

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**PROCESSUS DE DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE
PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN PAR LES
INFIRMIÈRES PRATIQUANT AU QUÉBEC**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA**

MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

**PAR
CLAUDELLE GAGNON**

MARS 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Faisant face à des défis de traitements des plaies néoplasiques liées à un cancer du sein, les infirmières ne sont pas outillées afin de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle atteinte. La présente étude a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein. Pour cette étude qualitative descriptive, la collecte des données terrain s'est déroulée par l'entremise d'un questionnaire sociodémographique, d'entrevues semi-dirigées en vidéoconférences, de conférences téléphoniques ainsi que d'un journal de bord complété lors des entrevues. L'échantillon est de dix participantes.

L'analyse thématique a permis le développement de quatre arbres thématiques, soit un portant sur le jugement clinique, deux sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et un sur les éléments facilitants et les éléments contraignants associés à la détermination d'un plan de traitement. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas qu'une seule bonne façon de formuler un jugement clinique et de déterminer un plan de traitement d'une plaie néoplasique; les modèles de la littérature tels que Tanner (2006), Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et *al.* (2016) doivent être juxtaposés afin de renchérir les évaluations et les décisions des infirmières. De manière à contribuer à l'amélioration de la pratique et des soins prodigués par les infirmières, un exemple d'outil aide-mémoire est proposé à la fin de ce mémoire.

Mots-clés : plan de traitement, plaies néoplasiques, jugement clinique, cancer du sein.

Table des matières

Sommaire	II
Table des matières.....	III
Liste des tableaux	VIII
Liste des figures	IX
Remerciements	XI
Introduction	1
Chapitre 1 – Problématique	4
1.1 STATISTIQUES SUR LE CANCER	5
1.2 PLAIES NÉOPLASIQUES	6
1.2.1 Plaies néoplasiques au sein	7
1.2.2 Approche palliative	7
1.3 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES	8
1.4 OBSERVATIONS DU TERRAIN	10
1.5 LA LITTÉRATURE ET LES PLAIES NÉOPLASIQUES	10
1.6 QUESTION DE RECHERCHE	11
1.6.1 Objectif général	11
1.6.2 Objectifs secondaires	12
Chapitre 2 – Revue des écrits.....	13
2.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES DANS LE DOMAINE DU SOIN DES PLAIES NÉOPLASIQUES AU SEIN : REVUE SYSTÉMATIQUE	14
2.1.1 Méthodologie de la revue des écrits sur les plaies néoplasiques au sein	15
2.1.2 Résultats de la revue des écrits.....	19
2.1.3 Discussion : symptômes déplaisants	25
2.1.3.1 Douleur.....	25
2.1.3.2 Saignements	26
2.1.3.3 Exsudat.....	27
2.1.3.4 Odeurs	28
2.1.3.5 Infection	28
2.1.3.6 Pourtour cutané	29
2.1.4 Discussion : vécu expérientiel.....	30
2.1.5 Discussion : pratiques exemplaires	33
2.2 LE JUGEMENT CLINIQUE ET SES ANALOGIES EN SCIENCES INFIRMIÈRES	34
2.2.1 Méthodologie de la revue des écrits sur le jugement clinique et ses analogies et sciences infirmières	36
2.2.2 Résultats de la revue des écrits sur le jugement clinique et ses analogies et sciences infirmières	37
2.2.3 Discussion : décision clinique.....	38

2.2.4 Discussion : raisonnement clinique.....	41
2.2.5 Discussion : pensée critique.....	43
2.2.6 Discussion : jugement clinique	44
2.2.7 Aspects pertinents du processus décisionnel.....	47
2.2.8 Schématisation du jugement clinique selon l'étudiante-chercheuse.....	48
2.3 CYCLE DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES PLAIES.....	50
Chapitre 3 – Cadre théorique	56
3.1 MODÈLE DU JUGEMENT CLINIQUE BASÉ SUR LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS ..	58
3.1.1 Perception.....	60
3.1.2 Interprétation et réponse.....	61
3.1.3 Réflexion.....	62
3.2 PERTINENCE DU CADRE THÉORIQUE POUR LA RECHERCHE	62
Chapitre 4 – Méthodologie	64
4.1 DEVIS DE RECHERCHE.....	65
4.2 MILIEU DE L'ÉTUDE.....	66
4.3 POPULATION CIBLE.....	67
4.4 ÉCHANTILLON.....	67
4.5 CRITÈRES D'INCLUSION	68
4.6 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES	69
4.7 COLLECTE DES DONNÉES	70
4.7.1 Instruments de la collecte des données	71
4.8 ANALYSE DES DONNÉES	73
4.9 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ	74
4.9.1 Crédibilité.....	74
4.9.2 Transférabilité	75
4.9.3 Fiabilité	76
4.9.4 Confirmabilité	76
4.10 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE.....	76
4.10.1 Principe du respect de la personne, de la préoccupation du bien-être et de la justice éthique.....	77
4.10.2 Bénéfices	79
4.11.3 Inconvénients	79
Chapitre 5 – Résultats.....	80
5.1 PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE.....	81
5.1.1 Réflexion sur les données sociodémographiques des participantes	85
5.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA COLLECTE DES DONNÉES	86
5.3 PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LE JUGEMENT CLINIQUE	87
5.3.1 Évaluer	89
5.3.1.1 Collecte des données	89
5.3.2 Analyser	89

5.3.2.1 Interprétation des données	90
5.3.3 Décider	90
5.3.3.1 Optimisation du choix de l'intervention	90
5.3.4 Personnaliser	91
5.3.4.1 Individualisation des soins	91
5.3.4.2 Facteurs influençant le jugement clinique.....	92
5.4 PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LA DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN SANS APPUI SUR LE MODÈLE DU JUGEMENT CLINIQUE	93
5.4.1 Évaluation	95
5.4.1.1 Situation clinique initiale	95
5.4.1.2 Problématiques.....	96
5.4.1.3 Statut économique.....	97
5.4.1.4 Plaie néoplasique.....	97
5.4.2 Détermination d'un plan de traitement	98
5.4.2.1 Sélection des produits et pansements	98
5.4.3 Réévaluation.....	99
5.4.3.1 Confort de la patiente.....	100
5.4.3.2 Objectifs de soins	100
5.5 PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LA DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN AVEC APPUI SUR LE MODÈLE DU JUGEMENT CLINIQUE DE TANNER	101
5.5.1 Perception.....	104
5.5.1.1 Données objectives.....	104
5.5.1.2 Données subjectives	106
5.5.1.3 Établir une relation de confiance.....	108
5.5.1.4 Établir des objectifs de soins.....	109
5.5.2 Interprétation	109
5.5.2.1 Raisonnement intuitif.....	111
5.5.2.2 Raisonnement analytique	112
5.5.2.3 Raisonnement narratif	113
5.5.3 Réponse	114
5.5.3.1 Déterminer un plan de traitement.....	114
5.5.3.2 Appliquer le plan de traitement.....	115
5.5.4 Réflexion	116
5.5.4.1 Réflexion dans l'action	116
5.5.4.2 Réflexion sur l'action	117
5.5.4.3 Apprentissage clinique	118
5.6 PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LES ÉLÉMENTS FACILITANTS ET LES ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS LA DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN	119
5.6.1 Éléments facilitants	122
5.6.1.1 Connaissances théoriques et empiriques	122

5.6.1.2 Prescription infirmière	123
5.6.1.3 Accessibilité aux ressources professionnelles.....	124
5.6.1.4 Accessibilité aux produits et pansements.....	125
5.6.1.5 Expériences professionnelles antérieures.....	125
5.6.1.6 Facteur organisationnel	126
5.6.1.7 Relation soignante-soignée	127
5.6.2 Éléments contraignants	127
5.6.2.1 Accessibilité aux produits et pansements.....	128
5.6.2.2 Absence de lignes directrices sur le soin des plaies néoplasiques	129
5.6.2.3 Peu d'expériences professionnelles antérieures	130
5.6.2.4 Facteurs organisationnels	130
5.6.2.5 Relation soignante-soignée	132
Chapitre 6 – Discussion	135
6.1 JUGEMENT CLINIQUE	136
6.1.1 Évaluer	140
6.1.2 Analyser	141
6.1.3 Décider	142
6.1.4 Personnaliser	143
6.1.5 Facteurs influençant le jugement clinique.....	143
6.1.6 Réflexion	144
6.2 DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN.....	144
6.2.1 Comparaison générale.....	147
6.2.2 Évaluation de la situation clinique	148
6.2.3 Interprétation de la situation clinique.....	148
6.2.4 Détermination d'un plan de traitement pour la situation clinique.....	150
6.2.5 Évaluation des résultats.....	150
6.2.6 Réflexion	151
6.3 ÉLÉMENTS FACILITANTS ET ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS	152
6.3.1 Éléments facilitants	154
6.3.2 Éléments contraignants	155
6.3.3 Réflexion	156
6.4 SCHÉMA INTÉGRATEUR DU PROCESSUS DE DÉTERMINATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE NÉOPLASIQUE LIÉE À UN CANCER DU SEIN ET DE L'UTILISATION DU JUGEMENT CLINIQUE	156
6.5 LIMITES DE L'ÉTUDE	162
6.6 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	164
6.7 RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE	164
Conclusion.....	166
Références	170
Annexe A	182

Annexe B	190
Annexe C	197
Annexe D	201
Annexe E	204
Annexe F	206
Annexe G.....	208

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Les mots-clés utilisés en fonction de chaque axe de la revue des écrits</i>	16
Tableau 2 <i>Données compilées du questionnaire sociodémographique</i>	82
Tableau 3 <i>Formation d'un jugement clinique</i>	139
Tableau 4 <i>Comparaison des étapes de chaque processus pour déterminer un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.....</i>	146
Tableau 5 <i>Similitudes des éléments facilitants et des éléments contraignants à d'autres types d'études</i>	153

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Théorie des symptômes déplaisants [traduction libre] (Lenz & Pugh, 2018)..18
<i>Figure 2.</i> Diagramme de flux portant sur les symptômes déplaisants des plaies néoplasiques.....20
<i>Figure 3.</i> Diagramme de flux portant sur le vécu expérientiel des patientes atteintes de plaies néoplasiques.....22
<i>Figure 4.</i> Diagramme de flux portant sur les pratiques exemplaires en plaies néoplasiques.....24
<i>Figure 5.</i> Schématisation du jugement clinique selon l'étudiante-chercheuse.....49
<i>Figure 6.</i> Cycle de prévention et de gestion des plaies (Orsted et al., 2018).....51
<i>Figure 7.</i> Modèle du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers [traduction libre] (Tanner, 2006).....60
<i>Figure 8.</i> Arbre thématique portant sur le jugement clinique.....88
<i>Figure 9.</i> Arbre thématique portant la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique94
<i>Figure 10.</i> Arbre thématique portant sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006).....103
<i>Figure 11.</i> Arbre thématique portant sur les éléments facilitants et les éléments contraints la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.....121
<i>Figure 12.</i> Application de la pensée critique dans la formulation du jugement clinique en soins infirmiers.....137
<i>Figure 13.</i> Schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique.....157
<i>Figure 14.</i> Cycle PDCA présenté par Deming (Sokovic, Palvetic & Kern Pipan, 2010).....159
<i>Figure 15.</i> Schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique complété avec la cale du cycle de Deming ..161

Le plus noble prix de la science est le plaisir d'éclairer l'ignorance.

Charles-Irénée, Castel de Saint-Pierre, 1743.

À mes patients, à mes anciens patients et à ceux qui nous ont quittés, cet ouvrage vous est dédié.

Remerciements

C'est ici que se termine cette aventure des études supérieures. Le désir de pouvoir faire la différence dans la vie de quelqu'un et de perfectionner un sujet qui me passionne était au cœur de ma réussite scolaire. Le domaine de l'oncologie a toujours été un domaine fort attrayant pour moi, et ce, depuis six ans. J'éprouve un fort sentiment de fierté lorsque je contribue à améliorer la qualité de vie d'une personne atteinte d'une plaie néoplasique. Je tiens à souligner la collaboration de mes patients, ceux qui ont entièrement confiance dans les traitements choisis, et celle des médecins qui vont de l'avant avec mes recommandations. C'est grâce à la recherche que la profession infirmière, la qualité des soins et la qualité de vie de notre clientèle atteinte de maladies chroniques s'améliore.

Au terme de cette recherche, je tiens à remercier Mme Maryse Beaumier dans son accompagnement au fil de mes études de deuxième cycle. Elle m'a donné, entre autres, l'opportunité de publier un article dans une revue scientifique et de présenter une affiche scientifique dans un congrès à Paris. Mme Beaumier m'a également transmis sa passion pour le soin des plaies, pour l'enseignement et pour la recherche, mais a surtout suscité mon intérêt envers l'amélioration de la qualité des soins de plaies.

J'ai eu la chance d'être accompagnée en fin de parcours par Mme Liette St-Pierre. J'ai eu l'opportunité d'avoir Liette comme professeure dans certains cours de mon baccalauréat et de ma maîtrise. J'ai adoré son approche avec la communauté étudiante: une professeure qui nous parle de la vraie vie sur le terrain, que ce soit par son emploi antérieur en tant qu'ambulancière que par son cheminement jusqu'à l'obtention de son

doctorat, là où la technologie n'était pas aussi déterminante que maintenant. Elle a su marquer positivement mon passage à l'UQTR, et ce, avant même la reprise de la direction de ma maîtrise. Une femme avec un si grand cœur et une passion grandiose pour la recherche. Elle m'a soutenue tout au long des plus grosses étapes de mon cheminement : le passage au comité d'éthique, la collecte des données, la rédaction et le dépôt. Je te remercie sincèrement pour tous tes encouragements, pour ton appui et surtout pour ta patience à mon égard. Tu m'as appris à croire en mes connaissances et en mes capacités d'accomplissements personnelles et professionnelles. Tu as cru en moi dès le début, et ce, jusqu'à la fin, là où je n'y croyais même plus moi-même. J'en ressens une très grande fierté. Merci pour tous les combats menés pour moi. Merci infiniment Liette.

Je désire remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin au développement de ma maîtrise, en passant par les participantes à mon étude, par les nombreuses personnes qui ont partagé mon affiche de recrutement sur les médias sociaux et par l'aide précieuse de Sarah-Maude et Véronique qui m'ont permis de pratiquer la structure d'une entrevue semi-dirigée, et ce, afin de me préparer adéquatement à la collecte des données. Je veux remercier également la famille Brault sans qui mon sujet de recherche n'aurait pas été aussi bien défini. Grâce à votre expérience, il a été possible de cerner les moments où les infirmières peuvent faire une différence dans la vie des personnes atteintes de plaies néoplasiques et dans la vie de leur famille qui accompagne leur proche jusqu'à leur dernier souffle. Merci pour cette belle ouverture que vous avez démontrée, et ce, malgré un moment plus sombre et difficile de votre vie.

Ma famille et mes amis(es) ont été d'une aide inestimable tout au long de mon parcours. Je souhaite les remercier pour leur appui absolu. Merci à mes parents qui m'ont inculqué cette valeur : « quand on commence quelque chose, on va jusqu'au bout ». Un merci spécial à Léa, Éliane et Andréanne qui m'ont permis de faire grandement évoluer mon sujet de maîtrise et qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours. Nos discussions sur la recherche et sur la profession infirmière ont toujours été très enrichissantes.

Un énorme merci à Kelsie et à Yann, mes deux meilleurs amis, qui m'avez accompagné, qui m'avez encouragé à ne pas abandonner et qui m'avez permis de profiter de la vie (et des joies d'être étudiant). Ces personnes précieuses m'ont démontré l'importance de bien s'entourer lors de l'accomplissement d'études supérieures. Merci d'avoir été présents tout le temps, même si la distance nous sépare. Merci à cette maîtrise qui vous a mis sur mon chemin. Les chums, quand est-ce qu'on *pop* le champagne? Félicitations à vous deux pour l'obtention de votre titre d'IPSSM, vous pouvez être fiers de ce que vous avez accompli!

Je veux remercier du plus profond de mon cœur, mon partenaire de vie, mon amour. Celui qui a essuyé mes larmes et qui m'a centré sur les faits dans mes élans de panique, celui qui m'a fait énormément progresser dans mes réflexions et dans mes questionnements pendant ma rédaction, celui qui m'a poussé jusqu'à la toute fin pour que je dépose ce mémoire, après avoir lui-même investi des heures à la lecture et à la correction de ce présent document. Merci à mon amoureux, Sébastien, qui m'a épaulé tout au long

de mes études. De BFFPA à conjoint, tu as toujours été là pour moi. Merci, Seb, d'être la personne que tu es, merci d'être là, tout le temps. Je t'aime xxx

Merci à tous les autres qui ont su faire une différence, si minime soit-elle dans la réalisation de cette grande aventure. Un merci à vous tous, du plus profond de mon cœur, pour votre soutien.

Pour terminer, j'aimerais remercier personnellement Chantal Baril, directrice de programme des cycles supérieurs au département de Génie industriel et Lyne Cloutier, professeure titulaire au département des Sciences infirmières qui ont accepté de lire, d'évaluer et d'apporter des suggestions à mon mémoire.

Claudelle

Introduction

Le vieillissement de la population canadienne augmente le nombre de cancers diagnostiqués de manière significative (Anisimov, 2007). Près de la moitié des Canadiens recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie (Anisimov, 2007; CCSCC, 2019). Le cancer du sein, de façon cumulative chez les hommes et les femmes, est le deuxième cancer le plus couramment diagnostiqué au Canada (Brenner et al., 2020; CCSCC, 2019). De ces gens atteints, 5 % à 10 % développeront des plaies néoplasiques, et près de 62 % seront localisées dans la région du sein (Lund-Nielsen, Midtgård, Rørth, Gottrup, & Adamsen, 2011). Lors de l'apparition de ces plaies, les objectifs de soins auprès des patientes¹ atteintes sont orientés vers l'optimisation du confort et le maintien de la qualité de vie (Maida, Ennis, Kuziemsky, & Trozzolo, 2009).

Étant donné leur activité réservée au niveau de la détermination d'un plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins qui s'y rattachent (OIIQ, 2003, 2016), les infirmières² sont souvent sollicitées pour soigner les plaies néoplasiques. Elles doivent appuyer leurs décisions sur des données probantes et des lignes directrices (OIIQ, 2015, 2016). Or, dans le domaine du soin des plaies néoplasiques, aucune ligne directrice ne répond aux spécificités et à la complexité

¹ Le terme *patiente* est utilisé afin de désigner la femme dans sa globalité. Dans le domaine médical, le terme *patiente* est utilisé et n'est pas péjoratif, il est utilisé pour désigner la femme qui consulte une professionnelle de la santé.

² Dans ce document, le générique féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne autant les femmes que les hommes.

de ce type de plaies (Gagnon & Beaumier, 2018; Lund-Nielsen, Müller, & Adamsen, 2005a). Les infirmières doivent alors exercer leur jugement clinique, avec compétence, dans le choix de leurs interventions dans ce contexte clinique (OIIQ, 2015).

Cette recherche a pour objectif d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec. Le premier chapitre présente une mise en contexte et la problématique de la recherche. Il exprime les particularités propres à chaque sujet afin de faciliter la compréhension de la problématique de recherche. Le deuxième chapitre présente deux revues des écrits, soit l'une porte sur l'état des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques et l'une concernant le jugement clinique et ses analogies en sciences infirmières. Le troisième chapitre concerne le cadre théorique sur lequel la présente étude qualitative repose. Il vient appuyer le choix du sujet de recherche. Le quatrième chapitre fait référence à la méthodologie choisie afin de recueillir les données de recherche. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude et les arbres thématiques découlant de l'analyse thématique. Le sixième chapitre est celui menant à la discussion, où trois tableaux résument une partie de la discussion. Le septième et dernier chapitre est celui qui porte sur la conclusion de ce projet.

