

« Je n'arrive pas à dormir! » : recueillir des preuves à l'appui d'une intervention novatrice contre l'insomnie chez les patients atteints de cancer

par Nancy (Surya) A. Absolon, Tracy L. Truant, Lynda G. Balneaves, Frankie Goodwin, Rosemary L. Cashman, Margurite E. Wong et Manisha B. Witmans

Abrégé

Des perturbations du cycle veille-sommeil, notamment l'insomnie, sont éprouvées par 30–75% des patients en oncologie et pourtant, aucune intervention efficace n'a été conçue pour aborder, dans le milieu ambulatoire, ce symptôme fort pénible. En vue de répondre à une lacune cernée dans les soins, je partage de l'information sur le développement et l'évaluation d'une intervention novatrice relative au sommeil conçue spécifiquement pour le milieu ambulatoire. Nous décrivons les résultats préliminaires ainsi que le modèle informatif sous-tendant la recherche menée au point d'intervention. En tant qu'infirmières de chevet, nous avons la possibilité, et le devoir,

en vertu de notre obligation morale et de notre mandat de justice sociale, d'intervenir en vue de dégager des solutions fondées sur des données probantes pour améliorer les soins aux groupes de patients lorsque ces soins comportent des lacunes.

Cet article a vu le jour en raison d'une vision et de mon désir d'aider les patients atteints de cancer à mieux dormir. Je vais partager avec vous mon cheminement en tant qu'infirmière clinicienne en radiothérapie et chercheuse «au chevet». J'espère que cet article vous encouragera, d'une façon ou d'une autre, à aller de l'avant avec vos propres idées sur l'amélioration des soins aux patients, ou à possiblement réaliser que vous pouvez faire de la recherche même si vous avez des doutes et vous ne savez pas par où commencer. Mon intention est de partager un modèle informatif qui m'a aidée à effectuer de la recherche fructueuse en milieu de travail. J'espère que ma démarche inspirera autrui.

Au sujet des auteures



Nancy (Surya) A. Absolon, inf., B.A., B.Sc.inf., infirmière en oncologie à la radiothérapie, Vancouver Centre, British Columbia Cancer Agency.



Tracy L.O. Truant, inf., M.Sc.inf., doctorante, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique



Lynda G. Balneaves, inf., Ph.D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique



Frankie Goodwin, inf., B.Sc., directrice de l'Unité de soins ambulatoires au services cliniques, Vancouver Centre, British Columbia Cancer Agency



Rosemary L. Cashman, inf., M.A., M.Sc.(A), NP(A), infirmière praticienne, Vancouver Centre, British Columbia Cancer Agency



Margurite E. Wong, inf., M.Sc.inf., instructrice clinique (adultes/adultes âgés), Pacific Spirit Community Health Unit, Vancouver Coastal Health, Vancouver C.-B.



Manisha B. Witmans, MD, FRCPC, FAAP, FASM, professeure agrégée d'enseignement clinique, Université de l'Alberta; professeure adjointe, Université Thompson Rivers

Auteure à qui adresser toute correspondance: Nancy (Surya) Absolon, 600 West 10th Avenue, 2nd Floor, Radiation Therapy ACU Station A, British Columbia Cancer Agency, Vancouver, C.-B. V5Z 4E6. Courriel: nabsolon@bccancer.bc.ca

Contexte

J'aimerais commencer avec quelques renseignements personnels sur une étude pilote que j'ai lancée en vue d'évaluer une intervention sur le sommeil parmi des personnes atteintes de cancer. J'ai découvert cette intervention auprès du Maharishi Krishnananda Ishaya (MKI), un instructeur de méditation appartenant à la tradition Ishayas' Ascension of the Bright Path (The Bright Path, 2008). J'ai moi-même pratiqué la méditation toute ma vie, et j'ai récemment commencé à l'enseigner. Je voyais la valeur potentielle de la méditation en tant qu'aide au sommeil. La méditation calme le système nerveux sympathique et diminue le flux de pensées intrusives. De plus, presque tout le monde peut facilement apprendre cette technique (Bhasin, Dusek, Chang, Joseph MG, Denninger, Fricchione, Benson, & Libermann, 2013; Hubbling, Reilly-Spong, Kreitzer, & Gross, 2014). Je venais de commencer à travailler dans un centre ambulatoire de soins contre le cancer, et je me suis dit que cette technique de méditation pourrait peut-être aider les patients à mieux dormir.

Insomnie et cancer: l'état de la science

L'insomnie, qui est la perturbation du cycle veille-sommeil la plus courante parmi les patients atteints de cancer (Sateia & Lang, 2008), peut inclure des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e) toute la nuit, un réveil très tôt le matin avec incapacité de se rendormir ou une expérience subjective de sommeil non restaurateur (Savard & Morin, 2001). Ma recension de la documentation scientifique sur le cancer et l'insomnie a révélé quelques faits surprenants. Entre 30 et 75 % des patients en oncologie connaissent des perturbations du cycle veille-sommeil, en particulier l'insomnie (Lee, Cho, Miaskowski & Dodd, 2004). Ce symptôme persistant et pénible (Berger, 2009) est rarement abordé ou même détecté par les professionnels de la santé (Howell, Oliver, Keller-Olaman, Davidson, Garland, Samuels et al., 2012) et est sous-déclaré par les patients (Davidson, Feldman-Stewart, Brennenstuhl & Ram, 2007), ce qui peut entraîner une hausse non nécessaire du taux de morbidité (Matthews, Berger, Schmiede, Cook, McCarthy, Moore et al., 2014). La sous-déclaration des perturbations du cycle veille-sommeil est attribuée au fait que les patients présentent ce symptôme comme une réaction temporaire normale au cancer ou au traitement, ou encore comme une réalité qui ne peut être traitée par les professionnels (Howell et al., 2012). L'insomnie fait souvent partie des symptômes éprouvés par les patients atteints

de cancer (McMillan, Tofthagen & Morgan, 2008), et elle s'accompagne souvent de douleur, de fatigue, d'anxiété et de dépression.

