Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 27, Issue 4 • Fall 2017
eISSN: 2368-8076

CANO
ACIO

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

Centres de diagnostic rapide du cancer et conséquences psychologiques : une analyse systématique

par Mina Singh, Christine Maheu, Teresa Brady et Rachel Farah

RÉSUMÉ

L'objectif de la présente analyse est d'évaluer l'état des travaux étudiant les effets psychologiques des centres de diagnostic rapide (CDR) sur les femmes en processus de dépistage d'un cancer du sein et d'en identifier les répercussions sur la pratique infirmière et la recherche à venir. Pour ce faire, une recension systématique des écrits a été réalisée, puis les données de six études ont été extraites et analysées. Selon les données probantes, les CDR réduiraient l'anxiété à court terme chez les femmes qui doivent subir des tests de dépistage supplémentaires et dont la tumeur se révèle bénigne. Il y a, somme toute, peu de données disponibles concernant les conséquences de l'anxiété sur les femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer dans un CDR, mais certains éléments semblent indiquer que ce sous-groupe serait davantage touché par la dépression à long terme. Les infirmières doivent être sensibles aux différents besoins des femmes qui obtiennent le jour même les résultats des tests supplémentaires qu'elles doivent subir après un dépistage de cancer.

Mots-clés : rapide, jour même, visite unique, diagnostic, cancer, anxiété, stress

INTRODUCTION

Au Canada, le cancer du sein compte parmi les tumeurs les plus souvent diagnostiquées chez les femmes : plus de 22 000 nouveaux cas se sont déclarés en 2010 (gouvernement du Canada, 2014). Des études ont montré que les femmes en processus de dépistage d'un cancer du sein vivent beaucoup d'anxiété et d'incertitude pendant la phase de diagnostic, même lorsque l'affection se révèle bénigne. (Harding,

2014; Liao, Chen, Chen et Chen, 2008; Meechan, Collins, Moss-Morris et Petrie, 2005; Morse et al., 2014). Pendant cette période, le besoin d'information des femmes au sujet du processus d'évaluation diagnostique n'est pas toujours satisfait, ce qui risque d'amplifier le sentiment d'incertitude (Harding et McCrone, 2013; Liao, Chen, Chen et Chen, 2007).

Dans les années 1990, les cliniques « à visite unique » ont gagné en popularité au Royaume-Uni, partant du principe qu'il serait avantageux pour les femmes atteintes de maladies bénignes d'être examinées et de recevoir leur diagnostic au cours d'une seule et même visite (Association of Breast Surgery, 2005). À la même époque, au Canada, on tentait surtout d'améliorer l'intégration des services entourant le cancer du sein et de réduire le temps de diagnostic (Olivotto et al., 2001). Les cliniques « d'évaluation rapide » ont vu le jour à cause de la frustration des patientes devant la fragmentation du processus (étapes de dépistage, tests supplémentaires et diagnostic). Les différentes interventions étaient souvent réalisées dans des lieux distincts, ce qui multipliait le nombre de rendez-vous et allongeait les temps d'attente (Gray, 1997). Entrent en scène les cliniques de diagnostic rapide : leur efficacité a été associée à une réduction de l'anxiété chez les patients (Brocken, Prins, Dekhuijzen et Van der Heijden, 2012; Gagliardi, Grunfeld et Evans, 2004) ainsi qu'à l'accroissement de leur satisfaction (Gagliardi, Grunfeld et Evans, 2004). Une femme sur trois risque de recevoir un résultat faussement positif à la suite d'une mammographie de dépistage si elle subit 10 examens de ce type dans sa vie. Il est logique de penser qu'il sera alors profitable pour une femme de savoir rapidement si le résultat est bénin (Castells, Molins et Macià, 2006). Cependant, la recherche à ce sujet demeure limitée et les analyses systématiques ont mis au jour des résultats conflictuels (Brocken, Prins, Dekhuijzen et Van der Heijden, 2012; Gagliardi, Grunfeld et Evans, 2004) concernant les répercussions psychologiques potentielles d'un résultat rapide sur les femmes en processus de diagnostic d'un cancer du sein.

But

Le but de la présente analyse est d'évaluer l'état des travaux étudiant les effets psychologiques des centres de diagnostic rapide (CDR) sur les femmes en processus de dépistage d'un cancer du sein et d'en identifier les répercussions sur la pratique infirmière et la recherche à venir.

Les questions de recherche suivantes ont orienté l'analyse :

- Comparativement à la voie habituelle, la réception des résultats le jour même a-t-elle des effets sur la détresse psychologique des femmes qui subissent tests supplémentaires après un dépistage de cancer?
- Comment la détresse psychologique de ces femmes est-elle mesurée? Les mesures obtenues sont-elles comparables d'une étude à l'autre?

Mina Singh, B.Sc.inf., M.Éd., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université York, Toronto (Ontario)

Christine Maheu, B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine, Université McGill, Montréal (Québec) H3A 2A7

Teresa Brady, inf. aut., B.Sc.inf.

Rachel Farah, inf. aut., B.Sc.inf.