Chapitre 1 – Problématique

1.1 Statistiques sur le cancer

Les données provenant du Comité Consultatif des Statistiques Canadiennes sur le Cancer (CCSSC) démontrent que près de la moitié des Canadiens et des Canadiennes recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie et que près du quart en décèderont (CCSSC, 2019). Certains auteurs ont projeté que le nombre estimé de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours de l'année 2020 s'élève à 225 800 cas (Brenner et al., 2020). Le nombre élevé de diagnostics de cancer s'explique, entre autres, par les changements complexes aux niveaux cellulaires, moléculaires et physiologiques, engendrés par le processus normal du vieillissement chez la population aînée, qui favorisent à eux seuls la carcinogenèse, c'est-à-dire l'apparition du cancer (Anisimov, 2007). Le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont les cancers ayant la plus forte incidence diagnostique au Canada (Brenner et al., 2020; CCSSC, 2019).

Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquemment diagnostiqué (Brenner et al., 2020; CCSSC, 2019). Les données statistiques canadiennes démontrent que 27 700 nouveaux cas de cancer du sein seront diagnostiqués en 2020, soit près de 27 400 des cas seront diagnostiqués à la gent féminine et que 5 100 femmes décèderont des causes de cette maladie (Brenner et al., 2020). Au Québec, en 2020, les estimations de l'incidence du cancer du sein chez la femme ont démontré qu'il y aurait 6 700 nouveaux cas (Brenner et al., 2020).

Des données supplémentaires suggèrent que les femmes atteintes d'un cancer du sein connaissent des niveaux importants de détresse psychologique, d'anxiété, d'hostilité

et de dépression (Lund-Nielsen et al., 2011; Lund-Nielsen et al., 2005b; Zabora et al., 2001), lesquels diminuent de manière considérable la qualité de vie de ces femmes (Lo et al., 2011; Wengstrom et al., 2001). Dans certains cas, le cancer va évoluer à un niveau où certaines patientes vont développer des plaies néoplasiques.

1.2 Plaies néoplasiques

Les plaies néoplasiques sont des lésions à la peau découlant de métastases cutanées ou d'une tumeur maligne cutanée primaire (Fromantin et al., 2014; Mortimer, 1998; Tamai, Mugita, Ikeda, & Sanada, 2016). Elles se développent notamment lorsque les cellules cancéreuses provenant d'une tumeur localisée migrent dans la peau, dans les capillaires sanguins et dans les vaisseaux lymphatiques (Fromantin et al., 2014; Lund-Nielsen et al., 2005a).

Les plaies néoplasiques se développent principalement lors de cancers du cou, de la tête et du sein (Finlayson, Teleni, & McCarthy, 2017; Lund-Nielsen et al., 2011). Leur incidence d'apparition varie entre 5 % à 10 % chez les patientes atteintes et se développe le plus souvent dans les derniers six à douze mois de vie (Finlayson et al., 2017; Freitas de Castro, dos Santos Claro Fuly, Ribeiro Garcia, & Salvador Caldeira dos Santos, 2016; Fromantin et al., 2014; Lo et al., 2011; Lo et al., 2008; Lund-Nielsen et al., 2011). Elles sont douloureuses, à risque de saignements, exsudatives et odorantes (Finlayson et al., 2017; Fromantin et al., 2014; Lo et al., 2011; Lo et al., 2008; Lund-Nielsen et al., 2011; Lund-Nielsen et al., 2005b; Tamai et al., 2016).

1.2.1 Plaies néoplasiques au sein

Le cancer du sein est le cancer présentant le plus de métastases cutanées à la peau (Fromantin et al., 2014; Probst, Arber, & Faithfull, 2013b). En effet, près de 62 % des plaies néoplasiques se développent dans la région du sein (Lund-Nielsen et al., 2011). En plus des odeurs nauséabondes, de l'exsudat abondant, des saignements et de la douleur au lit de la plaie (Finlayson et al., 2017; Probst, Arber, & Faithfull, 2013a), s'ajoutent l'altération de l'image corporelle, le sentiment de perte de féminité et le phénomène de l'isolement social (Lund-Nielsen et al., 2011). Les sentiments de culpabilité, de peur, de gêne et de stigmatisation envers la société et l'entourage immédiat sont des éléments qui sont ressentis par les patientes atteintes de plaies néoplasiques (Lund-Nielsen et al., 2011). Lors d'une étude effectuée en 2005 auprès de 12 femmes, près de 42 % ont affirmé que la présence de leurs plaies néoplasiques avait une influence négative sur leur féminité (Lund-Nielsen et al., 2005a). Elles ont déclaré que leurs plaies néoplasiques étaient la raison principale de leur changement d'image personnelle et corporelle en lien avec leur féminité quant à leurs choix de vêtements, à leur apparence et à leur bien-être (Lund-Nielsen et al., 2005a). De plus, les résultats de cette même étude démontrent que la présence d'une plaie néoplasique influence négativement la vie quotidienne, la vie sexuelle et les relations sociales de 33 % des femmes atteintes (Lund-Nielsen et al., 2005a).

1.2.2 Approche palliative

Considérant l'apparition des plaies néoplasiques comme l'indication d'un stade avancé de la maladie, d'un sombre pronostic (Charitansky & Fromantin, 2008; Murphy, 2008; Naylor, 2005), la nature et les caractéristiques spécifiques des plaies néoplasiques,

la cicatrisation de celles-ci est plutôt illusoire et irréaliste (Lloyd, 2008; Naylor, 2005; Wilson, 2005). De ce fait, les soins et traitements sont prodigués de manière palliative. Les objectifs de traitements sont alors orientés vers l'optimisation du confort, de la dignité et sur le maintien de la qualité de vie de la clientèle atteinte (Maida et al., 2009). Le traitement des plaies néoplasiques inclut notamment la prise en charge de l'aspect psychologique et physique (Haisfield-Wolfe & Rund, 2002). Une approche holistique est essentielle à la gestion de ces plaies et permet de mettre l'emphase sur le contrôle des symptômes déplaisants ainsi que sur les besoins exprimés par la patiente (Haisfield-Wolfe & Rund, 2002). La gestion de ces plaies est souvent assurée par les infirmières.

1.3 Activités réservées aux infirmières

L'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) précise 17 activités réservées à la profession infirmière (OIIQ, 2016). Ces activités sont réservées uniquement aux professionnels détenant les connaissances, les compétences requises pour les exécuter ainsi qu'un permis d'exercice valide de l'OIIQ (OIIQ, 2016).

Depuis 2003, les infirmières détiennent une activité réservée pour déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent (OIIQ, 2003, 2016). Suite à leur évaluation, elles peuvent ainsi ajuster un plan de traitement selon l'évolution favorable ou défavorable de la plaie (OIIQ, 2016). Le plan de traitement contient les décisions prises par l'infirmière sur les soins à prodiguer à la plaie du patient afin de favoriser la cicatrisation, de diminuer le risque de récidive et de soulager les symptômes

incommodes reliés à la présence de celle-ci en plus d'être basé sur des pratiques exemplaires (OIIQ, 2016). Il est à noter que cette activité réservée est également partagée avec les ergothérapeutes et les physiothérapeutes afin d'améliorer la qualité des soins prodigués à la clientèle atteinte de plaies chroniques (OIIQ, 2016). Cependant, dans ce présent texte, il sera uniquement question de cette activité réservée aux infirmières.

L'article 17 du code de déontologie des infirmiers et infirmières fait mention que l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et doit tenir compte des limites de ses habiletés et de ses connaissances (OIIQ, 2015). Étant responsable de ses actes, l'infirmière doit faire preuve de jugement clinique afin de déterminer si elle détient les compétences suffisantes permettant d'exercer les activités qui lui sont réservées. De plus, l'article 18 du code de déontologie stipule que l'infirmière doit exercer sa profession selon les normes de pratiques et les principes scientifiques reconnus, nécessitant ainsi la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles (OIIQ, 2015). Cela étant dit, l'infirmière doit baser sa pratique professionnelle sur des données probantes disponibles et sur des pratiques exemplaires permettant de guider les soins et les traitements avec professionnalisme (OIIQ, 2016) tel que celles émises et diffusées par *Wounds Canada* pour la prévention et la gestion des plaies (Orsted et al., 2018). Or, les pratiques exemplaires actuelles ne répondent pas aux spécificités des plaies néoplasiques. Il est même possible d'affirmer que les pratiques exemplaires spécifiques aux plaies néoplasiques sont inexistantes à ce jour (Gagnon & Beaumier, 2018; Lund-Nielsen et al., 2005a) ce qui entraîne

l'accomplissement de soins anarchiques et anecdotiques auprès de la clientèle atteinte de plaies néoplasiques (Lund-Nielsen et al., 2005a, 2005b).

1.4 Observations du terrain

Considérant la rareté, la complexité des plaies néoplasiques et les symptômes associés, la gestion de ces plaies représente un défi pour les infirmières. La pratique clinique auprès de la clientèle oncologique confirme le constat des différents auteurs cités ci-haut : la présence de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein réduit la qualité de vie des patientes atteintes. Les observations terrains permettent de constater que deux types de soins sont couramment prodigués. Lorsque les soins sont orientés sur les besoins identifiés par les patientes atteintes de plaies néoplasiques ceux-ci tendent à améliorer la qualité de vie. Toutefois, lorsque les soins prodigués à cette clientèle sont basés sur du mimétisme et/ou sur la méthode d'essais et erreurs, ceux-ci semblent diminuer la qualité de vie des patientes atteintes. Les infirmières ne sont pas outillées pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle atteinte de plaies néoplasiques. L'absence criante de pratiques exemplaires spécifiques aux plaies néoplasiques nécessite l'utilisation du jugement clinique des professionnelles de la santé. Pour ces raisons, il est primordial de se pencher sur l'utilisation du jugement clinique des infirmières lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein afin d'améliorer la qualité de vie des patientes atteintes.

1.5 La littérature et les plaies néoplasiques

Bien que le domaine du soin des plaies néoplasiques soit en émergence, il est possible d'identifier des auteurs et des études provenant de la littérature qui abordent ce

sujet. Les principaux sujets étudiés sont les expériences vécues des patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein (Finlayson et al., 2017; Lund-Nielsen et al., 2011; Probst, Arber, & Faithfull, 2013a), les principaux symptômes déplaisants vécus par la présence d'une plaie néoplasique (Gethin, Grocott, Probst, & Clarke, 2014; Lund-Nielsen et al., 2011; Finlayson et al., 2017; Fromantin et al., 2014; Lo et al., 2011; Lo et al., 2008; Lund-Nielsen et al., 2005b; Samala & Davis, 2015; Tamai et al., 2016), ainsi que l'efficacité des produits et traitements utilisés en contexte néoplasique pour la gestion des saignements, des odeurs, de la douleur et de l'xsudat (Finlayson, et al., 2017); Fromantin et al., 2015). Ainsi, aucune étude n'a été trouvée dans la littérature quant à l'utilisation du jugement clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Cela vient appuyer la pertinence du projet de recherche.

1.6 Question de recherche

Quelles sont les étapes du jugement clinique utilisées par les infirmières pratiquant au Québec lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

1.6.1 Objectif général

L'objectif de cette recherche qualitative est d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec.

1.6.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de recherche sont :

1. Explorer la définition du jugement clinique et les étapes menant à celui-ci par les infirmières;
2. Décrire les étapes du jugement clinique utilisées par les infirmières lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein (avec et sans modèle du jugement clinique);
3. Explorer les éléments facilitants et les éléments contraignants vécus sur le terrain lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

Chapitre 2 – Revue des écrits

Ce deuxième chapitre est consacré à la revue des écrits portant sur trois sujets. Le premier sujet porte sur l'état des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein selon trois axes, soit l'axe des symptômes déplaisants, l'axe du vécu expérientiel des patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein ainsi que l'axe des pratiques exemplaires pour les plaies néoplasiques. Le deuxième sujet concerne le processus décisionnel, englobant à lui seul quatre concepts : le jugement clinique, la décision clinique, le raisonnement clinique ainsi que la pensée critique. Le troisième sujet présente le cycle de gestion de prévention et de gestion des plaies. Ce cycle occupe une place importante dans le processus de prise en charge d'une patiente atteinte d'une plaie, et ce, peu importe l'étiologie, de la plaie.

2.1 État des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein : Revue systématique

La revue de la littérature portant sur les plaies néoplasiques a été révélatrice quant à la complexité de la gestion et de la prise en charge des plaies néoplasiques. Un article scientifique, dont je suis auteure principale, a été publié dans la Revue Francophone de Cicatrisation; diagnostic et traitement des plaies. Cet article s'intitule : « État des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein : revue systématique » (Gagnon & Beaumier, 2018). Pour voir l'intégralité de l'article, veuillez vous référer à l'annexe A. Un résumé de l'article sera présenté au cours des prochaines pages. Vous remarquerez sans doute en cours de lecture que la présentation générale de l'article ainsi que les informations écrites au cours des prochains paragraphes divergeront de l'article publié. Lors de la publication de l'article, un nombre de mots et de caractères

devait être respecté. Dans ce présent chapitre, les informations seront présentées en intégralité puisque la revue des écrits a été complétée dans un contexte de recherche au deuxième cycle. Les informations appuient l'importance de cette présente étude.

2.1.1 Méthodologie de la revue des écrits sur les plaies néoplasiques au sein

Les différents articles en anglais et en français de cette revue des écrits ont été repérés dans les bases de données de CINAHL, Medline PsycInfo, Lissa, Informa Health Care et Cochrane. Les mots-clés utilisés pour cette revue des écrits sont présentés au tableau 1. À la suite du choix des différents articles, trois diagrammes de flux selon la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* : <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>) (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) ont été élaborés afin de résumer le processus de recherche dans les bases de données et sont présentés au cours des prochaines pages. Trois axes de recherche ont été sondés afin d'explorer les connaissances actuelles dans ce domaine (Cronin, Ryan, & Coughlan, 2008). Puisque le sujet est en émergence, aucune limite d'année de publication n'a été balisée.

Tableau 1
Les mots-clés utilisés en fonction de chaque axe de la revue des écrits

Axes	Premier axe	Deuxième axe	Troisième axe
Thèmes	Symptômes déplaisants	Vécu expérientiel	Pratiques exemplaires
Bases de données utilisées	CINAHL, Medline, PsycInfo, Lissa, Informa Health Care et Cochrane	CINAHL, Medline et PsycInfo	CINAHL, Medline et Cochrane
Mots-clés et termes utilisés	(wound* OR skin lesion), (feminine cancer or breast), (Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR discomfort OR "social isolation", (lived experiences or perceptions or attitudes or views OR lived experience or phenomenology or life experience), (Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR discomfort OR "social isolation", (Neoplas* OR tumor OR carcinoma*), (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound)	(Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR discomfort OR "social isolation", (lived experiences or perceptions or attitudes or views OR lived experience or phenomenology or life experience), (Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR discomfort OR "social isolation" OR (lived experiences or perceptions OR attitudes OR views OR lived experience OR phenomenology) ainsi que (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound)	(Guidelines OR best practices OR evidence-based practice OR protocol*), (Wound* tumor), (Neoplasm* wound* guideline*), (neoplasm* OR tumor OR carcinoma) wound* guideline*, (neoplasm* OR tumor OR carcinoma OR neoplastic*) AND (wound* OR injur*)OR (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound) AND (guideline* OR evidence-based practice*)

Le premier axe a été guidé par la théorie intermédiaire des symptômes déplaisants de Lenz (1995) (Smith & Liehr, 2014), permettant d'identifier les principaux **symptômes déplaisants** vécus par la clientèle atteinte de plaies néoplasiques. La schématisation de cette théorie est présentée en figure 1. Cette théorie a permis de mettre l'accent sur des éléments pouvant influencer positivement et négativement l'expérience générale des symptômes ressentis par les patientes en contexte clinique (Smith & Liehr, 2014). L'hypothèse de cette théorie estime que lorsqu'une patiente ressent plusieurs symptômes simultanément, l'expérience globale de celle-ci est perçue négativement (Smith & Liehr, 2014). Ainsi, l'existence de multiples symptômes vécus simultanément n'a pas le même degré d'impact chez les patientes que lorsqu'il y a présence d'un seul et unique symptôme (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997).

La théorie des symptômes déplaisants comporte trois concepts différents; les facteurs physiologiques, psychologiques et situationnels, l'expérience des symptômes mesurée selon quatre indicateurs (intensité, détresse, fréquence et durée) ainsi que la performance individuelle se résumant par les conséquences de l'expérience générale des symptômes (Lenz & Pugh, 2018; Smith & Liehr, 2014). L'expérience générale des symptômes peut avoir un impact sur la capacité de l'individu à fonctionner physiquement, cognitivement et socialement (Lenz & Pugh, 2018). Ainsi, lorsque les patientes éprouvent plus d'un symptôme simultanément, les expériences de ceux-ci sont liées les unes aux autres, bien que l'expérience des symptômes est individualisée et très variable d'une

personne à une autre (Lenz & Pugh, 2018). Ainsi, les symptômes s'accumulent entre eux et peuvent devenir pénibles à gérer pour la personne atteinte.

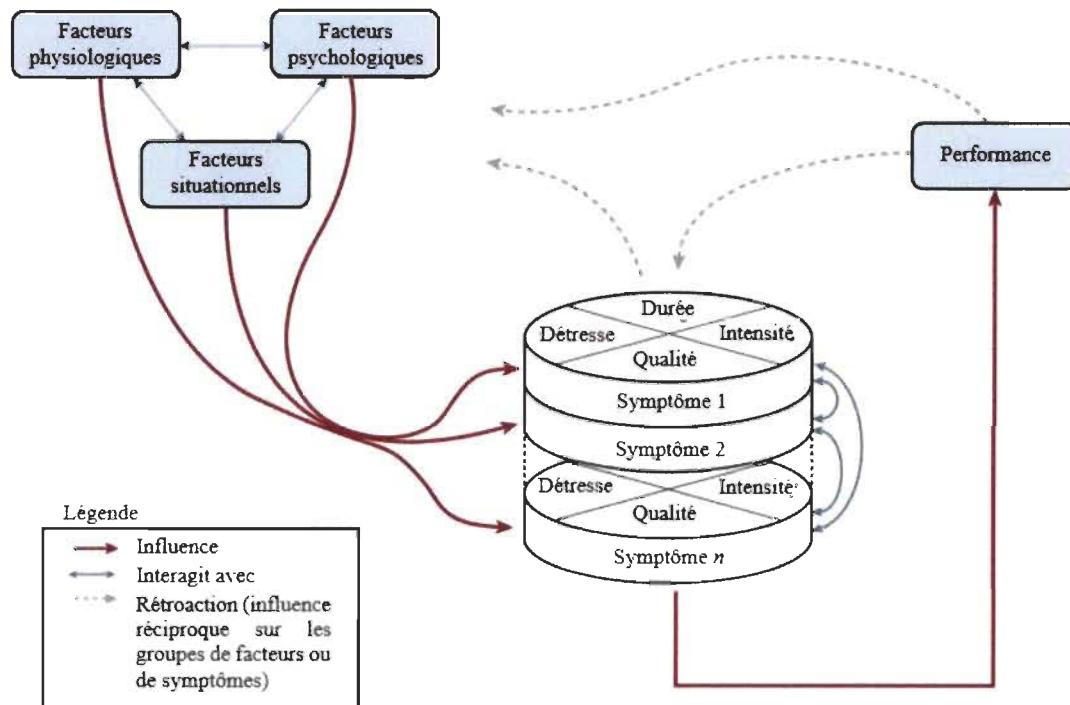


Figure 1. Théorie des symptômes déplaisants [traduction libre] (Lenz & Pugh, 2018).