Selon le tableau de données de recherche sur les perturbations du cycle veille-sommeil (Research Evidence Table for Sleep-Wake Disturbances) de l'Oncology Nursing Society (2013), il n'existe pas à l'heure actuelle d'interventions pharmacologiques basées sur des données probantes qui se soient avérées efficaces dans la gestion des perturbations du cycle veille-sommeil chez les patients atteints de cancer. Bien que certains médicaments semblent prometteurs—p. ex. Desyrel, Remeran, Paxil et Effexor (des antidépresseurs) et Zolpidem (un hypnotique non-benzodiazépinique)—l'évaluation de leur efficacité pour traiter les perturbations du cycle veille-sommeil parmi les patients atteints de cancer n'en est qu'aux étapes initiales (Oncology Nursing Society, 2013).

Interventions efficaces contre l'insomnie parmi les patients atteints de cancer

Bien qu'il existe peu d'études qui évaluent les interventions axées précisément sur les troubles du sommeil chez les patients atteints de cancer (Langford, Lee & Miaskowski, 2012), il y a de plus en plus de données sur des interventions non pharmacologiques prometteuses pour traiter l'insomnie chez ces patients. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la technique de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) sont deux interventions prometteuses. Ces thérapies basées sur le corps et le mental soutiennent l'intervention qui est évaluée dans cette étude.

Selon l'Oncology Nursing Society (ONS, 2013), la TCC est considérée comme «susceptible d'être efficace» en tant que stratégie de lutte contre l'insomnie et a effectivement amélioré la qualité du sommeil de patients atteints de cancer (Howell et al., 2014). La TCC comporte trois volets: éducationnel, comportemental et cognitif. Dans le cas du sommeil, ces volets sont ciblés au moyen de stratégies comme l'éducation sur l'hygiène du sommeil, le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil, la détente et la thérapie cognitive (Morin, 2004). La TCC est conçue pour réduire les facteurs qui perpétuent l'insomnie, comme les comportements mésadaptés entourant le sommeil, et pour contrer les mythes communément associés à l'atteinte du sommeil optimal (Savard & Morin, 2001). Il s'agit d'une forme de thérapie sécuritaire et bien tolérée habituellement menée sur une période de 6 à 10 semaines et qui requiert un important investissement de temps de la part des patients (Woodward, 2011). Des lignes directrices canadiennes (Howell et al., 2012) et américaines (ONS, 2013) appuient le besoin d'effectuer régulièrement des démarches de dépistage, d'évaluation et de gestion des troubles du sommeil liés au cancer et recommandent d'intégrer la TCC dans les soins standards aux adultes atteints de cancer.

Le programme de MBSR dure habituellement de 6 à 10 semaines et aide les participants à réduire leur niveau de stress par la méditation pleine conscience. Les clients pratiquent la conscience sans jugement, la présence à chaque instant et l'acceptation. Ils apprennent des techniques de respiration et de travail corporel et reçoivent des ressources éducationnelles sur le stress et la capacité d'adaptation (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 1990). L'objectif directeur de la technique de MBSR est d'aider les gens à changer leur façon de percevoir les situations stressantes et à calmer leur niveau de stimulation psychophysiologique (Garland et al., 2014). La technique de MBSR ne présente aucun effet secondaire connu (Hubbling et al., 2014).

Selon la documentation scientifique, l'utilisation de la technique de MBSR parmi les personnes atteintes de cancer favorise la détente et l'amélioration de la qualité de vie et diminue les symptômes comme la fatigue, la détresse, les perturbations de l'humeur et la crainte de la récidence (Carlson & Garland, 2005; Lengacher, Jim, Reich, Ramesar, Carranza, Paterson et al., 2012; Lengacher, Reich, Post-White, Moscoso, Shelton, Barta et al., 2012; Musial, Bussing, Heusser, Choi & Ostermann, 2011). Cependant, l'efficacité de la technique de MBSR dans le traitement de l'insomnie n'a pas été démontrée (ONS, 2013).

Cette recension de la documentation scientifique a cerné une lacune dans les interventions relatives à l'insomnie parmi les personnes atteintes de cancer. De plus, bien que la technique de MBSR et la TCC se soient montrées potentiellement efficaces, ces interventions prennent beaucoup de temps à apprendre et à pratiquer, ce qui ne convient pas à un environnement occupé comme un centre ambulatoire de soins en oncologie. Nous avons besoin d'interventions efficaces pour l'insomnie qui peuvent s'apprendre facilement et rapidement en milieu ambulatoire. Certaines études ont commencé à se pencher sur la question en évaluant un programme de TCC raccourci contrôlé par le patient (Kwekkeboom, Abbott-Anderson & Wanta, 2010) et une intervention qui nécessite moins de temps (Savard, 2011).

