

Table des matières

1. RÉSUMÉ.....	1
2. REMERCIEMENTS :.....	2
3. DÉCLARATION	3
4. INTRODUCTION	1
4.1 PROBLÉMATIQUE	2
4.2 QUESTION DE RECHERCHE :.....	3
4.3 BUT DE LA RECHERCHE	4
5. CADRE THÉORIQUE.....	4
5.1 LA THÉORIE DE LA GESTION DES SYMPTÔMES (TGS).....	4
5.1.1 <i>Les différents concepts de la TGS.....</i>	5
5.2 LES SYMPTÔMES DES PLAIES TUMORALES	6
5.2.1 <i>L'odeur :.....</i>	6
5.2.2 <i>Hémorragie.....</i>	6
5.2.3 <i>Exsudat</i>	7
5.2.4 <i>Douleur</i>	7
5.2.5 <i>Signes d'infection.....</i>	8
5.3 PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ ET MODÈLE TRANSACTIONNEL ET MULTIFACTORIEL	8
5.3.1 <i>Le modèle transactionnel et multifactoriel.....</i>	8
5.4 CONCEPT DE LA QUALITÉ DE VIE	9
5.4.1 <i>Définition de la qualité de vie</i>	9
5.4.2 <i>Les dimensions de la qualité de vie.....</i>	10
5.4.3 <i>Les mesures de la qualité de vie</i>	10
5.5 LE CONCEPT DE SOI.....	11
5.5.1 <i>L'image corporelle</i>	12
5.5.2 <i>L'estime de soi</i>	12
6. MÉTHODOLOGIE.....	14
6.1 DEVIS DE RECHERCHE	14
6.2 COLLECTE DE DONNÉES :	14
6.3 SÉLECTION DES DONNÉES.....	15
6.4 CONSIDÉRATION ÉTHIQUE	16
6.5 ANALYSE DES DONNÉES	16
7. RÉSULTATS	18
7.1 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 1.....	18
7.1.1 <i>Validité méthodologique</i>	19

7.1.2	<i>Pertinence clinique</i>	20
7.2	DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 2.....	21
7.2.1	<i>Validité méthodologique</i> :	23
7.2.2	<i>Pertinence clinique</i> :.....	23
7.3	DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 3.....	24
7.3.1	<i>Validité méthodologique</i>	26
7.3.2	<i>Pertinence clinique</i>	26
7.4	DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 4.....	27
7.4.1	<i>Validité méthodologique</i>	29
7.4.2	<i>Pertinence clinique</i>	30
7.5	DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 5.....	31
7.5.1	<i>Validité méthodologique</i>	32
7.5.2	<i>Pertinence clinique</i>	33
7.6	DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 6.....	34
7.6.1	<i>Validité méthodologique</i>	35
7.6.2	<i>Pertinence clinique</i>	36
7.7	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	37
8.	DISCUSSION	38
8.1	DISCUSSION DES RÉSULTATS	38
8.2	DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES	41
8.3	LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	41
9.	CONCLUSION	43
9.1	PROPOSITION POUR LA PRATIQUE	43
9.2	PROPOSITION POUR LA FORMATION	44
9.3	PROPOSITION POUR LA RECHERCHE.....	44
10.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	46
11.	ANNEXES	53
11.1	ANNEXE I – TABLEAUX ET SCHÉMAS	53
11.2	ANNEXES II : TABLEAUX DE RECENSION	55
11.3	ANNEXES III : GLOSSAIRE MÉTHODOLOGIQUE	61

4. Introduction

Le vécu d'un patient porteur d'une plaie est un fardeau au quotidien qui dépend de plusieurs facteurs. Actuellement, le monde médical, de la santé et des soins privilégie non seulement la cicatrisation ou la guérison de la plaie comme étant le critère principal de la réussite du traitement, mais s'inquiète aussi de l'évolution de cette plaie en considérant tous ses aspects pour évaluer une amélioration ou une détérioration. Finalement, les différents professionnels recherchent constamment à progresser dans la qualité des soins afin d'améliorer l'état de la plaie.

Bien que les buts poursuivis par les soignants soient tous importants sur le long terme, les priorités des patients portent essentiellement sur leur bien-être au quotidien à savoir : la réduction de la douleur, la diminution de l'odeur, masquer les écoulements peu esthétiques ou encore améliorer la discrétion des pansements afin de pouvoir se vêtir selon ses souhaits. (Augustin et al., 2012)

Les plaies tumorales nommées aussi plaies malignes, plaies cancéreuses ou encore plaies oncologiques sont des plaies complexes et singulières dont la prise en charge soignante est difficile. (Zellweger, Association suisse pour les soins de plaies, & Section romande (Morges), 2011). Ces plaies sont définies comme une infiltration de la tumeur ou d'une métastase dans la peau et peuvent impliquer aussi les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cela peut se développer partout dans le corps. Si un traitement adapté est mis en place la croissance cellulaire n'augmente pas. Dans le cas contraire, les tissus environnants sont endommagés en raison d'une perte de vascularisation et d'une prolifération des cellules cancéreuses. (EONS, 2015, p. 7)

Diverses étiologies caractérisent ce type de plaies et leur aspect varie d'une plaie à l'autre. Elles évoluent dans le temps, en fonction de la réaction de l'organisme aux traitements contre le cancer. La SFFPC (société française de plaie et de cicatrisation) décrit trois classes principales : les plaies tumorales extériorisées, les plaies tumorales superficielles et les plaies cavitaires ou fistulisées. (Bigéard, 2015, p.45)

Cependant, « qu'elles soient à l'origine de tumeurs ulcérées à la peau ou de récidives cutanées, les plaies tumorales, si particulières, sont inquiétantes, notamment par leur comportement incertain et leur développement souvent anarchiques » (Charitansky & Fromantin, 2008)

Actuellement, il est difficile de déterminer avec précision le nombre de patients traités pour cette pathologie car il n'y a pas de statistiques exactes à travers l'Europe étant donné que,

leur taux de prévalence ou d'incidence ne sont pas reliés directement au cancer sous-jacent. (Grocott & Cowley, 2001, p. 533)

Cependant, une estimation établit que plus de 5% de patients atteints de cancer développent une plaie cancéreuse et que les sites où elles apparaissent le plus souvent sont : les seins (49%), suivi du cou (21%), de la poitrine (18%), des extrémités et des parties génitales (17%) la tête (13%) et finalement, les autres parties du corps (2%). (EONS, 2015, p. 7)

4.1 Problématique

Les complications et les risques que comportent ces plaies sont multiples et très éprouvants pour le patient qui a déjà vécu de nombreux passages difficiles, tout au long de sa maladie. Les diverses conséquences relatives aux plaies oncologiques sont les suivantes : Le risque infectieux, le risque hémorragique, le risque de douleurs, la mutilation, la gestion des exsudats, la gestion des odeurs et une peau péri-lésionnelle. (Charitansky & Fromantin, 2008, p. 51-52)

À ce sujet, des chercheurs ont mis en place, à l'aide d'un acronyme, les préoccupations principales dont il faut tenir compte pour les soins de ces plaies. Il s'agit du terme anglais « HOPES » qui signifie : Hémorragie, Odeur, Douleur (Pain), Exsudat, Signes d'infection. (Woo & Sibbald, 2010, p.419)

De ce fait, une approche systématique et globale est nécessaire pour prendre en charge la complexité de ces plaies afin d'optimiser le résultat des patients. Le plan de soin commence alors par la prise en charge de la cause possible de la plaie ou des préoccupations du patient avant de traiter la plaie localement. (Woo & Sibbald, 2010, p.419)

Selon, O'Brien (2012)

pour bien prendre en charge les plaies cancéreuses, il faut régler le problème d'odeur et d'exsudat, tout en se préoccupant de la prise en charge de l'inconfort et de l'isolement que causent ses plaies. Il faut accorder la priorité au confort et à la qualité de vie du patient.

En effet l'odeur est un point crucial des plaies tumorales. Il s'agit parfois d'odeurs très désagréables qui se dégagent des plaies et ont impact chez le patient au niveau émotionnel qui peut aller jusqu'à un sentiment d'isolement. (O'Brien, 2012)

Cet ainsi que,

de plus en plus d'établissements proposent aux patients porteurs de plaies tumorales une consultation infirmière spécialisée dans le domaine des plaies et cicatrisation. C'est avant tout un moment d'écoute et d'échange entre le soignant et le patient. Ce dernier peut exposer les principales manifestations de sa plaie tumorale,

ses difficultés et ses craintes quant à la prise en charge. Le protocole de soins proposé est personnalisé, réajusté selon l'évolution de la plaie et les symptômes décrits comme gênants par le patient. (Bigéard, 2015)

Actuellement, nous distinguons deux sortes de soins de plaies : le suivi ambulatoire ainsi que le suivi hospitalier car :

Les plaies oncologiques, par leur diversité et leur complexité, nécessitent une prise en soin spécifique coordonnée dans le cadre d'un réseau de soins où la personne soignée est au centre. Il est indispensable de remettre au patient et à son entourage une liste de contacts professionnels, associatifs ou autres ressources qui pourront l'aiguiller en cas de besoin. (Zellweger et al., 2011)

Le vécu des patients ayant souffert d'une plaie maligne peut différer d'une personne à l'autre mais d'une manière générale, ils font part d'une que c'est une expérience désagréable avec une perte de contrôle de leur propre corps.

Quant au vécu du personnel infirmier, il comporte aussi beaucoup de difficultés. La prise en charge de ces patients peut être émotionnellement éprouvante car dans certains cas les plaies sont incurables, les odeurs sont désagréables, la vue d'une image corporelle perturbée du patient et son isolement. (EONS, 2015, p.23-24)

Pour conclure, on peut dire que, « malgré une bonne connaissance clinique des plaies tumorales, beaucoup de travail reste à faire pour mieux les comprendre, être capables d'anticiper leurs complications et agir plus efficacement sur les inconforts générés » (Charitansky & Fromantin, 2008, p.55)

4.2 Question de recherche :

Bien que la prévalence des plaies oncologiques soit peu élevée et peu documentée, il s'agit d'un problème actuel car le cancer progresse de manière globale et le nombre de patients survivants du cancer également. L'intérêt serait de prendre en considération tous patients adultes porteurs d'une plaie tumorale, de tout âge, de toute étiologie de plaie et de type de cancer confondus afin d'élargir au mieux le champ de recherche et de proposer des soins adaptés à chaque patient concerné. De plus, les diverses difficultés qui ont été relevées pour les patients, atteints de cette pathologie, confrontent les soignants à de nombreuses questions sur leur prise en charge. D'où l'intérêt de la question de recherche suivante :

Comment les patients adultes atteints d'un cancer perçoivent-ils l'impact d'une plaie tumorale sur leur qualité de vie ?

4.3 But de la recherche

Cette revue de la littérature a pour but de :

- De déterminer l'impact d'une plaie oncologique sur la qualité de vie d'une personne atteinte d'un cancer et les expériences vécues en relation avec ses conséquences.
- D'identifier les stratégies d'adaptation que développent les personnes atteintes d'une plaie oncologique.
- De définir une prise en charge infirmière adaptée d'un patient atteint d'un cancer avec une plaie oncologique afin de favoriser son bien-être.

5. Cadre théorique

Afin de favoriser la compréhension de ce travail, il est essentiel d'éclaircir les différents aspects se rapportant à la question ainsi qu'au sujet de recherche. L'intégration et l'utilisation de la Théorie de la Gestion des Symptômes (TGS) et d'un modèle transactionnel en psychologie de la santé permettra également de guider ce travail et d'y apporter des liens intéressants.

De ce fait seront abordés dans cette section les thèmes suivants : La théorie de la gestion des symptômes, la psychologie de la santé et son modèle, le concept de qualité de vie et les symptômes des plaies tumorales.

5.1 La Théorie de la Gestion des Symptômes (TGS)

Actuellement, mettre au centre de la pratique infirmière l'expérience vécue des symptômes chez les patients atteints d'une maladie chronique est un enjeu majeur. Car les progrès de la médecine et des technologies engendrent non seulement une augmentation de l'espérance de vie mais aussi du nombre d'individu pouvant développer des maladies chroniques avec leurs symptômes associés. En effet, les malades chroniques présentent de multiples symptômes dus à de l'évolution de la maladie, des traitements et de leurs effets secondaires. (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Python, 2013)

Un symptôme est l'expérience individuelle résultant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions et dans la cognition d'une personne. (Dodd et al., 2001) Prendre en considération les signes et symptômes d'un patient est très important car ils mettent en évidence les perturbations de son fonctionnement. (Aouizerat & Group, 2008).

C'est ainsi que, la théorie infirmière intermédiaire sur la gestion des symptômes est utile car elle apporte les informations nécessaires afin d'éliminer le symptôme ou de réduire la détresse qui en découle. De plus, elle permet de guider la pratique clinique en évaluant de manière subjective et systématique les symptômes, le choix des interventions et leurs évaluations. (Eicher et al., 2013)

5.1.1 Les différents concepts de la TGS

Afin de mieux saisir cette théorie, il est essentiel d'éclaircir les différents concepts qui la composent. Un schéma sera proposé en annexe et permettra de l'illustrer (CF annexe I p. 53). Tout d'abord, il y a les concepts reliés au métaparadigme infirmier qui comprend (Dodd et al., 2001) :

- La personne par ses caractéristiques démographiques, psychologiques, sociologiques, physiologiques et de développement peut percevoir et répondre à un symptôme.
- L'environnement au niveau physique, social et culturel correspond au contexte dans lequel apparaît le symptôme.
- La santé et la maladie correspond aux variables qui sont reliées à l'état de santé, aux facteurs de risques et traumatismes de la personne.

Puis, il y a les concepts clés propre à la théorie de la gestion des symptômes, il s'agit de :

- L'expérience du symptôme c'est-à-dire la perception, l'évaluation et la réponse d'une personne face à un changement dans ses sensations habituelles. Si le symptôme s'installe dans la durée et avec sévérité, il sera ressenti comme un désagrément de la vie quotidienne. La réponse de la personne sera alors la recherche d'une aide pour élaborer de nouvelles stratégies permettant d'éliminer ou d'atténuer le symptôme.
- Les stratégies de gestion des symptômes correspondent aux efforts de la personne pour prévenir, retarder ou minimiser l'expérience du symptôme. Pour définir la stratégie d'intervention les auteurs proposent d'utiliser les questions suivantes : qui, à qui, quoi, quand, où, pourquoi, comment, combien, ...
- Les effets obtenus sur l'état des symptômes sont les résultats dont des changements significatifs sur l'état du symptôme ont pu être objectivé. L'amélioration peut donc dépendre de différents facteurs tel qu'un meilleur statut fonctionnel et/ou émotionnel, une meilleure qualité de vie, une réduction du séjour hospitalier et par voie de conséquence une réduction des coûts.

En conclusion, on peut affirmer qu'il s'agit d'une piste intéressante à utiliser pour les professionnels de la santé car elle permet d'adapter leurs interventions afin d'atténuer ou faire disparaître les symptômes. Il s'agit d'une approche efficace pour guider les projets de recherche en sciences infirmières.

5.2 Les symptômes des plaies tumorales

Il est primordial de mettre en évidence les symptômes relatifs à ce type de plaie car ceux-ci sont en grande partie à l'origine des préoccupations du patient. Dans la littérature scientifique médicale, les principaux problèmes rattachés aux plaies malignes sont les suivants :

5.2.1 L'odeur :

L'odeur désagréable qui provient des plaies est due à de nombreux différents facteurs. Tout d'abord, il y a les bactéries qui sont présentes dans les tissus nécrosés des plaies malignes. Ces bactéries peuvent être de deux types, soit anaérobique soit aérobie. Il s'agit, plus particulièrement, des bactéries anaérobies qui en produisant la putrescine et la cadavérine sont à l'origine de l'odeur nauséabonde ; elles peuvent amener comme réaction des nausées, vomissements et une perte d'appétit. (O'Brien, 2012, p. e142) De plus, les tissus nécrosés et mal vascularisés ainsi que le niveau élevé d'exsudat contribuent eux aussi à une odeur désagréable. Finalement, une plaie cancéreuse infectée est également une source d'odeur. Les patients qui sont sous traitement de chimiothérapie sont plus susceptibles de développer une infection en raison de leur système immunitaire amoindri. (Sibbald, Krasner, & Lutz, 2010)

Le fait que les plaies soient malodorantes a un impact négatif sur la qualité de vie de la personne atteinte et de ses proches déclenchant de ce fait des sentiments tels que la culpabilité et la répulsion qui finalement conduisent à l'isolement social et à la dépression. (EONS, 2015, p. 13)

Chez les soignants, l'odeur est également une problématique comme l'indique (Firmino & Figueiredo Ferreira Lós Alcântara, 2014, p. 302) :

En ce qui concerne l'odeur qui émane de ces plaies, la même chose a été citée par toutes les infirmières comme le symptôme le plus difficile à contrôler, comme l'illustre le récit suivant : - *Le défi est de contrôler l'odeur*. Il y avait un consensus sur le fait que l'odeur dérangeait patients et professionnels, comme le montre le récit suivant : - *L'odeur ? Mon Dieu ! Cela dérange le patient et même nous !*

5.2.2 Hémorragie

Les saignements d'une plaie oncologique sont un deuxième inconvénient. Ce problème survient à cause du tissu de granulation qui se situe à l'intérieur de la plaie et qui par sa composante "friable" saigne facilement lorsque les vaisseaux sanguins alentours sont stimulés. Cette granulation est moins résistante aux traumatismes car la plaie tumorale réduit l'activité des fibroblastes et de la thrombose des gros vaisseaux qui compromettent la formation de collagène.

5.2.3 Exsudat

L'exsudat est favorisé par l'inflammation qui peut être également associée à l'infection de la plaie cancéreuse. La vasodilatation et l'augmentation de la perméabilité des capillaires permettent le passage des fluides et des éléments cellulaires à travers les parois des vaisseaux. L'humidité en excès forme un environnement idéal pour la prolifération des bactéries, en particulier quand les défenses de l'hôte sont compromises. (Woo & Sibbald, 2010) L'exsudat s'écoule souvent sur les vêtements et sur la literie ce qui est autant gênant et pénible tant pour les patients que pour les soignants (W. A. Naylor, 2005). Certains patients ont affirmé que leur rythme de vie dépendait de ce fait du changement des pansements, de la fuite d'exsudat, des salissures et du nettoyage des habits. (Goode, 2004)

Les différents exemples qui vont suivre démontrent l'impact de ce symptôme sur la qualité de vie des patients :

- Un patient qui était énormément gêné par l'écoulement d'exsudat n'osait plus sortir de chez lui. Cela a considérablement diminué sa qualité de vie mais accru également le risque d'ulcération de pression. (Boon, Brophy, & Lee, 2000)
- Un homme avec un carcinome nasal dont l'exsudat s'accumulait dans la bouche a vu son état se détériorer. Il souffrait d'anorexie et son visage était déformé. (Banks & Jones, 1993)

5.2.4 Douleur

La douleur est un phénomène complexe et affecte les gens de différentes façons. La sensation physique de celle-ci dans le cas des plaies malignes peut être causée par plusieurs facteurs : (Naylor W, 2001) (Grocott P, 2000) (W. Naylor, s. d.)