Le deuxième axe a mené à une revue des écrits portant sur le **vécu expérientiel** des patientes ayant des plaies néoplasiques au sein. Comme mentionné précédemment, les patientes ayant des plaies néoplasiques présentent une grande atteinte de leur qualité de vie et de leur dignité (Lapointe, Gagnon, Brault, & Beaumier, 2018).

Finalement, le troisième axe de la revue des écrits concerne l'exploration des **pratiques exemplaires** existantes dans le domaine général des plaies néoplasiques étant

donné la reconnaissance actuelle de ces soins, considérés comme étant anarchiques et anecdotiques à ce jour (Lund-Nielsen et al., 2005a, 2005b).

2.1.2 Résultats de la revue des écrits

Pour le premier axe de la revue des écrits sur les symptômes déplaisants perçus par les patientes atteintes de plaies néoplasiques au sein, dix-neuf articles potentiels ont été identifiés. De ce nombre, dix études ont permis de distinguer les principaux symptômes déplaisants en lien avec la plaie néoplasique et ont été retenues. Les différents types d'études existants sur ce sujet sont: une revue systématique de la littérature, cinq études à devis quantitatif, deux études à devis qualitatif et deux études à devis mixte. Le diagramme de flux résumant ce premier axe de la revue des écrits est présenté en figure 2. Les principaux symptômes déplaisants identifiés par les patientes présentant des plaies néoplasiques au sein dans ces articles sont les odeurs nauséabondes, l'xsudat abondant, les saignements et la douleur au lit de la plaie (Lo et al., 2011; Lund-Nielsen et al., 2011; Maida et al., 2009)

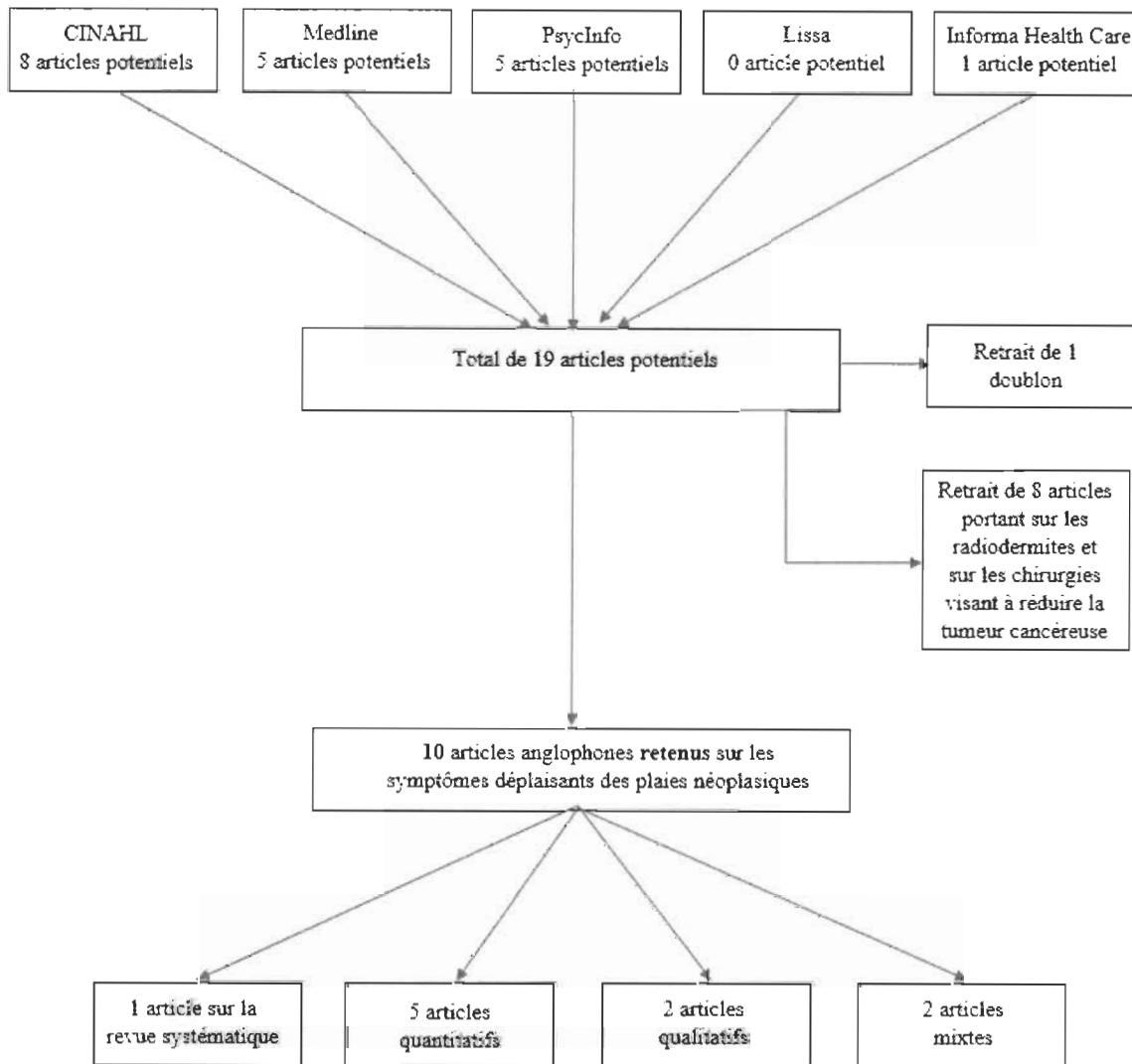


Figure 2. Diagramme de flux portant sur les symptômes déplaisants des plaies néoplasiques.

Le deuxième axe de la revue des écrits a été étudié selon la relation existante entre les symptômes déplaisants et le vécu expérientiel des patientes atteintes de plaies néoplasiques au sein, soit plus précisément sur la qualité de vie de ces femmes. Dix articles potentiels ont été identifiés, dont quatre articles ont été conservés en lien avec la spécificité

du sujet d'intérêt du deuxième axe de la revue des écrits. Sur les quatre articles scientifiques retenus, trois articles sont de types phénoménologiques et un article réfère à la théorisation ancrée. Les six articles restants concernaient les risques, les bénéfices et l'expérience post chirurgie conservatrice d'une tumeur émergente à la peau. Le diagramme de flux de ce deuxième axe de la revue des écrits est présenté à la figure 3. Ainsi, la nécessité du développement des connaissances se fait valoir une fois de plus. Les principaux thèmes de ces articles sont les bénéfices de la relation entre les pansements utilisés et la qualité de vie des patientes ainsi que sur les sentiments éprouvés en lien avec les symptômes vécus par les patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein (Lund-Nielsen et al., 2005b; Probst et al., 2013a, 2013b).

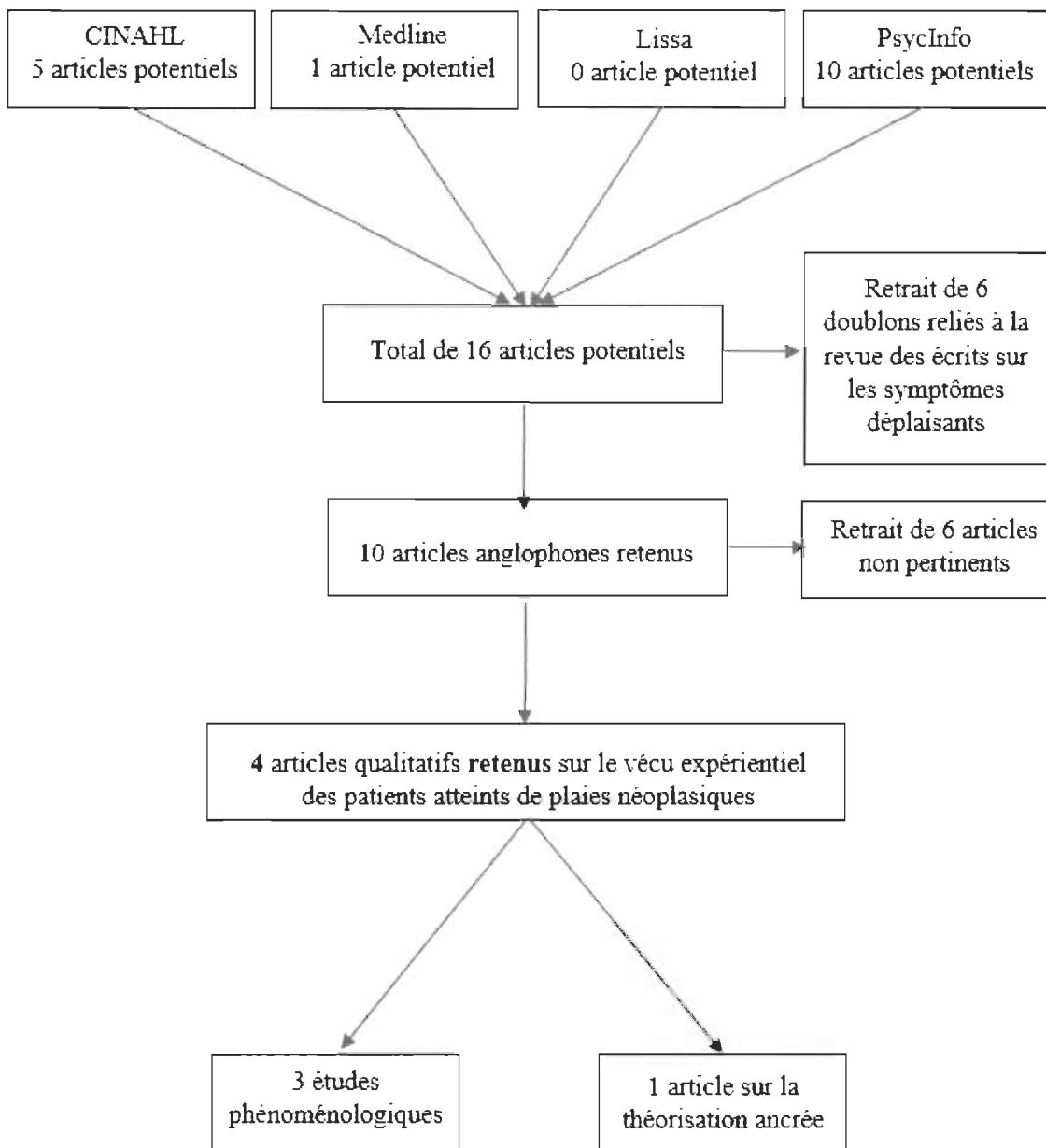


Figure 3. Diagramme de flux portant sur le vécu expérientiel des patientes atteintes de plaies néoplasiques.

Le troisième axe de la revue des écrits concerne les pratiques exemplaires destinées aux soins généraux des plaies néoplasiques. Une quarantaine d'articles ont été identifiés

lors de la recherche dans les différentes bases de données. Cependant, il s'est avéré qu'aucune étude n'était dédiée spécifiquement aux pratiques exemplaires pour le soin des plaies néoplasiques. Le diagramme de flux de ce troisième et dernier axe de la revue des écrits est présenté à la figure 4. Cette recherche a permis de confirmer qu'à ce jour, il n'y a aucune ligne directrice pour le soin des plaies néoplasiques (Lund-Nielsen et al., 2005a; Maida et al., 2009).

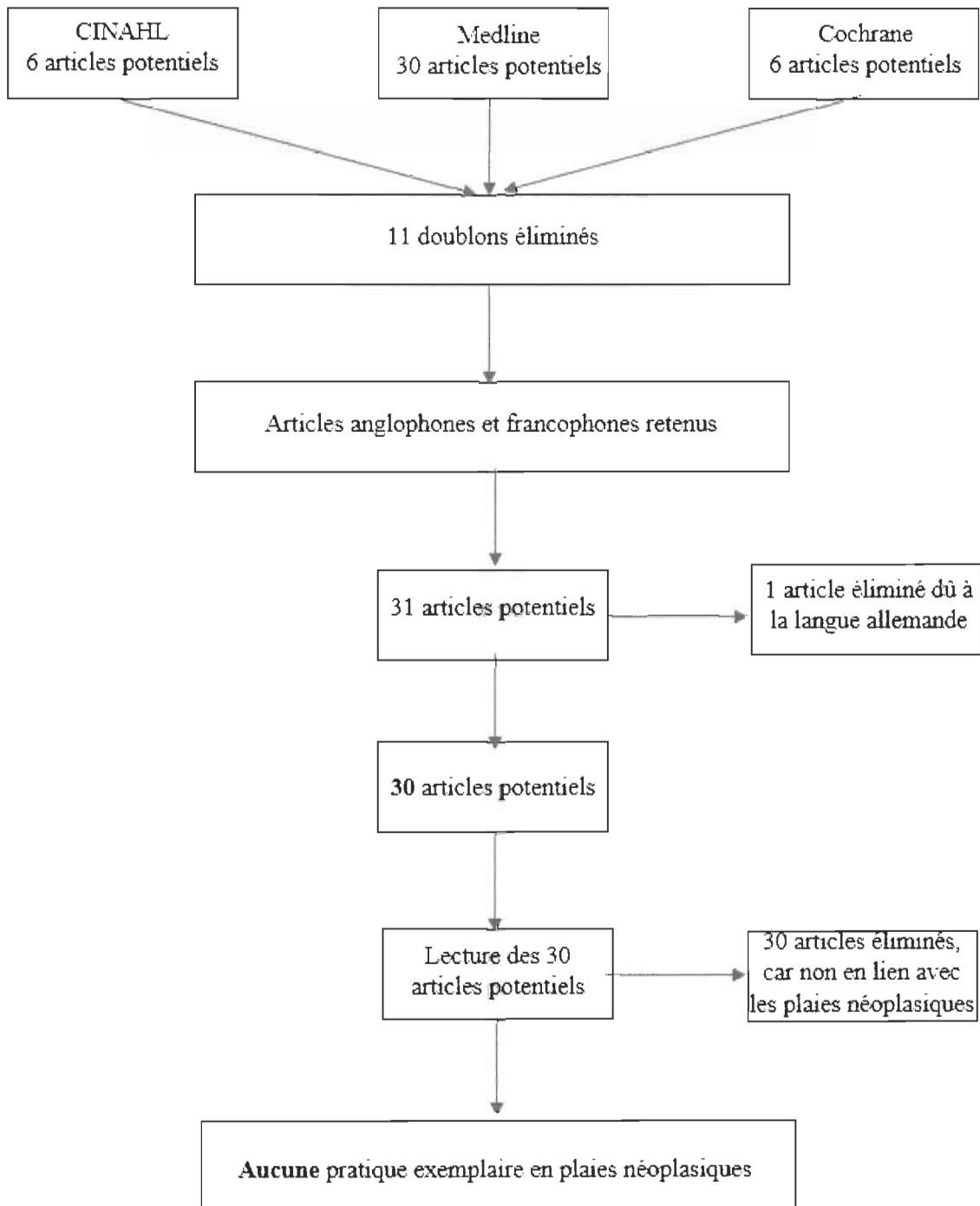


Figure 4. Diagramme de flux portant sur les pratiques exemplaires en plaies néoplasiques.

2.1.3 Discussion : symptômes déplaisants

Les principaux symptômes déplaisants identifiés par la clientèle atteinte de plaies néoplasiques au sein sont la douleur, les saignements, l'excès d'humidité et les odeurs (Gethin, Grocott, Probst, & Clarke, 2014; Lund-Nielsen et al., 2011; Samala & Davis, 2015). Ajoutés à ces symptômes, le risque d'infection au lit de la plaie ainsi que les dommages occasionnés au pourtour cutané de la plaie sont des éléments fondamentaux des symptômes déplaisants devant être pris en considération par les professionnels de la santé (Bergeron et al., 2012).

2.1.3.1 Douleur

Le concept de la douleur en contexte de plaies néoplasiques est un élément non négligeable lors des traitements prodigués aux patientes atteintes. Ainsi, connaître les différents types de douleur permettra au professionnel d'adapter les différents soins procurés. Il est important de comprendre que la douleur se divise en deux catégories distinctes, soit la douleur nociceptive et la douleur neuropathique, et cohabite au sein d'une même plaie (Bergeron et al., 2012). La douleur nociceptive est provoquée par l'activation des récepteurs de la douleur, communément appelés nocicepteurs, est principalement induite par l'envahissement de la tumeur sur les structures adjacentes à celle-ci et par l'inflammation occasionnée par la plaie (Bergeron et al., 2012). En général, les patientes caractérisent cette douleur comme un serrement, un pincement, une torsion ou un battement au lit de la plaie (Bergeron et al., 2012). La douleur neuropathique, pour sa part, est ressentie lorsque la tumeur comprime les nerfs et les terminaisons nerveuses

(Bergeron et al., 2012; Tamai et al., 2016). Ajoutées à ces deux catégories de douleur, trois formes distinctes de douleur peuvent survenir, soit la douleur de fond, la douleur incidente et la douleur procédurale (Benbow, 2009). La douleur de fond se traduit par une douleur persistante au repos provoquée par l’ischémie, la macération, l’œdème, l’infection au lit de la plaie néoplasique (Probst, Arber, & Faithfull, 2009) et par la compression de la tumeur sur les terminaisons nerveuses (Naylor, 2005; Probst et al., 2009; Wilson, 2005). La douleur incidente apparaît plutôt lors des activités quotidiennes ou lors d’une action mécanique telle que le déplacement accidentel du pansement (Programme cantonal (vaudois) de soins palliatifs: prise en charge des plaies ulcérées douloureuses, 2008). La douleur procédurale réfère aux différents soins prodigués au lit de la plaie soit l’application, la réfection des pansements et le nettoyage de celle-ci (Programme cantonal (vaudois) de soins palliatifs: prise en charge des plaies ulcérées douloureuses, 2008). Lors d’une étude en 2016, près de 80 % des femmes atteintes de plaies néoplasiques au sein ont affirmé ressentir une douleur accrue au lit de la plaie qui était non contrôlée par la médication reçue (Tamai et al., 2016).

2.1.3.2 Saignements

Le lit des plaies néoplasiques tend à saigner facilement (Bergeron et al., 2012). Ces saignements induits peuvent entraîner de graves conséquences auprès de la clientèle atteinte. Il est possible de lier l’origine de ces saignements à trois facteurs distincts. Tout d’abord, le processus tumoral favorise l’angiogenèse au niveau du lit de la plaie, c’est-à-dire la formation de nouveaux vaisseaux sanguins, ce qui augmente la friabilité des tissus (Bergeron et al., 2012). Deuxièmement, la diminution du nombre de plaquettes sanguines,

communément appelé thrombocytopénie, favorise également les saignements au lit de la plaie (Barton & Parslow, 1998; Bergeron et al., 2012; Lloyd, 2008; McDonald & Lesage, 2006; Potter et al., 2016). Troisièmement, l'accroissement des plaies néoplasiques occasionne l'érosion des tissus, c'est-à-dire une perte de substance très superficielle de la peau (Wainsten & Morin, 2012) et entraîne la rupture des vaisseaux sanguins (Bergstrom, 2011; Wilson, 2005). Ainsi, lorsqu'un saignement est induit, de multiples facteurs aggravants s'additionnent entre eux, exacerbant la quantité de saignements produits. En plus, il est possible d'associer certains saignements induits par les divers soins fréquemment prodigués aux plaies néoplasiques par le personnel infirmier, notamment par le nettoyage de la plaie et le retrait des pansements (Haynes, 2008).

