard ont été effectuées à l'aide de la variable « Prête à recevoir de l'aide » et des sept prédicteurs. À la connaissance des auteurs, la documentation actuelle fournit peu ou aucune évaluation scientifique des prédicteurs du désir d'obtenir de l'aide quant aux besoins en soins de soutien non comblés; les prédicteurs ont donc été inscrits selon un ordre hiérarchique, comme pour la première question de recherche. Conformément aux questions de recherche et puisque huit régressions ont été effectuées, une correction de Bonferroni a été appliquée pour l'interprétation des deux premières questions, avec un seuil d'inclusion significatif de $0,05/8 = 0,006$ et ce, pour toutes les régressions (Tabachnick et al. 2007).

RÉSULTATS

Participant·es

Les statistiques descriptives de l'échantillon sont présentées au tableau 1. Au total, 113 femmes traitées pour un cancer gynécologique ont rempli les questionnaires contenus dans la trousse. Elles avaient entre 27 et 89 ans ($M = 60$, écart-type = 13). La plupart des participantes étaient de race blanche (96 %) et parlaient anglais (76 %). Le cancer de l'ovaire était le type de cancer le plus prévalent dans cet échantillon. Les deux groupes de participantes recrutées (sollicitation par la poste vs recrutement en clinique) ont été comparés sur toutes les variables des prédicteurs à l'aide du chi carré et des analyses du test t indépendant. Aucune différence significative n'a été détectée.

Besoins en matière de soins de soutien

Parmi l'échantillon, 78 % des participantes ont indiqué au moins un besoin non comblé, et en tout, les participantes ont coché de 0 à 62 % des 67 éléments proposés comme besoins non comblés. Pour comparer les scores des domaines de besoins, les éléments individuels ont été additionnés et transférés sur une échelle de 0 à 100. Lorsqu'on faisait le calcul des moyennes pour toutes les participantes, il y avait une marge de variation similaire pour plusieurs domaines ($M = 38-41$ pour les besoins spirituels, psychologiques, sexuels, émotionnels et physiques) alors que le score moyen pour les besoins sociaux ($M = 35$), informationnels ($M = 33$) et pratiques ($M = 29$) était légèrement plus bas. Les besoins les plus fréquemment non comblés étaient : la crainte de récurrence/de progression du cancer, le manque d'énergie/la fatigue, les soucis quant au bien-être des personnes soignantes, et les changements dans les capacités liées à la sexualité.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes, n = 113		
Variable	M	Écart-type
Âge (en années)	61	13
Temps écoulé depuis le traitement (en années)	2,7	5,8
	n	%
Langue première		
Anglais	82	73
Français	22	20
Autres	9	8
Appartenance ethnique principale		
Race blanche	109	97
Asiatique	2	2
Afro-canadienne	2	2
État matrimonial		
Mariée	76	67
Conjoint de fait	6	5
Célibataire	9	8
Divorcée ou séparée	10	9
Veuve	12	11
Scolarité		
École primaire ou secondaire	45	41
Études collégiales	32	28
Université	35	31
Revenus		
Moins de 20 000	6	5
20 – 39 999	18	16
40 – 59 999	22	20
60 – 79 999	18	16
80 – 99 999	12	11
Plus de 100 000	21	19
Principal siège du cancer		
Utérus / endomètre	26	23
Col de l'utérus	13	12
Ovaire	60	53
Vulve / vagin	9	8
Régime thérapeutique		
Intervention chirurgicale	87	77
Chimiothérapie	87	77
Radiothérapie	43	38
Stade de la ménopause lors du diagnostic		
Préménopause	33	29
Postménopause	70	62
Remarque : * Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.		