- Une pression de la masse tumorale sur d'autres structures corporelles
- Des dommages aux nerfs causés par l'avancée de la tumeur.
- L'exposition des terminaisons nerveuses dermiques.
- Gonflement résultant d'une altération du drainage capillaire et lymphatique.

Cette douleur est régulièrement rapportée par les patients souffrants d'une blessure chronique comme l'un des pires aspects de la vie et impactant sur leur qualité de vie. (Price et al., 2008) C'est principalement lors des changements de pansement que la douleur liée aux plaies est ressentie. En effet, des parties du pansement adhèrent à la surface fragile de la plaie souvent collante à cause de l'exsudat ou déshydratée avec des croûtes. A chaque retrait du pansement un traumatisme local peut avoir lieu et provoquer ainsi des douleurs. (Woo, Harding, Price, & Sibbald, 2008)

5.2.5 Signes d'infection

Toutes les plaies chroniques contiennent des bactéries. Le maintien de l'équilibre bactérien est essentiel à la prise en charge de la plaie. L'infection se produit s'il y a une contamination et colonisation. En bref, la contamination désigne les bactéries à la surface de la plaie et la colonisation s'établit si les bactéries s'attachent aux tissus et prolifèrent.

Les symptômes font partie du domaine biologique de la personne. Ce sont des éléments qui touchent le physique, ils ont été soulignés comme étant des conséquences négatives de la plaie tumorale. Cependant, le côté psychologique et social de ces personnes sont également touchés. C'est pourquoi l'approche de la psychologie de la santé prend toute son importance dans ce cadre théorique et permettra la compréhension de l'expérience vécue.

5.3 Psychologie de la santé et modèle transactionnel et multifactoriel

La psychologie de la santé est une nouvelle discipline de la psychologie. Elle étudie la santé et la maladie en s'intéressant aux aspects psychologiques et sociaux qui peuvent influencer de manière positive ou négative sur le bien-être psychique et physique et sur la qualité de vie des individus. Le modèle explicatif dénommé « modèle bio-psycho-social », fournit une explication permettant de saisir l'interdépendance de certains facteurs sur la santé et l'évolution de la maladie. De nombreux modèles existent et se réfèrent à cette base centrale. Par sa nouveauté et ses fondements théoriques, la psychologie de la santé représente un nouveau champ d'intervention et de pratiques thérapeutiques que ce soit dans le domaine de la prévention ou dans la prise en charge des patients. (Fischer & Tarquinio, 2014)

5.3.1 Le modèle transactionnel et multifactoriel

Ce modèle est l'élaboration de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994). Celui-ci se construit de manière à analyser les facteurs environnementaux et socio-démographiques (les événements de vie stressants, le réseau social et l'exposition aux facteurs de risques) ainsi que les facteurs individuels (style de vie, traits de personnalité, antécédents biologiques et biomédicaux) ayant un impact et des interactions sur la santé physique et le bien être psychique. (Bruchon-Schweitzer, 2003)

Ce modèle développe les facteurs ayant une influence sur la santé. Il s'agit des « antécédents environnementaux et sociodémographiques (ce que l'individu « a subi »), antécédents individuels, psychosociaux et biologiques (ce qu'il « est »), transactions et stratégies d'ajustement (ce qu'il « fait » face à l'adversité) » A ces facteurs s'ajoutent les critères (ou issues) suivants :

- Biologique et somatique : initiation d'une maladie, état fonctionnel, aggravation ou récurrence, amélioration, guérison, etc.
- Emotionnel et psychologiques : bien-être, satisfaction, qualité de vie, dépression, anxiété. (Bruchon-Schweitzer, 2003)

Ce modèle fonctionne dans le temps vu que toute maladie est un « processus » en perpétuelle évolution sous forme de sections (antécédents, médiateurs, issues) (CF tableau en annexe I p.54)

Ce modèle convient tant aux recherches transversales que longitudinales. Il est aussi utile dans l'étude des facteurs de risques et des pronostics

Finalement, ce dernier est flexible ce qui lui permet d'établir des prédictions d'issues, même très différentes.

5.4 Concept de la qualité de vie

Actuellement, évaluer le concept de qualité de vie est une préoccupation centrale dans le domaine des soins car il s'agit d'objectiver un concept de nature une nature plutôt subjective. (Debout, 2011, p. 32) L'apparition de ce concept est récente dans le vocabulaire infirmier et médical. Il est apparu dans les années 1960 aux Etats-Unis et s'est développé également, à la même période, en Europe. Le terme de « qualité de vie » a été créé pour souligner que le bien matériel ne suffit pas pour vivre bien. De plus, il est relié à la constante augmentation, en constante augmentation, des malades atteints de pathologies chroniques ainsi qu'aux progrès de la médecine. (Formarier, Jovic, & Association de recherche en soins infirmiers (France), 2012, p. 260)

5.4.1 Définition de la qualité de vie

Donner une définition consensuelle de la qualité de vie n'est pas simple car, comme cité ci-dessus, ce concept est abstrait, situationnel, complexe et multidimensionnel. La version la plus récente de la définition donnée par l'OMS date de 1994 et définit la qualité de vie de la manière suivante : « C'est la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. (Group, 1994)

Selon Debout (2011), s'il est difficile de trouver un consensus pour la définition existe c'est parce qu'il s'agit d'un thème qui est en perpétuelle exploration de la part des chercheurs. Néanmoins, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que seul le patient est en mesure de définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères subjectifs qui lui sont propres situés dans 4 grands domaines.

5.4.2 Les dimensions de la qualité de vie

Les dimensions de la qualité de vie dans le domaine de la santé sont au nombre de quatre. Il s'agit du résultat obtenu par analyse de différents facteurs, études et échelles. Ce sont les suivants : (Cella, 2007a, p. 28- 29)

- Le bien-être physique : Dans cette dimension on fait référence à la fonction corporelle selon la perception, l'observation ou la perturbation d'une personne. L'état de bien-être physique correspond à un ensemble de plusieurs facteurs tels que : les symptômes pathologiques, les effets secondaires des traitements et du bien-être général tel que ressenti par le patient.
- Le bien-être fonctionnel : La dimension fonctionnelle est très proche de la dimension précédente mais elle n'en reste pas moins nettement distincte. Le statut fonctionnel correspond à la capacité du patient à réaliser les activités nécessaires pour répondre à ses besoins, poursuivre ses ambitions et exercer son rôle social. De façon générale, on peut parler de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne
- Le bien-être émotionnel : Est en corrélation avec le bien-être physique mais il s'en distingue par ses composantes positive et négative. Bien être versus détresse. L'expérience émotionnelle peut se détériorer à l'apparition d'une maladie et se prolonger tout au long du parcours de soin, d'où l'intérêt d'évaluer les deux pôles du bien-être émotionnel.
- Le bien-être social : Dernière dimension importante de la qualité de vie, elle est celle dont l'application d'une définition est la plus compliquée car peu d'échelle mesurant la qualité de vie chez les patients cancéreux utilise l'item du bien-être social. Les chercheurs ont tendance à éviter de traiter ce sujet, du fait des divers éléments qui composent l'aspect social. Ceux-ci vont de la perception du soutien social, la continuation des activités et le fonctionnement de la famille, jusqu'à la sphère intime et la sexualité. Cette dimension tient son importance du fait que le patient doit faire face à la maladie et s'y adapter et que l'entourage social est un élément essentiel à son soutien.

5.4.3 Les mesures de la qualité de vie

Afin d'évaluer la qualité de vie des patients, il est nécessaire d'utiliser des outils qui sont des échelles de mesure. Actuellement, il en existe un nombre considérable. Les échelles peuvent être spécifiques (questionnaires spécifiques) en s'adressant à des patients atteints de certaines pathologies ou en s'intéressant à un symptôme particulier. Les questionnaires génériques permettent quant à eux de visualiser de façon plus large en considérant tous les patients. En voici quelques exemples :

- Les questionnaires génériques :
 - SF-36 avec 36 items regroupés en 8 échelles (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998)
 - NHP avec 45 items regroupés en 6 échelles (Hunt, McKenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981)
 - WHOQOL avec 100 items (Brooks, 1996)
 - WHOQOL BREF avec 26 items regroupés en 4 échelles (Brooks, 1996)
- Les questionnaires spécifiques :
 - Notamment deux dans le domaine de la cancérologie : QLQ-C30 de l'EORTC et celle du FACT (Aaronson et al., 1993) (Conroy et al., 2004)

5.5 Le concept de soi

Le concept de soi est la perception mentale qu'un individu a de lui-même. Conserver un concept de soi positif est essentiel au maintien d'une bonne santé physique et mentale. Il permet aussi, s'il est fort, d'accepter plus facilement les changements et de s'y adapter. Au contraire, une personne avec concept de soi négatif aura des sentiments de tristesse et de désespoir. (Kozier et al., 2012, p. 555)

Le rôle de l'infirmière dans ce concept est de reconnaître si un patient présente une perturbation et en déterminer les causes afin de l'aider à mieux se considérer. Elle doit aider le patient à accroître ses ressources personnelles dans le but de maintenir ou améliorer son bien-être et sa santé. (Lévesque-Barbès & Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012)

Ce concept se compose de quatre dimensions dont deux personnelles et deux sociales : (Kozier et al., 2012)

- *La connaissance de soi* : Ce que l'individu sait de lui-même, comme ses capacités, ses limites et sa nature.
- *Les attentes envers soi* : Les attentes réalistes ou irréalistes que la personne a envers elle-même.
- *Le soi social* : Façon dont la société et les autres individus perçoivent la personne.
- *L'évaluation sociale* : La vision que porte la personne sur elle-même, lors des rapports avec les autres, des événements et des situations.

Les composantes du concept de soi sont au nombre de quatre : l'identité personnelle, l'image corporelle, l'exercice du rôle et l'estime de soi. Deux aspects de ce cadre théorique seront principalement pris en compte en relation avec le soin des plaies. En lien avec les plaies, ce point du cadre théorique développera seulement deux aspects en particulier.

L'image corporelle : la plaie tumorale porte atteinte à l'intégrité du corps. Celle-ci étant visible pour la personne malade mais pouvant l'être également pour l'entourage selon sa localisation.

Le concept de soi : la vision de la plaie change le regard de la personne malade sur lui-même et sur son environnement, conséquence : une altération à son estime

5.5.1 L'image corporelle

L'image corporelle est l'image du soi physique. Il s'agit des perceptions conscientes et inconscientes que l'individu a de la taille, des aspects et du fonctionnement de son corps. Elle comporte deux parties, le cognitif et l'affectif. Le volet cognitif correspond à la connaissance du corps et de ses différentes parties dans sa dimension purement physique. Le volet affectif quant à lui se rapporte aux sensations ressenties par le corps comme la douleur, le plaisir ou la fatigue. L'image de son corps est donc le résultat de l'association des perceptions de ces deux points.

L'image corporelle se construit suite aux réactions et attitudes des autres envers notre corps mais aussi par les propres explorations sensorielles de la personne.

Afin de bien saisir cette notion, il ne faut pas perdre de vue que chaque individu porte un regard et une importance différente sur son image.

Dans le cas où une personne souffre d'une perturbation de son image corporelle, ses réactions peuvent aller de l'isolement au refus d'observer ou toucher la partie du corps altérée par une maladie ou un accident. La présence de sentiments négatifs peut également survenir comme le désespoir, l'impuissance, la culpabilité, ... (Kozier et al., 2012)

Des études sur la féminité ont démontré une perte de confiance de la part des femmes vivant avec une plaie maligne car l'image corporelle a un grand impact sur le bien-être étant donné qu'elle est associée directement à notre propre identité. Il a aussi été relevé que la plupart des personnes vivant avec une plaie maligne ont dit qu'elles avaient l'impression d'avoir perdu le contrôle de leur vie et qu'elles s'étaient retirées de la société. (Young, 2005)

5.5.2 L'estime de soi

C'est le jugement que porte une personne envers sa propre valeur. On peut la définir comme tel « l'aptitude d'éprouver un sentiment favorable à son propre endroit, lequel naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne » (Fougeyrollas & handicap, 1998). Selon Duclos, G. (1995). L'idée que l'individu se fait de lui-même et son image de soi sont influencées par les changements de la société et se construisent tout au long de la vie, en quelque sorte elle n'est jamais acquise.

L'auteur (Bruchon-Schweitzer) à l'origine du modèle transactionnel et multifactoriel, définit l'estime de soi de la manière suivante : « c'est la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur. L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence » (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001)

L'estime de soi ne dépend pas que de l'individu lui-même mais aussi des autres. En effet, tout au long de la vie, les interactions avec autrui forment une certaine estime de soi par le biais du regard et des dires de ceux-ci. Cet ainsi que ce concept se compose de quatre dimensions : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.

6. Méthodologie

6.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature approfondit la problématique des plaies tumorales. Elle a pour objectif principal d'explorer la perception de l'impact de ces plaies malignes sur la qualité de vie de patients atteints d'un cancer.

Six études ont été analysées pour répondre à cet objectif. Elles sont toutes disciplinaires, c'est-à-dire issues de recherches infirmières. Trois des études sont quantitatives (post-positiviste) et les trois autres sont qualitatives (naturaliste).

Les recherches quantitatives ont pour objectif de décrire, expliquer, prévoir et contrôler, alors que le but des recherches qualitatives consiste à découvrir, explorer et comprendre. En recherche, il existe deux paradigmes se rapportant au type de l'étude. Le paradigme post-positiviste se traduit par une vision de la science qui juge les observations humaines faillibles et parfois erronées. Quant au le paradigme naturaliste, il met en avant l'existence de plusieurs réalités possibles qui sont le résultat des perceptions de chaque individu et qui se modifie avec le temps. (Fortin & Gagnon, 2010)

L'analyse d'études quantitatives et qualitatives permettra d'explorer le phénomène sous deux angles différents. Cela amènera des réponses qui seront établies à partir de faits mesurés et vérifiés et permet d'en comprendre le sens en explorant les expériences vécues.

6.2 Collecte de données :

Les recherches d'études ont été effectuées de novembre 2017 à avril 2018 sur les diverses bases de données suivantes : CINAHL, Pubmed, EMBASE, Ovid Nursing, Cochrane Library, CAIRN et Elsevier Masson. Afin d'explorer la littérature scientifique, l'utilisation des mots-clés en anglais suivants a été nécessaire. Ce sont les suivants qui ont été utilisés : « malignant fungating wound », « quality of life », « chronic wound » « coping » et « cancer ». Ils ont tous été associés à l'aide de l'opérateur booléen « AND ». Les recherches ont été également menées au moyen d'un filtre qui a permis de limiter le nombre de recherches dans un champ actuel, il s'agit du filtre des années (de 2011 à 2018).

Finalement, les références des articles retenus ont été analysées afin de repérer d'autres articles intéressants tant pour l'écriture du cadre théorique que pour trouver d'autres études potentiellement utilisables pour répondre à la question de recherche.

Les tableaux récapitulatifs des recherches menées sur les bases de données et les mots-clés employés sont présentés ci-après :

Base de données CINHAL

Combinaison des mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Malignant fungating wound » AND « quality of life »	10	1
« chronic wounds » AND « quality of life »	352	2
« Fungating wound » and « coping »	10	2

Base de données Pubmed

Combinaison des mots clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
« Malignant fungating wound » AND « quality of life »	7	2

Le nombre d'études retenu est supérieur à six car plusieurs recherches sont apparues à plusieurs reprises sur les différentes bases de données ainsi qu'en fonction des combinaisons de mots-clés utilisées. Quant à l'étude (Agra et al., 2016), elle n'est pas répertoriée sur une de ces bases de données, mais est le résultat d'une analyse des références d'une revue de la littérature trouvée sur Wiley Online Library. Après une recherche sur Google Scholar, le texte s'est avéré disponible sur la plateforme Researchgate.

6.3 Sélection des données

Divers critères ont guidé la sélection de données pertinentes. Tout d'abord, Les études devaient être de sources primaires, publiées de 2011 à 2018, être écrites en langue française ou anglaise. De plus, la totalité des articles de recherches sont disciplinaires.

Concernant les critères d'inclusions, étant donné la précision du champ de recherches qu'implique les plaies tumorales, le terme de chronicité s'est avéré pertinent afin d'élargir la collecte de données. C'est ainsi que les échantillons de cinq des études sont composés de patients adultes atteints d'une plaie chronique. Certaines études précisaient la pathologie du patient qui avait un diagnostic de cancer et dont la nature de la plaie était tumorale. Les recherches retenues s'intéressent à l'impact de la qualité de vie sur les symptômes d'une plaie ou sur les stratégies d'adaptation mises en place par les patients. Dans le but d'explorer la prise en charge infirmière, une étude s'intéresse à la population infirmière vis-à-vis des plaies tumorales.

Quant aux critères d'exclusion, les recherches traitant des plaies consécutives à une intervention chirurgicale visant à retirer une tumeur ou celles dues à un traitement contre le cancer n'ont pas été conservées car la plaie chirurgicale maligne est la conséquence de l'intervention d'une tierce personne.

Les six études finales sont listées dans le tableau situé à la page suivante. De surcroît, la pyramide ayant permis de déterminer le niveau de preuve des recherches peut être consultée en annexe I.

6.4 Considération Ethique

Trois études ont été approuvées par un ou plusieurs comités d'éthique et deux d'entre elles ont demandé un consentement éclairé signé aux participants de la recherche.

Les études de (Matthias et al., 2017), de (Espanet et al., 2016) et de (Probst, Arber, & Faithfull, 2013) ne mentionnent pas d'approbation éthique. Cependant, elles ne déclarent aucun conflit d'intérêt et l'anonymat des participants est préservé.

6.5 Analyse des données

Dans le but d'apporter une réponse à la question de recherche, chacune des études se présentera sous une forme bien précise. D'abord une description brève suivie d'une analyse détaillée sur leur validité méthodologique. Ensuite, la pertinence clinique et l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle seront examinées. Les tableaux de recension des études peuvent être consultés en annexe II.