Comment aborder l'insomnie dans mon propre milieu clinique?

Fort de connaissances glanées lors de ma recension de la documentation scientifique, j'ai voulu savoir combien de patients traités dans mon unité de radio-oncologie ambulatoire souffraient d'insomnie. Les patients signalaient-ils des troubles du sommeil? Mes collègues réalisaient-ils régulièrement des évaluations de la qualité du sommeil? Qui offrirait des solutions basées sur des données probantes au problème de l'insomnie?

J'ai mené un sondage informel auprès de tous mes patients au cours d'une période de quelques semaines. Plus de la moitié d'entre eux ont signalé des troubles du sommeil et ont dit vouloir améliorer la qualité de ce dernier. De plus, des sondages informels menés dans le milieu clinique des soins ambulatoires ont révélé que bien peu de mes collègues infirmières avaient l'occasion d'évaluer le sommeil ou d'offrir des interventions. Les infirmières avaient accès à des lignes directrices sur la gestion des perturbations du cycle veille-sommeil, mais la plupart d'entre elles ont indiqué qu'elles n'abordaient habituellement ce symptôme que lorsque le patient en parlait, soit rarement. Le manque de temps, le manque de connaissances sur des interventions efficaces pour traiter l'insomnie et un modèle de soins basé sur la déclaration active des symptômes par les patients: voilà les obstacles signalés par les infirmières lorsqu'on leur a demandé ce qui les empêchait d'aborder les troubles du sommeil de leurs patients.

Groupes de symptômes

J'ai également découvert dans ma pratique que les patients atteints de cancer qui souffraient d'insomnie—et surtout ceux qui subissaient une chimiothérapie—signalaient souvent d'autres symptômes concomitants, comme la fatigue et la douleur. Bien que les interventions axées sur la douleur et la fatigue soient importantes, les interventions sur l'insomnie le sont également, puisque cette perturbation peut avoir des effets négatifs sur la gestion des deux autres symptômes et sur la qualité de vie (Langford et al., 2012). Les interventions axées sur l'insomnie peuvent avoir des effets positifs sur les trois symptômes de ce groupe (Kwekkeboom, Cherwin, Lee & Wanta, 2010; Lengacher, Reich et al., 2012). Un groupe de symptômes comprend au moins deux symptômes qui surviennent en même temps, qui sont interreliés et qui sont indépendants d'autres symptômes (Kim, McGuire, Tulman & Barsevick, 2005). On reconnaît de plus en plus l'importance de considérer les symptômes ensemble plutôt que de façon individuelle (Kim et al., 2005).

Comblent la lacune: essai pilote de l'intervention brève sur le sommeil

Sachant qu'il existe une lacune dans les soins liés à l'insomnie et qu'il n'existe pas d'interventions basées sur des données probantes pour traiter l'insomnie de façon efficace, j'ai décidé de mettre à l'essai, formellement, l'intervention basée sur la méditation que j'avais apprise plusieurs années auparavant. En tant que défenseuses des droits de nos patients, nous devons agir pour combler les lacunes dans les soins et pour améliorer la qualité de vie des patients.

La brève intervention sur le sommeil. Originellement mise au point par Singh (1998), puis modifiée par le Maharishi Krishnananda Ishaya puis par moi-même, l'intervention (voir la figure 1) comprend trois composantes: respiration abdominale, visualisation de la glande pinéale en vue de stimuler la production de mélatonine¹, et répétition du mot *Om* (Singh, 1998). L'intervention utilise les mêmes principes que la TCC et la technique de MBSR, mais rajoute la répétition d'un son. Par contre, elle ne prend que 15 minutes par jour à pratiquer, avant le sommeil. Un sondage informel sur son efficacité indique que la qualité du sommeil s'est améliorée et que l'insomnie a diminué dans un groupe restreint de bénévoles en bonne santé et de personnes vivant avec le cancer (Singh, 1998). J'avais prévu que l'intervention puisse être facilement enseignée par les infirmières dans le milieu clinique et rapidement apprise par les patients. De plus, je spéculais que si l'intervention était pratiquée au quotidien, elle entraînerait des améliorations au niveau de la qualité du sommeil, de sa durée, de sa latence et de son efficacité habituelle. Je m'attendais également à constater une réduction des troubles du sommeil, de la dysfonction pendant le jour et de l'utilisation de somnifères.

Après avoir examiné la recension de la documentation scientifique et l'intervention brève sur le sommeil avec les responsables de la pratique infirmière, des soins cliniques et des opérations, nous avons décidé qu'un essai pilote de l'intervention serait une première étape importante et faisable pour traiter l'insomnie dans le contexte ambulatoire. Avec le soutien de chercheurs de l'École de sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique, nous avons rédigé une proposition d'essai pilote en vue de tester la faisabilité et l'efficacité de l'intervention brève, et nous avons obtenu une modeste subvention de recherche interne pour mener l'essai. J'ai trouvé des alliées cliniciennes pour aider au recrutement et à la facilitation générale du projet, et nous avons étudié le modèle de soins dans le contexte du département de radio-oncologie ambulatoire afin de cerner des occasions de mener un essai pilote de l'intervention. Nous avons également obtenu le feu vert du Conseil de déontologie en recherche comportementale de l'Université avant de démarrer l'étude pilote.