2.1.3.3 Exsudat

L'exsudat abondant au lit des plaies néoplasiques s'explique par de multiples facteurs exacerbant. La présence de tissus nécrotiques et de corps étrangers, tels les microorganismes, cohabitent au lit des plaies néoplasiques, ce qui tend à maintenir la phase inflammatoire de la plaie (Barton & Parslow, 1998; Probst & Bornhauser, 2007). Les cellules cancéreuses, quant à elles, sécrètent des médiateurs chimiques qui favorisent la perméabilité vasculaire au lit des plaies (Draper, 2005; Lazelle-Ali, 2007). Ainsi, la perméabilité vasculaire entraîne une extravasation des liquides au lit de la plaie, et donc, une augmentation de l'exsudat (Alvarez et al., 2007; Barton & Parslow, 1998; Probst & Bornhauser, 2007). Parfois, la quantité d'exsudat devient si importante qu'elle est difficile à contrôler efficacement. Par expérience, certaines patientes désireront avoir des pansements moins volumineux avec une fréquence de changement plus élevée afin de

contrôler l'excès d'humidité, alors que d'autres opteront pour des pansements plus volumineux, permettant une plus grande absorption d'humidité et un changement de pansements moins fréquent. La préférence de la patiente est importante dans ce contexte puisque celle-ci vit quotidiennement avec sa plaie néoplasique.

2.1.3.4 Odeurs

Les odeurs sont catégorisées comme étant l'élément le plus dérangeant des plaies néoplasiques par les patientes atteintes (Alvarez et al., 2007). Près de 10,4 % des patientes atteintes de ces plaies sont affectées directement par les mauvaises odeurs (Alves dos Santos et al., 2017). Tout d'abord, il est important de comprendre que deux types de bactéries cohabitent dans les tissus dévitalisés de la plaie néoplasique (Hampton, 2008), soit les bactéries aérobiques et les bactéries anaérobiques (Hussain, Rathnayake, & Huygens, 2016). Les bactéries aérobiques ont tendance à dégager naturellement des odeurs typiques au sein des plaies, mais de manière beaucoup moins prononcée que celles anaérobiques (Draper, 2005; Hussain et al., 2016; Lazelle-Ali, 2007). Les bactéries anaérobiques sont responsables des odeurs nauséabondes des plaies : elles migrent dans les tissus nécrotiques et s'y installent afin de dégrader les protéines des tissus nécrotiques (Barton & Parslow, 1998; Hussain et al., 2016). Le déchet de cette dégradation provoque des odeurs aigres très caractéristiques des plaies néoplasiques (Hussain et al., 2016).

2.1.3.5 Infection

Principalement dû à la présence inévitable des bactéries anaérobiques dans les tissus nécrotiques aux lits des plaies néoplasiques, les plaies sont la plupart du temps

colonisées (Fromantin, 2006; St-Cyr, 2011). Il est à noter que plusieurs facteurs prédisposent les patientes atteintes de plaies néoplasiques aux infections, telles que la fragilité de leur santé et leur immunité (Naylor, 2005). Par le fait même, les signes cliniques d'infection peuvent être altérés en contexte de plaies néoplasiques. Certaines patientes demeureront afébriles, soit exemptes de fièvre, malgré la présence d'une infection dans la plaie, et ce, pouvant être notamment induit par la médication reçue sur une base régulière (Fromantin, 2006). L'infirmière doit alors être attentive aux moindres changements visibles ou olfactifs de la plaie. Ces changements peuvent être notés comme une accentuation des odeurs nauséabondes, des saignements, de l'exsudat, une apparition soudaine d'une rougeur au pourtour de la plaie (Draper, 2005), une recrudescence de la douleur qui sont des signes et symptômes cliniques qui devraient alerter l'infirmière (Bergeron et al., 2012).

2.1.3.6 Pourtour cutané

Les professionnels de la santé doivent porter une attention particulière à la fragilité des téguments au pourtour de la plaie néoplasique. Elles doivent notamment considérer les effets connexes de ces plaies auprès de la clientèle atteinte tels que la macération et le prurit (Maida et al., 2009). La macération se définit comme étant un ramollissement des tissus cutanés à la suite d'une exposition prolongée avec des liquides (Benbow, 2008). La peau devient alors rapidement saturée, friable (Haynes, 2008), et vulnérable aux traumatismes et aux abrasions lors du retrait des pansements (Barton & Parslow, 1998; Benbow, 2008; Haynes, 2008; Nazarko, 2006). L'atteinte et la fragilité de la peau

environnante risquent d'entraîner l'agrandissement de la plaie néoplasique (Draper, 2005; Haynes, 2008).

Outre l'excès d'exsudat, les facteurs tels que l'inflammation au lit de la plaie et les changements fréquents de pansements dont les bordures sont adhésives, peuvent détériorer l'intégrité de la peau environnant la plaie néoplasique (Seaman, 2006).

Le prurit est souvent associé aux plaies néoplasiques (Charitansky & Fromantin, 2008; McDonald & Lesage, 2006) et peut occasionner de multiples conséquences auprès de la personne atteinte. La croissance tumorale, les traitements topiques utilisés au lit de la plaie et au pourtour cutané sont des éléments favorisant l'apparition du prurit (Bergeron et al., 2012). Le prurit est même associé à l'anxiété chez les patientes atteintes des plaies néoplasiques, ce qui peut affecter négativement leur qualité de vie (APES, 2008).

2.1.4 Discussion : vécu expérientiel

La diminution de la qualité de vie des patientes atteintes de plaies néoplasiques est un élément à considérer lors de l'accomplissement de soins. Elle influence directement la vie quotidienne de ces patientes.

Outre les odeurs, la douleur, les risques de saignements et d'exsudat abondant, il est important de tenir compte de certains impacts connexes des symptômes au lit de la plaie et sur la qualité de vie des patientes, telle que la macération, le prurit et la desquamation (Maida et al., 2009). La combinaison de ces multiples symptômes entre eux présente des corrélations statistiquement significatives sur la qualité de vie des patientes

atteintes de plaies néoplasiques. Notamment, les variables de l'âge, des odeurs, de la douleur et de l'aspect psychologique sont responsables à 87 % de la variable de la qualité de vie (Lo et al., 2011). La qualité de vie est une variable importante dans le cadre de ce projet de recherche.

Les femmes atteintes de plaies néoplasiques au sein expriment des sentiments de perte de féminité et une diminution de leur estime personnelle par le fait qu'elles ne peuvent porter des vêtements les mettant en valeur, telle que les soutiens-gorges (Lund-Nielsen et al., 2005a). La féminité des femmes, par définition, englobe les caractéristiques différencielles de la femme, notamment par le sexe de la personne, mais également par l'influence du milieu sociopolitique et religieux (CNRTL, 2012), c'est-à-dire ce que la société s'attend, selon des normes physiques, d'une image normalement projetée par la femme. Il est conséquemment possible que les femmes atteintes d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein soient menacées émotionnellement, psychologiquement et physiquement par l'apparence et la présence de la plaie, par l'atteinte de leur féminité et de leur sexualité, entraînant ainsi une hausse de l'anxiété, de la frustration et une souffrance personnelle (Bird, 2000). La perte des limites corporelles initiées par la plaie néoplasique et la détérioration de celle-ci sont des signes visibles de l'évolution de la maladie, entraînant méthodiquement des souffrances psychologiques, sociales et spirituelles considérables, et ce, au-delà de la dégradation de la santé physique (Probst et al., 2013a, 2013b).

De plus, les femmes craignent que leurs plaies dégagent des odeurs nauséabondes et que les gens de leur entourage puissent sentir ces odeurs (Lund-Nielsen et al., 2005a). Par conséquent, plusieurs femmes ont choisi de s'isoler, en évitant les activités sociales et familiales, exacerbant ainsi la problématique de l'isolement social auprès de cette clientèle spécifique (Lund-Nielsen et al., 2005a).

Les études de Lo *et al* et de Lund, Müller et Adamsen (2011; 2005b) rapportent que lorsque les pansements sont utilisés adéquatement en contexte de soins, les symptômes déplaisants éprouvés par la clientèle atteinte de plaies néoplasiques peuvent être grandement réduits. Ainsi, l'application adéquate de pansements permet de maintenir la qualité de vie auprès des patientes atteintes et d'augmenter leur estime personnelle (Lo et al., 2008; Lund-Nielsen et al., 2011). Il demeure tout de même important de mentionner qu'aucun pansement n'est strictement destiné aux plaies néoplasiques (Fromantin et al., 2014). Bien que l'efficacité de certains pansements ait été étudiée, certains auteurs maintiennent le fait que la méthode d'essai-erreur semble inévitable lors de la sélection des pansements en contexte de soins (Finlayson et al., 2017). Cette méthode d'essai-erreur engendre une diminution de la qualité de vie, celle-ci étant déjà incommodée par les symptômes déplaisants, chez le ou la patiente atteinte d'une plaie secondaire à un cancer métastatique ou cutané (Finlayson et al., 2017). Certains auteurs maintiennent qu'une approche individualisée pour la gestion des plaies néoplasiques est un élément fondamental à l'instauration d'un plan de traitement adapté aux besoins des patientes en contexte de soins (Lo et al., 2008). Cette approche permet, entre autres, d'intégrer la

patiente lors de la prise de décision, misant ainsi à répondre adéquatement à leurs besoins individuels (Lo et al., 2008).

2.1.5 Discussion : pratiques exemplaires

Les pratiques exemplaires existantes pour la gestion du lit de la plaie telles que le nettoyage des plaies, les types de débridement, la compression, etc. permettent de favoriser la cicatrisation des plaies. Malheureusement, ces pratiques exemplaires ne répondent pas aux spécificités des plaies néoplasiques. Particulièrement, le débridement chirurgical conservateur à l'aide d'instruments tranchants n'est pas recommandé en contexte néoplasique puisqu'il peut entraîner d'importants saignements au lit de la plaie néoplasique (Barton & Parslow, 1998). Les plaies néoplasiques présentent une composante vasculaire spécifique à leur nature; le faible nombre de plaquettes au lit des plaies, la néo angiogenèse et l'érosion de la peau à la suite de l'accroissement de la tumeur peuvent occasionner des saignements de différents niveaux. Il est tout de même important de mentionner que le débridement des plaies néoplasiques peut être effectué avec parcimonie lorsque les tissus dévitalisés semblent participer au processus infectieux (Fromantin, Rollot, Nicodeme, & Kriegel, 2015).

N'ayant pas de pratiques exemplaires établies pour guider les soins des plaies néoplasiques (Lund-Nielsen et al., 2005a; Maida et al., 2009), ceux-ci, lorsqu'effectués auprès de ces plaies, peuvent être catégorisés comme étant désorganisés et anecdotiques (Lund-Nielsen et al., 2005a, 2005b). Le site Internet de *Wounds Canada* présentant des lignes directrices claires sur le soin des plaies n'aborde pas le soin des plaies néoplasiques.

Sans encadrement clinique, les professionnels de la santé tendent à être laissés à eux-mêmes lorsqu'il est temps de prodiguer des soins à ces plaies. Ainsi, la gestion des symptômes déplaisants est une réelle épreuve pour les professionnels de la santé qui procurent des soins aux patientes présentant des plaies néoplasiques (Freitas de Castro et al., 2016; Lo et al., 2008). Il est alors essentiel de renchérir les pratiques afin d'accompagner les infirmières à prodiguer des soins optimaux aux patientes atteintes de plaies néoplasiques (Haisfield-Wolfe & Rund, 2002).

2.2 Le jugement clinique et ses analogies en sciences infirmières

Le jugement clinique est un élément fondamental de la pratique infirmière; il est notamment utilisé par l'infirmière lors de l'évaluation d'une situation clinique en contexte de soins (OIIQ, 2016) et aide à déterminer le niveau de priorité et les soins à prodiguer auprès du client. En 2002, lors de l'octroi du partage d'activités entre les membres de divers ordres professionnels, le Gouvernement du Québec a précisé l'importance de l'exercice du jugement clinique de l'infirmière en contexte de soins (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010) puisqu'il est considéré comme un élément essentiel et complémentaire au processus décisionnel (Hamers, Abu-Saad, & Halfens, 1994; Potter et al., 2016). Afin de guider adéquatement la pratique infirmière, une définition claire du concept du jugement clinique est nécessaire. Actuellement, plusieurs auteurs mentionnent que les concepts du jugement clinique, de la décision clinique, de la pensée critique et du raisonnement clinique sont interchangeables entre eux (Benner, Tanner, & Chesla, 2009; Richards, 2015; Tanner, 2006). Dans le but de différencier et de lier ces différents

concepts, une revue des écrits portant sur les définitions de chacun de ces concepts a été complétée et est présentée au cours des prochaines lignes.

Selon le site Internet du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le terme jugement est défini comme étant :

Une démarche intellectuelle par laquelle se forme une opinion qui est le résultat de cette démarche et une qualité de l'esprit, une faculté intellectuelle qui porte à bien juger, à porter des appréciations sages, des jugements sains, pleins de discernement, d'équité et de bon sens (CNRTL, 2012).

Le terme clinique s'exprime plutôt comme étant : « une évaluation qui repose sur l'observation directe du malade alité, sur l'observation des symptômes physiques et repose sur un ensemble des connaissances ainsi acquises » (CNRTL, 2012).

Tanner (2006) maintient également que l'amélioration du jugement clinique permet l'amélioration du système de santé. De plus, il est possible d'affirmer, selon plusieurs auteurs, que le jugement clinique est en étroite relation avec le niveau d'expérience de l'infirmière (Henderson, 1984; Lauri & Salanterä, 1998; Pepin et al., 2010; Thompson & Adderley, 2015), celui-ci pouvant être catégorisé en cinq stades distincts, soit le stade novice, débutante, compétente, performante et experte (Benner, 2003). Selon certains auteurs, l'amélioration du jugement clinique et des décisions émises par les infirmières permettraient de bonifier les systèmes de santé (Thompson, Aitken, Doran, & Dowding, 2013).

2.2.1 Méthodologie de la revue des écrits sur le jugement clinique et ses analogies et sciences infirmières

De prime abord, le premier objectif de la revue des écrits est de comprendre la manière dont les infirmières utilisent le jugement clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Or, les termes plaies néoplasiques se sont avérés trop précis et ont donc été modifiés par les termes plaies chroniques. La recherche s'est orientée sur le jugement clinique utilisé par les infirmières en contexte de plaies chroniques. Les différents articles anglophones et francophones portant sur ce sujet ont été repérés au sein des bases de données de CINAHL, PsycInfo, Medline, Cochrane, Lissa. Bien que plusieurs de ces articles ne répondaient pas à l'objectif de cette section de la revue des écrits, une modification s'est avérée nécessaire. Il a été possible de constater qu'une multitude de concepts connexes et complémentaires ont été identifiés: *clinical judgment, critical thinking, clinical decision, decision-making*. Cette découverte a nécessité la modification de l'orientation de cette revue des écrits, soit celui d'identifier les définitions des principaux concepts étroitement liés au processus décisionnel. Ainsi, les bases de données CINAHL, PsycInfo, Medline, Cochrane, Lissa et l'outil de références des thèses ont été utilisés pour définir les quatre concepts suivants : **la décision clinique, le raisonnement clinique, la pensée critique et le jugement clinique**. Aucune balise d'années n'a été émise pour ce deuxième axe de la revue. Pour être retenus, les articles devaient étudier les concepts du processus décisionnel en contexte de soins infirmiers et contenir une définition de l'un ou de plusieurs de ces concepts. Les principaux critères d'admissibilités sont que les concepts du processus décisionnel doivent

avoir été étudiés en contexte de soins infirmiers et doivent contenir une définition de l'un ou de plusieurs concepts.

2.2.2 Résultats de la revue des écrits sur le jugement clinique et ses analogies et sciences infirmières

Le premier concept de recherche est orienté vers le jugement clinique des infirmières en contexte de soins des plaies chroniques. De cette suite, seulement trois articles ont été identifiés; aucun d'entre eux n'arborait le terme jugement clinique. Ainsi, les auteurs de ces articles ont préconisé l'utilisation des termes prise de décision, soit de manière anglaise « *decision-making* ». Après lecture de ceux-ci, seulement un article a été retenu et a mis en évidence l'utilisation de trois types de prises de décisions cliniques en contexte de plaies chroniques qui seront décrits dans la section discussion. Bien que les deux autres articles éliminés ne présentent aucune définition des concepts recherchés, des éléments forts intéressants de la pratique infirmière ont été dénotés au sein de ces articles. Ces éléments seront présentés sous une rubrique concernant les aspects pertinents du processus décisionnel dans la section discussion.

À la suite de cette recherche, une seconde direction de la revue des écrits a émergé et s'est naturellement dirigée vers les concepts connexes menant au processus décisionnel en sciences infirmières soit le jugement clinique, la décision clinique, le raisonnement clinique et la pensée critique. Cette recherche a identifié 43 articles potentiels. Ainsi, près de 60 % des articles identifiés, totalisant un nombre de 27 articles, présentent une définition et/ou une configuration des étapes menant à la décision clinique, à un jugement clinique, à un raisonnement clinique et/ou à la pensée critique. Sur les 27 articles retenus,

neuf articles sont destinés seulement au concept de la décision clinique, trois articles sont exclusifs au concept du jugement clinique, deux articles entièrement dévoués à la pensée critique, totalisant 14 articles spécifiques à un seul concept. Les 13 articles retenus restants présentent plus d'une définition de concepts au sein de leurs rubriques.

Il a également été possible de dénoter une récurrence de certains éléments essentiels au processus décisionnel. Lors de la lecture des articles, plusieurs auteurs font mention d'un phénomène d'interchangeabilité entre les différents concepts étudiés (Hamers et al., 1994; Lee, Abdullah, Subramanian, Bachmann, & Ong, 2017; Ludwick et al., 2004; Richards, 2015; Sullivan, 2012; Tanner, 2006). Cet aspect de la recherche tend à brouiller les distinctions sélectives entre chacun des concepts utilisés afin de définir le processus décisionnel dans la pratique infirmière. Des 16 articles non retenus, divers éléments pertinents provenant de ces textes ont été identifiés, tels que les éléments et facteurs influençant le processus décisionnel. Ceux-ci sont présentés dans la section *aspects pertinents au processus décisionnel*. Les années de diffusion des articles retenus varient entre 1994 et 2017, permettant d'offrir un large spectre de définitions des concepts utilisés en sciences infirmières.

2.2.3 Discussion : décision clinique

L'infirmière détient la responsabilité de prendre des décisions cliniques éclairées et appropriées au contexte de soins (Potter et al., 2016). La décision clinique est définie comme une façon de penser ou d'analyser et permet d'émettre une conclusion à la suite de l'interprétation d'une situation clinique (Richards, 2015). La décision clinique est basée

sur la collecte de données et sur les observations de la situation clinique (Bakalis & Watson, 2005; Clark, 1996) et permet d'élaborer et d'évaluer différentes pistes de décisions (Lauri & Salanterä, 1998, 2002a). Elle se résume par un choix parmi diverses alternatives, et ce, selon les risques et les bénéfices de chacune de ces alternatives (Banning, 2008; Benner et al., 2009; Bryans & McIntosh, 1996; Dowding & Thompson, 2003; Lee et al., 2017; Ludwick et al., 2004; Standing, 2008; Thompson et al., 2013; Thompson & Stapley, 2011). Elle permet de prodiguer des soins adéquats en contexte clinique. La décision clinique est un processus entrepris quotidiennement par les infirmières et est grandement influencée par le niveau d'expérience de celles-ci (Banning, 2008).