La chronologie de la présentation des études qui vont suivre a été choisie selon un raisonnement préalable. D'une part, des recherches plus générales parlant des plaies chroniques afin d'exposer les bases. D'autre part, des études spécifiques relatives aux plaies malignes concernant des expériences vécues et l'impact sur la qualité de vie. Pour continuer, par des actions que développent les patients qui correspondent à l'étude sur les stratégies adoptées par les malades. Et pour terminer, par l'exposition de la prise en charge infirmière.

	Auteurs	Titres	Années	Base de données	Niveau de preuve
Etude 1	Kapp, S., Miller, C., & Santamaria, N.	The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat.	2018	CINHAL	IV
Etude 2	Matthias, A., Elena, C. M., Nicole, Z., Katrin, B., Katharina, H., Sebastian, D. E., ... Christine, B.	Validity and feasibility of the wound-QoL questionnaire on health-related quality of life in chronic wounds	2017	CINHAL	IV
Etude 3	Lo, S.-F., Hayter, M., Hu, W.-Y., Tai, C.-Y., Hsu, M.-Y., & Li, Y.-F.	Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds	2011	PUBMED	IV
Etude 4	Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S.	Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body	2013	CINHAL	IV
Etude 5	Espanet, N., Colson, S., Baumstarck, K., Futo, F., Mancini, J., & Salas, S.	Les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse : une étude analytique	2016	Pubmed	IV
Etude 6	Agra, G., Pereira dos Santos, J., Tamar Oliveira de Sousa, A., André Gouveia, B. de L., Freires de Brito, D. T., de Lima Macêdo, E., ... Lopes Costa, M. M.	Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses.	2016	Researchgate	IV

7. Résultats

7.1 Description de l'étude 1

Kapp, S., Miller, C., & Santamaria, N. (2018). The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1/2), 182-192. <https://doi.org/10.1111/jocn.13870>

Les auteurs ont choisi une approche qualitative exploratoire de type phénoménologique pour cette étude. Réalisée en Australie, elle a pour objectif d'investiguer les effets d'une plaie chronique sur les domaines physique, émotionnel, social et financier de la qualité de vie des patients qui traitent eux-mêmes leur plaie.

Concernant l'échantillon, il se compose de 25 participants Australiens d'une moyenne d'âge de 71 ans. Tous les participants ont pris part à des entrevues.

Par la suite, une analyse thématique des données comprenant six phases a été effectuée selon la méthode de Braun and Clarke. Les résultats ont été classés selon quatre domaines :

Les effets physiques : La majorité des patients à l'étude (n=22) ont affirmé avoir un ou plusieurs effets relatifs à ce domaine. Tout d'abord, la douleur est retenue comme une expérience individuelle désagréable que chaque participant a vécu à sa manière. Deuxièmement, certains ont souffert du manque d'activité physique que la plaie leur imposait ou par crainte de la voir saigner s'ils s'activaient. Suite à cela, le manque d'activité physique a engendré l'exacerbation d'autres problèmes de santé, notamment de la santé mentale lorsque les individus s'apercevaient qu'ils ne pouvaient plus exercer les mêmes activités qu'auparavant.

Les effets émotionnels : Tous les participants ont déclaré avoir plus d'un effet du domaine émotionnel. Les individus porteurs d'une plaie ont ressenti de la méfiance et de la frustration à l'égard des soignants qu'ils consultaient car ils avaient l'impression de ne pas être entendu sur leurs priorités vis-à-vis de la plaie. Quant à la qualité des traitements fournis par ces professionnels, elle était perçue de manière variable. Cela dépendait du degré de connaissances du problème du patient. Certains soignants donnaient de bons conseils et prodiguaient de bons soins, alors que d'autres avaient moins de connaissances et fournissaient des soins moins adaptés. A propos des traitements pharmacologiques, des sentiments de tristesse et d'anxiété ont été relatés. A cause de ceux-ci, des effets secondaires sont apparus et ont eu impact négatif sur la vie des patients. Finalement, l'inquiétude de l'infection de la plaie a touché beaucoup de personnes, notamment celles ayant déjà connu une expérience d'infection et qui, de ce fait, se remémorent les conséquences désagréables qui y sont associées.

Les effets sociaux : Moins de la moitié des participants (n=11) ont déclaré subir un ou plusieurs effets de ce domaine. D'une part, le temps des déplacements récurrents chez le médecin ou l'attente de l'infirmière à domicile qu'exigent les soins ont réduit les activités de loisir des patients. D'autre part, de telles circonstances rendent difficile à maintenir ou à trouver une place de travail. La plaie peut être trop sollicitée lors des journées de travail et provoquer des douleurs. Les regards portés sur la plaie par les employeurs lors des entretiens d'embauche sont aussi évoqués comme un frein à leur engagement.

Les effets financiers : Plus des deux tiers des participants (n=18) ont exprimé des problèmes financiers. Les soins comprenant les diverses thérapies ainsi que les pansements ont un coût élevé. Certaines personnes ont dû réduire le nombre de visite chez le thérapeute ou le nombre de changement de pansement pour diminuer leurs dépenses. Ce stress financier a eu un impact négatif sur leur vie, en augmentant leur inquiétude en raison de la baisse de la qualité des soins.

7.1.1 Validité méthodologique

L'approche phénoménologique de cette étude, permet de comprendre une singularité vécue par les participants. En effet, ce type de recherche étudie et veut décrire le sens des expériences vécues par une personne ainsi que la signification accordée au phénomène. (Fortin & Gagnon, 2010)

Un échantillonnage par choix raisonné a permis d'obtenir un échantillon de 25 participants âgés de plus de 18 ans et résidant à Victoria, en Australie. La moyenne d'âge était de 71 ans et ils étaient tous atteints d'une plaie chronique. Tout d'abord une définition du terme « plaie chronique » a été établie de la manière suivante : une lésion de la peau de toute étiologie mettant plus de quatre semaines à guérir. Les participants ont ensuite fait l'objet d'entrevues menées par le même expert entre Octobre 2014 et Aout 2015. Cette manière de procéder a été préconisée selon l'avis de plusieurs experts.

Actuellement, les critères permettant de certifier une certaine rigueur à la recherche sont ceux établis par Lincoln et Guba (1985). (Loiselle, 2007) Ces différents critères ont été respectés dans cette étude. Afin d'optimiser la crédibilité, un échange régulier avec les pairs a eu lieu, puis une vérification de certaines données auprès des participants. Afin d'optimiser la fiabilité, l'équipe de recherche a documenté et évalué à intervalles réguliers la prise de décision et les résultats obtenus. Afin d'optimiser la transférabilité, les caractéristiques du milieu, des participants à l'étude et des stratégies de recrutement ont été détaillées. En ce qui concerne la conformabilité, les chercheurs ont énoncé avant le début de l'étude leurs postulats et leur position. Finalement l'authenticité de cette recherche a été évaluée en abordant de nouvelles compréhensions et recommandations pour la pratique infirmière.

7.1.2 Pertinence clinique

Cette recherche permet de fournir une vision actuelle de l'effet des plaies chroniques sur la qualité de vie. Selon les auteurs, un effort continu doit être maintenu par les praticiens pour minimiser les effets potentiellement négatifs de telles plaies sur les domaines physiques, émotionnels, sociaux et financiers lesquels impactent leur qualité de vie. Ils ajoutent qu'une plus grande attention devrait être accordée à la relation entre les patients et les soignants afin que les volontés et les attentes du patient soient retenues dans la prise en charge établie par l'infirmier-ère. En définitif, les prestataires de soins devraient pouvoir identifier les facteurs ayant des conséquences désagréables sur les individus, dans le but de leur proposer des stratégies adaptées à leurs préférences et besoins.

Quant à l'aspect financier que relève cette étude, elle n'y trouve pas vraiment d'intérêt pour le réseau de santé Suisse qui n'est pas comparable à celui de l'Australie. En Suisse, les frais concernant les plaies chroniques auront moins d'impact financier car ils sont couverts par l'assurance maladie.

7.2 Description de l'étude 2

Matthias, A., Elena, C. M., Nicole, Z., Katrin, B., Katharina, H., Sebastian, D. E., ... Christine, B. (2017). Validity and feasibility of the wound-QoL questionnaire on health-related quality of life in chronic wounds. *Wound Repair and Regeneration*, 25(5), 852-857.

<https://doi.org/10.1111/wrr.12583>

Cette étude anglaise quantitative a pour objectif de mesurer la validité du questionnaire Wound-QoL dans des conditions de soins chez un patient atteint d'une plaie chronique. Pour cela, une approche longitudinale a été utilisée par les auteurs. En d'autres termes, ce type de recherche recueille les données à plusieurs reprises dans le temps afin de suivre l'évolution du phénomène. Dans leur étude (Matthias et al., 2017), ont récolté les mesures des questionnaires remplis par les patients à trois reprises, au départ et à deux autres moments, soit : Temps 1 = Jour 0 ; Temps 2 = Semaine 4 à 6 ; Temps 3 = Semaine 8 à 10.

Un échantillon de 227 participants issus de deux grands centres spécialisés en Allemagne a été sélectionné. Il s'agit de patients adultes souffrant d'une plaie chronique. Ils ont été inclus à l'étude à n'importe quel moment du programme thérapeutique. Chaque candidat a donné son consentement pour participer à cette étude.

L'état de la plaie a été analysée à chaque prise de mesure afin de déterminer les changements survenus chez le patient. Une question clé était posée pour refléter le sentiment du patient qui devait répondre à l'aide d'une échelle de Likert (1= vraiment mieux // 5 = vraiment pire). Ensuite, la taille de la plaie été calculée ainsi que l'épithélialisation.

Cette dernière était la valeur de référence pour apprécier l'amélioration de la plaie.

D'un autre côté, plusieurs instruments reliés à la qualité de vie dans la santé ont été appliqués et remplis par les participants dont :

- Wound-QoL : Questionnaire sur lequel porte la présente étude. Elle mesure la qualité de vie liée à la maladie et aux patient atteint de plaies chroniques. Elle se compose de 17 items sous forme de phrases que les patients doivent évaluer à l'aide de 5 modalités : pas du tout ; un peu ; modérément ; très ; vraiment beaucoup. Elle se divise en trois catégories : les items 1 à 5 correspondent au corps, les items 6 à 10 au psychologique et les items 11 à 16 à la vie quotidienne.
- Freiburg Life Quality Assessment for wounds (FLQA-wk) : Outil qui mesure la perte de la qualité de vie liée à la santé des gens avec une plaie chronique. Il se constitue de 24 items répartis en six domaines : symptômes physiques, vie quotidienne, vie sociale, bien être psychologique, traitements et satisfaction. Les scores vont de 0 (pas de déficience) à 5 (déficience élevée)

- EQ-5D-3L : Questionnaire qui évalue l'état de santé actuel et comprend 5 dimensions : mobilité, auto-soins, activités quotidiennes, douleur et anxiété.
- EuroQoL visual analog scale (EQ VAS) : Outil qui se présente sous forme d'échelle visuelle ressemblant à un thermomètre. Il aide les patients à dire si leur état de santé est bon ou mauvais. L'échelle va de 0 (pire état de santé imaginable) et 100 (meilleur état de santé imaginable)

Finalement, les résultats obtenus sont les suivants :

Les participants et les plaies : Cette étude a duré de mars 2014 à mars 2016. La moyenne d'âge des 227 participants s'élevait à 66.9 ans. L'échantillon comptait 51.5% d'hommes et 48.5% de femmes. L'étiologie des plaies était diverse soit : ulcère à la jambe (n=123), ulcère du pied diabétique ou ischémique (n=12), ulcère de pression (n=6), autres étiologies comprenant les lésions chirurgicales, les plaies malignes et les brûlures (n=68). La taille moyenne de la plaie a diminué au fil des mesures : $8.1\text{cm}^2=\text{T1}$; $7.8\text{cm}^2=\text{T2}$; $7.1\text{cm}^2=\text{T3}$. Le pourcentage de patient présentant une plaie cicatrisée était de 3.8% au T2 et 15.2% au T3.

Cohérence interne des échelles : La cohérence interne est restée stable et élevée durant toutes les prises de mesures. Elle a été calculée grâce à l'alpha de Cronbach. Ce qui permet de dire que les instruments de mesures étaient homogènes et en conclure que l'utilisation de cet outil est satisfaisante.

La corrélation de Spearman : Ce test non-paramétrique a démontré une corrélation forte entre les divers sous éléments de l'échelle. Ce qui résulte que le corps, le psychique et la vie de tous les jours ont un impact significatif sur la qualité de vie.

La réactivité des instruments de mesure de la qualité de vie : Une corrélation positive existe entre l'échelle Wound-QoL et la FLQA-wk, les changements sont les mêmes sur les deux échelles. Cela démontre que la Wound-QoL est un bon outil qui fonctionne de la même manière que son homologue.

La validité convergente : La Wound-QoL a été comparée à l'échelle FLQA-wk qui a déjà été validée. Une corrélation élevée a été observée par les chercheurs à chaque prise de mesure. On peut ainsi dire que ces deux outils différents sont similaires concernant l'évaluation de la qualité de vie.

Degré de difficulté d'emploi : Le taux plancher a été étudié et démontre que les questions étaient faciles à répondre.

7.2.1 Validité méthodologique :

Afin de déterminer la validité de cette étude, les chercheurs ont analysé et testé différents paramètres et propriétés de mesures. Tout d'abord, ils ont dû considérer les valeurs manquantes car, au fil de l'étude, la participation a diminué mais aussi n'ont pas pu prendre en compte les scores de la Wound-QoL dont les questionnaires avec plus de 4 items manquants. Deuxièmement, ils ont considéré et calculé l'effet plancher et plafond afin de déterminer si les questionnaires n'étaient pas trop faciles ni trop compliqués. Troisièmement, la cohérence interne qui représente la corrélation entre tous les énoncés de la recherche a été examinée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Et pour terminer, la méthode multitrait-multiméthodes a été utilisée afin d'examiner la validité convergente. Cette validité a été établie pour les diverses échelles. Elles ont démontré des résultats significatifs.

7.2.2 Pertinence clinique :

Selon les auteurs, mesurer la qualité de vie des patients atteint d'une plaie chronique est essentiel au traitement de la plaie. Ces mesures sont issues de données probantes et d'échelles testées et validées par des chercheurs. De plus, l'outil Wound-QoL a été élaboré sur la base d'instruments existants mais dont le contenu a été synthétisé afin de répondre aux besoins les plus nécessaires.

7.3 Description de l'étude 3

Lo, S.-F., Hayter, M., Hu, W.-Y., Tai, C.-Y., Hsu, M.-Y., & Li, Y.-F. (2012). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1312-1321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x>

Cette étude quantitative réalisée à Taiwan est de type descriptive transversale. Elle vise plusieurs objectifs. Premièrement, évaluer le fardeau des symptômes et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et souffrant d'une plaie maligne. Deuxièmement, rechercher s'il existe une relation statistiquement significative entre ces symptômes et la qualité de vie. Et finalement, identifier si le statut démographique et le statut relié à la plaie sont reliés à la qualité de vie des patients.

Les participants à l'étude sont issus de trois centres hospitaliers du pays ce qui révèle le caractère multicentrique de cette recherche. Un questionnaire structuré leur a été proposé durant une entrevue en présence d'une infirmière chercheuse et spécialiste en gestion des plaies. Sur une période de 19 mois, de février 2008 à août 2009, plusieurs entretiens se sont déroulés. Ceux-ci ont eu lieu dans un endroit calme afin de préserver l'intimité. Finalement, ce sont 75 patients qui ont été intégrés à l'étude et sur ce total seul 70 participations se sont avérées admissibles pour l'analyse finale.

Le questionnaire rempli par les patients avait une certaine structure. Une première partie récoltait les informations démographiques et l'histoire médicale ainsi que les éléments suivants : âge, genre, situation matrimoniale, niveau d'éducation, religion, antalgie, 1^{er} diagnostic de cancer, le traitement du cancer et l'histoire des soins de plaies. Une seconde partie comprenait deux outils d'évaluation dont :

La version Taïwanaise du questionnaire de la qualité de vie de McGill (MQOL) (Hu, Dai, Berry, & Chiu, 2003).

Ce questionnaire comprend 16 items ainsi que des questions ouvertes qui permettent aux patients de dire quels sont les événements de vie qui ont influencé leur qualité de vie. Il se compose de quatre domaines : les symptômes physiques, le bien-être psychologique, le bien-être existentiel et les problèmes de soutien. Les réponses sont basées sur une échelle numérique allant de 0 à 10 avec un support écrit à chaque extrémité.

Le questionnaire *Malignant Fungating Wound Assessment Tool* (MFWAT). Ce questionnaire est basé sur les recherches de multiples auteurs et possède deux domaines. Le 1^{er} domaine est la perception qu'a le patient par rapport à sa plaie maligne. Cette partie comporte elle-même cinq sections dont 20 items qui portent sur la douleur, le confort du pansement, les symptômes de la plaie, les questions sociales et psychologiques. Le 2^{ème} domaine est l'évaluation objective de l'état de la plaie maligne. Cette partie a été évaluée

par des professionnels en soins de plaies. Elle comporte neuf items avec des points allant de 1 à 5, les scores totaux peuvent donc aller de 9 à 45. Un score élevé indique que la plaie est « grave ». Les symptômes évalués par rapport à la qualité de vie sont les suivants : le lit de la plaie, les bords de la plaie, le type de nécrose de la plaie, la quantité de nécrose, l'odeur, la quantité d'exsudat, la qualité d'exsudat, les saignements et les œdèmes.

Toutes les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical package for Social Scientists version 15 (SPSS).

Les résultats obtenus sont les suivants :

Les données démographiques des participants : La totalité de l'échantillon comprenait 66.7% d'hommes et 33.3% de femmes avec une moyenne d'âge de 52.1 ans. Pour la majorité (71.7%), il a été diagnostiqué un cancer de la tête et du cou et seulement pour 18.3% un cancer du sein. La durée moyenne du vécu avec une plaie maligne a été de 8.5 mois avec un intervalle allant de 1.3 mois à 45.5 mois. 53.3% des participants ont reçu une chimiothérapie auparavant mais 85% n'ont pas eu de traitement avancé comme de la radiothérapie. Concernant les soins portés à la plaie, la plupart (53.3%) était soignée avec un pansement salin humide, 16.7% avec un pansement moderne et 8.3% avec de la phytothérapie. Le changement de pansement a eu pour fréquence moyenne de 3.5 réfections par jour.