Le contexte de l'étude pilote

Nous avons choisi le département de radiothérapie ambulatoire de la British Columbia Cancer Agency (BCCA) à Vancouver pour effectuer l'essai pilote. Plusieurs facteurs ont contribué à cette décision: le soutien de la direction, la présence d'une équipe d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins interprofessionnels engagés et la présence d'une importante population de patients [environ 200 par jour] évalués par une infirmière autorisée (IA) ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). Afin de faciliter la préparation des infirmières pour l'essai, nous avons offert des séances d'éducation au sujet de l'insomnie parmi les patients atteints de cancer. Les séances étaient basées sur les données scientifiques actuelles et abordaient les façons de dépister, d'évaluer et de gérer l'insomnie. Nous avons présenté l'étude pilote et discuté de ce qui constitue la «pratique standard» concernant l'éducation des patients au sujet de l'insomnie et des interventions connexes. Pour les patients ne participant pas à l'étude pilote, nous avons convenu que la pratique standard pour l'insomnie comprenait l'évaluation des symptômes et des techniques de gestion comme l'hygiène du sommeil, le contrôle des stimuli et des techniques de relaxation générale.

Les participants à l'étude avaient plus de 19 ans et étaient inscrits au programme de radiothérapie de la BCCA. Ils avaient reçu leur diagnostic et/ou avaient commencé leur traitement moins de six mois auparavant et avaient fait de l'insomnie au cours des quatre semaines précédentes. Nous avons exclu les personnes qui avaient des troubles préalables du sommeil comme l'apnée du

sommeil et la narcolepsie, ainsi que les patients qui ne parlaient pas anglais et ceux qui n'étaient pas en mesure de donner leur consentement de participation. Les patients qui prenaient de la dexaméthasone pouvaient participer s'ils étaient en train d'en réduire leur utilisation et si leur dose quotidienne ne dépassait pas 4 mg.

Afin de faciliter le recrutement, nous avons inséré dans les trousseaux des nouveaux patients de petites cartes de rappel jaunes sur lesquelles nous avons imprimé les critères d'inclusion. Nous avons également fixé ces cartes au devant des dossiers des patients du programme de suivi. Avant le début de chaque clinique, nous avons identifié les patients potentiellement admissibles et avons joint à leur dossier une lettre d'information. Au cours de la journée, tandis que les infirmières évaluaient les besoins des patients, la lettre d'information était distribuée aux patients admissibles qui souffraient de troubles du sommeil. Les médecins ont également trouvé des candidats et leur ont remis de l'information sur l'étude. Les patients étaient invités à contacter la chercheuse principale s'ils souhaitaient prendre part à l'étude. De plus, nous avons placé des affiches dans les aires publiques du centre afin d'annoncer l'étude.

Figure 1.

Script

Intervention sur le sommeil

Introduction : De nombreux patients atteints de cancer indiquent qu'ils dorment mal. L'utilisation de cette intervention relative au sommeil, qui comprend de la respiration abdominale, de la visualisation et la répétition d'un son particulier, pourrait vous aider à mieux dormir.

Temps : Cette intervention prend environ 15 minutes. Vous devriez la pratiquer chaque soir, préférablement avant de vous coucher. Vous pouvez la pratiquer en position assise ou couchée.

1. Pour les 5 premières minutes, concentrez-vous sur votre respiration. Vous devriez inspirer et expirer par le nez et gonfler l'abdomen (et non la poitrine). Placez votre main sur votre abdomen afin de le sentir monter et descendre. L'inspiration devrait être aussi longue que l'expiration. Respirez de façon connectée, suivie et fluide. Nous allons maintenant pratiquer cette étape ensemble pendant quelques minutes.
2. Pour les 5 minutes suivantes, continuez de respirer par le nez et de façon fluide. Sur l'inspiration (par le nez), imaginez que vous faites briller votre glande pinéale (au centre de votre crâne) comme une ampoule très lumineuse. Ne vous en faites pas si vous ne voyez pas réellement de lumière brillante. Sur l'expiration (par le nez), imaginez que la glande pinéale envoie à votre corps entier tout ce dont il a besoin pour être en bonne santé. Si une partie de votre corps a particulièrement besoin de guérison, concentrez votre attention exclusivement sur elle. Nous allons maintenant pratiquer cette étape ensemble pendant quelques minutes.
3. Pour les 5 dernières minutes, maintenez la visualisation sur l'inspiration; sur l'expiration, prononcez le son «OM». Au début, vous devriez le prononcer assez fort pour l'entendre clairement, mais avec la pratique, vous pourrez produire le son si doucement qu'une personne assise à cinq mètres de vous ne l'entendra pas. Nous allons maintenant pratiquer cette étape ensemble pendant quelques minutes.

L'intervention sur le sommeil est une adaptation d'une technique tirée de: Singh, Ranjje N. (1998) *Self-Healing: Powerful Techniques*. Health Psychology Associates Inc., London, ON, Canada. (pp. 51-53). ©

1. Le rythme circadien de la production de mélatonine par la glande pinéale correspond aux heures de sommeil régulières, et le début de cette sécrétion quotidienne est lié au début de la plus forte hausse de somnolence en soirée (Brzezinski, Vangel, Wurtman, Norrie, Zhdanova, Ben-Shushan et al., 2005; Paul, Gray, Kenny & Pigeau, 2003).