Des différences majeures ont été identifiées entre les auteurs sur le processus de choix et les étapes nécessaires à l'émergence d'une décision clinique. En outre, certains mentionnent que la prise de décision clinique est un processus rationnel hypothético-déductif, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par l'utilisation d'un arbre décisionnel (Banning, 2008; Clack, 2009). Clack (2009) stipule plutôt que quatre étapes sont conférées à la prise de décision soit l'acquisition des données de la situation clinique, la génération d'hypothèses, l'interprétation et l'évaluation de celles-ci, en contexte clinique (Clack, 2009). D'une autre part, les auteurs Hallet, Austin, Caress & Luker (2000) font mention de trois différents types de décision, soit la décision pragmatique, la décision systématique et la décision diagnostique. La décision pragmatique repose sur l'utilisation des connaissances basées sur des recherches, sur les théories et sur l'expérience de l'infirmière dans le but de mener à une décision clinique (Hallett et al., 2000). La décision

systématique est plutôt caractérisée par sept étapes menant à la décision clinique, soit la reconnaissance des éléments de la situation clinique, la formulation d'hypothèses, la génération d'alternatives, la recherche d'informations supplémentaires à la situation clinique, la prise de la décision (le choix final), l'application de l'intervention et l'évaluation de celle-ci auprès de la patiente (Hallett et al., 2000). La décision diagnostique consiste à surveiller et identifier les symptômes de la patiente à partir de la situation clinique, à générer différentes hypothèses sur ses symptômes, à recueillir des données spécifiques en fonction des hypothèses et à évaluer chacune de celles-ci dans le contexte clinique dans le but de mener à une décision réfléchie (Hallett et al., 2000). Il est possible de constater que les termes hypothèses et générations d'alternatives font partie prenante de la décision clinique.

Pour d'autres auteurs, la prise de décision fait référence aux processus analytique et intuitif (Lauri & Salanterä, 1998, 2002b; Lauri et al., 2001). Le processus analytique est un cheminement séquentiel caractérisé par un traitement lent de l'information, c'est-à-dire que l'infirmière évalue tous les éléments de la situation clinique, peu importe leur niveau de pertinence, et les analyse lentement (Lauri et al., 2001). Elle séquence et organise les règles de façon logique et spécifique à une tâche, ce qui lui demande une période de temps supérieure afin d'analyser une situation clinique dans sa globalité (Lauri et al., 2001). Ce type de processus est souvent associé à une infirmière novice débutant dans la profession infirmière. Le processus intuitif se distingue plutôt par la reconnaissance rapide d'éléments clés d'une situation, tels que des signaux et des symptômes spécifiques (Lauri et al., 2001). Ces mêmes auteurs maintiennent que, malgré

ces deux différents processus utilisés dans le but d'émettre une décision clinique, la structure de cette décision contient quatre étapes : la collecte des données de la situation de la patiente, l'identification du ou des problèmes infirmiers en cause, la planification des interventions et l'implantation de celles-ci auprès de la clientèle cible (Lauri et al., 2001). Cette méthode de pensée met l'emphase sur l'importance de compléter une collecte des données approfondie lors de l'évaluation initiale de la situation de la patiente, afin de rendre une ou des décisions cliniques éclairées.

Cela dit, cette section permet de déceler certaines ressemblances entre les définitions et les étapes menant à une décision clinique, et ce, selon les auteurs identifiés ci-haut. Malgré ces présentations, il reste difficile de définir de manière spécifique et claire la décision clinique. Tout de même, il est possible de mentionner qu'un processus de réflexion est nécessaire à l'émergence d'une décision clinique éclairée selon la situation de la patiente. Ainsi, les termes hypothèses, générations d'alternatives et collectes des données sont des concepts majeurs de la décision clinique. Le but de la décision clinique est toujours le même soit celui de « prendre une décision ».

2.2.4 Discussion : raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est un processus cognitif consistant à noter, à interpréter et à répondre à une situation donnée (Benner et al., 2009). Les actions mentales menant au raisonnement sont essentielles puisqu'elles permettent de comprendre la signification des problèmes des patientes, d'identifier des solutions, de prendre des décisions et de résoudre les problèmes, dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possible (Milhomme,

2016). Le raisonnement permet à l'infirmière de développer divers liens entre les données collectées auprès des patientes et la situation clinique : il est donc dépendant du contexte clinique au sein duquel il [le raisonnement] est exploité (Milhomme, 2016).

Selon Tanner (2006), le raisonnement clinique est un processus par lequel les professionnels de la santé portent des jugements envers une situation donnée. Trois types de raisonnements existent selon cette auteure, soit le raisonnement intuitif, analytique et narratif (Tanner, 2006). Le raisonnement intuitif est utilisé par l'infirmière clinicienne lorsqu'elle reconnaît des signes et des symptômes théoriques ou provenant d'une situation antérieure vécue tandis que le raisonnement analytique est défini par l'utilisation d'un processus d'analyse du problème et de la vérification des hypothèses émises grâce à un recueil de références (Tanner, 2006). Le raisonnement narratif réfère plutôt à la compréhension de l'expérience de la maladie que vit le client (Tanner, 2006).

Pour d'autres, le raisonnement clinique est considéré comme un processus cognitif permettant de comprendre la signification des problèmes des clients en contexte de soins, de prendre des décisions cliniques justes et éclairées, et de résoudre les problèmes identifiés (Fonteyn & Ritter, 2008). Harris (1993) insiste sur le fait que le raisonnement clinique est un processus de pensée permettant aux professionnels d'opter pour les actions les plus appropriées dans une situation clinique précise, où une résolution de problèmes est requise.

Certaines connaissances sont essentielles au raisonnement clinique, telles que les connaissances théoriques basées sur des données scientifiques, les connaissances issues

de l'expérience professionnelle et les connaissances individuelles provenant de la compréhension de l'expérience vécue des patientes et de leurs valeurs (Chapados, Audétat, & Laurin, 2014; Tanner, 2006). Le raisonnement clinique se développe à son plein potentiel lorsque l'organisation de ces diverses connaissances est exploitée à son maximum (Charliin, 2001; Norman, 2006) ce qui améliore le processus décisionnel.

2.2.5 Discussion : pensée critique

La pensée critique est en étroite relation avec les concepts de la décision clinique, du raisonnement clinique et du jugement clinique (Sullivan, 2012). La pensée critique est un jugement volontaire caractérisé par des interprétations, des analyses, des évaluations et des déductions cognitives en lien avec une situation clinique (Sullivan, 2012). Elle est essentielle pour analyser de manière critique des situations cliniques dans le but de rendre des décisions rapides et justes selon le contexte de soins (Lee et al., 2017). Considérée comme un processus de réflexion réfléchi sur les problèmes infirmiers (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994), elle assure le développement d'hypothèses en contexte clinique (Tanner, 2005). Elle permet de conceptualiser, d'appliquer, d'analyser, de synthétiser et d'évaluer de manière active les données recueillies par l'observation de la situation, et par la communication avec la patiente (Duchscher, 1999). Pour d'autres auteurs, la pensée critique s'avère plutôt être une habileté à résoudre un problème donné, à raisonner de manière logique et à analyser les informations recueillies avant de générer une conclusion (Lee et al., 2017).

La pensée critique se définit également comme une habileté intellectuelle permettant d'examiner son processus de pensée personnelle, celui des autres et de les remettre en question selon la situation clinique (Chaffee, 1994). En d'autres termes, la pensée critique est un exercice permettant la remise en question, l'analyse de la situation, l'exploration des pistes de solution et le raisonnement servant à la prise de décisions cliniques éclairées (Potter et al., 2016). Elle est pertinente en contexte infirmier afin d'améliorer le processus de prise de décision clinique et l'optimisation du jugement clinique (Lee et al., 2017); elle est ainsi complémentaire à ces deux concepts du processus décisionnel.

2.2.6 Discussion : jugement clinique

Virginia Henderson, une pionnière des soins infirmiers, affirme que lorsque l'infirmière est en mesure d'intervenir de manière adéquate dans une situation clinique, c'est-à-dire à force de pratiquer, c'est qu'elle a su développer un jugement clinique (Henderson, 1984). Elle maintient également que le jugement clinique se développe grâce à la scolarité, à l'expérience professionnelle et à la qualité des intuitions des infirmières en contexte clinique (Henderson, 1984). Pour cette auteure, le jugement clinique est propre à chaque infirmière.

Depuis les dernières années, certains auteurs considèrent que le jugement clinique réfère à l'évaluation des différentes interventions/alternatives identifiées par les professionnels dans une situation clinique donnée, en fonction des bénéfices et des risques de chacune d'entre elles (Standing, 2008; Thompson et al., 2013; Thompson & Stapley,

2011). Nagels (2017) affirme que le jugement clinique est un processus de résolution de problèmes ayant un but diagnostic ou thérapeutique. Il [le jugement clinique] est un instrument cognitif qui permet d'orienter les professionnels de la santé, selon les besoins de la patiente dans une situation clinique, et permet de mener à la réalisation d'un soin et à son optimisation (Nagels, 2017). Le jugement consiste à obtenir et à rassembler des informations externes acquises par l'entremise d'une personne, d'un objet ou d'une situation, dans le but d'en produire une évaluation clinique riche et unique (Maule, 2001). Il se distingue notamment par la décision d'utiliser ou de ne pas utiliser les outils mis à la disposition des professionnels qui permettent de faciliter l'évaluation de la situation clinique (Voyer et al., 2014). Ces mêmes auteurs soulignent qu'aucun outil ne peut remplacer la compétence, les connaissances, ni le jugement des infirmières en contexte clinique; le jugement clinique doit ainsi prévaloir dans toutes situations (Voyer et al., 2014). Les décisions émises à la suite du jugement clinique doivent être justifiées et documentées autant sur le plan clinique que sur le plan scientifique (Voyer et al., 2014). Ainsi, le jugement clinique réfère à la façon dont les infirmières comprennent les problèmes et les préoccupations de la patiente, s'occupent des informations pertinentes et réagissent de manière réfléchie et appropriée auprès de celle-ci (Benner et al., 2009). Le jugement clinique tend à être grandement influencé par ce que l'infirmière apporte à la situation (Benner et al., 2009; Clack, 2009).

Pour d'autres, le jugement clinique réfère seulement à l'évaluation globale d'une situation par l'infirmière grâce à l'intégration des informations recueillies auprès d'une patiente (Dowding & Thompson, 2003). Il est caractérisé par une série de décisions prises

par l'infirmière en interaction avec la patiente concernant les objectifs à atteindre dans la situation clinique, l'évaluation des données observées et les interventions infirmières à effectuer auprès de la clientèle (Duchscher, 1999; Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994).

Tanner (2006), pour sa part, stipule que le jugement clinique est considéré comme une activité de résolution de problèmes débutant par l'évaluation de la situation et du diagnostic infirmier, par la planification des interventions infirmières visant à résoudre les problèmes identifiés, par la mise en œuvre de celles-ci et par l'évaluation de l'efficacité de ces interventions posées auprès de la clientèle cible. Pour d'autres, le jugement clinique se réfère plutôt à la façon dont les infirmières comprennent une situation, un problème ou les préoccupations des patientes, s'occupent des informations essentielles et réagissent de manière appropriée à l'événement (Benner et al., 2009).

Ainsi, l'infirmière est en mesure d'émettre son jugement clinique, soit une opinion claire au regard d'un processus charnu d'observations distinctes, de réflexion et de raisonnement sur les données acquises; il [le jugement clinique] est la conclusion de ce processus (Phaneuf, 2008).

Le jugement clinique selon Tanner (2006) est considéré comme :

Une activité de résolution de problèmes, débutant par l'évaluation et le diagnostic infirmier, en passant par la planification et la mise en œuvre d'interventions infirmières orientées vers la résolution de problèmes diagnostiqués dans le but de parvenir à l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Le jugement clinique réfère ainsi à une opinion, à une conclusion, à une décision en fonction de la situation de la patiente/famille et au processus de résolution d'un

problème (Milhomme, 2016; Nagels, 2017). Un bon jugement clinique exige une capacité flexible et nuancée de l'infirmière afin de reconnaître les éléments marquants d'une situation clinique non définie, à interpréter leur signification et à réagir de manière appropriée à cette même situation (Tanner, 2006).

Concrètement, il permet d'évaluer les alternatives et les interventions pouvant être prodiguées auprès du client alors que la décision clinique repose plutôt sur le choix optimal entre les alternatives identifiées (Standing, 2008).

2.2.7 Aspects pertinents du processus décisionnel

À la suite de la lecture des articles, il est ainsi difficile de différencier spécifiquement chacun de ces concepts et de se positionner sur l'utilisation d'un seul concept précis en pratique infirmière.

Cependant, certains auteurs mettent l'accent sur des éléments pertinents pouvant influencer le processus décisionnel. Notamment, les connaissances en sciences infirmières et les facteurs contextuels de la situation clinique, tels que les lois et l'éthique, qui sont essentiels à ce processus (Field, 1987). Ces connaissances peuvent être ainsi acquises par la mise en commun des données théoriques et des données issues de la littérature lors des discussions entre les professionnelles de la santé (Hamers et al., 1994). Également, l'expérience professionnelle et la variabilité personnelle, c'est-à-dire la capacité de communiquer et de percevoir des détails pertinents dans une situation, sont des éléments qui influencent le processus (Hamers et al., 1994). L'expérience professionnelle se définit en cinq niveaux, soit l'infirmière novice, débutante, compétente, performante et experte

(Benner, 2003). Les prises de décision des infirmières sont influencées directement par les différents niveaux d'expérience professionnelle auxquels elles se situent (Pretz & Folse, 2011). Il est à noter que le département, soit le milieu de travail où l'infirmière travaille, peut également influencer les décisions cliniques (Lauri & Salanterä, 1998).

De plus, la notion de la compétence professionnelle est un élément fondamental du processus décisionnel (Reeves, 2008). Plus précisément, l'expertise fondée sur le jugement et sur la décision clinique nécessite des connaissances suffisantes en sciences infirmières et une expérience professionnelle aiguisée afin d'effectuer un retour constructif sur l'application des connaissances et sur l'utilisation de l'expérience dans une situation clinique (Thompson et al., 2013).

2.2.8 Schématisation du jugement clinique selon l'étudiante-chercheuse

À la lumière des différentes définitions émises ci-haut avec les concepts du jugement clinique, de la décision clinique, du raisonnement clinique ainsi que de la pensée critique, l'étudiante-chercheuse a été en mesure de schématiser sa propre compréhension de ces concepts (figure 5). Elle s'est appuyée notamment sur deux modèles spécifiques afin de l'aider à démontrer sa compréhension des concepts, soit sur l'étude de Tanner (2006) et sur le modèle de l'application de la pensée critique dans le modèle du jugement clinique de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et al. (2016). Pour l'étudiante-chercheuse, il est possible de dire que le jugement clinique effectué en contexte de soins regroupe le raisonnement clinique, la pensée critique et la décision clinique; ils sont intimement liés entre eux et s'influencent mutuellement. Le jugement clinique forme un

tout. Il est représenté sur la figure 5 comme étant la jonction entre les différents concepts. Cette revue des écrits met l'emphasis sur l'importance de définir le jugement clinique avec les participantes à l'étude.

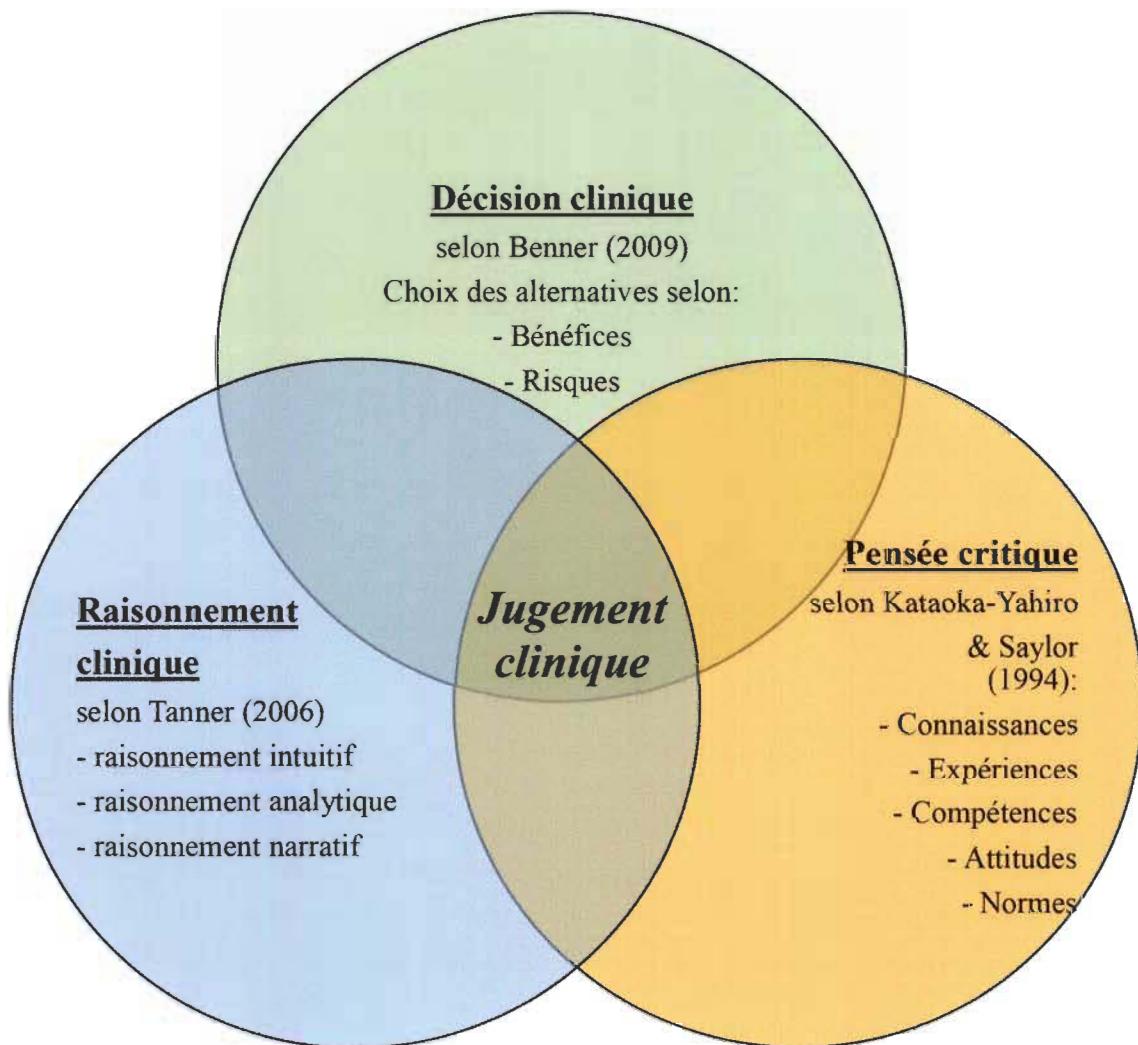


Figure 5. Schématisation du jugement clinique selon l'étudiante-rechercheuse.

2.3 Cycle de prévention et de gestion des plaies

Tous types de plaies nécessitent une évaluation complète et détaillée de la part de l'infirmière. De nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques peuvent influencer la prévention et la cicatrisation des plaies (Orsted et al., 2018). *Wounds Canada* a élaboré un guide de référence rapide sur le cycle de gestion des soins de plaies, et sur les recommandations associées, qui permet aux professionnels de la santé d'évaluer adéquatement la patiente, la plaie et son ensemble (Orsted et al., 2018). Ce cycle comporte cinq étapes (figure 6). Bien que la plaie néoplasique soit traitée en contexte palliatif, misant ainsi sur la gestion des symptômes déplaisants pour les patientes, elle requiert la même évaluation que tout autre type de plaie; elle doit être évaluée selon les mêmes cinq étapes. Afin de bien comprendre l'essence du travail de recherche, une mise en contexte de ce guide de références est nécessaire. Certains éléments de la discussion y feront référence.