Auteure-ressource : Mina Singh, B.Sc.inf., M.Éd., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université York, 326 HNES, 4700 Keele Street, Toronto (Ontario) M3J 1P3

Courriel : minsingh@yorku.ca

DOI: 10.5737/23688076274356364

Méthodologie

L'étude est conçue selon un modèle d'analyse systématique quantitative. Les travaux analysés répondaient aux critères d'inclusion suivants : ils devaient porter sur des femmes adultes (18 ans et plus) et sur le dépistage du cancer, être de nature quantitative (essai contrôlé randomisé ou étude quasi expérimentale) et être rédigés en français ou en anglais. Seuls les articles en version intégrale étaient admissibles. Étaient exclues les études avec des participants de moins de 18 ans ou de sexe masculin, ainsi que celles qui portaient sur le diagnostic de maladies non cancéreuses, le dépistage génétique rapide ou toute intervention autre que le diagnostic rapide du cancer. Les études de nature qualitative, les études rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais et les études dont seul le résumé était disponible ont également été écartées.

Plusieurs bases de données ont été consultées : CINAHL, MedLine, Embase, PsycINFO, Cochrane, Joanna Briggs Institute, Web of Science et Grey Literature Report. La recherche par mots-clés faisait intervenir des termes tels que « néoplasie », « patients atteints de cancer », « stress », « anxiété », « dépression », « émotions » et « incertitude ». Puis, pour trouver les résumés, titres et mots-clés pertinents, les différents termes étaient combinés à l'adjectif « rapide » et autres équivalents, ainsi qu'au mot « diagnostic » et à ses synonymes. Les termes et les stratégies de recherche devaient être adaptés en fonction des différentes bases de données. Voici un aperçu du processus :

R1 : patients, cancer

R2 : les mots « rapide », « urgence », « express », « immédiat », « même jour » ou « visite unique » adjacents ou associés aux termes tronqués suivants : diagnos*, dépist*, détect*, biopsie ou test*.

R3 : Les termes « stress », « incertitude », « anxiété », « peur », « détresse », « adaptation », « bien-être », « colère » ou dépress*.

R4 : Combinaison de R1, R2 et R3

Le but était de trouver les articles publiés et non publiés. L'année de publication ne faisait l'objet d'aucune restriction. Seuls les textes rédigés en français et en anglais ont été retenus.

Résultats de la recherche

Au départ, 1 185 articles ont été repérés dans les bases de données, pour un total de 845 articles restants après suppression des doublons. Ensuite, deux chercheuses indépendantes (T.B. et R.F.) ont effectué un premier triage des titres et résumés de ces 845 articles pour déterminer s'ils respectaient les critères d'inclusion. Il en est ressorti 32 articles, qui ont été soumis à une deuxième évaluation du texte intégral; 6 d'entre eux étaient des résumés de conférence ou d'affiches. Des articles restants, seuls 10 étaient des essais contrôlés randomisés ou des études quasi expérimentales avec groupe témoin. Deux de ces études (Liao, Chen, Chen, Chen et Chen, 2009) (Liao, Chen, Chen et Chen, 2010) ont été écartées parce qu'elles ne portaient pas précisément sur les effets du diagnostic rapide. Une autre (Wevers et al., 2013) a été éliminée parce qu'elle traitait des conséquences psychologiques du

dépistage génétique rapide sur les patients atteints de cancer et que les répercussions d'un résultat positif, dans ce cas, ne sont pas les mêmes que les conséquences d'un diagnostic de cancer à proprement parler. Un autre article a été exclu parce qu'il portait sur le diagnostic rapide du cancer de la prostate (Wilkinson, Warren, Ramsden, Matthews et Chodak, 2008). Parmi les articles restants, deux décrivaient en fait la même étude, mais avaient été publiés à un an d'intervalle (Harcourt, Ambler, Rumsey et Cawthorn, 1998; Harcourt, Rumsey et Ambler, 1999). La seconde présentait les résultats de l'évaluation réalisée 6 mois après l'étude initiale et précisait en supplément les stratégies d'adaptation mises en place. Comme ces nouvelles données n'étaient pas en lien avec notre question de recherche, le second article a été exclu de l'analyse. Une recherche manuelle a permis de mettre au jour une autre étude répondant aux critères de l'analyse, portant le compte final à 6 articles (voir la figure 1).

Extraction des données

Les données suivantes ont été extraites des articles : auteur, année, pays, type de cancer, devis de l'étude, taille de l'échantillon, mesures et questionnaires utilisés, intervalles de temps entre les mesures, constats les plus importants et limites pertinentes pour la présente analyse systématique (voir le tableau 1). L'étude de Barton et collègues (2004) ciblait de multiples groupes d'intervention sans lien avec notre question de recherche; par conséquent, seules les données des groupes d'intérêt ont été compilées. Malgré tout, d'autres points soulevés par cette étude ont été pris en compte dans la discussion.

Évaluation de la qualité des études

Les études retenues ont été évaluées par deux chercheuses indépendantes (T.B. et R.F.) qui en ont établi la valeur à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité des études quantitatives du Projet de pratique efficace en santé publique (Effective Public Health Practice Project [EFHPP], 2009). Les chercheuses étaient généralement du même avis et réglaient les quelques divergences d'opinion qui se présentaient par la discussion. Deux études ont été jugées de faible qualité, deux de qualité moyenne et deux de qualité élevée (voir le tableau 2).

Synthèse

Étant donné l'hétérogénéité des échantillons, des mesures, des principaux résultats, des devis et des interventions, il était impossible de procéder à une méta-analyse. Les résultats pertinents pour la question de recherche sont donc résumés dans un format narratif faisant ressortir les points communs intéressants. Les éléments qui ne concordaient pas avec la question de recherche ont tout de même été regroupés dans le tableau 3.