L'analyse descriptive des scores de MQOL et MFWAT :

- **MQOL :** Les scores pour cette échelle allaient de 41 à 119 avec un score moyen de 77. Chaque domaine a été calculé individuellement et converti afin d'obtenir un score. Le domaine des symptômes physiques qui a obtenu le score le plus bas et les questions de soutien ont obtenu le score le plus élevé.
- **MFWAT :** Les scores pour cette échelle allaient de 28 à 168 avec un score moyen de 102.98. Le confort du pansement a obtenu le score le plus bas et à l'inverse, les questions psychologiques le score le plus haut. La 2^{ème} partie de ce questionnaire concernant les symptômes de la plaie a démontré qu'un des participants avait atteint un score de 40/45 alors que le score minimal obtenu était de 18/45. Ce qui prouve que les symptômes ont un impact significatif sur la qualité de vie.

Pour la première échelle, un score haut signifie une meilleure qualité de vie alors qu'un score bas supposera une qualité de vie moindre. En d'autres termes, l'atteinte physique de ces participants diminuera considérablement la qualité de vie.

Pour la seconde échelle, un score élevé signifiera une qualité de vie médiocre. Une détresse psychologique est ainsi constatée.

Relation entre les caractéristiques et les échelles : Le coefficient de corrélation de Pearson a permis de mettre en évidence les relations entre les caractéristiques et la qualité de

vie. C'est ainsi que l'âge des participants, la fréquence des changements des pansements, la douleur, le confort de pansements, les symptômes de la plaie, les problèmes sociaux, les saignements et les mauvaises odeurs ont une corrélation significativement négative. En d'autres termes, la qualité de vie diminue plus les éléments cités précédemment augmentent.

7.3.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage probabiliste aléatoire simple a été choisi par les auteurs. De plus la taille idéale de l'échantillon a été estimée à l'aide du G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), les auteurs ont pris la décision d'augmenter le nombre obtenu afin de prévoir les participations non admissibles.

Les participants ont rempli des questionnaires lors d'entrevues semi-dirigées en présence d'un-e infirmier-ère. Ce type d'entrevue est fidèle à une recherche quantitative.

Concernant les données à l'étude, des analyses statistiques ont été réalisées. Le coefficient de corrélation de Pearson qui est un test paramétrique a permis d'établir des relations entre les différentes valeurs suivantes : démographiques, reliées au traitement, les échelles de la qualité de vie et des plaies.

Des limites ont été relevées par les auteurs. En effet, le caractère transversal de l'étude n'a permis qu'une seule analyse dans le temps de la relation entre les symptômes de la plaie et la qualité de vie. De ce fait une étude de type longitudinal serait indispensable pour interpréter et déterminer les changements au fil du temps. La taille de l'échantillon est également soulignée comme trop petite et ne permet pas une généralisation des résultats. C'est pour cela qu'une autre étude devrait être envisagée.

7.3.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, les résultats obtenus apportent une exploration crédible de la qualité de vie chez des patients atteints d'un cancer et souffrant d'une plaie maligne. Les différentes caractéristiques étudiées se sont avérées liées à la qualité de vie ce qui démontre l'intérêt de s'y intéresser et d'en tenir compte lors des soins. Les chercheurs affirment que même si l'élaboration de l'étude a été menée à Taiwan, les résultats sont transférables pour n'importe quelle partie du monde. Cette notion reste toutefois à prendre avec précaution, notamment concernant les pansements car la recherche a démontré que l'utilisation de pansements modernes était moyenne. La présente recherche date de 2011, toutefois elle reste d'actualité et est une avancée en ce qui concerne la qualité de vie avec des plaies malignes.

Elle a proposé de nombreuses pistes d'ouvertures qui n'ont pas encore toutes été traitées d'où l'importance d'y apporter encore une grande attention.

7.4 Description de l'étude 4

Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>

Cette étude réalisée en Suisse a pour objectif d'explorer les expériences vécues des femmes souffrant d'une plaie maligne fongicide au niveau des seins. Pour cela, les auteurs ont choisi une approche qualitative de type phénoménologique herméneutique.

Les participantes ont été sélectionnées par un échantillonnage non probabiliste intentionnel. Au total, neuf participantes atteintes d'une plaie tumorale depuis plus de 6 mois ont participé à l'étude.

Les diverses données ont été, tout d'abord, collectées lors d'entretiens semi-structurés d'une durée de 55 à 95 minutes par un chercheur et ensuite analysées selon la méthode phénoménologiques de Van Manen (Manen, 1990). Ces entretiens se sont déroulés de janvier à novembre 2009.

Une seconde étape d'analyse qualitative des données a eu lieu afin de catégoriser les phénomènes identifiés. C'est le programme MAXqda2 qui a permis ce processus.

Les résultats ont été présentés selon deux thèmes, eux-mêmes divisés en sous catégories :

« **Devoir faire face avec la situation** » : Cette dimension identifie et explique les stratégies que ces femmes ont utilisées pour cacher ce cancer « visible ». Le vécu de ces symptômes a provoqué un ajustement de la vie quotidienne en fonction de la plaie. Elles ont déclaré gérer du mieux qu'elles pouvaient ces situations pour la plupart du temps compliquées. Ce thème se divise en 4 sous-catégories.

Sous-catégorie : « L'odeur venant du sein jusqu'au nez » : L'odeur est un des symptômes significatifs dont huit des participantes ont cité comme problème générateur de détresse. Etant donné le caractère subjectif de l'odeur, les témoignages différés quelque peu mais de manière générale les plaintes et les actions pour y pallier étaient les mêmes. En effet, la plupart d'entre elles ont déclaré avoir tout essayé pour cacher l'odeur. Ce souci accaparait excessivement leur temps et limitait les activités quotidiennes. Elles ressentaient de l'anxiété et de la détresse. Elles ont imaginé des stratégies pour masquer l'odeur de la plaie car elles se figuraient que personne ne serait capable de les aider face à ce problème.

Sous-catégorie : « Suppuration comme un nez qui coule » : l'abondance d'exsudat qui s'échappait de la plaie était une source de stress pour les femmes. Elles devaient fréquemment changer les pansements voire même les vêtements et pendant ce temps laisser à l'air leur plaie. Elles allaient même jusqu'à s'isoler de peur que cela n'arrive à l'extérieur de chez elles. Un grand sentiment de frustration en a résulté face à cette problématique notamment dû à la fréquence des changements de pansement. Ne pas pouvoir maîtriser l'écoulement et devoir imaginer constamment de nouvelles solutions pour diminuer les écoulements.

Sous-catégorie : « Ne jamais savoir si ça saigne » : Tout comme l'exsudat, les saignements ont affecté ces femmes. Une des participantes a déclaré devoir prévoir des habits de rechange lorsqu'elle était au travail car elle avait de nombreux saignements et le fait que l'on puisse le remarquer à travers ses vêtements l'a énormément gênée

Sous-catégorie : « Eclater à cause de la douleur » : Les participantes ont toutes déclarés que la douleur ressentie a eu un impact sur leur qualité de vie. Elles ont fait part également de leur crainte de se rendre chez le médecin afin de demander des traitements antalgiques car elles se sentaient embarrassées à l'idée de devoir dévoiler leur plaie. Toutes ces femmes ont décidé de prendre de manière aléatoire et irrégulière les antalgies. La douleur a été qualifiée par une patiente comme « un coup de poignard » et très aiguë. Afin de gérer cette douleur, une des femmes a affirmé qu'elle utilisait son propre pouvoir de guérison. En d'autres termes, elle déposait ses mains sur son sein et sa plaie comme si elle contenait la douleur et lui parlait en même temps. Au début, la douleur semblait disparaître mais par la suite son propre pouvoir de guérison avait disparu.

« Avoir ce problème est très embarrassant » : La plaie maligne a un impact sur la santé psychologique et le bien-être. Pour ces femmes, c'est apprendre à vivre avec une lésion chronique qui devient un stigmat pour elles. Ce thème se divise en 2 sous-catégories.

Sous-catégorie : « Être si imprévisible » : La plaie était une gêne résultant de la maladie et la rendant visible. Les femmes ont perdu le contrôle de leur corps qu'elles estimaient comme « sans limite ». Quatre des participantes ont évoqué la difficulté à s'habiller et à effectuer les activités de la vie quotidienne. La cause : cette plaie. D'autres quant à elles, ont parlé de la difficulté à quitter leur domicile en raison des soins que demandaient la plaie. Cependant, toutes les femmes ont exprimé que vivre avec tous ces symptômes imprévisibles était un défi majeur. Cette imprévisibilité et la honte que ressentaient ces femmes ont modifié leur personnalité et leur identité. En quelque sorte, leur comportement était différent. Une des participantes a déclaré s'être effondrée à la vue de sa plaie, qui de plus s'étendait et grandissait avec le temps. Elle avait l'impression que le cancer affectait les limites de son corps mais aussi de son estime de soi.

Pour vivre avec cet embarras, les femmes ont développé des stratégies. Le problème se posait lors des changements de pansement. En effet, à chaque fois elles se retrouvaient confrontées à la vue de cette plaie et à la maladie. Alors pour pallier à cela, lors des pansements, une des participantes expliquait faire ses soins devant une émission télé qui la relaxait et la distrayait.

Sous-catégorie : « L'attractivité habituelle a disparu » : La sexualité et la perte d'attractivité envers les personnes qu'elles aimaient ont été abordées. Ces femmes ont déclaré qu'elles et leur partenaire avaient fait le maximum pour éviter de devoir à toucher le sein lésé. Toutes celles qui étaient sexuellement actives ont expliqué la perte d'intimité que cela avait causé. Deux des participantes ont dit qu'avoir une plaie maligne sur le sein affectait la qualité de la relation. En effet, les partenaires avaient peur de la blesser s'ils la touchaient ou étaient confronté au fait que leur femme était atteinte d'une maladie grave. Une des participantes a appris à vivre avec ce problème. Elle dit avoir suivi un processus personnel qui lui a permis de gérer la situation mais aussi sa relation de couple. Avoir la situation sous-contrôle, lui a permis d'avoir la capacité de s'accepter elle-même et ainsi pouvoir accepter toutes les autres relations.

7.4.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage non probabiliste intentionnel ou aussi nommé par choix raisonné est la méthode utilisée par les auteurs. Il a ainsi permis de choisir les participantes selon certaines caractéristiques typiques afin d'obtenir une population représentative du phénomène à l'étude. (Fortin & Gagnon, 2010, p. 235) C'est ainsi qu'ont été recrutées, selon les critères d'inclusion, neuf femmes âgées de 40 à 80 ans souffrant depuis plus de 6 mois d'une plaie maligne au niveau du sein. Le premier contact a été établi par un-e infirmier-ère ou un médecin et par la suite, elles ont participé à des entretiens semi-structurés. Ce type d'entretien est la méthode de choix dans l'approche phénoménologique.

La collecte et l'analyse des données phénoménologiques a une certaine structure qui a été respectée et reproduite dans la présente étude. À propos de l'analyse, les techniques peuvent varier mais elles possèdent toutes un même canevas. Dans cette recherche, les chercheurs ont transcrit les entretiens sous forme de texte en allemand. Ils ont lu et relu les transcriptions afin de bien saisir les données et comprendre les expériences vécues. Après la relecture, ils ont identifié et regroupé les phénomènes.

Concernant l'organisation des données, un programme d'analyse qualitative a été utilisé. Il s'agit de MAXqda2.

Une approbation éthique a été délivrée par le comité d'éthique de chaque canton soit Zurich, Berne et Bâle ainsi que par le comité de l'université de Surrey, au Royaume-Uni.

7.4.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, étant donné l'augmentation du taux de survie chez les personnes atteintes d'un cancer avancé, on peut supposer qu'il y aura plus de patients avec des plaies malignes à soigner.

Dans cette étude, les expériences des femmes mettent en évidence que la perte de contrôle du corps amène également à une perte de contrôle de leur vie et d'elle-même. Leur corps du passé qui était bien délimité, un corps qui était normal semble pour ces femmes un lointain souvenir. Les auteurs conseillent d'avoir une approche holistique de ces femmes afin d'apporter un soutien et une évaluation adéquate de leur état de santé. Cela permettra aux patientes d'avoir un équilibre entre le corps et l'esprit.

Cette étude démontre que les femmes n'avaient pas accès aux bonnes informations concernant la prise en charge des symptômes de la plaie. Il faut donc que les connaissances des professionnels soient ajustées.

Il s'agit d'une étude réalisée en Suisse, ce qui est intéressant car elle fait part d'événements relatifs à notre culture et à notre système de santé. De plus la population étudiée est très représentative du questionnement de recherche.

7.5 Description de l'étude 5

Espanet, N., Colson, S., Baumstarck, K., Futo, F., Mancini, J., & Salas, S. (2016). Les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse : une étude analytique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 98. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0098>

Cette étude pilote réalisée en France fait suite à une revue de la littérature de 2008 sur « les stratégies d'adaptations des patients porteurs d'une plaie cancéreuse » (Lucchesi et al., 2008) Elle a pour objectif d'établir quelles sont les stratégies d'adaptations auxquelles font recours les patients atteints d'une plaie tumorale et d'identifier des relations entre ces stratégies et les facteurs cliniques et sociodémographiques. De plus, un deuxième objectif a guidé cette recherche, l'intérêt d'investiguer et d'éclaircir l'altération de l'image corporelle de ces personnes.

Pour cela, les auteurs ont choisi une approche quantitative de type corrélationnelle transversale analytique. En d'autres termes, cette étude « a pour but d'étudier des facteurs associés à un phénomène de santé particulier ». (Fortin & Gagnon, 2010)

Concernant l'échantillon, le recrutement des patients a eu lieu de 2009 à 2011 au sein du centre hospitalier universitaire de Timone à Marseille. C'est lors d'une consultation avec leur oncologue que l'étude leur a été proposée. Sur 21 patients retenus, seul 15 questionnaires se sont avérés utilisables. Les patients répondaient à ce questionnaire lors de leur visite et leur coopération prenait fin dès que celui-ci était rendu.

Les résultats obtenus suite à cette investigation sont les suivants :

Les caractéristiques cliniques : La majorité des participants atteints d'une plaie cancéreuse sont les patients avec un diagnostic de cancer de la sphère ORL (66.7%), suivi par le cancer gynécologique (13.3%), par les sarcomes (13.3%) et finalement, un cas de cancer urologique (6.7%). Ces différents cancers ont été diagnostiqués en moyenne depuis cinq ans et 60% d'entre eux subissent un traitement pour récurrence de la maladie. Quant à la présence d'une plaie cancéreuse, la totalité des participants y sont atteints et sous traitement local avec une moyenne d'environ 20 mois. Ces plaies sont localisées à divers endroits tels que : visage=3 ; cou=6 ; visage + cou=1 ; dos/thorax=3 ; jambes/pieds=2. Concernant la douleur de la plaie, elle est évaluée en moyenne à 3.4/10. Enfin, 66.7% ont déclaré une altération de l'état général menant à un alitement presque continu.

Les caractéristiques socio-démographiques : Le 80% des participants étaient des hommes dont la moyenne d'âge était de 65 ans. Pour 66.7% d'entre eux le parcours professionnel était inférieur au baccalauréat. La totalité était inactifs au niveau professionnel soit à la retraite ou en arrêt maladie. Finalement, tous étaient couverts par une assurance sociale.

Les stratégies d'adaptation utilisées : Tout d'abord, l'examen de l'échelle de coping a démontré un usage de diverses stratégies de la part des patients. Certains s'orientent vers des conduites de modification du problème ou de modulation de leurs émotions tandis que d'autres recherchent du soutien social. De ce fait, dans cette étude souffrir d'une plaie maligne ne définit pas l'utilisation d'une stratégie particulière. Cependant, certains problèmes cliniques sont reliés à un coping spécifique. Si la plaie tumorale est douloureuse, elle engendre l'utilisation du coping émotionnel et plus le diagnostic de cancer est ancien, et plus les patients vont rechercher du soutien social.

La plaie cancéreuse et l'image corporelle : la perception de l'image corporelle a obtenu un score de 16/30. Toutefois, les valeurs recueillies sont étendues de manière importante. En effet, la valeur la plus basse était de 2/30 et la valeur la plus élevée de 30/30.

7.5.1 Validité méthodologique

Afin d'étudier les données recueillies, les auteurs ont mené leurs diverses analyses statistiques à l'aide d'un logiciel nommé SPSS.

Par la suite, les chercheurs ont opté pour une analyse descriptive des caractéristiques relevées auprès des participants. Ils les ont présentées de deux manières selon le type de variable. Les variables qualitatives sous l'aspect de proportion et les variables quantitatives en mettant en évidence les moyennes, les minimums et les maximums. Tous ces éléments étaient ensuite observables sous forme de tableaux.

Des tests statistiques ont été également utilisés. Notamment le test du coefficient de corrélation des rangs de Spearman qui est un test non paramétrique et a permis de corrélérer les variables quantitatives et ordinales. Quant aux scores de coping et de l'altération de l'image corporelle, ils ont été évalués grâce au test de Mann-Whitney. Cependant, ces mesures sont à prendre avec précaution car les auteurs ne font apparaître en nulle part des indicateurs de fidélité ou de validité des instruments utilisés.

L'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a permis d'obtenir la participation de 21 personnes pour cette étude. Au final, l'échantillon se compose uniquement de 15 participants. Pour une étude de type quantitative, ce taux de participation reste très faible et ne permet pas de crédibiliser entièrement les résultats. C'est une remarque mise en évidence par les auteurs, du fait qu'il s'agisse d'une étude pilote et c'est pourquoi cet échantillon est limité. Chaque participant a répondu à un questionnaire, cet outil est très utile pour avoir des réponses rapides selon les besoins de l'étude. Ce dernier a permis de démontrer l'adhérence des patients à ce genre d'outils et va permettre de mener une recherche à un niveau national.

Cette étude future va évoluer de façon à ce que les données soient évaluées dans le temps car l'adaptation est un processus en constant changement qui nécessite plusieurs mesures.

De plus, les auteurs ont déclaré que la présente recherche ne permet pas que les résultats soient reproduits ou généralisés. D'où l'importance de continuer les recherches.

7.5.2 Pertinence clinique

Cette étude est intéressante car elle met en avant les stratégies que développent les patients face à leur problème de santé. Elle démontre également que la plaie cancéreuse en elle-même ne permet pas de justifier l'utilisation d'une stratégie de coping particulière mais que plusieurs éléments associés comme l'ancienneté du diagnostic de cancer et le vécu de cette maladie engendrent certains besoins. Selon les auteurs, cela demande donc une écoute attentive des patients afin de reconnaître les demandes et de proposer un accompagnement idéal.