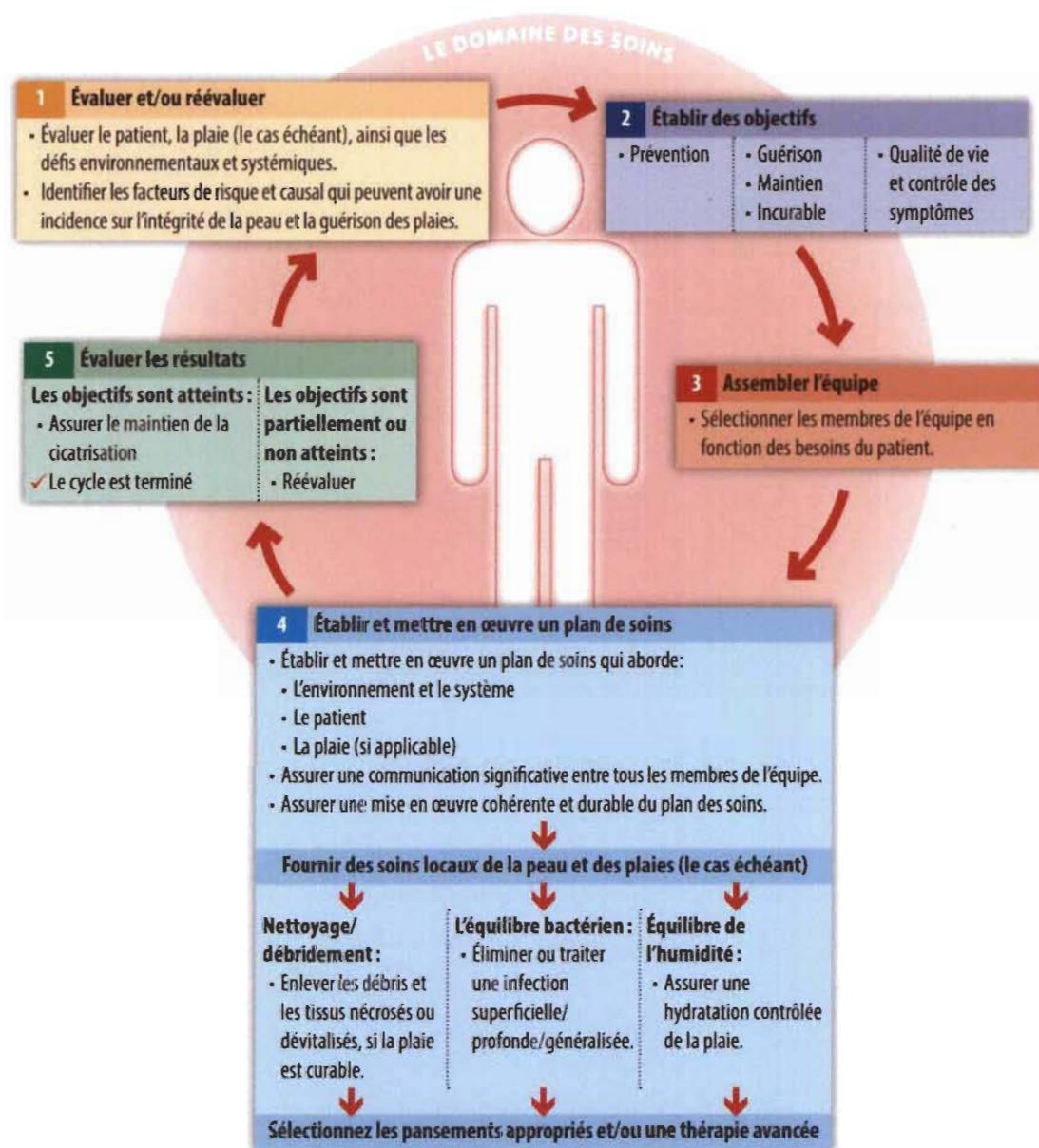


Figure 6. Cycle de prévention et de gestion des plaies (Orsted et al., 2018).

La première étape consiste à évaluer la patiente, la plaie, l'environnement de celle-ci et les défis actuels reliés au système de santé (Orsted et al., 2018). En parallèle, il est

primordial d'identifier les risques et les facteurs pouvant affecter l'intégrité cutanée et la cicatrisation de la plaie (Orsted et al., 2018). Ainsi, la première étape du cycle de prévention et de gestion des plaies permet d'évaluer différents aspects, tels les aspects physiques, psychologiques et les habitudes de vie de la patiente, les aspects socio-économiques, le milieu de soins ainsi que la capacité de prise en charge de la patiente vis-à-vis sa situation de santé (Orsted et al., 2018). Cette étape d'évaluation sert à collecter les données afin d'avoir un portrait global de la situation clinique. Elle permet également d'obtenir des valeurs et des données de références dans la situation clinique pour être en mesure de juger de l'amélioration, de la stagnation ou de la détérioration de la plaie. En contexte de plaie néoplasique liée à un cancer du sein, la prise en charge de la patiente doit être globale, holistique. Notamment, il faut considérer, en tant que professionnelle, l'impact de la plaie néoplasique sur les aspects physiques, psychologiques et socioéconomiques de la patiente atteinte.

La deuxième étape du cycle de prévention et de gestion des plaies concerne l'établissement des objectifs de soins (Orsted et al., 2018). Lors de cette étape, il est nécessaire d'identifier et d'agir sur les facteurs permettant la prévention des plaies, d'identifier le potentiel de cicatrisation de la plaie (curatif, de maintien ou palliatif) et de travailler sur le contrôle des symptômes associés et l'optimisation de la qualité de vie du client (Orsted et al., 2018). Lorsqu'il est question d'une plaie néoplasique au sein, l'objectif curatif est peu envisageable (Lloyd, 2008; Naylor, 2005; Wilson, 2005). Par le fait même, les objectifs de soins seront plutôt orientés selon les besoins de la patiente, en

préconisant la gestion des symptômes déplaisants engendrés par les plaies néoplasiques et l'amélioration de leur qualité de vie.

La troisième étape consiste à rassembler une équipe de soins (Orsted et al., 2018). Les membres de l'équipe seront sélectionnés en fonction des différents besoins identifiés par la patiente et par la professionnelle de la santé. Les recommandations proposent d'inclure la patiente, sa famille et divers intervenants dans l'équipe de soins (Orsted et al., 2018). Ce rassemblement d'équipe permettra d'optimiser la collaboration interprofessionnelle en ayant des objectifs de soins communs et une approche centrée sur la patiente.

La quatrième étape consiste à développer et mettre en place un plan de soins (Orsted et al., 2018), communément appelé un plan de traitement. Cette phase permet d'établir et d'implanter un plan de traitement répondant aux besoins de la patiente, de la plaie, de l'environnement et des défis reliés au système de santé (Orsted et al., 2018). Ce plan de traitement assurera une communication au sein de l'équipe de soins en lien avec les objectifs de traitements en cours et arrimera le maintien de l'implantation de ce plan de traitement (Orsted et al., 2018). Les soins locaux de la plaie doivent être déterminés et décrits sur le plan de traitement, notamment ce qui a trait au nettoyage, au débridement et à l'équilibre de l'humidité au lit de la plaie (Orsted et al., 2018). Les recommandations indiquent de mettre en place un plan de traitement permettant de modifier les facteurs présentant un impact significatif sur l'intégrité cutanée, sur l'état de la plaie et sur l'environnement de la patiente en fonction de ses besoins physiques, psychologiques et

sociaux (Orsted et al., 2018). Le soutien des membres de l'équipe formée à l'étape 3 reste primordial afin d'assurer la continuité des soins et du plan de traitement (Orsted et al., 2018).

Lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, il est primordial de définir certaines modalités à respecter pour ceux qui vont prodiguer les soins, notamment ce qui a trait, aux besoins de la patiente, mais également à la méthode de réfection des pansements, au nettoyage et au débridement des plaies. Par expérience, étant donné l'aspect friable des plaies néoplasiques, il est important de porter une attention particulière lors de la réfection des pansements et du nettoyage; la réfection des pansements doit se faire en douceur et le nettoyage de la plaie doit se faire à basse pression pour éviter les saignements. De plus, le débridement chirurgical conservateur n'est pas recommandé en contexte néoplasique sauf s'il est effectué avec parcimonie dans le but de réduire la charge bactérienne au lit de la plaie néoplasique (Fromantin et al., 2015). Ces aspects de la pratique doivent être considérés en contexte néoplasique puisque ces plaies sont atypiques et complexes.

La cinquième et dernière étape du cycle de prévention et de gestion des plaies est celle de l'évaluation des résultats (Orsted et al., 2018). Cette étape permet d'évaluer si les principaux objectifs de soins ont été atteints, assurant ainsi le maintien du plan de traitement tel quel et une finalité au cycle de gestion des plaies (Orsted et al., 2018). Au contraire, si les objectifs ont été partiellement ou non atteints, l'infirmière doit ajuster le plan de traitement en débutant par l'évaluation de la patiente, de la plaie et de son

environnement de soins, soit à la première étape du cycle de gestion des plaies (Orsted et al., 2018). Il est également primordial d'assurer la continuité des soins permettant la prévention et la diminution du risque de récidive des plaies (Orsted et al., 2018). Lors de la présence de plaies néoplasiques, l'atteinte des objectifs de soins réfère plutôt à la gestion des symptômes déplaisants vécus par les patientes atteintes.

Ainsi, chaque type de plaie doit être évaluée selon ces étapes du cycle de prévention et de gestion des plaies, y compris les plaies néoplasiques. Bien que ces plaies tendent à être incurables (Lund-Nielsen et al., 2005a), et donc que la cicatrisation de la plaie n'est pas un résultat optimal, la prise en charge de ces plaies via le plan de traitement nécessite de combler adéquatement les besoins spécifiques de chaque patiente. L'objectif de soin étant palliatif favorise une gestion adéquate de ces symptômes. La gestion des plaies néoplasiques présente des défis de taille pour les infirmières œuvrant auprès de la clientèle oncologique (Lo et al., 2008).

Chapitre 3 – Cadre théorique

L'étude qualitative ayant pour objectif principal d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec doit reposer sur un cadre théorique permettant de guider le projet de recherche. En effet, quelques modèles en sciences infirmières auraient pu être choisis dans le cadre de ce projet, tels que le modèle pour l'application de la pensée critique de Kataoka-Yahiro & Saylor publié en 1994 et le modèle McGill misant sur les forces des patientes en contexte de soins (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). Il aurait même été possible, de façon extrapolée, d'utiliser un modèle visant l'amélioration continue d'un produit ou d'un processus intitulé le cycle PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) (Moen & Norman, 2010) et de faire des parallèles entre ce cycle et le jugement clinique en modifiant l'angle du projet de recherche. Le cadre théorique de Tanner (2006) permettra de structurer les questions du guide d'entrevue et sera un modèle de référence tout au long du mémoire puisqu'il répond à l'objectif général de recherche.

Le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) schématisé le cheminement du jugement clinique des infirmières tout en incluant les aspects du raisonnement clinique et de la prise de décision clinique chez ces professionnelles de la santé. Lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, les infirmières doivent faire preuve de jugement clinique afin de déterminer un plan de traitement adéquat, et ce, malgré l'absence de pratiques exemplaires spécifiques à ces plaies.

3.1 Modèle du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers

L'étude de Christine A. Tanner portant sur le jugement clinique démontre les liens entre les concepts du jugement clinique, de la décision clinique et du raisonnement clinique (Tanner, 2006). Ce modèle permet une association fluide avec l'objectif de ce projet de recherche, soit d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement des plaies néoplasiques liées à un cancer du sein.

Le modèle de Tanner (2006) se base sur près de 200 études. Sur la base de ces 200 études, cinq principaux constats sont émis :

- 1) Le jugement clinique est influencé de manière proportionnelle par ce que l'infirmière apporte à la situation;
- 2) Le jugement clinique repose sur la manière dont l'infirmière interprète la situation clinique de la patiente, sur les réponses typiques attendues aux interventions infirmières ainsi que sur son engagement personnel et professionnel envers la patiente et ses préoccupations/besoins;
- 3) Le jugement clinique est influencé par le contexte dans lequel la situation survient et par la culture des soins infirmiers sur l'unité de soins en question;
- 4) Les infirmières utilisent une variété de raisonnement, ceux-ci étant utilisés seuls ou en combinaisons;

5) La réflexion sur la pratique des infirmières est souvent déclenchée par une divergence sur le jugement de la situation clinique vécue et est essentielle au développement des connaissances cliniques et à l'amélioration du raisonnement.

Tanner (2006) stipule que le jugement clinique est essentiel à la pratique de tous les professionnels. Ce processus est utilisé autant par les infirmières novices que les infirmières expertes. L'une des différences majeures entre les infirmières novices et expertes réside dans le fait que l'expérience permet d'ajuster et d'initier un jugement clinique personnalisé et permet de l'orienter selon la situation et les besoins de la patiente. Un bon jugement nécessite une habileté flexible à reconnaître les aspects saillants d'une situation, d'interpréter leur signification et répondre de manière appropriée à celle-ci par des actions adaptées à la situation (Tanner, 2006). En plus d'avoir une compréhension globale de la physiopathologie et des diagnostics médicaux de la patiente, un bon jugement clinique prend en considération l'expérience actuelle de soins pour la patiente/famille ainsi que leurs forces physiques, sociales, émotionnelles et leurs ressources personnelles (Tanner, 2006), communément appelés les stratégies de *coping* (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). Il nécessite l'utilisation de différents types de connaissances et il évolue avec l'expérience clinique (Benner, 1983; Benner, 1984, 2004; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Peden-McAlpine & Clark, 2002). Il est maintenant temps d'introduire le modèle du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers de Tanner (2006) (figure 7). Le modèle, présenté ci-dessous, comprend quatre étapes : la perception, l'interprétation, la réponse et la réflexion.

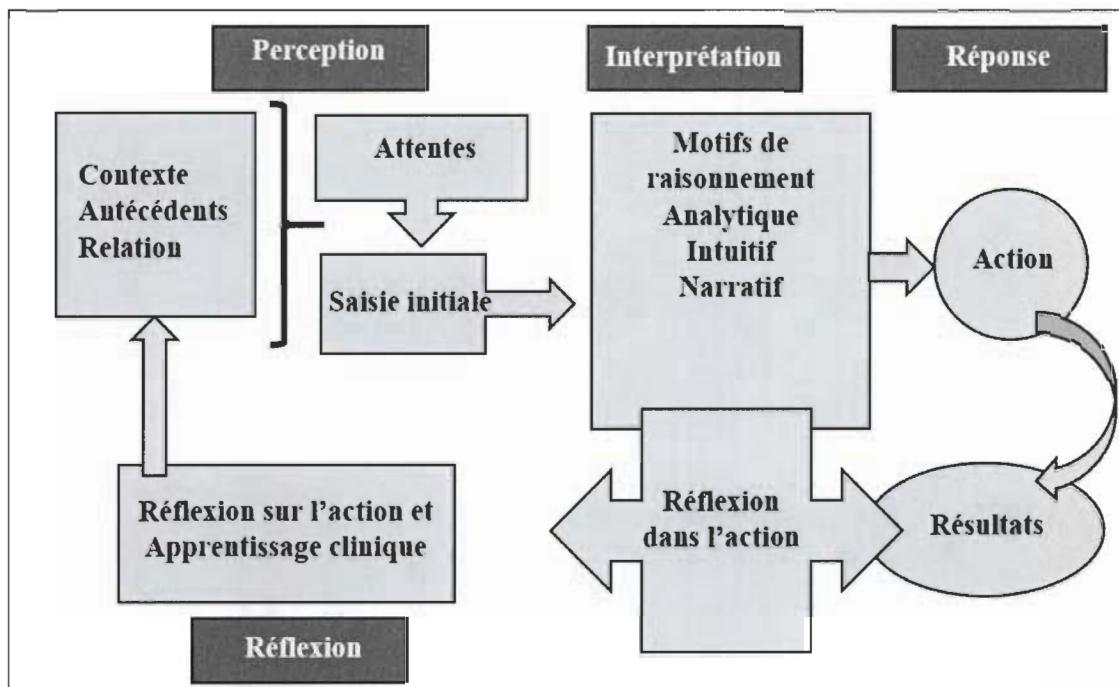


Figure 7. Modèle du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers [traduction libre] (Tanner, 2006).

3.1.1 Perception

La perception se résume par les attentes implicites et explicites des infirmières envers une situation clinique donnée (Tanner, 2006), communément appelées les *patterns* de soins (Tanner, 2006). Ils [*les patterns*] se traduisent notamment par les connaissances cliniques théoriques acquises et/ou par la reconnaissance clinique d'éléments clés dans des situations similaires antérieures vécues par les infirmières (Tanner, 2006). Divers facteurs, tels que la vision d'une pratique basée sur des soins d'excellence, sur leurs valeurs en tant que professionnelles, sur la complexité de leur environnement de travail et sur les unités de soins travaillées par celles-ci sont des facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement la perception des infirmières (Tanner, 2006). L'auteure identifie certains éléments à évaluer lors de la perception de la situation telle que la

compréhension initiale de la situation clinique par l'infirmière et par la patiente, les antécédents de la patiente, la relation de celle-ci avec son environnement, ses attentes ainsi que l'évaluation initiale de la situation de santé de la patiente (Tanner, 2006).

3.1.2 Interprétation et réponse

La deuxième et la troisième étape, soit l'interprétation de la situation clinique et la réponse à celle-ci, sont étroitement liées entre elles. L'interprétation de la situation clinique par les infirmières nécessite l'utilisation d'un ou de plusieurs processus de raisonnement (Tanner, 2006). Trois types de processus aident à la formation d'un raisonnement clinique soit le processus analytique (hypothético-déductif), intuitif et narratif et permettent la génération d'alternatives et l'évaluation de chacune d'entre elles selon la situation clinique (Tanner, 2006). Une brève description des trois types de processus est présentée ci-dessous.

Le processus analytique consiste à diviser la situation clinique en divers éléments séquentiels et permet de générer de multiples alternatives et de les revoir, de manière systématique et rationnelle (Tanner, 2006). Le processus analytique est souvent utilisé lors d'un manque de connaissances théoriques et/ou pratiques ou lorsque l'infirmière décèle une divergence entre ce qui est normalement attendu d'une situation et ce qui se passe réellement (Tanner, 2006).

Le processus intuitif est caractérisé par une appréhension immédiate de la situation clinique (Benner, 1984; Benner & Tanner, 1987; Pyles & Stern, 1983; Rew, 1988). Cette appréhension est en étroite relation avec l'expérience de l'infirmière envers des situations

cliniques similaires vécues par l'infirmière. Ainsi, cette appréhension est souvent signe d'une reconnaissance rapide des *patterns* de réponse normalement attendus de la patiente dans une situation donnée (Benner et al., 1996; Leners, 1993; Schraeder & Fischer, 1987).

Le processus narratif sert, pour sa part, à comprendre la situation clinique (Tanner, 2006). Il permet de considérer la situation en fonction des droits primaires de la personne, de l'interprétation de ses préoccupations, de ses intentions et de ses motivations humaines (Tanner, 2006). Le processus narratif permet ainsi une prise en charge globale de la personne, soit une vision holistique de l'infirmière envers la situation clinique vécue.

3.1.3 Réflexion

La réflexion est la dernière étape du modèle du jugement clinique. Elle est divisée en deux catégories, soit la réflexion dans l'action et la réflexion sur l'action (Tanner, 2006). La réflexion dans l'action réfère à la réévaluation de la patiente par les infirmières quant à l'intervention posée (Tanner, 2006). À la suite de cette réévaluation, l'infirmière peut ajuster l'intervention en conséquence. La réflexion sur l'action permet plutôt aux infirmières d'identifier les éléments qu'elles retiennent de la situation clinique. Elle contribue au développement de leurs connaissances cliniques et à l'enrichissement de leur expérience professionnelle (Tanner, 2006).