RÉSULTATS

Caractéristiques

Toutes les études retenues portaient sur des femmes adultes en processus de dépistage du cancer ou d'examen supplémentaires. Dans trois études, les femmes de l'échantillon devaient passer des tests plus poussés pour infirmer ou confirmer une hypothèse de cancer, soit sur ordonnance d'un

Figure 1 : Lignes directrices PRISMA – Organigramme

médecin, soit parce qu'elles présentaient des symptômes suspects (Dey et al., 2002; Harcourt et al., 1998; Ubhi et al., 1996). Deux des études se penchaient sur des femmes dont les résultats de mammographie étaient faussement positifs (Barton et al., 2004; Lindfors, O'Connor et Parker, 2001). La dernière étude regroupait des femmes qui devaient subir une colposcopie à la suite de tests ayant révélé des anomalies cytologiques de bas grade (Naik et al., 2001). L'âge des participantes variait entre 16 et 95 ans. Toutes ces études, dont quatre ont été menées au Royaume-Uni et deux aux États-Unis, ont été publiées entre 1996 et 2004. La taille des échantillons fluctuait entre 30 et 720 participantes. Le corpus final de l'analyse se composait de deux études expérimentales et de quatre essais cliniques contrôlés.

Interventions réalisées en clinique de diagnostic rapide

Toutes les études comparaient des participantes qui recevaient leurs résultats le même jour (voie rapide) à d'autres qui obtenaient leurs résultats selon la méthode habituelle (voie lente). Dans les travaux de Naik et collègues (2001), l'intervention avait lieu dans une clinique de colposcopie à visite unique où les résultats de la biopsie à l'emporte-pièce étaient communiqués dès le premier rendez-vous, après un temps d'attente médian de 120 minutes. Toutefois, dans le cas du groupe témoin, le délai de réception des résultats n'était pas

clair. Lindfors et collègues (2001) s'intéressaient de leur côté aux femmes dont les résultats de mammographie et d'examen supplémentaires étaient connus dans la même journée et comparaient leur situation à celle de femmes qui avaient passé une mammographie et reçu les résultats, ainsi que la date des tests supplémentaires, ultérieurement. Dans l'étude d'Ubhi et collègues (1996), les femmes subissaient une biopsie par aspiration à l'aiguille fine (BAAF) dont elles recevaient les résultats le jour même; les participantes du groupe témoin, quant à elles, devaient revenir une semaine plus tard. Barton et collègues (2004) comparaient des femmes qui recevaient les résultats de leur mammographie immédiatement à d'autres qui ne les obtenaient que plus tard. Le délai d'attente du groupe témoin n'était pas précisé. Dey et collègues (2002) et Harcourt et collègues (1998) avaient le même objet d'étude, c'est-à-dire des femmes recevant les résultats de leurs examens dès la première visite clinique comparativement à des femmes qui devaient revenir une semaine plus tard.

Mesures d'évaluation

Les études retenues utilisaient des outils différents et de qualité variable pour effectuer leurs mesures. Elles sont donc difficilement comparables. Quatre des recherches ont eu recours à des instruments bien connus, dont trois à l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (échelle

Tableau 1 : Données extraites d'articles sur l'anxiété, le stress et la dépression : effets du processus de diagnostic rapide								
Premier auteur	Devis	Type de cancer	Intervention	Échantillon	Intervalle de prise des mesures	Mesures	Résultats en lien avec les mesures d'intérêt	Principales limites par rapport à la question de recherche
Barton	ECC	Sein	Jour même vs procédure de radiologie habituelle	720 femmes avec mammographie faussement positive	3 semaines et 3 mois après le dépistage	Sous-échelle de l'anxiété et de la dépression IES et HSC	Scores IES significativement plus élevés après 3 semaines pour les patientes en clinique standard	Certaines femmes ne savaient pas que leur résultat était faussement positif avant de subir d'autres tests.
Dey	ECR	Sein	Évaluation par le chirurgien, autres tests et résultats le même jour vs la semaine suivante	361 femmes chez qui on suspectait un cancer du sein	Mesure initiale, puis après 24 heures, 3 semaines et 3 mois après le dépistage	Sous-échelle de l'anxiété HADS Échelle STAI	Réduction significative de l'anxiété des patientes des cliniques à visite unique après 24 heures seulement	50 % des femmes du groupe témoin avaient tout de même reçu leurs résultats le jour même de l'examen Aucune mesure statistique des différences démographiques
Harcourt	ECR	Sein	Tests et résultats le même jour vs résultats une semaine plus tard	583 femmes envoyées à la clinique par des généralistes à cause d'une masse mammaire; mesures comparatives des groupes au diagnostic malin vs bénin	Mesure initiale, puis 6 jours et 8 semaines après le dépistage	Échelle HADS EVA	Anxiété significativement plus élevée au 6e jour dans le groupe ayant reçu un diagnostic bénin après un certain délai Interaction significative entre le type de clinique, la dépression et le diagnostic final Le diagnostic d'une anomalie cancéreuse le même jour menait à des scores de dépression significativement plus élevés après 8 semaines comparativement à la réception des résultats avec délai	Suivi des patients ayant reçu un diagnostic de cancer uniquement en clinique
Lindfors	ECC	Sein	Résultat le même jour de tests d'imagerie supplémentaires dans un grand centre hospitalier vs résultats reçus avec délai dans un centre hospitalier régional	121 femmes dont la mammographie était faussement positive	6 semaines après le dépistage	Sur une échelle de Likert, le stress variait d'absent à extrême (1 à 5)	Stress significativement plus élevé après 6 semaines chez le groupe ayant reçu les résultats de l'imagerie avec délai	Utilisation interchangeable des termes « anxiété » et « stress »; aucune définition de travail Faible taille et hétérogénéité de l'échantillon Absence d'outils validés Certaines femmes ne savaient pas que les résultats de la mammographie étaient faussement positifs.
Naik	ECC	Col	Clinique à visite unique vs clinique standard	30 femmes ayant subi une coloscopie à cause de changements limites ou d'une légère dyskaryose (ou les deux)	Comparaison de l'anxiété initiale et de l'anxiété 1 semaine après le dépistage	Score variant entre 0 et 4 (allant de « pas du tout anxieux » à « terrifié »)	Changement significatif de l'anxiété dans le groupe ayant fréquenté une clinique à visite unique (moins d'anxiété)	Taille faible et hétérogénéité de l'échantillon Aucune définition de l'anxiété Absence d'outils validés
Ubhi	ECC	Sein	BAAF et résultats le même jour ou en une semaine. Seule étude contrôlée faisant intervenir une approche chirurgicale.	102 femmes avec cancer du sein suspecté; mesures comparatives des groupes souffrant d'une tumeur bénigne vs maligne	Avant et après la consultation initiale de dépistage	Échelle STAI-SSF Échelle HADS	Diminution significative de l'anxiété après la consultation pour le groupe ayant reçu un diagnostic bénin dans une clinique à visite unique	Petit échantillon Aucune comparaison post-diagnostic avec le groupe ayant reçu les résultats avec délai Aucune description démographique
ECC : essai clinique contrôlé; ECR : essai clinique randomisé; IES : Impact of Events Scale; HSC : Hopkin's Symptom Checklist; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale; STAI : State-Trait Anxiety Inventory; STAI-SSF: échelle STAI, forme courte; EVA : échelle visuelle analogue; BAAF : biopsie d'aspiration à l'aiguille fine (BAAF)								