Tableau 2 : Analyses de régression multiples hiérarchiques prédisant les scores des domaines liés aux besoins en soins des variables sociodémographiques et médicales, N = 113

Prédicteur	Émotionnel		Psychologique		Spirituel		Informationnel		Pratique		Sexuel		Social		Physique	
	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²	â	ÄR²
Étape 1		,07***		,07***		,10***		,03*		,06**		,00		,02		,01
Temps écoulé depuis le traitement	-,27***		-,27***		-,31***		-,18*		-,24**		-,01		-,14		-,11	
Étape 2		,07***		,04*		,03		,05**		,03*		,19***		,13***		,03
Temps écoulé depuis le traitement	-,30		-,29***		-,33***		-,21*		-,26***		,05		-,18*		-,13	
Âge	-,26***		-,20*		-,17		-,23**		-,18*		-,44***		-,37***		-,16	
Étape 3		,01		,01		,01		,001		,003		,004		,00		,00
Temps écoulé depuis le traitement	-,31		-,31***		-,35***		-,21*		-,25***		-,04		-,18*		-,12	
Âge	-,07		-,20*		-,16		-,23**		-,18*		-,44***		-,37***		-,16	
Radiothérapie	-,03		-,11		-,11		-,03		,06		-,07		,01		,03	
Étape 4		,05		,08*		,05		,06		,03		,10**		,06		,04
Temps écoulé depuis le traitement	-,29		-,27***		-,32***		-,22*		-,26***		,01		-,14		-,09	
Âge	-,31		-,33**		-,19		-,29*		-,21		-,39***		-,41***		-,21	
Radiothérapie	-,04		-,08		-,08		,02		,09		,06		,01		,035	
Chimiothérapie	,16		,15		,19*		,04		,02		,28***		,22**		,17	
Intervention chirurgicale	,11		,05		,11		,15		,07		,03		,04		,05	
État matrimonial	-,03		-,15		-,02		-,18		-,15		,15		,07		,04	
Ménopause	,14		,22		,10		,13		,04		-,00		,11		,11	
Total R2		,19		,20		,19		,15		,12		,29		,22		,08

Notes. tx = traitement.

* p ≤ .05. ** p ≤ .01. *** p ≤ .006

Prédire les besoins

Le tableau 2 présente les résultats des huit régressions multiples hiérarchiques ayant servi à analyser les prédictions des scores de domaines pour les besoins en matière de soins de soutien des sept variables sociodémographiques et médicales.

Le laps de temps écoulé depuis le traitement a été noté à titre de première variable dans la première étape de chaque régression. En ce qui concerne ce prédicteur, il a représenté une variable importante dans les domaines

émotionnel (Fchange [1,111] = 8,67, p ≤ .006), psychologique (Fchange [1,111] = 8,45, p ≤ .006) et spirituel (Fchange [1,111] = 11,9, p ≤ .006). Le laps de temps écoulé depuis le traitement a permis à lui seul de prédire 7 à 10 % de la variable dans ces domaines de besoins. Plus le délai est court depuis le traitement, plus les besoins non comblés sont élevés.

À la deuxième étape des régressions, l'âge prédisait de manière significative les besoins émotionnels (Fchange [1,110] = 8,82, p ≤ .006), sociaux (Fchange [1,110] = 17,33, p ≤ .006)

et sexuels (Fchange [1,110] =, p ≤ .006). Un jeune âge était prédicteur de besoins non comblés, contribuant à des variances uniques de 7 % (besoins émotionnels), 13 % (besoins sociaux) et 19 % (besoins sexuels).

À l'étape 3, la radiothérapie a été insérée comme troisième variable. Ce prédicteur n'a pas ajouté de variance significative dans aucune des équations de régression. Après la quatrième étape, les quatre variables de prédiction restantes (c'est-à-dire l'état matrimonial, la chimiothérapie, les interventions chirurgicales et le stade de la ménopause) ont prédit une variance significative des besoins en soins de santé sexuels, mais à un niveau alpha conservateur inférieur (Fchange [1, 105] = 3,48, p ≤ .01). La chimiothérapie est apparue comme prédicteur important, expliquant 8 % de la variance, le fait d'avoir reçu de la chimiothérapie étant associé à des besoins plus élevés en soins de santé sexuelle.

Selon les valeurs R carré, les sept variables en tant qu'ensemble ont prédit les variances suivantes au sujet des besoins : sexuels (29 %), sociaux (22 %), psychologiques (20 %), émotionnels (19 %), spirituels (19 %), informationnels (15 %), pratiques (12 %) et physiques (8 %).