De plus, le fait qu'une étude multicentrique prospective soit en cours à un niveau national démontre bien l'intérêt que portent les chercheurs pour cette problématique actuellement.

7.6 Description de l'étude 6

Agra, G., Pereira dos Santos, J., Tamar Oliveira de Sousa, A., André Gouveia, B. de L., Freires de Brito, D. T., de Lima Macêdo, E., ... Lopes Costa, M. M. (2016). Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/2215>

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire écrite en anglais et menée dans un centre hospitalier au Brésil durant l'année 2014. Cette recherche a comme objectif d'investiguer la prise en charge des patients souffrant d'une plaie néoplasique par les infirmières. C'est ainsi que les chercheurs après avoir parcouru la littérature concernant les plaies oncologiques ont déterminé une question conductrice issue d'une approche de type « étude de cas », la question est la suivante : Quelle est la prise en charge clinique des infirmières à l'égard des patients atteints de plaies néoplasiques malignes ?

Concernant l'échantillonnage, il a été réalisé par choix raisonné et par saturation des données. Au final, il s'agit donc de 10 infirmières qui ont y pris part à cette recherche. Elles ont été reçues pour des entretiens semi-structurés dans lesquelles elles ont dû répondre à un questionnaire se présentant en deux parties. Une première partie concernait les données démographiques et la deuxième partie incluait des questions d'ordres subjectives des connaissances et de la pratique qu'avaient ces infirmières.

Les résultats obtenus se présentent de cette façon : un thème principal comprenant quatre sous-catégories.

Le soin des plaies néoplasiques malignes : Les soins pour ce type de plaie représente un défi important car si elles sont prises en charge à un stade avancé, les possibilités de guérison sont amoindries voire impossibles. Dans ce cas le traitement doit se concentrer sur les symptômes afin de préserver au mieux la qualité de vie de la personne soignée.

Sous-catégorie 1 = Les soins de la douleur : les déclarations des infirmières démontrent qu'elles utilisent des traitements non-opioïdes et opioïdes pour soulager la douleur. Elles utilisent ces médicaments en regard des données probantes. Les participantes n'ont pas déclaré utiliser d'autres moyens pour la gestion de la douleur. Cependant, une des infirmières a exprimé avoir recherché l'utilisation de stratégies ne dépendant pas d'une prescription médicale comme l'installation de manière confortable du patient lors du soin. Aucune des participantes ne s'est exprimée sur la recherche de sens à la douleur auprès des patients. Pourtant la douleur fait partie prenante des patients et peut exprimer beaucoup de choses.

Sous-catégorie 2 = Prendre en soin l'exsudat et l'odeur : Comme pour la gestion de la douleur, les infirmières utilisent des méthodes issues des recommandations du ministère de la santé mais certaines d'entre-elles font usages de produits contre-indiqués. Les participantes ont dit qu'elles effectuaient le contrôle de l'exsudat et de l'odeur en utilisant une solution saline et des antiseptiques pour nettoyer la plaie. Elles déclarent aussi se servir d'alginate de calcium avec de l'argent et du charbon comme couverture pour les plaies. Les médecins quant à eux, leurs prescrivaient comme traitement de la Furacine (antimicrobien) et de la dexaméthasone (corticoïdes)

Sous-catégorie 3 = Prendre soins des saignements : Les infirmières ont cité le pansement compressif comme la technique la plus simple pour contrôler les saignements ainsi que l'administration d'adrénaline topique ou d'acide tranexamique (anti-fibrinolytique) par voie intraveineuse suite à une prescription médicale. Une des participantes avait des connaissances concernant les protections hémostatiques disponibles pour le soin des plaies qui saignent. Ce type de couverture reste plus longtemps en place et évite ainsi le changement fréquent de pansement et de ce fait le risque de saignement.

Sous-catégorie 4 = Prendre soins des nécroses et des infections : Les chercheurs ont remarqué que les infirmières connaissaient les méthodes de débridement de plaies et les risques associés. Cependant, le discours d'une participante a révélé que l'institution ne possédait pas tout le matériel nécessaire et adéquat pour ce genre de prise en charge. Concernant les infections, les infirmières ont parlé de la grande importance d'évaluer l'étendue de l'infection avant de procéder aux soins. En ce sens, elles ont indiqué réaliser une évaluation minutieuse de l'état de la plaie avec l'aide du corps médical. Les auteurs ont relevé que les infirmières participantes avaient un réel souci de réaliser efficacement les pansements afin d'améliorer l'état de la plaie et éviter des complications.

7.6.1 Validité méthodologique

L'approche « étude de cas » établie par les auteurs implique une certaine structure qui a été respectée dans cette recherche. En effet, les chercheurs ont tout d'abord mis en avant une problématique qui est celle des plaies néoplasiques malignes et de leurs impacts sur le corps de la personne malade. Ensuite, ils ont choisi d'évaluer ce que la pratique infirmière mettait en place face à ce problème car c'est la population infirmière qui est en 1^{ère} ligne lors des soins des patients atteints de cancer et souffrant d'une plaie tumorale. De ce fait, la population retenue pour cette étude est : les infirmières travaillant dans les soins de plaies et notamment les plaies cancéreuses. Finalement, les auteurs ont formulé une question de recherche qui a permis de contribuer aux interrogations menant à comprendre le phénomène.

Concernant l'échantillonnage, il a été réalisé par choix raisonné qui est la méthode privilégiée lors d'une étude de cas. C'est 21 infirmières spécialisées dans les soins de plaies qui travaillaient dans cet hôpital qui étaient sujettes à l'étude mais étant donné le caractère qualitatif de cette recherche les données ont été recueillies jusqu'à saturation de celles-ci. Lorsque les données ont commencé à se répéter les chercheurs ont arrêté l'échantillonnage.

Les chercheurs ont procédé à des entretiens semi-structurés avec les participantes et ont utilisé un questionnaire. Toutefois, la validité de celui-ci n'est pas mise en avant par les auteurs.

Une codification des résultats a eu lieu ce qui permis de faire ressortir des thèmes principaux. Selon Fortin (2010), ce processus est dénommé la codification thématique.

Les critères de rigueur scientifique pour cette recherche ne sont pas mis en évidence par les chercheurs. Il est donc difficile d'affirmer de manière sûre une crédibilité, une transférabilité et une fiabilité des résultats. Cependant, les auteurs se sont référés uniquement aux dires des participantes et non pas fait intervenir leur point de vue. La confirmabilité des données est donc respectée.

7.6.2 Pertinence clinique

Selon les auteurs, cette recherche permet une ouverture vers de nouvelles perspectives de d'étude sur ce sujet. Ils insistent également sur l'importance de maintenir et de créer des formations continues pour ces professionnels qui mobilisent déjà toutes leurs connaissances pour apporter des soins adéquats auprès de patients atteints d'une plaie maligne. A ce propos, les données probantes qui ont guidé les soins des infirmières de cette étude sont les suivantes :

- Pour la douleur, elles se sont basées sur un document rédigé par la société Brésilienne d'oncologie clinique qui sur l'analyse d'études et données scientifiques a élaboré un document de recommandations pour la gestion de la douleur chez les patients atteints d'un cancer. (Wiermann, 2014)
- Pour les saignements, les nécroses et les infections, les auteurs ont déclaré que les soins prodigués par les soignantes étaient conformes aux directives établies par le ministère de la santé et l'institut national du cancer Brésilien.

Finalement, les chercheurs concluent en disant qu'il faut privilégier des soins authentiques en se basant sur les connaissances mais sans oublier toutes les facettes de l'être humain et de son bien-être.

7.7 Synthèse des principaux résultats

Afin d'établir des liens avec la question de recherche et de synthétiser les principaux résultats des études analysées précédemment, les paragraphes suivants auront pour objectif de résumer la situation avant la partie discussion.

Vivre avec une plaie chronique a un impact négatif sur les dimensions bio-psycho-sociales et la qualité de vie de la personne atteinte. En effet, le quotidien des patients avec une plaie de longue durée se retrouve souvent modifié. Leur vie tourne autour de la plaie et les activités sont effectuées selon ses besoins de soins. (Kapp, Miller, & Santamaria, 2018)

Ces éléments se sont confirmés dans les études de Probst et al. (2013) et Lo et al (2012) qui concernent plus précisément les plaies malignes. Ces recherches ont démontré que les symptômes des plaies oncologiques qui sont : l'odeur, l'exsudat, les saignements, la douleur sont à l'origine d'une diminution de la qualité de vie. Ils ont causé chez le patient de la détresse et une perte d'identité à cause de la perte de contrôle de leur corps. L'étude quantitative (Lo et al., 2012) affirme ces propos en les illustrant par des corrélations négatives entre ces symptômes et la qualité de vie.

Afin de mesurer cette qualité de vie et de déterminer l'atteinte, l'étude de Matthias et al. (2017) a testé l'efficacité d'une échelle pour les plaies chroniques. Cet outil Wound-QoL a été jugé valide et permettra l'efficience au niveau des traitements des plaies chroniques.

Face à ces différents problèmes, l'étude de Espanet et al. (2016) concernant les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie tumorale a démontré que les patients faisaient appel à un coping particulier selon la douleur de la plaie ou l'ancienneté du diagnostic de cancer. Ces copings sont soit : d'ordre émotionnel en relation avec la douleur, soit : de recherche de soutien social en relation avec la durée de l'affection.

Finalement, d'un point de vue infirmier, la prise en charge des plaies néoplasiques est encore à développer. Effectivement, l'étude de Agra et al. (2016) indique que les infirmières ont certaines connaissances basées sur des données probantes mais que des recherches et de nouvelles formations sont encore à mettre en place afin d'améliorer cette prise en charge et ainsi aussi augmenter la qualité de vie des patients atteints.

8. Discussion

Le but de cette revue de la littérature était de comprendre qu'elle était la perception de l'impact d'une plaie tumorale chez un patient atteint d'un cancer. L'analyse des six articles précédents n'ont permis qu'une réponse partielle. Bien d'autres articles sur le sujet existent et permettraient une réponse plus approfondie, plus complète et plus étayée. Sa réalisation serait possible en analysant un plus grand nombre d'étude.

8.1 Discussion des résultats

Deux des études analysées, celle de Probst et al. (2013) et celle de Lo et al. (2012) ont exploré le vécu des personnes souffrants d'une plaie tumorale. Il en est résulté une liste de symptômes, toujours les mêmes : la douleur, l'odeur, les saignements, l'exsudat et l'infection. Ces principaux signes typiques de la plaie maligne sont les mêmes qui ont été relevés dans le cadre théorique. Le constat de la littérature démontre donc un certain consensus concernant ces symptômes.

Suite à ces deux études les participants ont signalé l'impact de ceux-ci sur leur quotidien. L'une des recherches a démontré d'une manière quantitative, chiffres à l'appui que les participants étaient atteints par ces différents symptômes à divers degrés d'importance. L'outil utilisé était la Malignant Fungating Wound Assessment Tool, celle-ci a été citée, en 2015, dans un document de recommandation pour les soins des patients avec une plaie fongicide maligne conçu par la société européenne des soins infirmiers en oncologie (EONS). Les auteurs ont décrit cinq outils issus de la littérature qui permettent tous d'évaluer les cinq symptômes principaux ainsi que d'autres éléments, mais ceux-ci diffèrent d'une échelle à l'autre. (EONS, 2015). Aucune donnée probante n'existe encore sur l'emploi conjointement de tous ces outils à la fois mais cependant, il existe un large choix qui permet d'évaluer et de saisir l'importance de ces symptômes auprès des patients. L'utilisation d'un outil d'évaluation semble donc nécessaire à la prise en charge des soins de plaies du moins c'est ce que préconise la théorie de la gestion des symptômes décrite auparavant dans le cadre théorique. Effectivement, du point de vue théorique l'évaluation du symptôme est un aspect important qui permet de le caractériser et ainsi permettre d'établir les gestes adéquats pour les soins. (Eicher et al., 2013)

L'étude qualitative quant à elle, décrit l'expérience qu'impliquait ces symptômes associés les uns aux autres. Les patientes ont toutes ressenti de la honte, de la peur, de la détresse, un changement de leur image corporelle, des difficultés à communiquer et de l'isolement causé par des restrictions dans leurs activités quotidiennes et sociales. La TGS prend également tout son sens sur ce point de vue. Un des concepts de la théorie qui est l'expérience du symptôme démontre que si l'expérience se prolonge dans le temps, cela sera vécu

comme un désagrément pour la vie quotidienne et c'est exactement ce qui résulte de la vie de ces femmes. Cependant, certaines d'entre elles ont fait preuve d'ingéniosité afin de pallier aux symptômes. Cela est aussi un des concept clé de la Théorie de la Gestion des Symptômes (TGS) lorsque la personne met en place des stratégies d'adaptation afin de diminuer l'impact du symptôme.

Finalement, la revue de la littérature de Reynolds et Gethin (2015) relève les effets psychologiques des symptômes physiques et appuie encore les résultats obtenus. A nouveau, le coté physique des symptômes est le premier problème souligné, suivi par un changement de l'estime de soi et des relations sociales. Cette revue a démontré que les plaies malignes étaient difficiles à vivre et l'isolement social dû à la plaie était relativement important. La piste à suivre selon les auteurs est de sensibiliser les soignants à trouver des méthodes pour la gestion efficace des symptômes et ainsi améliorer la qualité de vie des patients.

En ce qui concerne la qualité de vie, l'étude de Kapp, Miller, & Santamaria (2018) a mis en avant quels étaient les domaines de la personne touchée par l'impact des plaies chroniques sur la qualité de vie. La dimension physique, émotionnelle, sociale et financière sont les principaux point ressortis. Cela corrèle exactement avec les dimensions retenues pour le concept de qualité de vie du cadre théorique. On imagine donc que la plaie maligne a un impact considérable sur la qualité de vie car elle diminue le bien-être physique et émotionnel de la personne, elle empêche son fonctionnement normal ainsi que la réalisation des activités quotidiennes et finalement réduit les rapports sociaux. Une revue s'est intéressée à la dépression et à la qualité de vie des patients atteints d'une plaie chronique. Les résultats corroborent avec ceux obtenus. En effet, la douleur et une limitation de la mobilité réduirait la qualité de vie. De plus, cette revue suggère également la comorbidité de la dépression chez une personne atteinte d'une plaie chronique. Selon les auteurs, une étape importante pour identifier une diminution de la qualité de vie semble être l'évaluation à l'aide d'un questionnaire fiable. (Renner & Erfurt-Berge, 2017)

Ce qui nous amène à l'étude de Matthias et al. (2017) qui étudiait la validité de la Wound-QoL. Elle prend donc de l'importance dans l'évaluation de l'impact de la plaie sur la qualité de vie notamment parce qu'elle évalue autant les symptômes que le psychologique.

Pour faire face à cette diminution de la qualité de vie, un des buts de recherche était de savoir si les patients faisaient appel à des stratégies d'adaptations. C'est en tout cas ce que l'étude de Espanet et al. (2016) a essayé de déterminer. C'est ainsi qu'on a pu constater que le coping émotionnel et la recherche de soutien social étaient utilisés pour faire face à la maladie. Le modèle de la psychologie de la santé peut permettre de comprendre le chemin que poursuit le patient atteint d'une plaie tumorale. Soit, si on se réfère au modèle

intégratif et multifactoriel, imaginons un patient et son parcours vers des stratégies d'adaptation. Nous pouvons donc proposer que le diagnostic de cancer ancien et les traitements associés correspondent aux antécédents environnementaux ou « ce qu'il a subi », la plaie et la douleur correspondent aux antécédents individuels ou « ce qu'il est » face à cela il élabore des stratégies d'adaptation ou d'ajustement qui correspondent à « ce qu'il fait face à l'adversité » ainsi il procède à un parcours qui l'amène vers le bien-être. On peut en conclure, même si ce « schéma imaginé » est théorique, que la boucle est bouclée. Le patient fait preuve de stratégie d'adaptation dans le but d'améliorer sa qualité de vie qui est péjorée par un diagnostic de cancer et la souffrance d'une plaie tumorale.

L'atteinte de l'estime de soi et de l'image corporelle est également une problématique qui a été mise en avant notamment dans les verbatims de l'étude de Probst et al. (2013). La traduction en français du verbatim suivant démontre bien cela : « Avoir ce problème est très embarrassant. Vous vous sentez comme une personne complètement différente. « Oui, je ne suis pas la personne que j'étais avant » Ce message qui est fort peut être interprété de plusieurs manières différentes. Les auteurs de cette étude ont souligné que toutes les femmes ont déclaré que leur personnalité et leur identité avaient changé et que cela avait modifié leur comportement. La revue de la littérature sur les effets psychologiques des plaies malignes fongicides de Reynolds et Gethin (2015) aborde un thème sur « les effets de la perception de soi ». Les chercheurs disent que la perte de contrôle du corps est un problème répandu. En effet, il y aurait une « perte de soi » en d'autres termes, la personne ne se sent plus comme elle était avant. Les patients ont ainsi perdu non seulement confiance en leur corps mais aussi aux capacités de leur corps. L'article de Bigeard (2015) parle de certains principes de la consultation infirmière. Un de ces principes s'est avéré intéressant. L'auteure dit qu' « il ne faut pas oublier que la plaie tumorale est le reflet de la pathologie cancéreuse et peut altérer l'image corporelle du patient. » On comprend ainsi que la maladie se manifeste à l'extérieure et peut gêner le patient.

Finalement, l'analyse d'une étude sur la prise en charge infirmière permet un autre regard sur la plaie maligne mais aussi l'inquiétude de savoir si les connaissances sont suffisantes pour prendre en charge ce type de plaie. Les résultats de Agra et al. (2016) ont démontré que les infirmières avaient des connaissances de bases concernant les soins de plaies fongicides malignes mais qu'il manquait certains consensus ou données probantes plus poussées pour la gestion efficace des symptômes. L'association suisse pour les soins de plaie a publié un document de référence à ce sujet. Un chapitre entier est consacré aux plaies cancéreuses et nous pouvons retrouver des indications concernant les soins locaux.