Méthodologie

Nous avons utilisé une approche mixte—qui comprenait des évaluations préalables et postérieures à l'intervention—pour évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'intervention brève. Après avoir obtenu les formulaires de consentement, nous avons demandé aux participants de remplir deux mini-examens de l'état mental (MMSE) (afin d'évaluer l'état cognitif des patients) ainsi que l'Indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (IQSP) (Buysse, 1989) afin de confirmer la présence d'un trouble du sommeil continu. Nous avons ensuite pris des mesures de référence, dont un formulaire démographique, une évaluation de l'anxiété et un journal du sommeil. Le formulaire démographique recueillait des renseignements comme l'utilisation de somnifères et les antécédents d'insomnie. Les participants étaient ensuite invités à utiliser leur journal du sommeil au quotidien afin de documenter leur pratique de l'intervention brève avant le coucher (c.-à-d., utilisaient-ils l'intervention, était-elle conviviale, et quel en était l'effet sur la qualité de leur sommeil?). Nous avons enseigné l'intervention aux participants dans le milieu ambulatoire.

La chercheuse a contacté les participants au téléphone une semaine plus tard afin d'offrir un soutien quant à l'utilisation du journal et à la pratique régulière de l'intervention. Nous avons pris de nouvelles mesures à la fin de l'étude (quatre semaines), à savoir l'IQSP et une évaluation de l'anxiété, et nous avons mené des entrevues ciblées afin de saisir certains des aspects plus subjectifs et expérimentiels de la pratique régulière de l'intervention.

Ce que nous avons appris

Les résultats précis de cette étude sont en cours d'analyse. Cependant, je souhaite offrir ici un bref aperçu des résultats préliminaires concernant la faisabilité et l'efficacité de cette intervention brève en milieu clinique, ainsi que des idées, des leçons et des recommandations pour quiconque souhaiterait effectuer de la recherche clinique dans son milieu. J'espère que ces éléments contextuels aideront d'autres infirmières qui considèrent faire de la recherche sur une lacune dans les soins.

Résultats préliminaires. Les résultats préliminaires de cette étude pilote sont prometteurs. Sur le plan de la faisabilité, l'intervention semblait réaliste et pratique, et le taux d'observance était élevé. L'intervention était perçue comme étant facile à enseigner, et les patients la trouvaient utile et facile à pratiquer. Nous avons constaté d'importantes améliorations dans la qualité du sommeil lors de l'évaluation post-intervention.

L'élément de l'étude que j'ai trouvé le plus inspirant était les histoires que les participants ont racontées lors des entrevues qualitatives. J'ai découvert que cette forme de collecte de données était extrêmement utile pour comprendre le contexte dans lequel interpréter les mesures quantitatives de la qualité du sommeil. Bien que les données quantitatives recueillies constituaient un volet important des résultats, les données qualitatives m'ont permis d'entrer dans la réalité des participants et de mieux saisir l'effet de l'intervention sur leur vie. Les participants ont également offert de la rétroaction sur la façon d'améliorer l'enseignement de l'intervention et le choix du moment dans la trajectoire du cancer. Ils ont également proposé des stratégies pour simplifier son utilisation afin de l'adapter à leur vie, et ils nous ont remerciés de leur avoir offert une intervention qu'ils pouvaient amener partout avec eux.

Constats et leçons tirées de l'expérience

J'ai constaté tout au long de ce projet que je suis bien placée, en tant qu'infirmière en radio-oncologie, pour cerner des besoins et combler des lacunes dans les soins, non seulement pour les individus à qui je prodigue des soins, mais également pour les populations de patients qui présentent des symptômes dérangement, comme l'insomnie. Bien que j'aie initialement hésité en raison de l'ampleur du projet de recherche et de mon rôle de professionnelle de la santé « au point d'intervention » et non de chercheuse, j'ai décidé d'aller de

l'avant et d'explorer la façon dont je pourrais potentiellement tester l'intervention. Je me sentais obligée de me lancer, parce que si je ne le faisais pas, je me questionnerais toujours sur l'efficacité de l'intervention. Avec le soutien d'une équipe interprofessionnelle, nous pouvons promouvoir le changement et possiblement inspirer autrui à devenir des leaders ou des champions du changement.

Garder le cap. Il va sans dire qu'il y a eu des moments difficiles, surtout dans un milieu avec des contraintes financières. Cependant, en pratiquant l'ouverture, en allant de l'avant et en n'oubliant pas ma vision, j'ai toujours trouvé du soutien en cours de route. J'ai demandé de l'aide lorsque j'en avais besoin, et cette aide s'est parfois présentée à moi de manière totalement inattendue. J'ai appris à ne jamais baisser les bras.

Ce projet répond à un important besoin dans le continuum de soins, un besoin auquel les infirmières sont tout à fait capables de répondre. En fait, selon le mandat de justice sociale des sciences infirmières, les infirmières ont l'obligation morale de défendre leurs patients et d'agir pour améliorer les soins offerts non seulement aux individus que nous traitons, mais également aux populations de patients qui présentent des symptômes semblables (Association canadienne des infirmières en oncologie, 2006; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009, 2010).