Susceptibilité à accepter de l'aide pour les soins non comblés

Tous domaines de besoins confondus, 21 à 48 % des patientes ont indiqué qu'elles étaient prêtes à recevoir de l'aide pour les besoins identifiés. Les besoins les plus fréquemment signalés pour lesquels les patientes se disaient prêtes à recevoir de l'aide concernaient les domaines psychologique (p. ex. crainte de la récurrence ou de progression du cancer), social (p. ex. soucis pour les proches) et physique (p. ex. manque d'énergie, sentiment de fatigue).

Prédire la disposition à recevoir de l'aide au sujet des besoins non comblés

Huit analyses de régression logistique binaire ont été effectuées pour évaluer si les sept prédicteurs, en tant que groupe ou pris individuellement, prédisaient la disposition des

participantes à recevoir de l'aide (0 = aucun désir d'aide pour aucun des éléments dans un domaine donné, 1 = « oui » ou « incertaine » pour au moins un élément dans un domaine donné) dans les huit domaines de soins de soutien (voir les tableaux 3 et 4). Lorsque testés en groupe, les sept prédicteurs de soins de soutien non comblés étaient statistiquement significatifs en ce qui a trait aux besoins informationnels seulement ($\chi^2 = 20,77$ (7, N = 13, p ≤ .004), indiquant que l'ensemble des prédicteurs permettait de distinguer les femmes ne désirant pas d'aide et celles qui en souhaitaient ou étaient incertaines à cet égard. En tant que groupe, les prédicteurs des besoins en soins de soutien non comblés ont correctement prédit la disposition à recevoir de l'aide chez 74 % de l'échantillon. Le laps de temps écoulé depuis le traitement était le seul prédicteur statistiquement significatif de la disposition à recevoir de l'aide quant aux besoins informationnels (p ≤ .004), un court laps de temps depuis le traitement prédisant une plus grande disposition à recevoir de l'aide à ce sujet.

Les régressions logistiques ont aussi calculé quels prédicteurs individuels prédisaient de manière significative les scores pour la disposition à recevoir de l'aide. Même si aucune des constatations ne parvenait au niveau alpha de la correction de Bonferroni (p ≤ .004), nombre d'entre elles atteignaient un seuil significatif. Une disposition accrue à recevoir de l'aide en matière de santé sexuelle pouvait être prédite par le jeune âge (p ≤ .01) et le fait d'avoir subi des traitements de chimiothérapie (p ≤ .01). Une disposition accrue à recevoir de l'aide en matière de besoins émotionnels pouvait aussi être prédite par le jeune âge (p ≤ .01). Enfin, une disposition accrue à recevoir de l'aide pour des besoins spirituels pouvait être prédite par le court laps de temps écoulé depuis le traitement (p ≤ .01).

DISCUSSION

Cette étude avait pour but d'examiner les prédicteurs socio-démographiques et médicaux des besoins en soins de soutien (notamment en matière de santé sexuelle) et du désir d'obtenir

Tableau 3 : Analyses de régression logistiques prédisant la disposition à recevoir de l'aide au sujet des besoins informationnels, sexuels, émotionnels et psychologiques non comblés dans les variables sociodémographiques et médicales, N = 113												
Prédicteurs	Domaine informationnel			Domaine sexuel			Domaine émotionnel			Domaine psychologique		
	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)
Temps écoulé depuis le traitement	-1,11	10,35***	,33(.17,-.65)	,06	,02	1,06(.52-2,16)	-,74	5,48*	,48(.26-,89)	-,60	3,57	,55(.30-1,02)
Âge	-,043	3,29	,96(.91-1,00)	-,08	6,9**	,92(.87-,98)	-,06	6,76**	,94(.90-,99)	-,05	3,96*	,96(.91-,99)
Radiothérapie	1,12	5,27*	,33(.13-,85)	,10	,03	1,1(.39-3,03)	-,51	1,31	,60(.25-1,44)	-,77	2,96	,46(.19-1,12)
Chimiothérapie	-,49	,98	,62(.24-1,61)	1,6	6,2**	5,02 (1,4-17,1)	,06	,015	1,1(.43-2,64)	,24	,261	1,3(.51-3,14)
Intervention chirurgicale	,43	,55	1,5(.50-4,7)	,57	,74	1,76(.49-6,4)	,57	1,11	1,8(.61-5,1)	1,0	3,51	2,8(.96-8,2)
État matrimonial	-,29	3,8	,74(.29-1,03)	-,97	2,6	2,64(.81-8,6)	,18	,14	1,2(.48-3,01)	,35	,559	1,4(.57-3,59)
Ménopause	,50	,63	1,65(.48-5,69)	,23	,11	1,26(.32-4,9)	1,3	4,38*	3,6(1,09-12,1)	1,02	2,81	2,8(.84-9,12)
Remarques : * p ≤ .05. ** p ≤ .01. *** p ≤ .006. Wald = chi carré Wald. RC = Rapport de cotes IC 0,95 = intervalle de confiance 95 %. tx = traitement.												