3.2 Pertinence du cadre théorique pour la recherche

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec. Puisque le projet est

orienté principalement sur les étapes utilisées du jugement clinique des infirmières lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, il est nécessaire que le cadre théorique retenu repose sur un modèle proposant un cheminement logique et clair sur l'élaboration d'un jugement. Le modèle de Tanner (2006) présente une schématisation efficace des étapes menant au jugement clinique des infirmières et traduit bien l'objectif de l'étude et la pensée de l'étudiante-rechercheuse. Il sera utilisé pour la structure des questions de guide d'entrevue utilisé lors de l'entrevue semi-dirigée. Ce cadre théorique est en adéquation avec l'objectif de recherche du projet.

Chapitre 4 – Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans le cadre du projet de recherche. Il inclut le devis de recherche, le milieu de l'étude, la population cible, l'échantillon à l'étude, la technique de recrutement des participantes, le déroulement de la collecte des données et le choix de la technique d'analyse des données.

Étant donné la crise sanitaire actuelle liée au Coronavirus, et ce depuis mars 2020, d'importants changements ont dû être apportés au processus de recrutement et de la collecte des données afin de respecter les mesures sanitaires établies par le Gouvernement du Québec.

4.1 Devis de recherche

À la suite de la revue des écrits, il a été possible de constater que la littérature est mince sur le domaine du soin des plaies néoplasiques. Pour les articles retenus dans la revue des écrits portant sur le domaine des plaies néoplasiques (section 2.1), les principales méthodologies utilisées sont les études de cas cliniques, les études qualitatives et les études quantitatives. Étant donné l'objectif de recherche du présent projet, soit d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, le devis qualitatif descriptif semble un devis de choix afin de faciliter l'exploration de l'objectif.

La recherche qualitative descriptive se base sur des données interprétatives initiées par la perception des gens sur la manière dont une problématique est expérimentée, vécue, comprise et interprétée (Anadón & Savoie-Zajc, 2009; Fortin & Gagnon, 2016). Ces perspectives interprétatives travaillent avec des données subjectives, soient sur les

significations que les personnes donnent à leur propre vécu (Anadón & Savoie-Zajc, 2009). Elle permet de décrire et de découvrir un phénomène, une situation ou un événement selon ce que l'individu en lui-même apporte à la situation (Denzin & Lincoln, 2005; Fortin & Gagnon, 2016). Notamment, elle est idéale pour saisir l'expérience humaine telle qu'elle est vécue par les participantes en incluant leurs expériences personnelles et leurs agissements dans une situation clinique (Fortin & Gagnon, 2016). Le principal motif de la conduite d'une recherche qualitative réside dans le fait que le chercheur désire explorer et comprendre les contextes cliniques d'une situation ou les contextes dans lesquels les participantes à une étude abordent une problématique (Creswell, 2007). Ainsi, le dialogue entre le modérateur, soit l'étudiante-chercheuse, et les participantes fera émerger des perspectives différentes et complexes sur la compréhension et l'analyse d'une problématique. Dans le contexte de l'étude, les points de vue et les perceptions des participantes seront teintés par le milieu clinique et l'expérience professionnelle de chacun dans leur environnement de travail.

Ainsi, cette recherche qualitative permet de comprendre l'utilisation des étapes du jugement clinique lors de la détermination de ce type de plan de traitement, selon le modèle du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers de Tanner (2006).

4.2 Milieu de l'étude

L'étude vise les infirmières et infirmiers pratiquant au Québec travaillant dans l'un ou plusieurs des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et/ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le Québec dénombre un

total de 13 CISSS et 9 CIUSSS dispersés dans 16 régions administratives différentes (Gouvernement du Québec, 2020). De plus, en date du 31 mars 2020, 73 090 infirmières et infirmiers ont déclaré exercer un emploi dans le domaine des soins infirmiers du Québec (Marleau, 2020).

4.3 Population cible

La population cible de l'étude est celle des infirmières détenant un permis de pratique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) et pratiquant au Québec. Toutes infirmières exposées à des plaies néoplasiques liées à un cancer du sein nécessitant la détermination d'un plan de traitement sont des candidates potentielles pour cette étude.

4.4 Échantillon

L'échantillon de l'étude doit être représentatif selon la technique de collecte des données sélectionnée, soit des entrevues semi-dirigées. Il n'existe pas de nombre fixe de participantes à recruter dans le contexte d'une étude qualitative (Boutin, 2018). La taille de l'échantillon en recherche qualitative repose principalement sur la saturation théorique des données, ce qui incite la chercheuse à obtenir une représentativité acceptable de la population investiguée dans l'étude (Boutin, 2018). Il est alors ardu de déterminer à l'avance un nombre précis et exact de la taille de l'échantillon à l'étude (Larivière & Corbière, 2014).

Dans les pratiques actuelles, le nombre de participantes à recruter en contexte d'entrevues semi-dirigées s'élève généralement entre 10 à 15 participantes (Boutin, 2018).

D'autres auteurs stipulent plutôt que les échantillons des études qualitatives collectant les données par l'entremise d'entrevues semi-dirigées varient entre 8 à 19 participantes (Kim, Sefcik, & Bradway, 2017). À titre d'exemple, à partir d'études qualitatives collectant les données par l'entremise d'entrevues semi-dirigées, le nombre de participantes s'élève à 10 participantes pour l'étude de Lo et al. (2008), à 17 participantes pour l'étude de Lund-Nielsen et al. (2011) et à 9 participantes dans deux études différentes menées en 2013 par Probst, Arber & Faithfull. Pour cette présente étude, l'échantillon variera entre 8 et 13 participantes.

4.5 Critères d'inclusion

Pour les critères d'inclusion de l'étude, les participantes devaient détenir un permis de pratique valide de l'OIIQ et une expérience de soin récente auprès d'une patiente ayant une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Une expérience récente signifie que les participantes à l'étude ont dû soit déterminer un plan de traitement et/ou prodiguer un soin auprès d'au moins une plaie néoplasique liée à un cancer du sein au cours des deux dernières années. Par le fait même, toutes les infirmières ayant eu une expérience récente de soins auprès d'une patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer sont admissibles à l'étude, et ce, peu importe le niveau de scolarité complété, puisqu'elles détiennent l'activité réservée pour déterminer un plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent si elles ont leur permis de pratique (OIIQ, 2016). Les participantes doivent être francophones ou bilingues, maîtrisant le français oral et écrit.

4.6 Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes s'est déroulé selon deux méthodes d'échantillonnage non probabiliste. Ce type de méthode permet la sélection des participantes basée sur des caractéristiques ciblées et précises de la population (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire, l'échantillonnage accidentel et l'échantillonnage cumulatif, communément appelé *l'effet boule de neige*, seront préconisés lors de la présente étude. L'échantillonnage accidentel se caractérise par la recherche de volontaires pour la participation à l'étude, tandis que l'échantillonnage cumulatif permet à l'étudiante chercheuse de demander aux premiers sujets recrutés de transmettre le nom de collègues pouvant être potentiellement intéressés à prendre part à l'étude qualitative (Fortin & Gagnon, 2016; Polit et al., 2007).

Étant donné la crise sanitaire actuelle liée au Coronavirus, le recrutement des participantes a dû être modifié dans le but de respecter les mesures sanitaires établies par le Gouvernement du Québec. Tout d'abord, le recrutement devait avoir lieu au CIUSSS Mauricie-et-Centre-du-Québec par une affiche transmise par courriel par la gestionnaire responsable des départements d'hémato-oncologie et de radio-oncologie. Au moment où le recrutement des participantes devait débuter, les projets de recherches ont été suspendus jusqu'à nouvel ordre lors de la première vague de la pandémie. L'étudiante-rechercheuse a alors envoyé une demande d'amendement au comité d'éthique de l'UQTR pour modifier la méthode de recrutement et assurer la continuité du projet de recherche (annexe F). Par le fait même, le recrutement des participantes pour l'étude s'est plutôt déroulé par

l’entremise des réseaux sociaux. Une affiche de recrutement a été développée, puis publiée sur les réseaux sociaux, d’où elle a été partagée plus d’une centaine de fois.

4.7 Collecte des données

Les données d’une étude qualitative peuvent être collectées grâce à des méthodes d’observation non structurées, à des entrevues semi-dirigées et à des groupes de discussion focalisée (Creswell, 2007; Fortin & Gagnon, 2016).

Pour cette étude, la méthode de collecte des données retenue est l’entrevue semi-dirigée. Cette technique consiste à recueillir des données par l’entremise d’une rencontre entre deux personnes, soit entre l’étudiante-chercheuse et la participante (Fortin & Gagnon, 2016; Polit et al., 2007). Cette technique de collecte des données sert à explorer la perspective des participantes et leurs multiples réalités à l’égard du phénomène en question (Larivière & Corbière, 2014). En contexte d’entrevues semi-dirigées, l’étudiante-chercheuse détient un guide d’entrevue permettant d’orienter la conversation dans le but d’élucider un ou des thèmes précis (Fortin & Gagnon, 2016). Bien que cette technique de collecte des données exige beaucoup de temps, elle représente le meilleur moyen de recueillir de l’information (Polit et al., 2007). Elle permet ainsi de rassembler des données de meilleure qualité que les autres techniques de collecte des données utilisées en recherche qualitative (Polit et al., 2007). La durée approximative des entrevues semi-dirigées est de 60 minutes.

L’entrevue semi-dirigée a été animée de façon souple par l’étudiante-chercheuse en posant des questions ouvertes provenant du guide d’entrevue. Ce guide d’entrevue a

été préalablement testé avec deux personnes externes qui ne figurent pas parmi les 10 participantes à l'étude. Au moment opportun pour les participantes et selon la méthode choisie pour le déroulement de l'entrevue semi-dirigée, soit par vidéoconférence ou par conférence téléphonique, l'entrevue semi-dirigée a été complétée et enregistrée de façon audionumérique afin d'assurer l'intégrité des données recueillies (Larivière & Corbière, 2014). En début d'entrevue, des présentations ont été faites entre la participante et l'étudiante-chercheuse. Après avoir obtenu des renseignements généraux figurant dans le questionnaire sociodémographique, tel que le milieu de travail et l'expérience de la profession auprès de chacune des participantes, ainsi que la validation du respect des critères d'inclusion, l'entrevue s'est déroulée et a été dirigée par l'entremise du guide d'entrevue. L'étudiante-chercheuse, en cours d'entrevue, a eu recours à un journal de bord ce qui lui a permis de consigner ses observations et ses pensées. Il est important de mentionner que l'étudiante-chercheuse n'a aucun lien professionnel ni hiérarchique avec les participantes du projet de recherche.

4.7.1 Instruments de la collecte des données

Mise à part l'entrevue semi-dirigée, d'autres instruments ont servi à collecter des données supplémentaires pertinentes à l'étude tels que le formulaire d'information et de consentement (annexe B), un questionnaire sociodémographique (annexe C), l'enregistrement audionumérique de la rencontre ainsi qu'un journal de bord. Le questionnaire sociodémographique a permis de caractériser l'échantillon à l'étude. De plus, un enregistrement audionumérique de la rencontre avec les participantes a été réalisé afin de faciliter et de valider la transcription des verbatim. Finalement, un journal de bord

a été rédigé par l'étudiante-chercheuse lors de l'entrevue individuelle. Il comprend les différentes observations du chercheur, et ce, pendant toute la durée de l'étude (Loiselle & Profetto McGrath, 2007). L'étudiante-chercheuse a décrit l'ambiance en cours d'entrevue, les réactions des participantes, les interruptions en cours d'entrevues, ses impressions, ses émotions et ses réflexions personnelles. Certaines données inscrites au journal de bord ont été confiées par les participantes et représentent une importante richesse pour l'analyse des données. Cependant, certaines participantes, afin d'éviter les représailles de leurs milieux de travail, ont mentionné que ces données pouvaient être utilisées en contexte de recherche, mais la provenance de celles-ci devait rester anonyme. Le journal de bord ne sera donc pas annexé au présent document.

Pour l'entrevue semi-dirigée, un guide d'entrevue a été développé (annexe D). Il comprend normalement entre cinq à huit questions ouvertes (Smithson, 2000) et favorise l'émergence de réponses descriptives (Larivière & Corbière, 2014). Il est un support pour l'étudiante-chercheuse afin de s'assurer de couvrir tous les sujets à l'étude et de structurer l'entretien. Pour cette étude, le guide d'entrevue contient 6 questions ouvertes. Il a été élaboré à la suite de la revue des écrits présentée au chapitre 2 et a été structuré grâce au modèle du jugement clinique de Tanner (2006) présenté au chapitre 3. L'étudiante-chercheuse a élaboré son guide d'entrevue selon son objectif de recherche qui est d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec en se basant sur les étapes menant au jugement clinique, tels que présentés dans le modèle de Tanner (2006).

4.8 Analyse des données

L'analyse des données retenue pour cette présente étude qualitative réfère à une analyse thématique élaborée par Paillé et Mucchielli (2012). Ce type d'analyse sert à relever tous les thèmes pertinents reliés aux objectifs de la recherche et permet de tracer des parallèles ou des divergences entre les thèmes identifiés (Paillé & Mucchielli, 2012).

Il existe deux types de démarche de thématisation soit la thématisation en continu et la thématisation séquencée (Paillé & Mucchielli, 2012). Pour cette étude, la thématisation en continu a été préconisée. Elle consiste en une démarche continue d'attribution et d'élaboration de thèmes, tout en créant systématiquement un arbre thématique (Paillé & Mucchielli, 2012). Les thèmes sont alors dévoilés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et modifiés au besoin (Paillé & Mucchielli, 2012). Cela permet de structurer le regroupement et la division des thèmes. Un thème consiste en un ensemble de mots permettant de cerner le ou les données recueillies tout en fournissant certaines indications sur la teneur et la valeur des propos (Paillé & Mucchielli, 2012). La thématisation en continu permet une analyse riche des données, mais tend à être plus complexe à réaliser et nécessite plus de temps (Paillé & Mucchielli, 2012).

Dans le but de réaliser une analyse thématique, l'étudiante-chercheuse a transcrit les entrevues semi-dirigées qui ont été enregistrées de manière audionumérique, soit environ sept heures de transcription par entrevue. Lors de sa transcription, elle a pu s'imprégner des données collectées, a débuté les annotations informelles dans les marges et a souligné des passages importants dictés par les participantes. Lorsque la transcription

a été complétée, l'étudiante-chercheuse a lu à trois reprises chaque entrevue lors de journées différentes afin de s'approprier le contenu général des entrevues. Par la suite, elle a divisé les verbatims de ses participantes en quatre sections distinctes (section 5.2) et les a intégrés dans le logiciel NVivo version 12. L'étudiante-chercheuse a ensuite pris connaissance des réponses des dix participantes selon chaque section. Elle s'est imprégnée des données collectées et a rédigé un relevé de thèmes, qui consiste à rédiger tous les thèmes repérés en cours de verbatims, ainsi qu'un journal de thématisation qui permet d'inscrire les essais des regroupements des thèmes. Après plusieurs essais et regroupements, l'étudiante-chercheuse a été en mesure d'élaborer les arbres thématiques et de les schématiser au propre dans un logiciel prévu à cet effet.

4.9 Critères de scientificité

En recherche qualitative, certains critères de scientificité doivent être atteints afin de valider la validité et la fidélité du projet de recherche. Les critères à atteindre sont les suivants : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité ainsi que la confirmabilité et les moyens utilisés pour les atteindre seront présentés ci-dessous.

4.9.1 Crédibilité

La crédibilité de l'étude a été assurée par la triangulation des données, notamment par la transcription des verbatims, par les annotations informelles en marge en cours de lecture des verbatims et par l'utilisation des notes prises en cours de discussion via le journal de bord de l'étudiante-chercheuse. À quelques reprises, l'étudiante-chercheuse a discuté des principaux thèmes retenus dans l'analyse de ses données avec des collègues

de travail, ceux-ci n'ayant pas participé à l'étude. Cela permet d'assurer la cohérence entre les thèmes identifiés par l'étudiante-chercheuse et par les infirmières travaillant dans le domaine du soin des plaies. En effet, l'expérience de chacune a permis d'appuyer ou de modifier quelques thèmes des arbres thématiques. De plus, la schématisation des arbres thématiques a été validée par la directrice de maîtrise.

L'un des aspects qui n'ont pas été retenus pour assurer la crédibilité est celui référant à la communication non verbale des participantes puisque certaines entrevues se sont déroulées en vidéoconférence alors que d'autres se sont déroulées en conférence téléphonique. Ainsi, étant donné ces deux moyens de communication, il n'aurait pas été juste de retenir cette méthode afin d'effectuer à la triangulation des données.

4.9.2 Transférabilité

La transférabilité de l'étude a été assurée par la description détaillée du contexte dans lequel l'étude s'est déroulée, soit par la description du projet de recherche et de l'échantillon à l'étude. De plus, la saturation théorique des données a été atteinte à partir de la huitième entrevue : la collecte des données ne fournissait plus d'éléments nouveaux à la recherche. Cependant, afin de valider cette saturation théorique des données, l'étudiante-chercheuse a ajouté deux entrevues supplémentaires pour permettre la redondance des données collectées. Également, dans son journal de bord, l'étudiante-chercheuse a procédé à plusieurs réflexions sur son processus analytique de ses données, sur le quoi des thèmes, des regroupements de thèmes ainsi que sur les axes thématiques choisis.

4.9.3 Fiabilité

La fiabilité de l'étude a été assurée par la vérification de l'analyse des résultats par la directrice de maîtrise. Une fois de plus, l'étudiante-chercheuse a utilisé les notes réflexives provenant de son journal de bord afin de soutenir la fiabilité des données, et ce, en constance avec la triangulation des données.

4.9.4 Confirmabilité

La confirmabilité de l'étude a été affirmée grâce à la validation des arbres thématiques par la directrice de maîtrise ainsi que par la triangulation des données recueillies, et ce, au même titre que les critères de scientifcité présentés ci-haut.

4.10 Considérations éthiques de la recherche

Une demande de certificat éthique a été acheminée au Comité de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières et a été approuvée en mars 2020 (CER-19-263-07.31) (annexe E). Les risques pour la santé liés à la participation à cette étude sont faibles pour toutes les participantes. Un formulaire d'information et de consentement à la recherche (annexe B) sera envoyé et signé par toutes les infirmières impliquées à l'étude. Ce formulaire de consentement autorise également l'utilisation d'un support audionumérique pour la durée de l'entretien semi-dirigé par vidéoconférence. La confidentialité est préservée grâce à l'identification de chaque participante par un code (numéro) sur tous les questionnaires, formulaires et fichiers informatiques. Le registre sur lequel les noms des participantes sont inscrits pour l'attribution de leur code est conservé dans un document Word protégé par un mot de

pas sur une clé USB réservée à cet effet, comme tous les autres documents reliés à la recherche (consentements, questionnaires sociodémographiques, guide d'entrevue). Les données numériques, soient les versions audionumériques des entrevues ainsi que la transcription des verbatims sont conservées sur la clé USB réservée à cet effet et sont protégés par un mot de passe. Aucune compensation financière n'est donnée aux sujets faisant partie de l'étude et toutes les participantes ont la possibilité de quitter l'étude en tout temps si elles le désirent, et ce, sans préjudice.

4.10.1 Principe du respect de la personne, de la préoccupation du bien-être et de la justice éthique

De multiples aspects éthiques doivent être pris en considération lors du déroulement d'un projet de recherche afin d'assurer la confidentialité, la justice et le respect des participantes de l'étude. Notamment, les inconvénients doivent être minimisés alors que les bénéfices doivent être maximisés auprès de la clientèle participante. Les bénéfices et les inconvénients de la recherche sont présentés à la section 4.10.2 et 4.10.3.

La recherche portant sur le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec réfère aux trois principes éthiques de l'Énoncé de politique des trois conseils (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2018), lesquels s'appuient sur le respect de la dignité humaine, proprement sur le respect des personnes, sur la préoccupation pour le bien-être ainsi que sur le principe de la justice.