Trouver du soutien. L'obtention du soutien du responsable de la pratique professionnelle, de la responsable clinique et de la responsable des opérations en radiothérapie était également essentielle pour lancer l'étude et la faire rouler pendant une période de trois ans. Ce soutien officiel comprenait une assistance pour les activités de recherche comme les soumissions déontologiques et l'analyse statistique, mais également une couverture pour le temps des chercheuses. J'ai été très chanceuse, puisqu'on m'a offert des tranches de temps régulières pendant les heures de travail pour mener l'étude. Ce soutien crucial de la part des responsables du volet clinique et des opérations a également créé l'attente que le personnel de la clinique et mes autres collègues contribuent eux aussi à l'étude. Cet engagement a été facilité par les facteurs suivants: a) le fait que l'étude abordait une importante lacune dans les soins; b) le fait que l'intervention, si elle s'avérait efficace, serait facile à mettre en œuvre dans le milieu clinique auprès des patients atteints de cancer; c) le fait que, si l'intervention se révélait utile, son application à plus grande échelle n'entraînerait aucune dépense.

L'obtention de subventions offertes par le biais du centre de cancérologie a joué un rôle essentiel dans la réussite de l'étude pilote et de son achèvement selon le calendrier prévu. Nous avons également bénéficié d'un soutien opérationnel de la part du département de radiothérapie pour disséminer nos résultats de recherche dans le cadre de conférences et pour échanger avec d'autres chercheurs cliniciens aux intérêts compatibles, et ce, aux niveaux national et international.

La mobilisation de l'équipe interprofessionnelle, qui comprenait des infirmières en radio-oncologie, des radiothérapeutes, des oncologues et des commis, constituait un autre ingrédient important pour la réussite de l'étude. La participation de l'équipe était non seulement cruciale pour le recrutement des participants, mais également pour souligner le besoin d'aborder, de façon cohérente et proactive, les difficultés du sommeil des patients. Deux collègues infirmières ont joué un rôle déterminant dans l'obtention systématique du consentement éclairé des participants et dans l'administration des évaluations de dépistage. Ces infirmières faisaient également office de personnes-ressources additionnelles pour l'étude, et m'ont régulièrement remplacée en clinique, ce qui me permettait d'effectuer les visites de prise des mesures de référence et d'enseigner l'intervention brève aux participants.

Les collègues clinicien(ne)s ont été invité(e)s à participer à l'étude par le biais de séances d'information, de courriels, d'affiches et de petites cartes de rappel placées dans les dossiers partout dans le centre. Ces avenues, ainsi que les rappels informels en conversation et les discussions pendant les cliniques, ont contribué

à assurer la visibilité continue de l'étude et ont aidé au recrutement. Par exemple, j'ai noté que certains radio-oncologues ne recrutait pas dans certains groupes, selon le site de la tumeur. J'ai approché un de ces collègues et lui ai demandé s'il avait constaté des troubles du sommeil parmi ses patients. Grâce à cette discussion, il a réalisé que certains patients qu'il croyait non admissibles (p. ex. des patients qui se réveillent en raison de la douleur liée au traitement) étaient en fait potentiellement admissibles, et, à la fin de notre conversation, il a pu me recommander un patient pour l'étude.

Trouver des solutions. La réalisation d'une étude menée par une infirmière en milieu clinique n'était pas sans défis. Malgré le potentiel de cette étude de renforcer la voix des infirmières ainsi que l'indépendance de leur rôle, les infirmières n'étaient initialement pas toutes enthousiastes. Un des obstacles de taille était lié au peu de temps dont disposent les infirmières pour traiter les patients; elles étaient d'avis qu'elles n'avaient pas le temps de recruter des patients. Afin de minimiser la demande en temps du processus de recrutement, j'identifiais des patients admissibles tous les matins et je plaçais des cartes de recrutement et des renseignements sur l'étude à l'avant de leur dossier. Cela alertait l'infirmière à la présence potentielle de perturbations du sommeil chez ces patients et simplifiait le processus de recrutement.

En plus d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'intervention brève, la mise en œuvre de l'étude dans le milieu clinique a présenté de nombreux autres avantages. En effet, l'étude a permis de déceler des besoins liés au sommeil parmi les patients atteints de cancer, et la connaissance de cette lacune dans les soins a entraîné des processus de recherche de solutions. Les séances d'éducation et le dialogue continu concernant les données scientifiques et la théorie liées aux interventions sur l'insomnie ont rehaussé la crédibilité de la technique de MBSR, de la TCC et de l'intervention brève. Le dialogue entre les membres de l'équipe de soins interprofessionnelle au sujet de l'insomnie a favorisé l'exploration du rôle des professionnels de la santé dans le traitement des symptômes complexes et des groupes de symptômes, dont l'insomnie. Les infirmières sont devenues des participantes actives dans le processus de pensée critique entourant les améliorations des soins relatifs à l'insomnie, ce qui a eu un impact positif sur le milieu de travail—qui est devenu plus axé sur les solutions—et, par conséquent, sur les soins offerts aux patients. De plus, cet exemple de recherche dirigée par une infirmière a démontré à mes collègues qu'il est tout à fait possible pour les infirmières en radio-oncologie d'aborder des lacunes dans les soins aux patients par le biais de la recherche.