de l'aide au moyen d'une mesure des besoins, validée dans une population hétérogène atteinte d'un cancer gynécologique. Les femmes plus jeunes et celles qui avaient terminé leur traitement depuis moins longtemps ont indiqué des besoins non comblés plus élevés et un désir plus grand d'obtenir de l'aide. Contrairement à ce que nous avons émis comme hypothèse, les variables de traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie n'ont pas prédit une augmentation des besoins non comblés, à l'exception de la chimiothérapie qui était un important prédicteur des besoins non comblés en matière de santé sexuelle.

On constate que l'âge est un important prédicteur de besoins non comblés dans cette population, ce qui vient corroborer les résultats d'autres recherches (Tangjitgamol et al., 2007; McCallum et al., 2012). Les jeunes participantes semblaient vivre de plus grandes difficultés en matière de besoins émotionnels, sexuels et sociaux non comblés, indiquant que les interventions entourant les thèmes comme la fertilité, les relations et l'intimité, les rôles familiaux et des sexes, ainsi que celui de l'anxiété sont nécessaires chez cette population (voir aussi Zabrack, 2011).

Les résultats indiquent aussi que les femmes qui ont été traitées récemment sont plus susceptibles de désirer de l'aide pour leurs besoins informationnels (p. ex. prise en charge des symptômes); cela dit, elles devraient également avoir accès à du soutien dans les domaines spirituel, psychologique et émotionnel étant donné la détresse importante également relevée dans ces domaines. De plus, même si certains symptômes post-traitement diminuent ou sont comblés avec le temps (Jensen et al., 2004b), notre étude suggère que les besoins sociaux et en matière de santé sexuelle non comblés perdurent pendant la survie. Ceci renforce les constats de recherches indiquant que les préoccupations interpersonnelles et en matière de santé sexuelle ne sont pas suffisamment considérées par la patiente et son fournisseur de soins (Stead, 2004).

Le constat comme quoi radiothérapie ne prédirait pas des besoins plus élevés était surprenant, car les changements vaginaux après la radiothérapie sont bien documentés (Jensen et al., 2004a; Tangjitgamol et al., 2007). Ce résultat pourrait s'expliquer par une surreprésentation des patientes atteintes d'un cancer des ovaires qui avaient vraisemblablement reçu de la chimiothérapie et une sous-représentation des groupes de patientes ayant reçu de la radiothérapie comme principal traitement dans l'échantillon analysé. Ce résultat pourrait aussi s'expliquer en partie par les efforts particuliers qui ont été déployés dans ce programme d'oncologie gynécologique pour élaborer et donner des services informationnels sur les difficultés post-traitement, notamment le dysfonctionnement sexuel, chez les patientes qui ont reçu de la radiothérapie. Par conséquent, les patientes qui ont subi une radiothérapie pourraient avoir reçu plus d'aide concernant leurs besoins en santé sexuelle que les patientes de l'échantillon traitées autrement. De futures recherches avec un plus grand échantillon et des techniques d'échantillonnage stratifié permettraient d'explorer plus précisément les différences potentielles dans les difficultés post-traitement par type de traitement et de cancer.