Concernant les préparatifs spécifiques, les auteurs conseillent de prévoir du temps, d'installer de manière confortable le patient tout en l'informant des risques possibles du soin. Ils sensibilisent également de prêter une attention particulière à l'hygiène car il s'agit de patients immuno-supprimés. Vient ensuite le nettoyage de la plaie, qu'il faut effectuer de manière minutieuse car cela peut être douloureux. Les compresses peuvent être humidifiées d'eau stérile, de NaCl 0.9% qu'on laisse agir de 10 à 20 minutes sur la plaie. L'utilisation des antiseptiques se fait selon les indications ordonnées par les spécialistes. Le débridement reste une technique contre-indiquée pour ce type de plaie. Pour les odeurs, ils suggèrent d'effectuer un frottis de plaie en cas de doute d'une infection. En termes de traitement, l'utilisation de métronidazole 0.8% est efficace contre les odeurs importantes. En voilà quelques exemples qui peuvent guider la pratique infirmière.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

La pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé (2013) a permis de déterminer le niveau de preuve des études. Les six études analysées présentent un « faible niveau de preuve scientifique ». Cependant, pour les trois études qualitatives, elles ont toutes respecté une certaine structure. L'une d'entre elle a respecté tous les critères de rigueur scientifiques. Les deux autres quant à elles, ont respecté la structure de la collecte de données selon leur type de recherche ce qui crédibilise l'étude. Pour les recherches quantitatives, celle de Matthias et al. (2017) a permis la validation d'une échelle d'évaluation malgré qu'il s'agisse d'une étude de niveau de preuve IV. Les deux autres études quantitatives ont démontré des limites, non pas dans les résultats mais dans la façon de mener l'étude. La recherche de Lo et al. (2012) a utilisé une approche transversale mais les auteurs ont exprimé l'intérêt de reproduire une approche longitudinale pour comprendre l'expérience des patients au fil du temps. Finalement, l'étude pilote française sur les stratégies d'adaptation a souligné qu'elle était l'esquisse d'une recherche plus poussée qui est en cours actuellement. Cela démontre qu'elle a suscité un intérêt suffisant pour continuer la recherche sur ce sujet.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Dans le respect des directives de réalisation de ce travail, il est nécessaire de souligner que des limites sont apparues. Ce travail étant une revue de la littérature, réduit le nombre d'études analysées sur le sujet. En effet, seulement six études issues de la littérature composent cette revue. Un travail plus étoffé comprendrait une autre structure et une analyse d'un plus grand nombre de recherches et sur d'autres bases de données. Un autre point à souligner est, qu'il s'agit uniquement d'études disciplinaires, peut-être que d'un point de vue médical ou psychologique d'autres résultats auraient pu être mis en avant. Cependant il est

important de remarquer que la totalité des études sont relativement récentes et de ce fait, on peut estimer que les éléments issus de ce travail sont actuels.

Au cours de l'élaboration de ce travail, les critères d'inclusions pour le recensement des recherches ont dû être élargis étant donné la précision du champ de recherche qu'implique les plaies tumorales. C'est ainsi qu'une des études s'intéresse à la pratique infirmière mais toutefois, la prise en charge se focalise sur des patients adultes atteints d'un cancer et souffrant d'une plaie tumorale. Malgré ce choix d'élargir les recherches, les résultats obtenus tendent vers des réponses communes.

Finalement, bien que les patients soient atteints d'un cancer, la présente revue de la littérature s'est principalement focalisée sur la plaie tumorale et l'impact qu'elle a sur la qualité de vie. Cependant, il ne faut pas oublier que le cancer est déjà un chamboulement dans la vie de ces patients. C'est pourquoi il aurait été intéressant de trouver des recherches qui s'inquiétaient tout autant de l'impact de la maladie que de la plaie.

9. Conclusion

« L'expérience que fait le cancéreux de son corps malade ce n'est pas seulement les symptômes de la douleur. Ce sont également les bouleversements corporels entraînés par la maladie. Ils touchent et parfois brisent, à travers le corps mutilé, l'image que le malade a de lui-même. » (Fischer, 2013)

Même si le terme « le cancéreux » n'est pas une bonne façon d'exprimer qu'une personne est atteinte d'un cancer, cet extrait tiré du livre « Psychologie du cancer » fait un lien avec les conclusions que nous pouvons tirer de cette revue de la littérature. En effet, un patient qui souffre d'une plaie tumorale la perçoit comme une perturbation sur la totalité de son quotidien. Elle impacte autant sur le physique que sur le psychique et dessine sur le corps l'image de la maladie.

9.1 Proposition pour la pratique

Que proposer à ces patients afin d'améliorer leur bien-être et leur quotidien ? Les différents résultats ont démontré que les patients souffrent non seulement physiquement à cause de la douleur mais aussi psychologiquement à cause des symptômes de la plaie. Ils s'isolent, ils ont l'impression que leur corps ne leurs appartient plus, ils ne se sentent pas entièrement écoutés par rapport à leurs craintes et dévoiler leur plaie aux yeux de tous leur fait peur. En ce sens, l'article de O'Brien (2012) propose que l'approche soignante soit holistique et que la prise en charge se fasse autant sur l'aspect physique que sur l'aspect psychologique.

Actuellement, en Valais, un projet de soins oncologiques à domicile a été mis en place. Il se nomme ResOnco et consiste en la prise en charge du patient à son domicile. Celui-ci est possible par une coordination et une collaboration de tous les acteurs de la santé : médecin traitant, médecin oncologue, infirmière spécialisée en oncologie, CMS, ... Ce projet a vu le jour, afin de proposer aux personnes atteintes d'un cancer, des soins de qualité, plus confortables et qui remet l'humain au centre des préoccupations. Les CMS sont ainsi formés par des professionnels en oncologie. Comme constaté dans une des recherches analysées, les déplacements pour obtenir des soins ainsi que l'isolement social dû à la honte de la plaie sont des critères de baisse de la qualité de vie. Ainsi, le patient aura la possibilité de limiter le nombre de ses déplacements et pourra recevoir des soins de qualité à la maison. Concernant l'inquiétude de dévoiler la plaie, la personne malade sera rassurée et se retrouvera au sein d'un dispositif de soin avec des soignants qu'il connaît. Sa plaie ne sera pas dévoilée à chaque fois à un inconnu.

Promouvoir ce type de prise en charge, permettra au patient de retrouver confiance en lui et de se sentir soutenu. Ses préoccupations et ses désirs de soins correspondront mieux à ses besoins. Il ne faut pas oublier que le patient atteint d'un cancer, a sûrement déjà subi

des traitements et connaît l'équipe médical. Il se sentira probablement rassuré de se retrouver au cœur d'une prise en charge qui rassemble ces professionnels et pourra apprécier le suivi proposé à domicile.

Finalement, pour faire référence à l'utilisation d'échelles pour évaluer la qualité de vie, on peut s'apercevoir que celles-ci peuvent prendre une place importante lors d'une prise en charge de plaie chronique. En effet, selon Renner et Erfurt-Berge (2017) les patients atteints d'une plaie chronique ressentent souvent des sentiments négatifs, il serait donc utile de les évaluer afin de mieux les cerner. Cette revue de la littérature a analysé une étude validant l'utilisation de la Wound-QoL. Cette échelle dispose même d'un site internet. On y retrouve l'information qu'elle qui a été traduite et validée en français. Elle pourrait donc être utilisée dans la prise en charge des patients afin d'optimiser les soins relatifs à la plaie en investiguant la qualité de vie.

9.2 Proposition pour la formation

La HES-SO propose un large éventail de formation continue notamment dans le domaine de la santé et des soins infirmiers. De nombreux « Certificate of Advanced Studies » (CAS) ou « Diploma of Advanced Studies » (DAS) complètent la formation Bachelor. Certaines de ces formations seraient un atout pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'un cancer et souffrant d'une plaie tumorale. En voici une liste :

- CAS : Qualité des soins et conseil.
- CAS : Gestion de la douleur selon la théorie de la gestion des symptômes.
- CAS : Prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation.
- CAS : Oncologie et soins palliatif
- DAS : Expertise en soins de plaies et cicatrisation.

Ces diverses formations post-grades permettraient d'approfondir les connaissances des professionnels infirmiers, et ainsi lors d'une éventuelle collaboration d'établir une prise en charge spécifique aux besoins du patient.

9.3 Proposition pour la recherche

Cette revue de la littérature s'est centrée sur la perception des plaies tumorales et l'impact qu'elles avaient sur la qualité de vie. Cependant une vision plus globale du sujet pourrait amener d'autres éléments tout aussi importants. Tout d'abord, s'intéresser à la prise en charge des plaies notamment des pansements et des traitements permettrait d'améliorer la qualité de vie. Une revue systématique de Adderley et Holt (2014) a été conduite afin d'évaluer les preuves des effets qu'avaient les pansements et les agents topiques sur la qualité de vie et les symptômes de la plaie. Les conclusions obtenues par les auteurs

n'étaient pas encore concluantes. Ils n'ont pas eu assez de données probantes pour établir des pratiques qui améliorent la qualité de vie ou la bonne prise en charge des symptômes. Ils conseillent des recherches supplémentaires sur le sujet. Le pansement ou la prise en charge des symptômes font partie intégrante des soins de la plaie. C'est dans ce sens-là que l'intérêt de poursuivre les recherches apporterait un vrai plus afin d'optimiser la qualité de vie.

Un second point de vue mériterait d'être plus développé. En effet cette revue de la littérature n'a traité qu'une petite partie de la prise en charge infirmière concernant les soins de plaies. Quelques études se sont intéressées à l'expérience des infirmières lors des soins de plaies, elles ont démontré qu'elles pouvaient être tout autant éprouvantes que celles du patient. Du moins, c'est ce que décrivent les infirmières de l'étude de Alexander (2010), elles ont ressenti du désespoir, de l'impuissance, de la tristesse, de la frustration et voir même de la colère face à cette plaie dont elles avaient l'impression de ne pas pouvoir soigner correctement. Pour elles, ce sont des souvenirs négatifs qui restaient gravés dans leur mémoire. C'est pourquoi, il semblerait intéressant de se pencher sur les expériences de ces soignants ainsi que de leur prise en charge afin de déterminer si celle-ci a impact sur la qualité de vie des patients.

Pour conclure, nous nous apercevons que les plaies tumorales ont plusieurs facettes à prendre en considération ne serait-ce que parce que le patient est atteint d'un cancer et qu'il subit une modification de son image corporelle. Cette revue de la littérature s'est intéressée à l'impact qu'elles avaient sur la qualité de vie mais d'autres raisons peuvent modifier la qualité de vie comme le cancer lui-même ou la relation soignant patient. C'est pourquoi, il serait intéressant d'élargir les recherches selon ces différents points de vue.

10. Références bibliographiques :

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Adderley, U. J., & Holt, I. G. (2014). Topical agents and dressings for fungating wounds. In *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003948.pub3>
- Agra, G., Pereira dos Santos, J., Tamar Oliveira de Sousa, A., André Gouveia, B. de L., Freires de Brito, D. T., de Lima Macêdo, E., ... Lopes Costa, M. M. (2016). Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/2215>
- Alexander, S. J. (2010). An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*, 7(6), 456-465. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x>
- Ancelle, T., Rothan-Tondeur, M., & Ivernois, J.-F. d'. (2013). *Statistique pour les infirmières*. Paris: Maloine.
- Aouizerat, B., & Group, null the U. S. of N. S. M. F. (2008). A middle range theory of symptom management. *Middle Range Theory for Nursing*. Consulté à l'adresse <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/a-middle-range-theory-of-symptom-management>
- Augustin, M., Carville, K., Clark, M., Curran, J., Flour, M., Lindholm, C., & Macdonald, J. (2012). B | INTERNATIONAL consensus, 16.
- Banks, V., & Jones, V. (1993). Palliative care of a patient with terminal nasal carcinoma. *Journal of Wound Care*, 2(1), 14-15. <https://doi.org/10.12968/jowc.1993.2.1.14>
- Bigéard, C. (2015). Accompagner les patients porteurs de plaies tumorales. *La Revue de l'Infirmière*, 64(210), 45-46. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2015.01.017>

- Boon, H., Brophy, J., & Lee, J. (2000). The community care of a patient with a fungating wound. *British Journal of Nursing*, 9(Sup1), S35-S38.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.Sup1.6349>
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 37(1), 53-72.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2003). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies: stress, coping et ajustement*. Dunod.
- Cella, D. F. (2007a). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, (88), 25-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0025>
- Cella, D. F. (2007b). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, (88), 25-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0025>
- Charitansky, H., & Fromantin, I. (2008). Les plaies tumorales. <http://www.em-premium.com/data/revues/00380814/00530722/51/>. Consulté à l'adresse <http://www.em-premium.com/article/140726/resultatrecherche/1>
- Conroy, T., Mercier, M., Bonnetterre, J., Luporsi, E., Lefebvre, J. L., Lapeyre, M., ... Schraub, S. (2004). French version of FACT-G: validation and comparison with other cancer-specific instruments. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 40(15), 2243-2252. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.06.010>
- Debout, C. (2011). Le concept de qualité de vie en santé, une définition complexe. <http://www.em-premium.com/data/revues/00380814/00560759/32/>. Consulté à l'adresse <http://www.em-premium.com/article/666921/resultatrecherche/2>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J. (1995). *L'estime de soi de nos adolescents: guide pratique à l'intention des parents*. Hôpital Sainte-Justine.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application, The French version of the Symptom Management Theory and its application. *Recherche en soins infirmiers*, (112), 14-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>
- EONS. (2015). EONS : Recommendation for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds. Consulté à l'adresse <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
- Espanet, N., Colson, S., Baumstarck, K., Futo, F., Mancini, J., & Salas, S. (2016). Les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse : une étude analytique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 98. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0098>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Firmino, F., & Figueiredo Ferreira Lós Alcântara, L. (2014). Nurses in the provision of outpatient care for women with malignant fungating wounds in the breasts. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 298-307. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200015>
- Fischer, G.-N. (2013). *Psychologie du cancer: un autre regard sur la maladie et la guérison*. Paris: O. Jacob.
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Formarier, M., Jovic, L., & Association de recherche en soins infirmiers (France). (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Consulté à l'adresse <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=cairnle&ezurl=http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fougeyrollas, P., & handicap, R. international sur le processus de production du. (1998). *Classification québécoise: processus de production du handicap*. RIPPH/SCCIDIH.
- Goode, M. L. (2004). Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *Journal of Wound Care*, 13(9), 380-382.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2004.13.9.26704>
- Grocott P. (2000). Clinical management. The management of malignant wounds. *European Journal of Palliative Care*, 7(4), 126-129.
- Grocott, P., & Cowley, S. (2001). The palliative management of fungating malignant wounds – generalising from multiple-case study data using a system of reasoning. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 533-545. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00098-5)
- Group, W. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- HAS. (2013). Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. Consulté 15 juin 2018, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
- Hu, W.-Y., Dai, Y.-T., Berry, D., & Chiu, T.-Y. (2003). Psychometric testing of the translated McGill Quality of Life Questionnaire-Taiwan version in patients with terminal cancer. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi*, 102(2), 97-104.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A, Medical Sociology*, 15(3 Pt 1), 221-229.
- Kapp, S., Miller, C., & Santamaria, N. (2018). The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1/2), 182-192.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13870>

- Kozier, B., Erb, G. L., Berman, A. J., Bilodeau, M., Boucher, S., & Aguiar Coelho, I. (2012). *Soins infirmiers: théorie et pratique* (Vol. 1). Montréal; Toronto; Boston; Saint-Laurent (Québec): Pearson ; Éd. du Renouveau pédagogique.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1013-1023.
- Lévesque-Barbès, H., & Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Perspective de l'exercice de la profession d'infirmière*. Westmount, Qué.: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/232420>
- Lo, S.-F., Hayter, M., Hu, W.-Y., Tai, C.-Y., Hsu, M.-Y., & Li, Y.-F. (2012). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1312-1321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x>
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Lucchesi, S., Onezime, J., Gaide, M., Futo, F., Dormieux, A., Peironet, E., ... Calixte, E. (2008). Revue de littérature sur les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 102. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0102>
- Manen, M. van. (1990). *Researching Lived Experience Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*.
- Matthias, A., Elena, C. M., Nicole, Z., Katrin, B., Katharina, H., Sebastian, D. E., ... Christine, B. (2017). Validity and feasibility of the wound-QoL questionnaire on health-related quality of life in chronic wounds. *Wound Repair and Regeneration*, 25(5), 852-857. <https://doi.org/10.1111/wrr.12583>
- Naylor W. (2001). Assessment and management of pain in fungating wounds. *British Journal of Nursing*, 10, S33-S38.

- Naylor, W. (s. d.). Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>
- Naylor, W. A. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572-579. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.11.20097>
- O'Brien, C. (2012). Plaies cancéreuses. *Canadian Family Physician*, 58(3), e141-e143.
- Price, P. E., Fagervik-Morton, H., Mudge, E. J., Beele, H., Ruiz, J. C., Nystrøm, T. H., ... Harding, K. G. (2008). Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 159-171. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00471.x>
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>
- Renner, R., & Erfurt-Berge, C. (2017, novembre 21). Depression and quality of life in patients with chronic wounds: ways to measure their influence and their effect on daily life. <https://doi.org/10.2147/CWCMR.S124917>
- Reynolds, H., & Gethin, G. (2015). The Psychological Effects of Malignant Fungating Wounds. *EWMA Journal*, 15(2), 29-32.
- Sibbald, R. G., Krasner, D. L., & Lutz, J. (2010). SCALE: Skin Changes at Life's End. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(5), 225-236. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000363537.75328.36>
- Wiermann, E. G. (2014). Brazilian Cancer Pain Management Consensus, 10(38), 12.
- Woo, K. Y., Harding, K., Price, P., & Sibbald, G. (2008). Minimising wound-related pain at dressing change: evidence-informed practice. *International Wound Journal*, 5(2), 144-157. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00486.x>

- Woo, K. Y., & Sibbald, R. G. (2010). Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds: *Advances in Skin & Wound Care*, 23(9), 417-428.
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2>
- Young, C. V. (2005). The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life. *Journal of Wound Care*, 14(8), 359-362.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2005.14.8.26827>
- Zellweger, N., Association suisse pour les soins de plaies, & Section romande (Morges). (2017). *Les soins de plaie: comprendre, prévenir et soigner : guide pratique*. Chêne-Bourg: Médecine & hygiène.