Tableau 2: Résumé de l'évaluation de la qualité à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité des études quantitatives (EPHPP)							
Premier auteur	Biais de sélection	Devis de l'étude	Facteurs de confusion	Insu	Méthode de collecte de données	Désistements et pertes de participants	Qualité globale
Barton	Important	Solide	Faibles	Modéré	Moyenne	Modérés	MOYENNE
Dey	Important	Solide	Importants	Modéré	Moyenne	Modérés	ÉLEVÉE
Harcourt	Important	Solide	Importants	Modéré	Solide	Modérés	ÉLEVÉE
Lindfors	Faible	Moyen	Importants	Modéré	Faible	Ne s'applique pas	FAIBLE
Naik	Faible	Moyen	Faibles	Faible	Faible	Modérés	FAIBLE
Ubhi	Modéré	Solide	Faibles	Modéré	Moyenne	Importants	MOYENNE

Tableau 3 : Données extraites en lien avec les facteurs analysés			
Premier auteur	Autres facteurs	Mesures	Résultats
Lindfors	Autres facteurs associés à une augmentation de l'anxiété suite à un résultat faussement positif	1) Comparaison statistique de l'âge et du stress 2) Comparaison statistique du score de stress et de la croyance voulant qu'une anomalie puisse être synonyme de cancer	1) Les jeunes femmes (moins de 50 ans) éprouvent un stress général significativement plus élevé que les femmes de 50 ans et plus. 2) Croire que l'anomalie puisse être signe de cancer augmente significativement le niveau de stress.
Dey	Coûts des CDR	Utilisation du logiciel Strata 6.0 pour évaluer la différence du coût moyen	Les cliniques à visite unique coûtent plus cher que les cliniques habituelles, c'est-à-dire entre 27 et 44 livres (environ 45 à 73 \$) par patient selon la disponibilité et les différentes interventions d'un pathologiste ou d'un radiologiste.
Barton	1) Efficacité de l'enseignement transmis avant la mammographie pour diminuer l'anxiété chez les femmes qui obtiennent un résultat faussement positif 2) Conséquence sur l'anxiété d'une mammographie faussement positive	1) Échelle IES 2) Échelles IES et HSC-A	1) Aucune diminution de l'anxiété 3 semaines après la mammographie faussement positive chez le groupe à qui on avait donné de l'enseignement par rapport au groupe témoin 2) Des résultats significativement plus élevés sur l'échelle IES après 3 semaines et 3 mois pour le groupe ayant reçu un résultat faussement positif comparativement au groupe dont les résultats étaient normaux. Scores significativement plus élevés sur l'échelle HSCA après 3 semaines pour le groupe ayant reçu un résultat faussement positif comparativement au groupe dont les résultats étaient normaux.
Harcourt	Satisfaction des patients par rapport au type de clinique	EVA	Satisfaction significativement plus élevée des patients ayant fréquenté une clinique à visite unique comparativement à une clinique standard
CDR : clinique de diagnostic rapide; IES : Impact of Events Scale; HSC-A : Hopkin's Symptoms Checklist, sous-échelle de l'anxiété; EVA : échelle visuelle analogue			

hospitalière de mesure de l'anxiété et de la dépression), qui a prouvé sa fiabilité et sa validité auprès de cette population (Harcourt et al., 1999). L'échelle HADS comprend deux sous-échelles (anxiété et dépression) en huit points; le questionnaire est assez bref pour être administré à des patients en clinique externe (Zigmond et Snaith, 1983). Elle permet d'évaluer l'anxiété, la dépression et l'état émotionnel, quel que soit le trouble somatique en cause. En général, cette échelle sert à vérifier le niveau d'anxiété ou de dépression des patients pas seulement au moment du rendez-vous à la clinique, mais aussi pendant la semaine précédant la visite (Zigmond et Snaith, 1983).