Limites

Les limites bien connues de la recherche transversale (soit l'absence de seuil de référence) et des instruments d'auto-évaluation (le manque d'objectivité) s'appliquent à cette étude. Aussi, en raison de la collaboration multidisciplinaire ayant encadré le recrutement des participantes, il a été impossible de suivre le nombre de patientes potentielles qui ont été approchées et de calculer un taux de recrutement précis. Comme les femmes atteintes d'un cancer des ovaires sont souvent diagnostiquées à un stade tardif, et qu'une étude antérieure a conclu que ce stade tardif d'établissement du diagnostic prédisait des besoins généralement plus élevés dans le cadre d'une analyse unidimensionnelle (Hodgkinson

Tableau 4 : Analyses de régression logistiques prédisant la disposition à recevoir de l'aide au sujet des besoins informationnels, sexuels, émotionnels et psychologiques non comblés dans les variables sociodémographiques et médicales, N = 113

Prédicteurs	Domaine pratique			Domaine physique			Domaine social			Domaine spirituel		
	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)	B	Wald	OR(IC,95)
Temps écoulé depuis le traitement	-,41	1,6	,67(.35-1,25)	-,21	,49	,81(.45-1,46)	-,46	2,24	,629(.34-1,15)	-,87	7,39**	,42(.22-.79)
Âge	-,02	,54	,98(.94-1,03)	-,05	4,98*	,95(.91-.99)	,02	,74	,98(.94-1,02)	-,03	1,4	,98(.93-1,02)
Radiothérapie	-,23	,26	,79(.32-1,96)	-,68	2,49	,50(.21-1,18)	-,53	1,4	,59(.25-1,4)	-,48	1,17	,62(.26-1,5)
Chimiothérapie	,75	2,2	2,12(.78-5,7)	-,69	,44	1,35(.56-3,27)	,79	2,7	2,2(.86-5,6)	-,18	,16	,83(.34-2,1)
Intervention chirurgicale	,48	,72	1,6(.53-4,9)	,29	,32	1,34(.49-3,66)	1,12	3,8*	3,1(.99-9,48)	1,1	3,81*	3,0(.99-0,05)
État matrimonial	-,87	3,6	,42(.17-1,03)	,29	,28	,78(.31-1,95)	,04	,01	1,05(.42-2,59)	1,4	,09	1,2(.46-2,89)
Ménopause	,19	,11	1,2(.39-3,82)	,61	1,11	1,8(.59-5,72)	,29	,25	1,3(.42-4,2)	,53	,80	1,7(.53-5,4)

Remarques : * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .006$. Wald = chi carré Wald. RC = Rapport de cotes IC 0,95 = intervalle de confiance 95 %. tx = traitement.

et al., 2007), il est possible que la surreprésentation des patientes atteintes d'un cancer des ovaires ait généré des besoins non comblés plus élevés dans l'échantillon analysé.

La taille de l'échantillon a occasionné quelques limites au cours de l'analyse. Ainsi, certaines variables d'intérêt liées aux prédicteurs (notamment le siège du cancer ou la scolarité) n'ont pas pu être incluses dans l'analyse. De plus, afin d'avoir un compte suffisamment élevé pour la régression logistique, les catégories de réponses sur le désir d'obtenir de l'aide (c'est-à-dire, « non », « incertaine » et « oui » ont dû être dichotomisées. Ceci n'est pas l'idéal, car le désir d'obtenir de l'aide peut être différent de l'incertitude d'en vouloir.

Implications pour la recherche

De futures études ayant un pouvoir statistiquement supérieur pourraient tenir compte des nombreuses limitations de notre étude : a) en permettant un niveau alpha moins rigoureux qui pourrait détecter d'autres relations importantes; b) en explorant d'autres prédicteurs comme les variables socio-économiques (milieu de vie rural ou urbain, statut professionnel, revenu, etc.), le type de cancer gynécologique, la scolarité et les facteurs psychologiques de référence comme l'autoschéma sexuel (Carpenter et al., 2009).

Implications pour la pratique

Reconnaissant la nécessité de mieux déterminer les besoins non comblés chez les survivantes du cancer, les infirmières sont bien positionnées pour évaluer les besoins à l'aide d'un sondage sur les besoins, pour normaliser les discussions courantes au sujet des problèmes liés à la survie, comme la crainte de récurrence du cancer, la santé sexuelle et les autres besoins non comblés. La version abrégée de 34 éléments du sondage sur les soins de soutien (Girgis, Stojanovski, Boyes, King et Lecathelinais, 2012), qui contient 3 éléments sur la sexualité, pourrait représenter une alternative intéressante à la version plus longue utilisée dans la présente étude. Nous recommandons que les patientes remplissent un sondage sur les besoins à la fin de leur traitement, suivi d'une intervention pour tenir compte des besoins non comblés. Ce sondage et cette intervention pourraient tenir compte des besoins courants qui ont été indiqués dans la présente étude. Comme nous constatons que les jeunes femmes auraient davantage de besoins non comblés, nous devons élaborer des stratégies pour cibler ce groupe.