11. Annexes

11.1 Annexe I – Tableaux et schémas

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tiré de : HAS. (2013). Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux

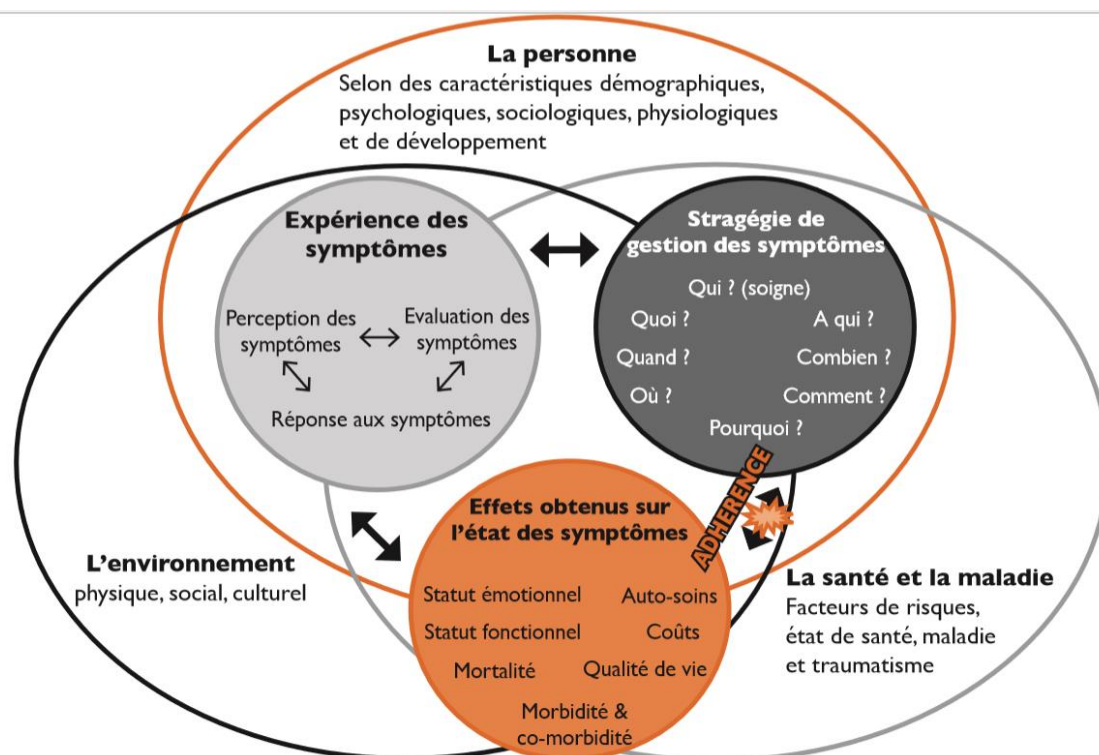
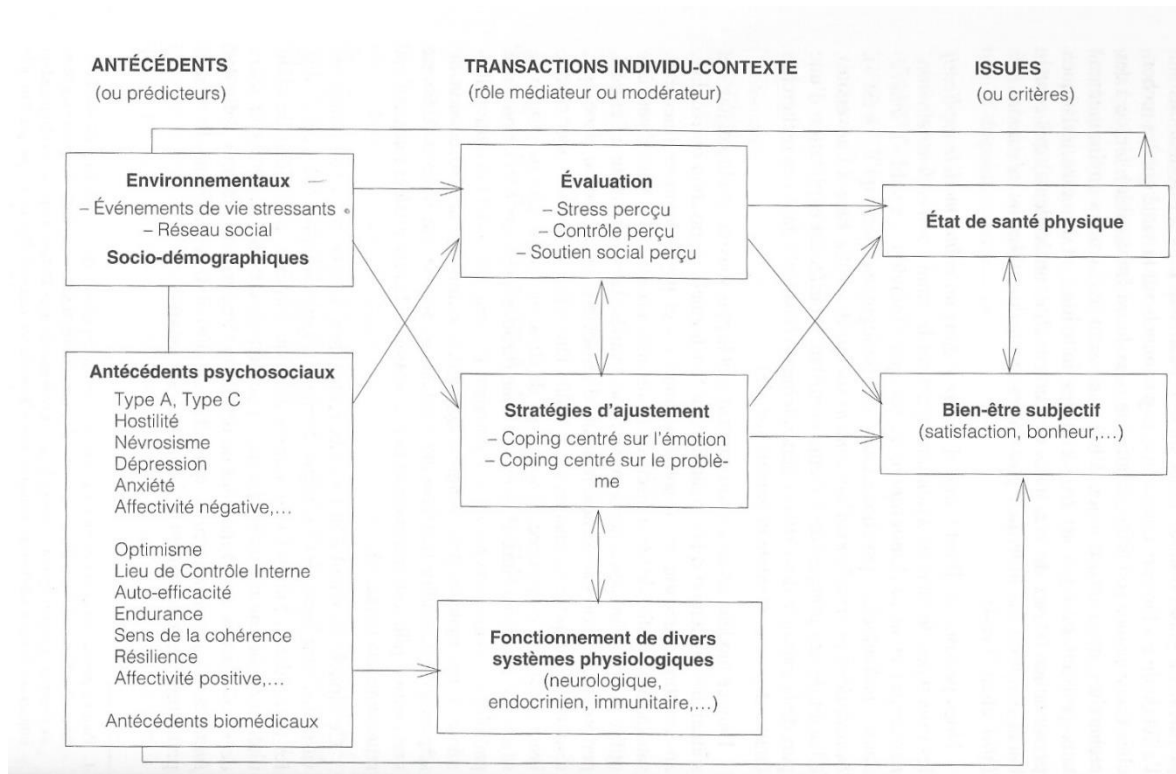


Figure 1

Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes (traduction du schéma publié par Dodd, Janson, et al., 2001, [2] avec autorisation de John Wiley and Sons)

Tiré de : Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application, The French version of the Symptom Management Theory and its application. *Recherche en soins infirmiers*, (112), 14-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>



Tiré de : Bruchon-Schweitzer, M. (2003). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.

11.2 Annexes II : Tableaux de recension

Référence : Kapp, S., Miller, C., & Santamaria, N. (2018). The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. Journal of Clinical Nursing, 27(1/2), 182-192.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13870>

Type d'étude ou devis : Etude qualitative exploratoire Paradigme: Naturaliste Niveau de preuve : Niveau à IV	Echantillon : Nombre de participants à 25 et moyenne d'âge 71 ans Echantillonnage : Sous-groupe recruté à partir d'un plus grand échantillon issu d'une précédente enquête sur l'auto traitement des plaies qui a été médiatisée afin de recruter des participants. Critères d'inclusion : • Etre âgés de plus de 18ans • Vivre en Australie, à Victoria. • Parler anglais. • Souffrir ou avoir souffert d'une plaie chronique qu'ils soignent/aient eux-mêmes. d'exclusion : • Si déficience cognitive modérée ou grave. • Ou si en phase terminale de la maladie	But : Investiguer les effets potentiels de vivre avec une plaie chronique sur les domaines physique, émotionnel, social, financier sur la qualité de vie des patients qui se soignent eux-mêmes Question de recherche : Non mentionnée	Concepts Plaies chroniques Qualité de vie Domaines : • Physique • Emotionnel • Social • Financier	Méthode de collecte des données : Entrevue menée en profondeur au domicile ou dans un lieu convenu avec chaque patient. Entrevues guidées afin d'explorer tous les domaines ciblés de la qualité de vie. Le même interviewer a mené tous les questionnaires qui ont été enregistrés et retranscrits textuellement. Ethique : The Human Research Ethics committee de l'université responsable a approuvé l'étude. Elle a été menée conformément aux normes et aux attentes relatives à la conduite de recherches établie par le National Health & Medical Research council	Méthode d'analyse : Analyse thématique en 6 phases selon la méthode de Braun and Clarke pour identifier les thèmes. Phase 1 : familiarisation avec les données, transcrire et lire les notes et écrire les premières impressions. Phase 2 : Généré les codes initiaux en classant de façon systématique les caractéristiques intéressantes des données. Rassembler les données pertinentes pour chaque code. Phase 3 : Rechercher les thèmes et recueillir les données pertinentes pour chaque thème. Phase 4 : Examiner les thèmes pour vérifier s'ils correspondaient aux extraits et à l'ensemble des données. Phase 5 : Définition et désignation des thèmes + l'analyse continue pour spécifier chaque thème. Phase 6 : Rapport final avec extrait directs	Résultats : 25 personnes admissibles ont participé à l'étude avec des entretiens d'une durée en moyenne de 98 minutes. Tous les participants ont reçu des soins de professionnels durant les soins de plaie. <i>Les effets physiques</i> comprennent 4 thèmes : la douleur et l'inconfort // Pas d'activité physique // Exacerbation d'autres problèmes de santé. <i>Les effets émotionnels :</i> tous les participants relatent un problème émotionnel. Répartis en 4 domaines : Frustration envers le système de soins // Méfiance envers le personnel soignant // inquiétude au sujet de l'infection de la plaie // sentiment de découragement face au ttt et aux progrès de la plaie. <i>Les effets sociaux/style de vie :</i> moins de la moitié des participants ont relaté un problème. Se divise en deux domaines : temps requis pour bénéficier du ttt par un professionnel // difficultés de travailler dans un emploi avec rémunération. <i>Les effets financiers :</i> Plus de 2/3 des participants ont relaté des problèmes d'ordre financier dont les sous thèmes suivants : le traitement de plaie, les thérapies et le personnel soignant est coûteux // le traitement des plaies a causé un stress financier et des événements de la vie stressants Conclusion : Il faut que les praticiens de la santé continuent dans leurs efforts en recherche et en prise en charge infirmière pour minimiser l'impact négatifs des plaies chroniques sur la qualité de vie des personnes atteintes. Faiblesses de l'étude : Contraintes financières qui n'a pas permis de solliciter des interprètes pour ceux ne parlant pas la langue. Risque de biais au niveau de l'échantillon car participant avec idée bien arrêtée sur le sujet de l'autotraitement
---	--	--	---	---	--	--

Matthias, A., Elena, C. M., Nicole, Z., Katrin, B., Katharina, H., Sebastian, D. E., ... Christine, B. (2017). Validity and feasibility of the wound-QoL questionnaire on health-related quality of life in chronic wounds. *Wound Repair and Regeneration*, 25(5), 852-857. <https://doi.org/10.1111/wrr.12583>

Type d'étude ou devis : Etude quantitative corrélationnelle longitudinale. Paradigme: Post-positiviste Niveau de preuve : De niveau IV	Echantillon : 227 patients âgés de plus de 18 ans. L'âge moyen est de 66.9 ans. 51.5% sont des hommes et 48.5% des femmes. L'étiologie des plaies est variable, elle comprenait : - Ulcère de la jambe > 127 - Pied diabétique ou ischémique > 12 - Ulcère de pression > 6 - Autres (artériel, chirurgical, traumatique, plaie maligne, brûlure) > 68 Echantillonnage : Application d'outils reliés à la qualité de vie chez des patients provenant de deux grands centres spécialisés en Allemagne. Les patients devaient avoir plus de 18 ans et présenter une plaie chronique. Ils ont été inclus à n'importe quel moment entre mars 2014 et mars 2018 Critères d'inclusion : - Avoir 18 ans - Avoir une plaie chronique Critères d'exclusion : - Capacité mental ou physique diminuée - Manque de connaissance linguistiques	But : L'objectif est de mesurer la validité de l'outil Wound-QoL dans une étude longitudinale pour les soins de routine Question de recherche : Non mentionnée par les auteurs.	Concepts - Qualité de vie - Plaies chroniques - Questionnaire	Méthode de collecte des données : Inclusion de 227 patients provenant de deux centres spécialisés. Chaque patient a dû remplir dans un ordre aléatoire au Wound-QoL et FLQA (Freiburg Life Quality Assessment) À trois reprises dont : - Temps 1 : jour 0 - Temps 2 : semaine 4-6 - Temps 3 : semaine 8-10 Ethique : Un consentement écrit a été demandé et il y avait une politique de protection disponible pour les individus participants à l'étude.	Méthode d'analyse : Différents paramètres ont été testés afin de déterminer la validité longitudinale et les propriétés de mesures : - Nombre de valeurs manquantes. - Effet plancher et plafond. - La réactivité - La cohérence interne - La corrélation de Spearman	Résultats : Patients : 227 patients inclus de 2014 à 2016. L'âge va de 18 ans à 96 ans. La moyenne d'âge est de 66.9 ans. 51.5% sont des hommes et 48.5% des femmes. La taille moyenne de la plaie a diminué durant l'étude : - Temps 1 >> 8.1cm² / Temps 2 >> 7.8cm² / Temps 3 >> 7.1cm² Le pourcentage de patient présentant une plaie cicatrisée est passé de 3.8% au T2 à 15.2% au T3 Nombre de valeurs manquantes : la participation a varié durant l'étude. 227 a la première prise et 202 lors de la dernière prise. Le score global du Wound-QoL ne pouvait pas être calculé s'il manquait plus de 4 items et ne sont donc pas considérés dans les résultats. L'item avec le nombre le plus élevé de valeurs manquantes était : difficulté à monter l'escalier à cause de la blessure chronique. Effet plancher et plafond : l'effet plancher et plafond avaient des taux faibles. Changement dans le score total moyen à partir de T1 à T2 et de T1 à T3 : La valeur moyenne du score global de la Wound-QoL a diminué. Le test-t a montré un changement significatif. La réactivité : Une corrélation élevée a été trouvée pour le changement dans le score global Wound-QoL. Une corrélation modérée a été trouvée avec la question de l'ancrage clinique (état de la plaie par rapport à la situation avant le traitement) et l'amélioration de la plaie. La corrélation entre la variation des sous-échelles Wound-QoL et la variation des sous-échelles FLQA-wk était également très significative. Cohérence interne : elle était élevée dans les trois prises de données selon l'alpha de Cronbach. Cohérence des sous-échelle avec le score global : La corrélation de Spearman de la valeur total des trois scores des sous-échelles et le score global de la Wound-QoL était supérieur à 0.8 dans les trois prises de mesures. La sélectivité des 17 items : au fil des mesures, la sélection des items était semblable. Validité convergente : la FLQA-WK et la wound-QoL présente une corrélation élevée. Conclusion : La nouveau système Wound-QoL a été jugé valide et utile comme instrument pour évaluer la qualité de vie liée à la santé Forces de l'étude : L'échelle a été validée et peut être utilisée. Faiblesses de l'étude : Limites: les données proviennent d'endroits où les soins de plaies sont très spécialisés et il pouvait y avoir des plaies très complexes.
---	---	---	---	--	--	---

Espanet, N., Colson, S., Baumstarck, K., Futo, F., Mancini, J., & Salas, S. (2016). Les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse : une étude analytique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 98. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0098>

Type d'étude ou devis : Etude quantitative Etude pilote Paradigme: Post-positiviste Niveau de preuve : De niveau IV	Echantillon : 15 patients atteints d'un cancer et porteurs d'une plaie tumorale. Population étudiée majoritairement composée d'homme âgés en moyenne de 65 ans et n'ayant pas d'enfants. Niveau d'étude inférieur au baccalauréat. Tous patients étaient en période d'inactivité au moment de l'étude. Habitation en milieu urbain et rural. Toute la population avait une couverture sociale. Echantillonnage : Etude proposée lors d'une consultation avec un oncologue aux personnes présentant une plaie cancéreuse avec une nécessité de soins- L'étude se déroulait sur 30 mois, 21 patients rencontrés durant une consultation répondait aux critères d'inclusion. Le taux de participation était de 90% soit 19 patients et les questionnaires exploitable était valable à 71% soit 4 questionnaires incomplets. Critères d'inclusion : Patients âgés d'au moins 18ans étant capable de répondre à un questionnaire en Français et présenter une plaie tumorale nécessitant des soins, hospitalisé dans le service d'oncologie médicale et de soins palliatifs du CHU Timone à Marseille Critères d'exclusion Si antécédents de maladie psychiatrique évolutive ou impossibilités de donner un consentement éclairé. Si impossibilités de répondre aux procédures du protocole pour des raisons géographiques, sociales ou psychique.	But : Déterminer quels sont les types de stratégies d'adaptation qui sont développées et utilisées par les patients avec une plaie tumorale et mettre en évidence des liens entre les stratégies et les facteurs socio-démographiques Deuxième but : documenter l'altération de l'image corporelle de ces patients. Question de recherche : Non mentionné « Quelles sont les stratégies d'adaptations utilisées par les patients pour s'ajuster à l'apparition d'une plaie cancéreuse »	Concepts Adaptation en sciences infirmières Coping Image corporelle en cancérologie	Méthode de collecte des données : Auto-questionnaire lors de la consultation avec l'oncologue Pour les données biomédicales : elles ont été recueillies par l'infirmier chercheur directement auprès des services de soins prenant en charge les patients. Ethique : Cette recherche a reçu un avis favorable du CCTIRS soit le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé. Egalement un avis favorable du CNIL soit la commission national de l'informatique et des libertés	Méthode d'analyse : Analyse descriptive des principales caractéristiques de la population étudiée. Les variables qualitatives sont présentées sous forme de proportion. Les variables quantitatives continues sont présentées sous forme de moyenne, minimum et maximum. Les variables quantitatives sont évaluées à l'aide du coefficient de corrélation non paramétrique de Spearman L'utilisation de Mann-Whitney utilisé pour étudier les scores de coping et niveau d'altération de l'image corporelle en fonction de la plaie selon son genre et sa localisation Seuil de significativité retenu est de 0.05 Logiciel statistique : Analyse à l'aide du logiciel Statistical package for the social sciences (SPSS)	Résultats : Mise en évidence de l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation. Les porteurs de plaie tumorale font preuve d'attitude de modification du problème, de modulation de leurs émotions ou encore recherche de soutien social. Il n'y a donc pas une stratégie particulière utilisée dans l'atteinte par une plaie tumorale. Les caractéristiques cliniques sont associées à des stratégies de coping. En cas de dlrs élevée >> coping émotionnel ($p=0.007$) et si ancienneté du diagnostic de cancer = recherche de soutien social. Au niveau de l'image corporelle et de son altération le score moyen est de 16/30. Il y a une étendue des valeurs. Pas de différence marquée entre les sexes. La localisation de la plaie au visage majeure peu l'altération Conclusion : Les plaies tumorales n'influencent pas l'adoption d'une stratégie particulière. Les trois modes de coping sont utilisés. L'étude a permis de mettre en évidence d'autres facteurs influençant l'adoption de certaines stratégies comme la douleur de la plaie et l'ancienneté du cancer. Les résultats démontrent la nécessité d'un accompagnement soignant pour les patients afin de proposer des soins adaptés. Faiblesses de l'étude : - Echantillon limité car étude pilote. - Pathologie cancéreuse ORL et population masculine surreprésentée. - Intérêt d'étudier l'adaptation sur plusieurs mesures Limites : - Recherche ne permet pas une reproductibilité ni généralisation des résultats. - Objectif de tester la faisabilité de la recherche au niveau national. - Orienter aussi la recherche vers les difficultés d'adaptation des soignants.
--	---	--	--	---	--	---

Lo, S.-F., Hayter, M., Hu, W.-Y., Tai, C.-Y., Hsu, M.-Y., & Li, Y.-F. (2012). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1312-1321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x>