Deux des études analysées ont eu recours à l'échelle State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (inventaire d'anxiété état-trait); il s'agit là aussi d'un outil validé et largement utilisé dans la recherche sur l'anxiété (Ubhi et al., 1996). L'échelle STAI permet de mesurer en premier lieu l'anxiété que vit la personne dans sa situation actuelle (anxiété situationnelle) et, en deuxième lieu, l'anxiété manifeste dans ses traits de personnalité (anxiété individuelle) (Tluczek, Henriques et Brown, 2009). Le chercheur peut donc évaluer les fluctuations de l'anxiété entre l'expérience temporaire que vit la personne et ses tendances anxieuses naturelles (Tluczek et al., 2009). L'une des deux études en question a plutôt employé l'échelle STAI-SSF, un abrégé de 6 questions de l'échelle originale (qui elle contient 40 questions). Cette forme condensée permettait de prendre une seconde mesure dans un court intervalle lorsque les participants ne disposaient pas d'assez de temps pour remplir le questionnaire original (Ubhi et al., 1996). Dans cette étude en particulier, l'anxiété a été mesurée avant et après la première consultation à la clinique.

Une autre étude s'est servie de la sous-échelle d'anxiété et de dépression du questionnaire Hopkin's Symptom Checklist (HSC) (liste des symptômes de Hopkin), ainsi que du questionnaire Impact of Events Scale (IES) (échelle de l'effet des événements), deux outils validés (Barton et al., 2004). La version complète du questionnaire HSC pose 58 questions sur cinq ensembles de symptômes (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi, 1974). L'étude de Barton et al. (2004) utilisait de son côté la sous-échelle de l'anxiété et de la dépression en 17 points. L'échelle IES a été conçue pour évaluer la détresse psychologique des victimes de traumatisme (Sundin et Horowitz, 2002). Ses deux sous-échelles cotent l'intrusion de l'événement traumatique et le réflexe d'évitement du patient et permettent de mesurer le stress à différents intervalles (Sundin et Horowitz, 2002). Enfin, les deux études jugées de faible qualité mesuraient l'anxiété ou le stress à l'aide d'échelles ordinales sans validité ou fiabilité clairement établies (Lindfors et al., 2001; Naik et al., 2001).

Résultats

Définitions de travail

Dans un sens, toutes les études retenues mesuraient l'anxiété puisque certaines employaient les termes « stress » et « anxiété » de manière interchangeable. Dans la présente analyse, à des fins de synthèse des données, le terme « anxiété » englobe à la fois le stress et l'anxiété. La U.S. National Library

of Medicine (2014) définit le stress comme « un sentiment de tension émotive ou physique pouvant être causé par un événement ou une pensée qui génère de la frustration, de la colère ou de la nervosité » et, le National Health Service (2015) définit l'anxiété comme « un sentiment de peur, de malaise et d'inquiétude dont l'origine n'est pas toujours connue ». Les auteures de la présente analyse ont jugé que les deux notions pouvaient être considérées comme une seule et même réaction dans le cas des patients en processus de dépistage du cancer.

Selon le DSM-V, le trouble de stress aigu associé à un trauma se manifeste entre 2 jours et 4 semaines après l'événement (Bryant, Friedman, Spiegel, Ursano et Strain, 2011). Passée cette période, un diagnostic de stress chronique, par exemple de trouble de stress post-traumatique, peut être posé pour les patients qui répondent aux critères (Bryant et al., 2011). Avec cette définition en tête, il est possible d'établir des balises pour distinguer les répercussions à court terme et les répercussions à long terme. Ainsi, dans la présente analyse systématique, les répercussions à court terme correspondent aux résultats significatifs d'anxiété, de stress et de dépression qui se manifestent jusqu'à 6 semaines après les tests de dépistage; au-delà de 6 semaines, on parlera de répercussions à long terme. Cette catégorisation est la même que celle de Brocken, Prins, Dekhuijzen et Van der Heijden (2012), dont l'analyse systématique portait sur la détresse entourant la phase de diagnostic du cancer et les effets du diagnostic rapide (Brocken et al., 2012).

Anxiété à court terme

Principal constat pour l'ensemble des articles analysés : il y a une réduction importante de l'anxiété lorsque le diagnostic est réalisé en une seule étape (Barton et al., 2004; Dey et al., 2002; Harcourt et al., 1998; Lindfors et al., 2001; Naik et al., 2001; Ubhi et al., 1996). À noter que la plupart des études retenues s'intéressaient aux cas de « faux positifs »; le dépistage ne s'était donc pas soldé par un diagnostic de cancer. Deux articles seulement examinaient la différence entre les femmes qui avaient reçu un diagnostic de cancer et celles qui y avaient échappé. Pour ce qui touche les résultats à court terme, la présente analyse se contente de comparer les effets associés au type de clinique sans s'attarder au diagnostic final. Dans les quatre études qui ont mesuré le niveau d'anxiété initial entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, la différence s'est révélée non significative (Dey et al., 2002; Harcourt et al., 1998; Naik et al., 2001; Ubhi et al., 1996).

Anxiété à long terme

Seules trois des six études évaluaient les niveaux d'anxiété à long terme après le dépistage du cancer. Les mesures ont été prises après 2 mois (Harcourt et al., 1998) ou après 3 mois (Barton et al., 2004; Dey et al., 2002). Aucune différence significative n'a été constatée entre le groupe qui avait reçu le diagnostic le même jour et celui qui l'avait eu plus tard. Encore une fois, les considérations qui étaient valides pour les mesures de l'anxiété à court terme le sont également pour les mesures à long terme. Les résultats ont été obtenus par comparaison des types de cliniques sans égard au diagnostic final.