Les femmes plus jeunes peuvent ressentir un plus grand besoin de soutien et d'éducation sur les aspects relationnels et sexuels du cancer et de la survie (infertilité, relations, famille, etc.). Les besoins dans les domaines sexuels et sociaux semblent persister et ne seraient apparemment pas adéquatement pris en compte par les patientes et les équipes de soins.

RÉFÉRENCES

- Andersen, B.L., Anderson, B. et deProsse, C. (1989a). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 692-697.
- Andersen, B.L., Anderson, B. et deProsse, C. (1989b). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual

Dans une récente étude qualitative, les auteurs ont mis au point un modèle pour les besoins en santé sexuelle qui pourrait guider les fournisseurs de soins de santé dans leur compréhension et l'exploration (avec les patientes) des facteurs qui contribuent à leur propre impression subjective d'avoir des besoins sexuels non comblés, ainsi que de différents obstacles à la demande d'aide (McCallum et al., 2012). Ce modèle indique que les besoins sexuels non comblés surviennent lorsque les patientes vivent un manque d'adéquation entre leur santé sexuelle actuelle et leur santé sexuelle idéale. Le modèle décrit aussi trois catégories de facteurs contribuant aux besoins sexuels non comblés : les facteurs physiques, psychologiques et interpersonnels. Le modèle des besoins en santé sexuelle pourrait être présenté au moyen d'une aide visuelle qui aiderait les infirmières à discuter des facteurs sous-jacents aux besoins non comblés des patientes en matière de santé sexuelle. Cette aide visuelle pourrait fournir aux patientes et aux infirmières des moyens plus objectifs pour mieux comprendre les besoins des patientes, fournir un soutien informationnel et pratique approprié, ainsi qu'offrir des références pertinentes à d'autres fournisseurs de soins de santé (travailleur social, psychologue, physiothérapeute du plancher pelvien ou spécialiste en fertilité). Consulter sur ce point McCallum et collaborateurs (2014), qui donnent des recommandations sur la façon de tenir compte des besoins en santé sexuelle. Le modèle pourrait contribuer à informer la patiente sur l'éducation, l'évaluation et les interventions concernant la sexualité, comme le recommandent les lignes directrices sur la sexualité des soins de santé d'Action Cancer Ontario (Barbera et al., 2016).

Selon les recherches antérieures (McCallum et al., 2012), on constate que beaucoup de patientes atteintes de cancer gynécologique ayant des besoins et un désir de recevoir de l'aide hésitent à accéder aux services à cause de divers obstacles. Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé évaluent les besoins des patientes et ce qui les empêche d'accéder aux services. Conceptuellement, les femmes qui indiquent une certaine disposition à recevoir de l'aide pourraient être considérées comme des patientes qui devraient être approchées pour obtenir plus de soutien. Les infirmières sont incontestablement les mieux placées pour évaluer systématiquement les besoins non comblés des patientes au fil du temps et leur désir de recevoir de l'aide au bon moment dans la trajectoire de soins (au diagnostic, en début du traitement, à la fin du traitement, en cas de récurrence). Elles ont également la possibilité de développer et d'appliquer leurs connaissances pour promouvoir l'offre de services tenant compte des besoins non comblés des patientes et des survivantes atteintes d'un cancer gynécologique.

functioning outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 683-691.