Type d'étude ou devis : Etude quantitative de type transversale Devis de recherche : étude descriptive Paradigme: Post-positiviste Niveau de preuve : Niveau IV	Echantillon : 70 participants de trois centres médicaux dont l'âge moyen est de 52.12 ans. 66.7% d'hommes et 33.3% de femmes. Echantillonnage : Estimation de la taille de l'échantillon à l'aide du G*power 3 Critères d'inclusion : - Patient atteint d'un cancer et d'une plaie maligne. - Etre un homme ou une femme de plus de 18 ans - Capacité de discernement et être capable de lire et d'écrire en chinois. Critères d'exclusion : - Si incapacité de répondre au questionnaire à cause d'une maladie ou déficience mentale - Si pas de compréhension concernant les objectifs de l'étude. - Si le questionnaire était trop pénible pour le patient ou l'entourage.	But : Les objectifs étaient d'évaluer la charge des symptômes et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et d'une plaie maligne. De déterminer statistiquement s'il y avait une relation entre les symptômes et la qualité de vie. D'identifier le statut démographique et celui de la plaie reliée à la qualité de vie. Question de recherche : • Est-ce que les symptômes de la plaie tumorale ont un impact sur la qualité de vie ?	Concepts : Qualité de vie Symptômes	Méthode de collecte des données : Données recueillies à l'aide de questionnaires structurés par 4 chercheurs qui étaient tous des infirmières dans les soins de plaies. Les entretiens se sont déroulés dans des pièces en toute tranquillité et où l'intimité était préservée. Ethique : L'autorisation de mener l'étude a été obtenue auprès du National Taiwan University Medical Center. Les patients n'ont pas été influencés pour participer à cette étude, ceux qui étaient d'accord de participer ont signé un consentement.	Méthode d'analyse : Logiciel statistique : • L'utilisation du logiciel SPSS version 15 a permis de chercher les valeurs aberrantes et irrégulières ainsi que vérifier la fiabilité de la saisie des données. • Avant l'analyse, l'exactitude des données a été vérifiée. • Des statistiques descriptives, y compris des pourcentages, des valeurs moyennes, des écarts-types et des fourchettes, ont été utilisées pour résumer l'information recueillie dans le cadre de l'enquête. • La relation entre la qualité de vie totale moyenne et les scores de la plaie maligne a été déterminée par le coefficient de corrélation de Pearson. • Pour examiner la relation entre la qualité de vie, la plaie maligne et les variables démographiques une analyse de régression multiples a été effectuée • Tous les tests statistiques ont été évalués en utilisant une valeur P de <0,005 comme signifiant statistiquement et rapportée comme moyenne $\pm$ 1	Résultats : <u>Au niveau démographique :</u> La durée d'une plaie était en moyenne de 8.49 mois avec une intervalle entre 1.30 et 45.53 mois 53.3% avait déjà reçu une chimiothérapie et 85% n'avait reçu aucun traitement avancé comme la radiothérapie. La majorité des plaies ont été soignées par un pansement humide salin 53.3%, 16.7% par un pansement moderne et 8.3% par phytothérapie. Un total de 85% avait plusieurs changements de pansement par jour. La fréquence moyenne était de 3.58 changement par jour. <u>Description des analyses :</u> Un tableau permettait la description des scores de la qualité de vie et des MFW. Un autre tableau permettait de montrer les statistiques descriptives de la perception subjective des problèmes des patients liés à leur MFW <u>Relation entre les caractéristiques</u> Les coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre les variables démographiques au niveau continu, les variables liées au traitement, les mesures de la plaie et les mesures de la qualité de vie. <u>Les effets des différentes variables sur la qualité de vie :</u> des analyses de régression multiple ont été effectuées pour analyser toutes les variables indépendantes en fonction de la signification statistique du résultat de l'analyse de corrélation de Pearson. Conclusion : Ces résultats fournissent pour la première fois une exploration fiable de la QV chez les patients cancéreux atteints d'une MFW à l'aide d'une méthode bien validée. Leurs résultats ont montré que l'âge du participant, la mauvaise odeur, la douleur et les problèmes psychologiques liés à la plaie étaient liés à la QV totale moyenne. Bien que l'étude ait été menée à Taiwan, les résultats sont pertinents pour les soins aux patients atteints de cancer dans le monde entier et les implications pour la prestation des services de soins palliatifs et pour les infirmières. Faiblesses de l'étude : La conception transversale de l'étude ne fournit que des informations sur la perturbation des symptômes dans
---	---	---	---	--	---	---

Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>

Type d'étude ou devis : Etude phénoménologique selon Heidegger ou phénoménologie herméneutique Paradigme: naturaliste Niveau de preuve : De niveau IV	Echantillon : Neuf participantes vivant dans les cantons de Zurich, Berne et Bâle. Souffrant d'une plaie maligne au niveau mammaire depuis au moins 6 mois. Elles étaient âgées entre 40 et 80 ans Echantillonnage : Par choix raisonné durant la période de janvier 2009 à Novembre 2009. Premier contact a eu lieu avec une infirmière ou un médecin. Critères d'inclusion : - souffrir d'une plaie maligne depuis 6 mois - être âgée entre 40 et 80 ans - comprendre, parler et écrire l'allemand. - Capacité de rendre un consentement éclairé et de participer à une entrevue d'environ 1h00 de temps	But : L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et l'expérience des femmes de la communauté Suisse vivant avec une plaie maligne fongicide au niveau mammaire.	Concepts Plaie maligne Cancer du sein Expérience	Méthode de collecte des données : Entrevues semi-structurées d'une durée d'1h à 1h30. En présence d'un chercheur au domicile de la patiente. Il posait des questions ouvertes qui permettait d'explorer les expériences de patientes. Un guide thématique a été créé afin de guider les questions. Ethique : L'autorisation éthique a été donnée par le comité d'éthique de chaque canton et par l'université de Surrey au Royaume-Uni.	Méthode d'analyse : L'analyse des données a été réalisée selon la méthode phénoménologique. Plus particulièrement selon la méthode de Van Manen. Elle se déroule en 4 étapes. Logiciel statistique : Un programme d'analyse qualitative a analysé les données. Il s'agit de : MAXqda2	Résultats : Toutes les participantes ont dit que le vécu avec une plaie maligne est difficile et traumatisant. Sept femmes sur les neuf avait déjà reçu un diagnostic de cancer, avaient été traitée et vécu sans plaie pendant quelque temps avant qu'une apparaisse. Les deux autres participantes ont reçu leur diagnostic suite à l'apparition de la plaie maligne. Au départ, chacune a géré par elle-même leur plaie et elles se sont retrouvées face à des symptômes tels que : l'odeur, l'exsudat, la douleur et les saignements. Ceux-ci ont provoqué du dégoût et un impact négatif sur leur vie. Deux catégories sont apparues comme résultat. Devoir faire face avec la situation : cette dimension relate les stratégies que les femmes ont développé pour cacher leur plaie. Elles ont dit qu'à cause de cela, elles ont dû ajuster leur vie quotidienne. Ce thème est divisé en quatre sous-catégorie. 1 : <u>L'odeur venant du sein jusqu'au nez</u> : Un symptôme que 8 participantes ont déterminé comme problème causant de la détresse. Elles ont tout essayé afin de cacher l'odeur mais cela ne fonctionnait qu'un certain temps. L'inquiétude était aussi dans le fait que les autres pouvaient sentir cette odeur et pour éviter cela elles diminuaient leurs AVQ. Certaines utilisaient des mots très durs pour qualifier l'odeur de leur plaie allant même parler de moisissure. Au début les participantes ont élaboré des stratégies de manière autonome car elles pensaient que personnes pouvaient les aider. Ces méthodes prenaient du temps et ont causé l'isolement des femmes. 2 : <u>Suppuration comme un nez qui coule</u> : Les participantes étaient gênées par la quantité d'exsudat qui dégageait la plaie. Cela causait du stress car non seulement elles devaient régulièrement changer le pansement mais aussi leurs vêtements car c'était souillé. Elles devaient aussi laisser leur plaie à l'air pendant ce temps. Ce problème impliquait de devoir rester à la maison ou de prévoir les déplacements selon l'état de la plaie. 3 : <u>Ne jamais savoir si ça saigne</u> : certaines participantes ont dit que les saignements affectaient leur vie. Une devait avoir des habits de rechange car les saignements étaient conséquents. Une autre a rajouté que cela provoquait énormément de stress de devoir contrôler les fluides. Elles ont toutes dit lutter au mieux pour maîtriser ce problème mais au bout d'un moment le corps ne suivait plus et elles ont souffert de détresse émotionnelle. Toutes ces femmes devaient se passer des activités qu'elles avaient l'habitude car selon elle en Suisse c'est mal vu de ne pas gérer son corps. 4 : <u>« eclater » à cause de la douleur</u> : Elles ont dit comment la douleur avait un impact sur leur qualité de vie. De peur de montrer la blessure à un professionnel, elles se sont automédiquée avec des analgésiques. La prise de ces médicaments étaient aléatoire. Certaines utilisaient des méthodes "naturelles" comme poser les mains sur les seins pour contenir la douleur ou parler à leur plaie. Avoir ce problème est embarrassant : Cette dimension se divise en deux. 1 : <u>« être tellement imprévisible »</u> : Elles ont toutes dit que vivre avec ce type de plaie était un problème majeur car les symptômes étaient imprévisibles. Certaines ont dit qu'elles s'isolaient du monde extérieur à cause de l'imprévisibilité et la honte. Toutes ont dit que leur personnalité et leur identité avaient changé. Un des problèmes était de voir constamment la plaie lors des soins. Pour elles, c'était le cancer qui était visible et ça engendrait de la tristesse et un rappel constant de la maladie. 2 : <u>l'attractivité habituel a disparu</u> : la question de la sexualité a été abordée et il en est ressorti que toutes les participantes ont eu un sentiment de perte d'intimité. Toutes les catégories d'âge étaient touchées. Les partenaires éviter de voir ou de toucher le sein. Conclusion : les femmes en perdant le contrôle de leur corps perdait le contrôle de leur vie. Forces de l'étude et Faiblesses de l'étude : Non mentionné
--	---	--	---	---	---	---

Agra, G., Pereira dos Santos, J., Tamar Oliveira de Sousa, A., André Gouveia, B. de L., Freires de Brito, D. T., de Lima Macêdo, E., ... Lopes Costa, M. M. (2016). Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/2215>

Type d'étude ou devis : Etude quantitative exploratoire Paradigme: Naturaliste Niveau de preuve : De niveau IV	Echantillon : Dix infirmières responsables de soins de plaies malignes. Elles sont âgées de 23 à 44 ans. Leur parcours professionnel va de 1 an à 20 ans de travail. Echantillonnage : Echantillonnage par saturation des données car population disponible pour l'étude comptait 21 infirmières. Lorsque les données ont commencé à se répéter Critères d'inclusion : Infirmières qui travaillaient lors de la récolte des données. Infirmières qui soignaient des patients avec un diagnostic de cancer et présentant une plaie tumorale Critères d'exclusion : Professionnels ne travaillant pas au cours de l'étude	But : Etudier la prise en charge clinique des patients porteurs d'une plaie néoplasique Question de recherche : « Quelle est la prise en charge clinique des infirmières à l'encontre des patients atteints de plaies néoplasiques malignes ? »	Concepts Prise en charge Plaie néoplasique Soins oncologiques Soins infirmiers	Méthode de collecte des données : Recension des infirmières travaillant dans l'hôpital de Campina au Brésil jusqu'à saturation des données. Des entrevues semi-structurées ont eu lieu avec l'utilisation d'un questionnaire en deux parties : 1^{ère} : questions reliées aux caractéristiques socio-démographiques 2^{ème} partie : Questions subjectives reliées aux connaissances et pratiques sur les plaies malignes. Les entrevues se sont déroulées durant août 2014, dans une pièce privée et ont duré 30 min environ. Par la suite, les chercheurs ont retranscrit sous formes de texte les données recueillies et soumis aux participantes pour qu'elles valident leurs déclarations Ethique : Pour préserver l'intimité des participantes, leur nom a été remplacé par un code numérique. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique de la recherche.	Méthode d'analyse : La méthode utilisée pour analyser les données c'est l'analyse qualitative de Minayo (2010)	Résultats : Après analyse des données, il est apparu un thème initial lui-même divisé en 4 catégories. Ils sont présentés ci-dessous : <u>Le thème principal = soins des plaies néoplasiques :</u> Tout d'abord, les soins et le traitement de plaies tumorales est un défi permanent et surtout lorsqu'elles sont découvertes à un stade avancé et lorsque la guérison est compromise. De cette façon le traitement s'oriente vers la gestion des symptômes de la lésion afin de favoriser la qualité de vie de la personne. <u>Sous-catégorie 1 = soin de la douleur :</u> Les infirmières utilisent pour pallier aux douleurs les traitement opioïdes et non opioïdes selon les recommandations du consensus Brésilien de la gestion de la douleur liée au cancer. Il a été conclu que ces infirmières ont basé leurs interventions selon la littérature scientifique actuelle. Cependant, elles n'ont pas effectué d'autres actions particulières pour contrôler la douleur comme : parler avec les patients durant les soins pour détourner l'attention, ajuster les soins après l'administration des médicaments, irriguer abondamment le pansement, l'enlever doucement et éviter de frotter le lit de la plaie. Une des infirmières a relevé l'intérêt de gestes qui ne sont pas issu de la prescription médicale comme l'installation du patient de manière confortable. Finalement, aucun des soignants n'a cherché à aller au-delà du soin de plaie afin de connaître les sentiments et les besoins du patient <u>Sous catégorie 2 =Prise en charge de l'exsudat et de l'odeur :</u> Les infirmières suivent les recommandations proposées par le ministère de la santé. Elles ont relaté qu'elles nettoyaient les plaies avec une solution saline et/ou des antiseptiques comme la chlorexidine ou la betadine. Comme pansement, elles utilisaient de l'alginate de calcium ou du charbon actif. <u>Sous catégorie 3 = Prendre soins des saignements :</u> Les participantes ont dit que les pansements compressifs étaient la méthode la plus simple pour contrôler les saignements ainsi que l'administration d'adrénaline topic et d'acide tranexamique. Une des infirmières avait des connaissances sur des soins hémostatiques qui restent plus longtemps en place et permet d'éviter les changements fréquents et ainsi minimiser les risques de saignements. <u>Sous catégorie 4 = Prendre soins des nécroses et des infections :</u> Les infirmières connaissent les méthodes de débridement. Une des participantes a révélé cependant que l'hôpital ne fournit pas le matériel spécifique. Les soignantes ont utilisé le collagène pour le débridement de la nécrose. Concernant les infections, les infirmières ont dit que c'était important de bien évaluer l'étendue de l'infection pour apporter des soins appropriés. Elles ont également le souci de réaliser au mieux les soins afin d'améliorer l'état de la plaie. Conclusion : Les infirmières de cet établissement suivent des lignes directrices issue de la littérature malgré un manque de matériel. Forces de l'étude : Ouvre la perspective de nouvelles études sur le sujet. Faiblesses de l'étude : Les professionnels avaient un accès à du matériel limité et pas forcément adapté.
---	--	---	--	--	---	---

11.3 Annexes III : Glossaire méthodologique

Le glossaire suivant est principalement basé sur l'ouvrage suivant : Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives, 2ème édition. Montréal : Chenelières Éducation.

Coefficient alpha de Cronbach : « indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés » (Fortin & Gagnon, 2010, p.408).

Cohérence interne : « degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure » (Fortin & Gagnon, 2010, p.408).

Conformabilité : « critère de rigueur scientifique servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation » (Fortin & Gagnon, 2010, p.596).

Corrélation des rangs de Sperman : Test pour tester une corrélation. Test-non paramétrique qui utilise les rangs des valeurs pour son calcul. Est insensible aux valeurs extrêmes. (Ancelle, Rothan-Tondeur, & Ivernois, 2013)

Corrélation négative : « tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs faibles de l'autre variable. » (Fortin & Gagnon, 2010, p.596).

Crédibilité : « critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants est exacte en fonction de la réalité interprétée » (Fortin & Gagnon, 2010, p.596)

Echantillon : « sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude » (Fortin & Gagnon, 2010, p.226).

Echantillonnage : « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible » (Fortin & Gagnon, 2010, p.224).

Echantillonnage non-probabiliste : « méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire. Plusieurs techniques sont employées » (Fortin & Gagnon, 2010, p.233)

Echantillonnage par choix raisonné : « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 235)

Echantillonnage probabiliste : « méthode qui fait appel au hasard afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon. Plusieurs techniques sont utilisées. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 598)

Entrevue semi-dirigée : « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant, sans avoir de questions précises à poser. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 598)

Etude de cas : « examen détaillé et approfondi d'un phénomène lié à une entité sociale. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 598)

Etude longitudinale : « étude dans laquelle les données sont recueillies à divers moments dans le temps afin de suivre l'évolution des phénomènes étudiés » (Fortin, 2010, p.302).

Etude phénoménologique : « méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène ou un concept » (Fortin, 2010, p.275).

Etude phénoménologique herméneutique : « tradition de recherche qualitative qui s'inspire de la phénoménologie interprétative et met l'accent sur les expériences vécues par les êtres humains et sur la façon dont ceux-ci interprètent ces expériences » (Loiselle, 2007, p. 221)

Etude pilote : « version d'une étude à petite échelle en préparation d'une étude de grande envergure » (Loiselle, 2007, p. 61)

Etude transversale : « étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 302)

Fiabilité : « critère servant à évaluer l'intégrité des études qualitatives en ce qui a trait à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions. Elle est similaire à la fidélité en recherche quantitative. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 599)

Fidélité : « constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 599)

Opérateurs booléens : « termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots clés dans un repérage documentaire » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 149)

Paradigme : « conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 600)

Paradigme naturaliste : « paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 600)

Postpositivisme : « Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 601)

Recherche qualitative : « recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 30)

Recherche quantitative : « recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction, et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données numériques » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 29)

Saturation empirique des données : « moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien à la compréhension du phénomène à l'étude » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 602)

Transférabilité : « application éventuelle des résultats issus d'études qualitatives à d'autres milieux ou groupes » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 603)

Test statistique non-paramétrique : « Test statistique inférentiel utilisé pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 603)

Test statistique paramétrique : « procédé statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables et sur l'utilisation des mesures d'intervalle et de proportion. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 603)

Validité : « capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer. » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 603)

Validité convergente : « évaluation du degré de similitude des résultats ou d'élévation des corrélations issues de deux instruments censés mesurer le même phénomène » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 603)