Effet de l'intervention chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer

Certaines des études excluaient les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer (Barton et al., 2004) (Lindfors et al., 2001). Dans les autres travaux, une petite portion de l'échantillon seulement s'était vue confirmer le diagnostic de cancer; il est donc difficile d'en tirer des conclusions. Bien que Dey et collègues (2002) aient inclus dans leurs données les 13,3 % de femmes de leur échantillon qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein, ils n'ont pas pour autant détaillé les particularités psychologiques de ce groupe. Ils avaient toutefois constaté un taux significativement plus élevé de diagnostic de cancer chez les femmes ayant refusé de participer à l'étude. Seules deux des études analysées avaient mis en parallèle les femmes ayant reçu un diagnostic définitif de cancer et le type de clinique où elles avaient reçu leur diagnostic. Harcourt et collègues (1998) ont conclu que les patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein présentaient, après six jours, un niveau d'anxiété plus élevé que les femmes dont le diagnostic était bénin, et ce, peu importe le type de clinique qu'elles avaient fréquenté. Cette différence existait en dépit du fait que de nombreuses patientes, suivies dans une clinique traditionnelle, n'avaient même pas encore obtenu leur diagnostic. Cette même étude évaluait également la dépression qui, après 8 semaines, s'est avérée plus fréquente chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer dans une clinique à visite unique que chez les patientes dont le diagnostic avait été posé dans une clinique traditionnelle. Ubhi et collègues (1996) n'ont trouvé aucune différence significative entre l'anxiété à court terme des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein dans une clinique rapide et les autres. Ils n'ont pas mesuré l'anxiété à long terme. Rappelons toutefois que les patientes au diagnostic confirmé ne constituaient qu'une faible part de l'échantillon. En outre, les mesures pour les deux groupes ont été prises uniquement lors de la visite initiale; les femmes ayant fréquenté une clinique traditionnelle ne connaissaient donc pas encore le résultat des tests.

DISCUSSION

La présente analyse visait à comparer l'état psychologique des femmes ayant reçu les résultats de leurs examens le jour même et celui des femmes ayant emprunté la voie habituelle. Le constat le plus évident est que, pour toutes les études analysées et peu importe les mesures utilisées, le niveau d'anxiété à court terme est significativement plus faible lorsque les résultats sont divulgués le jour même. Cette conclusion abonde dans le même sens que l'analyse systématique réalisée par Brocken, Prins, Dekhuijzen et Van der Heijden (2012). De leur côté, les trois études ayant évalué l'anxiété à long terme n'ont constaté aucune différence entre les groupes. Dans les travaux de Barton et collègues (2004), la lecture immédiate des résultats diminuait le niveau d'anxiété mesuré sur place. En effet, les femmes qui obtenaient les résultats de la mammographie immédiatement étaient moins anxieuses que les autres, même lorsque les résultats étaient anormaux. Cela montre que l'évaluation rapide des examens radiologiques peut réduire les premières manifestations

d'anxiété. Toutefois, après 3 mois, les scores d'anxiété étaient semblables pour tous les groupes, indépendamment du type de moment où les résultats avaient été livrés, ce qui suggère que les bénéfices engendrés par la réduction à court terme de l'anxiété n'ont aucune incidence sur l'anxiété à long terme. Les résultats de Barton et collègues (2004) s'accordent à ceux de Lindfors et collègues (2001), dont la recherche portait également sur les mammographies faussement positives. Les femmes ayant reçu leur bilan immédiatement (sur place) ont rapporté un stress léger, tandis que celles dont le bilan avait été retardé (et qui allaient devoir revenir pour connaître les résultats) présentaient un niveau de stress modéré. L'âge influençait aussi grandement le niveau de stress : il était plus intense chez les femmes de moins de 50 ans que chez les femmes plus âgées (Lindfors et al., 2001).

Parmi les études réalisées à l'aide de l'échelle HADS, une seule a mis au jour des différences significatives en termes de scores de dépression 8 semaines après les examens; le sous-groupe concerné était formé de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. L'anxiété semble donc davantage associée à l'incertitude à court terme vécue par les femmes pendant le processus de dépistage, tandis que la dépression découle des conséquences à long terme du diagnostic de cancer. Cela correspond tout à fait aux construits de l'anxiété et de la dépression, selon lesquels l'anxiété se manifeste habituellement en réaction à une menace future potentielle et la dépression naît quant à elle d'une menace passée ou d'une perte réelle (Dobson, 1985).

On pourrait s'attendre à ce qu'il y ait une différence évidente entre les femmes au bilan de santé positif et celles dont la tumeur se révèle maligne. Or, on constate avec surprise que deux études seulement ont mis en parallèle les effets d'un diagnostic bénin versus malin sur les patientes avec le délai de réception des résultats. Les travaux d'Ubhi et collègues (1996) comparaient un groupe de femmes ayant reçu leurs résultats immédiatement à un groupe qui les avaient obtenus plus tard. Dans les deux cas, l'anxiété était grande au moment de la visite initiale. Toutefois, les femmes dont la tumeur s'est révélée maligne étaient plus anxieuses que les autres, ce qui confirme la nette réduction de l'anxiété lorsque la bénignité est établie rapidement. À noter cependant que l'étude ne comptait qu'un très petit nombre de femmes souffrant d'une tumeur maligne.