- Auchincloss, S.S. (1995). After treatment: Psychosocial issues in gynecologic cancer survivorship. *Cancer*, 76, 2117-2124.
- Barbera, L., Zwaal, C., Elterman, D., McPherson, K., Wolfman, W., Katz, A., Matthew, A. et al. Interventions to Address Sexual

- Problems in People with Cancer. Toronto (ON) : Action Cancer Ontario; 28 avril 2016. *Programme de soins fondés sur la recherche*, No 19–6.
- Beesley, V., Eakin, E., Steginga, S., Aitken, J., Dunn, J. et Battistutta, D. (2008). Unmet needs of gynaecological cancer survivors: Implications for developing community support services. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 392–400.
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P. W., Henningssohn, L. et Steineck, G. (2002). Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 443–450.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P. et Boyes, A. (2000). The supportive care review group. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer*, 88, 217–225.
- Bruner, D., Lanciano, R., Keegan, M., Corn, B., Martin, E. et Hanks, G. (1993). Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 27, 825–830.
- Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. et Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: An exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 16, 364–372.
- Brotto, L.A., Yule, M. et Breckon, E. (2010). Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 346–360.
- Carmack Taylor, C.L., Basen-Engquist, K., Shinn, E.H. et Bodurka, D.C. (2004). Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 881–889.
- Carpenter, K.M., Andersen, B.L., Fowler, J.M. et Maxwell, G.L. (2009). Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 828–841.
- Donovan, K.A., Taliaferro, L.A., Alvarez, E.M., Jacobsen, P.B., Roetzheim, R.G., Wenham, R.M. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, 104, 428–434.
- Fitch, M.I. (2008). Cadre des soins de soutien. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18, 15–24.
- Fitch, M.I., Gray, R. E. et Franssen, E. (2000). Perspectives on living with ovarian cancer: Young women's views. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 10, 101–108.
- Gamel, C., Grypdonck, M., Hengeveld, M. et Davis, B. (2001). A method to develop a nursing intervention: The contribution of qualitative studies to the process. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 806–819.
- Gilbert, E., Ussher, J.M. et Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70, 42–57.
- Girgis, A., Stojanovski, E., Boyes, A., King, M. et Lecathelinais, C. (2012). The next generation of the supportive care needs survey: a brief screening tool for administration in the clinical oncology setting. *Psycho-Oncology*, 21(8), 827–835.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Funchs, A., Hunt, G.E., Stenlake, A., Hobbs, K.M., ... Wain, G. (2007). Long-term survival from gynaecologic cancer: Psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynaecologic Oncology*, 104, 381–389.
- Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M.C., Thranov, I., Petersen, M.A. et Machin, D. (2004a). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 56, 937–949.
- Jensen, P.T., Klee, M.C., Thranov, I. et Groenvold, M. (2004b). Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 577–592.
- Lagana, L., Classen, C., Caldwell, R., McGarvey, E.L., Baum, L.D., Cheasty, E. et Koopman, C. (2005). Sexual difficulties of patients with gynecological cancer. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 391–399.
- Lutgendorf, S., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R., Sood, A. et Sorosky, J. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, 89, 1402–1411.
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. et Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 33, 135–142.
- McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L., Robert-Chaurest, S., Le, T. et Lebel, S. (2014). Supportive care needs after gynecological cancer: Where does sexual health fit in? Evaluating unmet needs and desire for help. *Oncology Nursing Forum*, 41, 297–306.
- Powell, C.B., Kneier, A., Chen, L.M., Rubin, M., Kronewetter, C. et Levine, E. (2008). A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic Oncology*, 111, 137–143.
- Schover, L.R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 16, 177–182.
- Schover, L.R. (2012). Premature ovarian failure and its consequences: Vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 753–758.
- Simonelli, L.E. et Pasipanodya, E. (2014). Health disparities in unmet support needs of women with gynecologic cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32, 727–734.
- Stead, M.L. (2004). Sexual function after treatment for gynecological malignancy. *Current Opinion in Oncology*, 16, 492–495.
- Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. et Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666–671.
- Steele, R. et Fitch, M.I. (2008). Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, 31, 284–291.
- Stewart, D.J., Wong, M.B.B.S. et Duff, S. (2001). What doesn't kill you makes you stronger: An ovarian cancer survivor survey. *Gynecologic Oncology*, 83, 537–542.
- Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5e éd. Montréal : Pearson Education Inc.
- Tangjitgamol, S., Manusirivithaya, S., Hanprasertpong, J., Kasemsarn, P., Soonthornthum, T., Leelahakorn, S., ... Lapcharoen, O. (2007). Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *International Journal of Gynecological Cancer*, 17, 1104–1112.
- Zebrack, B. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(S10), 2289–2294.