Communication. La communication continue était essentielle pour garder mes collègues cliniciens informés et à jour concernant l'évolution de l'étude. Cela se faisait lors des réunions du personnel et par le biais de courriels et de discussions informelles dans la clinique. Dans ces courriels et conversations en personne, j'exprimais ma reconnaissance envers mes collègues pour leurs efforts continus, et j'offrais des mises à jour en lien avec les taux de recrutement et le calendrier. Ces stratégies de communication ont permis de nourrir un esprit de résolution de problèmes en ce qui concerne le recrutement et de maintenir la visibilité de l'étude et les taux de recrutement élevés. De plus, la communication avec les professionnels de la santé qui m'avaient recommandé des patients pour l'étude m'a permis de mieux comprendre pourquoi certains patients qui m'avaient été recommandés n'ont pas participé à l'étude.

Un regard vers l'avenir

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des infirmières en oncologie. (2006). CANO/ACIO (2006) *Normes de pratique et compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie*. Vancouver, C.-B. Récupéré de http://www.cano-acio.ca/conep_french
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers: La justice*

Cette étude était une occasion de mettre à l'essai une intervention novatrice visant à traiter l'insomnie dans un milieu clinique. Le processus m'a également permis de découvrir les joies et les difficultés associées à la gestion et la mobilisation d'autrui dans un projet de recherche en milieu clinique. Je souhaitais aider les patients atteints de cancer à surmonter leur insomnie, et, grâce au soutien de l'équipe de clinique, de la direction et d'autres chercheurs, cette vision est en cours de réalisation. Si les résultats préliminaires de l'étude pilote est une indication des résultats finaux, nous mènerons sans doute un essai clinique aléatoire en vue de tester l'intervention brève sur le sommeil. Cette intervention pourrait devenir un ajout précieux aux directives de gestion des symptômes liés aux perturbations du cycle veille-sommeil.

En tant qu'infirmières en oncologie, nous sommes bien placées pour traiter ce symptôme fréquent et déroutant parmi nos patients. De plus, nous avons l'obligation morale, de par notre mandat, de protéger nos patients et de chercher des solutions scientifiques à leurs difficultés, surtout dans le cas de lacunes dans le continuum de soins telles que l'insomnie. Je suis reconnaissante pour l'enthousiasme et le soutien de mes collègues. Grâce à eux, j'ai pu effectuer de la recherche infirmière dont les résultats bénéficieront à des groupes de personnes souffrant d'insomnie. ❏

Remerciements

Les organismes suivants nous ont remis des fonds pour cette étude et pour les déplacements de Mme Absolon: le Fonds d'éducation en sciences infirmières en oncologie et de promotion de la recherche Stephen Berg de la British Columbia Cancer Agency (BCCA); le Fonds de promotion des connaissances John Jambor; les subventions Toronto Dominion (TD) en compétences infirmières et en éducation pour la formation doctorale en soins infirmiers oncologiques; et le Fonds pour les infirmières en pratique avancée (subvention TD pour l'excellence dans le domaine médical). Nous avons reçu un soutien en nature du Programme de radiothérapie de la BCCA et du programme Complementary Medicine Education and Outcomes (CAMEO) de l'Université de la Colombie-Britannique/BCCA. La professeure Balneaves, Ph.D., a obtenu une bourse de nouvelle chercheuse des IRSC (Institut de recherche en santé du Canada) (2008-2013). Mme Truant a reçu une bourse d'excellence aux cycles supérieurs Frederick Banting et Charles Best des IRSC—bourse doctorale, subvention commémorative de recherche doctorale Izaak Walton Killam, une subvention PORT (formation en recherche psychosociale en oncologie) des IRSC, et une subvention de recherche doctorale de quatre ans de l'Université de la Colombie-Britannique. Les auteures remercient sincèrement John French et Frankie Goodwin de VC-BCCA pour avoir offert à Nancy Absolon les ressources nécessaires pour réaliser cette étude. Ils ont également fort apprécié l'aide reçue dans le cadre de la prise des mesures de référence de la part de nos collègues infirmières Barb Chaulk et Beverley Hsiang et de nos collègues du VC-BCCA qui ont facilité le recrutement de participants pour l'étude. Nous reconnaissons avec gratitude l'aide apportée par Kate Saunders et Jessica Collins, assistantes de recherche au programme CAMEO, et par Jeremy D. Hamm, M.Sc. en statistique, biostatisticien, Surveillance & Outcomes, VC-BCCA. La chercheuse principale est reconnaissante à son époux Jeffrey Dearing de son appui et de ses conseils inestimables. Pour terminer, nos remerciements s'adressent aussi aux participants à la recherche réalisée dans le cadre de notre étude.

sociale en pratique. Récupéré de http://www.cna-aiic.ca/sitecore%20modules/web/~/_/media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_april_2009_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *La justice sociale... Un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi*. 2^e édition. Ottawa, ON.