Bien évidemment, le diagnostic de cancer du sein n'est pas connu au moment de recruter les participants d'une étude. Par conséquent, si l'on veut pouvoir tirer des conclusions au sujet des femmes ayant fréquenté une clinique à « visite unique » ou une clinique d'un autre genre, les échantillons doivent être de grande taille. Dey et collègues (2002) rapportent qu'un nombre important de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer avait refusé de participer à la recherche. Peut-être se doutaient-elles de leur diagnostic de malignité; sans doute perturbées par cette situation, elles étaient moins enclines à participer à l'étude. Une étude de cohorte (non incluse dans la présente analyse) s'est intéressée aux répercussions des CDR sur des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Mais comme 1,4 % seulement des participantes avaient bel et

bien une tumeur maligne, les chercheurs n'ont rien pu déduire concernant les répercussions des CDR sur cette sous-population (Vedhara et al., 2001). Selon cette même étude, il est difficile d'assurer à ces femmes un soutien adéquat, puisqu'il est impossible de connaître le diagnostic avant leur visite à la clinique. Apparemment, les obstacles qui rendent ardue l'étude de ce groupe compliquent aussi la prestation de soins psychosociaux adaptés.

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

L'analyse systématique a permis de dégager certaines implications pour la recherche et la pratique infirmière qu'il importe de souligner. D'abord, le rapport coûts-avantages doit être examiné si l'on veut justifier la mise en place de clinique de diagnostic rapide. De plus, comme il en a été question dans la discussion, la recherche à venir devra se pencher sur les femmes qui se voient confirmer leur diagnostic de cancer dans un CDR, sachant que l'aspect expéditif pourrait causer des conséquences psychologiques négatives. Certaines études ont également fait des observations intéressantes pour la pratique infirmière, mais dépassant la portée de la présente analyse. Mentionnons toutefois l'influence des facteurs démographiques tels que l'âge ou les antécédents familiaux de cancer, ainsi que l'effet potentiel sur les patientes qu'a pu avoir un enseignement des stratégies d'adaptation ou l'explication des résultats anormaux d'une mammographie (tableau 3).

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

La mise en place de cliniques de diagnostic rapide a de nombreuses implications pour la pratique infirmière. Les infirmières doivent être sensibles aux différents besoins des patientes qui subissent des examens supplémentaires après un diagnostic de cancer et qui reçoivent les résultats le même jour. Il importe tout particulièrement de créer et d'utiliser des outils adaptés pour l'enseignement comme pour l'évaluation de l'anxiété, de même que des ressources adéquates pour le suivi à court terme des patientes dont le résultat était faussement positif. Selon Harcourt et collègues (1999), les femmes auraient souhaité passer plus de temps à la clinique pour discuter des résultats, même lorsque le diagnostic était bénin. La recherche infirmière gagnerait donc à se pencher sur les ressources professionnelles et le temps qu'il faudrait consacrer aux patientes pour réduire l'anxiété à court terme. L'anxiété est indéniablement néfaste, il est donc essentiel d'offrir aux

femmes ayant reçu un diagnostic de cancer dans une clinique rapide le soutien psychosocial nécessaire, ou même de l'accroître, le cas échéant. Une fois mis en place, l'enseignement de stratégies d'adaptation pourrait être intégré aux soins prodigués aux patientes afin de les aider à vaincre l'anxiété causée par un diagnostic de cancer.

LIMITES

Les études analysées présentaient quelques limites dont il faut tenir compte. Plusieurs comptaient un échantillon de moins de 100 participants. Seules deux des six études avaient procédé à des calculs de puissance statistique (Barton et al., 2004; Dey et al., 2002). De plus, les termes clés que sont pourtant « l'anxiété » et « le stress » ne s'accompagnaient d'aucune définition et étaient employés de manière interchangeable. Enfin, l'échelle IES utilisée par Barton et collègues (2004) a été conçue pour mesurer le stress post-traumatique; ce n'est peut-être pas l'instrument idéal dans le cas présent puisque, selon les critères de cette échelle, 52 % des participantes dont les résultats étaient faussement positifs n'ont rapporté aucune anxiété (Barton et al., 2004). L'outil étant moins adapté, il est peut-être passé à côté de l'anxiété des femmes en processus de dépistage du cancer.

Notre analyse systématique présente aussi certaines limites en raison de l'hétérogénéité des échantillons, des outils et de la qualité des études. Étant donné la rareté des études de conception solide, homogène et contrôlée, tous les travaux correspondant aux critères d'inclusion ont été intégrés au corpus d'analyse afin de brosser le portrait d'ensemble des recherches étudiant le diagnostic rapide et ses conséquences psychologiques. Quatre des six études provenaient du Royaume-Uni et deux des États-Unis. Les différences culturelles et sociétales limitent donc la possibilité de généraliser au contexte canadien actuel. Jusqu'à présent, très peu de travaux ont été publiés sur le sujet. L'analyse se limite donc à un échantillon composé uniquement de femmes majoritairement touchées par le cancer de sein.

CONCLUSION

La principale conclusion de notre analyse systématique est que le CDR offre véritablement un avantage psychologique aux femmes dont le diagnostic se révèle bénin, avantage qui se traduit par une réduction de l'anxiété. La lecture et la communication rapide des résultats des tests contribuent bel et bien à diminuer l'anxiété. On a également constaté le peu de recherche portant sur l'état à long terme des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer.

RÉFÉRENCES

- Association of Breast Surgery. (2005). Guidelines for the management of symptomatic breast disease. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 31, Supplement 1(0), 1–21. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2005.02.006
- Barton, M.B., Morley, D.S., Moore, S., Allen, J.D., Kleinman, K.P., Emmons, K.M., & Fletcher, S.W. (2004). Decreasing women's anxieties after abnormal mammograms: A controlled trial. *J. Natl. Cancer Inst.*, 96(7), 529–538.
- 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. doi:10.1002/pon.1929
- Bryant, R.A., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 802–817. doi:10.1002/da.20737

- Castells, X., Molins, E., & Macià, F. (2006). Cumulative false positive recall rate and association with participant related factors in a population based breast cancer screening programme. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 316–321. doi:10.1136/jech.2005.042119
- Derogatis, L.F., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15.
- Dey, P., Bundred, N., Gibbs, A., Hopwood, P., Baildam, A., Boggis, C., ... Dixon, J.M. (2002). Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: Randomised controlled trial. *BMJ*, 324(7336), 507.
- Dobson, K.S. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5(4), 307–324. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(85)90010-8
- Effective Public Health Practice Project. (2009). *Quality Assessment tool for Quantitative Studies*. Retrieved from <http://www.ehphp.ca/tools.html>
- Gagliardi, A., Grunfeld, E., & Evans, W.K. (2004). Evaluation of diagnostic assessment units in oncology: A systematic review. *J Clin Oncol.*, 22(6), 1126–35.
- Government of Canada. (2014, July 10). *Cancer, new cases, by selected primary site of cancer, by sex*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/01/cst01/hlth61-eng.htm>
- Gray, C. (1997). One-stop care at breast centre another sign of patients' increasing influence. *Canadian Medical Association Journal*, 157(10), 1419–1420.
- Harcourt, D., Ambler, N., Rumsey, N., & Cawthorn, S.J. (1998). Evaluation of a one-stop breast lump clinic: A randomized controlled trial. *The Breast*, 7(6), 314–319.
- Harcourt, D., Rumsey, N., & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 4(1), 57–71.
- Harding, M.M. (2013). *Predictors of distress during the breast diagnostic period*. West Virginia University Libraries.
- Harding, M.M., & McCrone, S. (2013). Experiences of non-navigated women undergoing breast diagnostic evaluation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(1), E8–E12.
- Liao, M.-N., Chen, M.-F., Chen, S.-C., & Chen, P.-L. (2007). Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 289–298.
- Liao, M.-N., Chen, M.-F., Chen, S.-C., & Chen, P.-L. (2008). Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 274–283.
- 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.
- Liao, M.-N., Chen, P.-L., Chen, M.-F., Chen, S.-C., & Chen, Y.-H. (2009). Supportive care for Taiwanese women with suspected breast cancer during the diagnostic period: Effect on healthcare and support needs. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 585–592.
- Lindfors, K.K., O'Connor, J., & Parker, R.A. (2001). False-positive screening mammograms: Effect of immediate versus later work-up on patient stress. *Radiology*, 218(1), 247–53.
- Meechan, G.T., Collins, J.P., Moss-Morris, R.E., & Petrie, K.J. (2005). Who is not reassured following benign diagnosis of breast symptoms? *Psychooncology*, 14(3), 239–46.
- Morse, J., Pooler, C., Vann-Ward, T., Maddox, L., Olausson, J., Roche-Dean, M., ... Martz, K. (2014). Awaiting diagnosis of breast cancer: Strategies of enduring for preserving self. *Oncology Nursing Forum*, 41(4), 350–9.
- Naik, R., Abang-Mohammed, K., Tjalma, W.A., Nordin, A., de Barros Lopes, A., Cross, P.A., ... Monaghan, J.M. (2001). The feasibility of a one-stop colposcopy clinic in the management of women with low grade smear abnormalities: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 98(2), 205–8.
- National Health Service (2015). *Stress, anxiety, and depression*. Retrieved from <http://www.nhs.uk/Conditions/stress-anxiety-depression/Pages/understanding-panic.aspx>
- Olivotto, I.A., Bancej, C., Goel, V., Snider, J., McAuley, R.G., Irvine, B., ... Caines, J.S. (2001). Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 165(3), 277–283.
- Sundin, E.C., & Horowitz, M.J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205–209. doi:10.1192/bjp.180.3.205
- Tluczek, A., Henriques, J., & Brown, R. L. (2009). Support for the reliability and validity of a six-item state anxiety scale derived from the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 17(1), 19–28. doi:D-NLM:NIHMS140167
- Ubhi, S.S., Wright, S., Clarke, L., Black, S., Shaw, P., Stotter, A., & Windle, R. (1996). Anxiety in patients with symptomatic breast disease: Effects of immediate versus delayed communication of results. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 78, 466–469.
- US National Library of Medicine. (2014). *Stress and your health*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/003211.htm>
- Vedhara, K., Bennett, P.D., Brooks, E., Gale, L., Munnoch, K., Schreiber-Kounine, C., ... Farndon, J. (2001). Risk factors for psychological morbidity in women attending a one-stop diagnostic clinic with suspected breast disease. *Psychology & Health*, 16(2), 179–190.
- Wevers, M., Ausems, M., Bleiker, E., Rutgers, E., Witkamp, A., Hahn, D., ... Aaronson, N. (2013). Psychosocial impact of rapid genetic counseling and testing in breast cancer patients: Findings from a RCT. *Psycho-Oncology*, 22, 25–26.
- Wilkinson, S., Warren, K., Ramsden, A., Matthews, A., & Chodak, G. (2008). Do “rapid” PSA assays reduce anxiety and stress of prostate cancer patients undergoing regular review? A prospective evaluation. *Urology*, 71(4), 67–72.
- Zigmond, A., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.