- Berger, A.M. (2009). Update on the state of the science: Sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), E165-77. doi:10.1188/09.ONF.E165-E177
- Bhasin, M.K., Dusek, J.A., Chang, B.H., Joseph, M.G., Denninger, J.W., Fricchione, G.L., et al. (2013). Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. *PLoS One*, 8(5), e62817. doi:10.1371/journal.pone.0062817
- Brzezinski, A., Vangel, M.G., Wurtman, R.J., Norrie, G., Zhdanova, I., Ben-Shushan, A., et al. (2005). Effects of exogenous melatonin on sleep: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 9(1), 41-50. doi:10.1016/j.smrv.2003.10.001
- Buysse, D., Reynolds, C., & Monk, T. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193.
- Carlson, L.E., & Garland, S.N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285. doi:10.1207/s15327558ijbm1204_9
- Davidson, J.R., Feldman-Stewart, D., Brennenstuhl, S., & Ram, S. (2007). How to provide insomnia interventions to people with cancer: Insights from patients. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1028-1038. doi:10.1002/pon.1183
- Garland, S.N., Carlson, L.E., Stephens, A.J., Antle, M.C., Samuels, C., & Campbell, T.S. (2014). Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: A randomized, partially blinded, noninferiority trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(5), 449-457. doi:10.1200/JCO.2012.47.7265
- Howell, D., Oliver, T.K., Keller-Olaman, S., Davidson, J., Garland, S., Samuels, C., Savard, J., ... Taylor, C. (2012). Guide pancanadien de pratique clinique: prévention, dépistage, évaluation et traitement des problèmes de sommeil chez les adultes atteints du cancer. Toronto, ON. Récupéré de http://www.capo.ca/pdf/Sleep-Disturbances_Guideline_Fre.pdf
- Howell, D., Oliver, T.K., Keller-Olaman, S., Davidson, J.R., Garland, S., Samuels, C., et al. (2014). Sleep disturbance in adults with cancer: A systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 25(4), 791-800. doi:10.1093/annonc/mdt506
- Hubbling, A., Reilly-Spong, M., Kreitzer, M.J., & Gross, C.R. (2014). How mindfulness changed my sleep: Focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(50). doi:10.1186/1472-6882-14-50; 10.1186/1472-6882-14-50
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophic living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacourt.
- Kim, H.J., McGuire, D.B., Tulman, L., & Barsevick, A.M. (2005). Symptom clusters: Concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nursing*, 28(4), 270-82; quiz 283-4. doi:10.1016/j.cannu.2005.07.000
- Kwekkeboom, K.L., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), E151-9. doi:10.1188/10.ONF.E151-E159
- Kwekkeboom, K.L., Cherwin, C.H., Lee, J.W., & Wanta, B. (2010). Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 126-138. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.022
- Langford, D.J., Lee, K., & Miaskowski, C. (2012). Sleep disturbance interventions in oncology patients and family caregivers: A comprehensive review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 16(5), 397-414. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2011.07.002
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C., & Dodd, M. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 8(3), 199-212. doi:10.1016/j.smrv.2003.10.001
- Lengacher, C., Jim, H., Reich, R., Ramesar, S., Carranza, I., Paterson, C., et al. (2012). Examination of objective sleep quality within an R01 mindfulness based stress reduction symptom cluster trial for breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21, 55-56. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1099-1611.2011.03029_1.x
- Lengacher, C.A., Reich, R.R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M.M., Barta, M., et al. (2012). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: An examination of symptoms and symptom clusters. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(1), 86-94.
- Matthews, E.E., Berger, A.M., Schmiege, S.J., Cook, P.F., McCarthy, M.S., Moore, C.M., et al. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Oncology Nursing Forum*, A1-A13. doi:D166095621V7X42X [pii]
- McMillan, S.C., Tofthagen, C., & Morgan, M.A. (2008). Relationships among pain, sleep disturbances, and depressive symptoms in outpatients from a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(4), 603-611. doi:10.1188/08.ONF.603-611
- Morin, C.M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 16), 33-40.
- Musial, F., Bussing, A., Heusser, P., Choi, K.E., & Ostermann, T. (2011). Mindfulness-based stress reduction for integrative cancer care: A summary of evidence. *Forschende Komplementärmedizin (2006)*, 18(4), 192-202. doi:10.1159/000330714
- Oncology Nursing Society. (2013). *ONS Putting Evidence into Practice (PEP) Research Evidence Table Sleep-Wake Disturbance*. Retrieved from <http://www2.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/sleep/table-of-evidence.pdf>
- Paul, M.A., Gray, G., Kenny, G., & Pigeau, R.A. (2003). Impact of melatonin, zaleplon, zopiclone, and temazepam on psychomotor performance. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 74(12), 1263-1270.
- Sateia, M.J., & Lang, B.J. (2008). Sleep and cancer: Recent developments. *Current Oncology Reports*, 10(4), 309-318.
- Savard, J., & Morin, C.M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895-908.
- Savard, J., Simard, S., Giguere, I., Ivers, H., Morin, C.M., Maunsell, E., et al. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 219-237.
- Savard, J., Villa, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C.M. (2011). Feasibility of a self-help treatment for insomnia comorbid with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(9), 1013-1019. doi:10.1002/pon.1818; 10.1002/pon.1818
- Singh, R.N. (1998). *Self-healing: Powerful techniques*. London, ON: Health Psychology Associates Inc.
- The Bright Path. (2008). *What is the Ishaya's Ascension?* Retrieved from <http://www.thebrightpath.com>
- Woodward, S.C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), E42-E52. doi:10.1188/11.CJON.E42-E52; 10.1188/11.CJON.E42-E52