Le principe du respect de la personne réfère à l'autonomie des gens sur leur aptitude à prendre des décisions éclairées (CRSH et al., 2018). La décision de chaque individu envers un consentement favorable ou défavorable à l'égard de l'étude doit être respectée (CRSH et al., 2018). L'étudiante-chercheuse ne doit pas tenter d'influencer le consentement des participantes. Celui-ci doit être fondé sur des informations claires et transmises par l'étudiante-chercheuse concernant le but de l'étude, les inconvénients et les bénéfices de la participation à l'étude (CRSH et al., 2018). Ces informations seront communiquées lors du recrutement des participantes ainsi qu'au moment de débuter la collecte des données.

La préoccupation du bien-être réfère à la protection de la qualité de vie physique, psychologique, sociale, spirituelle et économique des participantes ainsi qu'au respect de la vie privée (CRSH et al., 2018; Fortin & Gagnon, 2016). L'étudiante-chercheuse devra être en mesure de minimiser les inconvénients et de maximiser les bénéfices encourus avec la participation à l'étude et en informera les participantes. Ainsi, elles seront en mesure de se prononcer volontairement et de manière éclairée sur leur contribution à l'étude (CRSH et al., 2018). Pareillement, les infirmières provenant des milieux visés par l'étude seront protégées, pour le bien-être des participantes, et non divulguées au public. Ceci permettra d'assurer la discréetion des participantes et de contrer le possible biais d'identification de ceux-ci.

La justice renvoie à la considération de toutes les participantes de manière juste et équitable (CRSH et al., 2018; Fortin & Gagnon, 2016; Polit et al., 2007). Les principaux

moyens de maximiser la justice entre les participantes sont de minimiser les inconvénients, et de maximiser les bénéfices de l'étude (CRSH et al., 2018; Fortin & Gagnon, 2016). L'étude se déroulera sans jugement, dans le respect des étapes utilisées de chacune des participantes pour déterminer un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

4.10.2 Bénéfices

La participation à cette étude permettra à l'avancement des connaissances et de la recherche sur les plaies néoplasiques. La plupart du temps, les professionnels de la santé se retrouvent seuls devant la difficulté de déterminer un plan de traitement adéquat pour une plaie néoplasique, étant considérée comme atypique et complexe (Samala & Davis, 2015). La collaboration des infirmières à cette étude permettra par un meilleur plan de traitement de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein.

4.10.3 Inconvénients

Les inconvénients potentiels engendrés par l'étude sont faibles. En fait, la durée de l'entrevue semi-dirigée d'une durée approximative de 60 minutes est l'un des principaux inconvénients de l'étude. De plus, discuter de ce sujet peut faire surgir des souvenirs et différentes émotions des participantes en cours d'entrevue. Afin de réduire les effets de ces émotions, l'étudiante-chercheuse évaluera l'état psychologique de la participante à la fin de l'entrevue et la référera, au besoin, au CLSC le plus proche de son lieu de résidence.

Chapitre 5 – Résultats

Ce chapitre présente les résultats de la collecte des données de cette recherche qualitative descriptive. En premier lieu, le portrait sociodémographique des participantes à l'étude sera présenté et s'en suit la présentation des résultats de la collecte des données. Les arbres thématiques seront aussi présentés ci-bas.

5.1 Portrait sociodémographique des participantes de l'étude

Le recrutement des participantes a débuté le 20 mai 2020 et s'est terminé au début juillet 2020. La collecte des données par entrevues semi-dirigées en vidéoconférence et/ou en conférence téléphonique a été débutée le 26 mai 2020 et s'est terminée le 9 juillet 2020. Au total, 10 entrevues ont été complétées afin d'atteindre la saturation théorique des données. Une onzième participante a démontré son intérêt à participer à la fin des 10 entrevues semi-dirigées complétées. Étant donné l'atteinte de la saturation théorique des données, cette participante a été remerciée d'avoir démontré son intérêt de participation.

Le questionnaire sociodémographique comporte 11 questions et a été distribué et complété par les participantes (annexe C). Les données ont ensuite été compilées et sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous et sous forme de texte au cours des prochaines lignes.

Tableau 2
Données compilées du questionnaire sociodémographique

Âge	Niveau de scolarité	Lieu de pratique	Années d'expérience en soins des plaies	Nombre d'expositions aux plaies néoplasiques dans la dernière année	Niveau d'expérience en plaies néoplasiques
25-29	DEC-BAC Micropogramme 2 ^e cycle Maîtrise avec mémoire (en cours) Stomothérapeute	Radio-oncologie Hémato-oncologie	3 ans	1	Compétente
20-24	DEC-BAC Maîtrise avec mémoire (en cours)	Soutien à domicile	1 an	4-5	Débutante
25-29	BAC initial Maîtrise avec mémoire (en cours)	Urgence	0 an	4	Compétente
25-29	BAC initial Maîtrise IPSPL en cours	Soutien à domicile	3 ans	8-10	Novice
25-29	BAC initial Maîtrise avec mémoire (en cours)	Radio-oncologie Hémato-oncologie Courte durée	0 ans	20	Débutante
40-44	BAC perfectionnement Micropogramme 2 ^e cycle Stomothérapeute	Soutien à domicile – CLSC Courte durée Résidence intermédiaire Résidence privée pour aînés CHSLD	10 ans	≥ 50	Experte
40-44	BAC perfectionnement Micropogramme 2 ^e cycle	Radio-oncologie	3 ans	≥ 100	Experte
30-34	DEC-BAC Maîtrise avec mémoire (complétée)	Enseignement CLSC Clinique externe – Clinique de proximité	10 ans	0*	Performante
35-39	DEC-BAC	Soutien à domicile	7 ans	≥ 10	Performante
35-39	BAC initial	Soutien à domicile	10 ans	3	Compétente

De ce nombre, une personne se situe dans le groupe d'âge 20-24 ans, quatre personnes dans le groupe 25-29 ans, une personne dans le groupe 30-34 ans, deux personnes dans le groupe 35-39 ans et deux personnes dans le groupe 40-44 ans. Aucune de ces femmes n'était à la retraite. En termes de scolarité, quatre personnes ont complété leur formation universitaire DEC-BAC à la suite d'une technique collégiale en soins infirmiers, deux personnes ont fait le baccalauréat en sciences infirmières volet perfectionnement et quatre personnes ont complété la formation initiale du baccalauréat en sciences infirmières. Elles sont ainsi toutes infirmières cliniciennes et ont reçu la formation de 45h en soins des plaies. Ajouté à ces formations universitaires, certaines personnes ont complété ou sont en voie de compléter d'autres formations connexes. Notamment, trois participantes ont terminé un microprogramme de deuxième cycle en soins des plaies dont deux de celles-ci détiennent leur certification de l'Association canadienne des stomothérapeutes. Une participante a reçu son diplôme de maîtrise en Sciences infirmières profil mémoire. Cinq autres participantes sont actuellement étudiantes à la maîtrise en Sciences infirmières, dont quatre au profil mémoire et une au programme d'infirmière praticienne spécialisée en première ligne. Les milieux de pratiques des participantes sont diversifiés. Notamment, elles travaillent aux soins à domicile (SAD), aux soins courants (CLSC), en radio-oncologie, en hémato-oncologie, à l'unité de soins de courte durée, à l'urgence, en ressource intermédiaire (RI), en résidence pour personnes âgées (RPA), en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en clinique externe (CE), en clinique de proximité (CP) ainsi qu'en enseignement. Des 10 participantes à l'étude, huit détiennent un numéro de prescripteur. Le numéro de

prescripteur permet d'exercer des activités de prescription dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants, octroyé par l'OIIQ.

Le nombre d'années de pratiques en soins des plaies est variable. Notamment, le nombre d'années varie entre 0 et 10 ans. Lorsque la moyenne du nombre d'années totales d'expérience en soins des plaies des 10 participantes est comptabilisée, celle-ci s'élève à 4,7 ans. Plus spécifique au domaine du soin de plaies néoplasiques, le nombre d'occasions approximatives dans lesquelles les participantes ont été exposées à des soins de plaies néoplasiques au cours de la dernière année varie entre 0 et 100 fois.

En termes de formation sur les plaies néoplasiques, seulement trois participantes ont eu accès à cette formation, alors que les sept autres participantes n'ont reçu aucune formation dans le domaine du soin des plaies néoplasiques.

La dernière question du questionnaire sociodémographique réfère aux niveaux d'expérience établis par Patricia Benner (2003). Afin de mieux connaître les participantes à l'étude, il était intéressant de demander à chacune d'entre elles de se classer dans l'un des cinq niveaux d'expérience selon leur expérience dans le domaine du soin des plaies néoplasiques, soit le niveau novice, débutante, compétente, performante et experte. Les définitions de chacun de ces niveaux d'expériences sont présentées dans le questionnaire sociodémographique (annexe C).

5.1.1 Réflexion sur les données sociodémographiques des participantes

En référence au tableau 2 regroupant les données compilées du questionnaire sociodémographique, il semble que certains résultats nécessitent des explications supplémentaires. Il est primordial de mentionner que toutes les participantes à ce projet de recherche répondaient aux critères d'inclusion (section 4.5).

Entre autres, certaines participantes ont mentionné la valeur zéro au nombre d'années d'expérience en soins de plaies puisqu'elles travaillent dans un secteur ciblé depuis moins d'un an, ce qui explique la valeur zéro dans cette colonne du tableau.

La seconde valeur zéro au tableau dans la colonne dédiée au nombre d'expositions aux plaies néoplasiques dans la dernière année peut s'expliquer par le fait que des changements majeurs en termes de réorganisation de travail au sein du système de santé ont eu lieu depuis le début de la pandémie du coronavirus, notamment en ce qui a trait au délestage de soins et aux déplacements des professionnels de la santé dans des secteurs prioritaires. Ainsi, une participante répondait aux critères d'inclusion concernant l'expérience récente auprès d'une patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein au cours des deux dernières années et a mentionné n'avoir été en contact avec aucune plaie néoplasique liée à un cancer du sein puisqu'elle a été affectée à un nouveau secteur suite à la réorganisation des secteurs non prioritaires en centre hospitalier.

De plus, certains résultats semblent contradictoires quant à l'évaluation des participantes à l'égard de leur niveau d'expérience en soins des plaies néoplasiques. Notamment, certaines participantes ayant été exposées qu'à une seule ou à aucune plaie

néoplasique au cours de la dernière année se catégorisent comme étant compétente ou performante, alors que d'autres ayant été exposées entre huit à 20 plaies néoplasiques lors de la dernière année se considèrent novices et débutantes. Bien que l'évaluation de son propre niveau d'expérience soit subjective, il est important de mentionner que ces participantes détiennent des expériences de soins différentes depuis leurs années de pratiques. C'est ce qui peut expliquer que, malgré qu'une infirmière se dise performante au niveau de son expérience, et ce, malgré qu'elle n'ait pas été exposée à une plaie néoplasique au cours de la dernière année, son bagage d'expérience en lien avec le soin des plaies néoplasiques peut être important depuis le début de sa carrière d'infirmière.

5.2 Présentation des résultats de la collecte des données

À la suite de la transcription des verbatims des dix participantes à l'étude et de l'analyse des données recueillies, il a été possible de diviser les résultats de la collecte des données en quatre sections distinctes, et ce, en étroite relation avec les questions posées en cours d'entrevues. Les quatre sections sont les suivantes :

- 1) Le jugement clinique;
- 2) Le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique;
- 3) Le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique;

- 4) Les éléments facilitants et les éléments contraignants à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

Les choix des axes thématiques, des regroupements thématiques ainsi que les thèmes choisis sont appuyés tout au long de la section résultats par des extraits provenant des verbatims des participantes.

5.3 Présentation des données sur le jugement clinique

Les résultats de la collecte des données sur le jugement clinique ont été dirigés par la question et la sous question suivante du guide d'entrevue : « *Que signifie le concept jugement clinique selon vous? Comment s'acquiert-il?* ». L'arbre thématique présente quatre axes thématiques, cinq regroupements thématiques et 11 thèmes (figure 8).

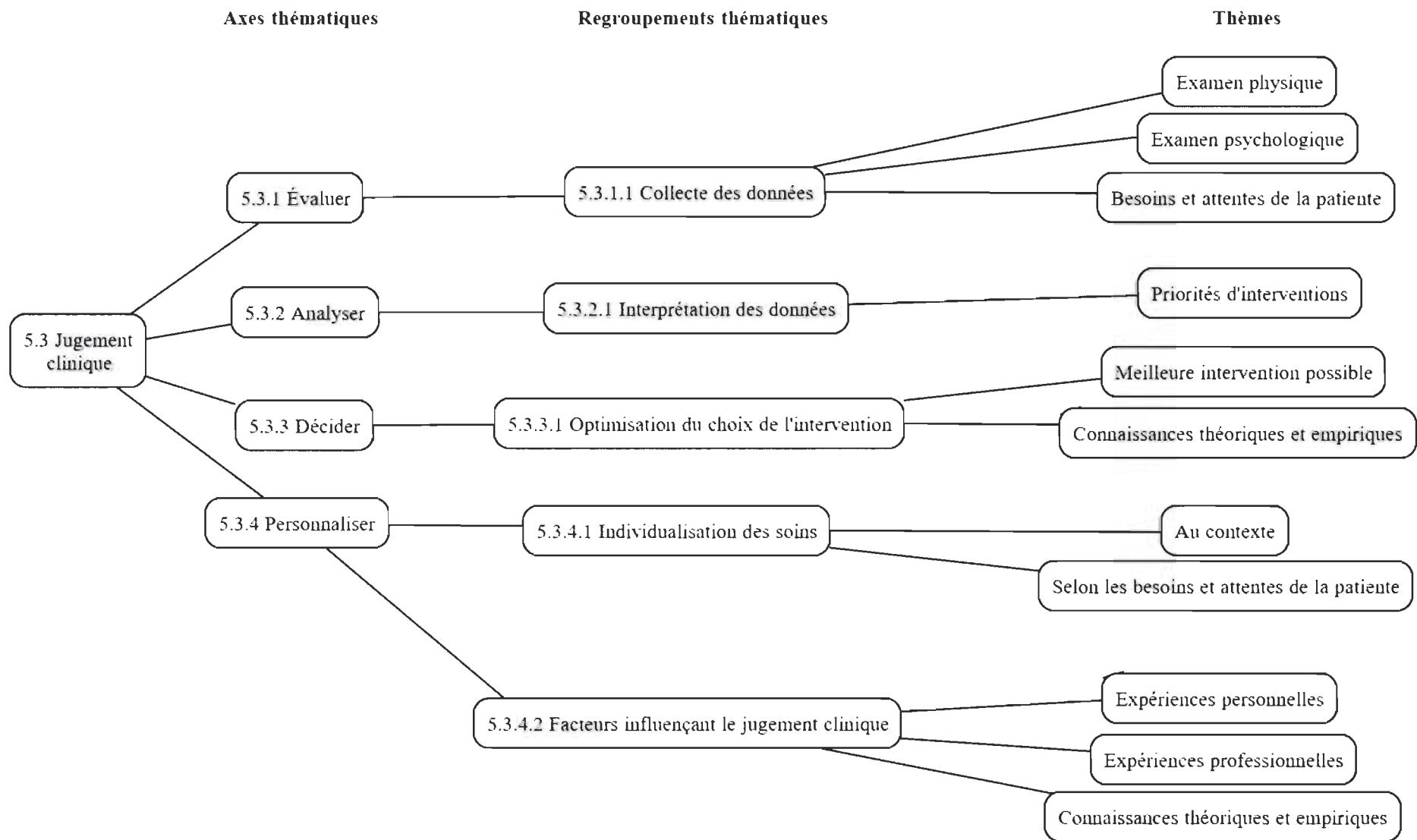


Figure 8. Arbre thématique portant sur le jugement clinique.

5.3.1 Évaluer

Le premier axe thématique s'intitule « évaluer ». En fait, il représente la globalité des évaluations complétées par les infirmières dans une situation clinique. Un seul regroupement thématique a été identifié soit celui de la collecte des données.

5.3.1.1 Collecte des données

Les participantes sont unanimes à ce sujet; l'évaluation permet de recueillir des données de base de la situation clinique actuelle, ce qui, entre autres, aide l'infirmière à se positionner selon le contexte de soins présenté. Il est notamment question des thèmes reliant à l'examen physique, à l'examen psychologique et à l'évaluation des besoins et attentes de la patiente/famille. Ces évaluations sont nécessaires afin de mener une interprétation de la situation clinique vécue par la patiente; elles sont la base du soin.

[...] tu as fait ton évaluation infirmière, puis après avoir considéré tous les aspects-là qui secondent aux évaluations. Donc, ça peut être biopsychosocial, physiologique et tout ça, après ça tu es capable de poser un jugement clinique. (P2)

[...] c'est une idée qu'on se fait à la suite de notre examen clinique, de ce qu'on observe. (P7)

5.3.2 Analyser

Le deuxième axe thématique se nomme « analyser ». L'analyse permet, entre autres, d'examiner les différentes alternatives possibles, soit les interventions pouvant être posées, dans une situation clinique donnée; elle aide à émettre une opinion. Il recueille un regroupement thématique nommé « interprétation des données ». Les participantes à l'étude ont mentionné à plusieurs reprises l'interprétation des données comme étant un élément au cœur du jugement clinique de l'infirmière.

5.3.2.1 Interprétation des données

L’interprétation des données réfère à plusieurs éléments, notamment en lien avec l’établissement des priorités d’interventions selon les données collectées de la situation clinique. Cette interprétation des données permet d’éviter les distractions occasionnées par des éléments et/ou des données pouvant affecter directement ou indirectement le jugement clinique des infirmières. Ainsi, les données sont triées selon leur degré de pertinence à la situation clinique.

[...] c'est la capacité d'analyser la situation pis de... de parvenir à prendre position, décider de ce que tu vas faire, dans le fond, quelles actions tu vas poser [...]. (P10)

[...] Elle trie ce qui est pertinent ou non à garder dans ce contexte-là. (P1)

5.3.3 Décider

Le troisième axe thématique s’intitule « décider ». À la suite de la lecture des verbatims, les participantes sont plutôt unanimes à ce sujet : le jugement clinique mène à la prise d’une décision clinique en contexte de soin. Le regroupement thématique identifié à cet axe est l’optimisation du choix de l’intervention.

5.3.3.1 Optimisation du choix de l’intervention

L’optimisation du choix de l’intervention permet de choisir la meilleure intervention possible à poser dans le contexte clinique de soins. Ce regroupement thématique réfère à un thème soit celui des connaissances théoriques et empiriques. Selon les participantes, l’utilisation des connaissances théoriques et empiriques permet d’appuyer le jugement clinique et la ou les décisions cliniques en lien avec le contexte de soins.

[...] tu dois t'appuyer habituellement sur des connaissances, des bases théoriques pour décider quelles actions sont les meilleures (P10).

[...] ça nous permet d'orienter notre soin qu'on va aller faire pour la patiente à donner le meilleur [...] traitement en fait qu'on doit faire (P6).

[...] c'est une idée qu'on se fait à la suite de notre examen clinique, à ce qu'on observe (P7).

[...] poser la meilleure intervention possible selon ce que tu vas avoir évalué et ce que tu vas avoir considéré. (P2)

[...] c'est l'utilisation de tes connaissances antérieures, de tes connaissances aussi au niveau de la recherche, puis des connaissances de ce que tu es capable de déceler de la personne au niveau biopsychosocial qui vont former que ton jugement clinique, selon la situation, va permettre une bonne intervention. (P3)

5.3.4 Personnaliser

Le quatrième et dernier axe thématique se nomme « personnaliser ». Plusieurs participantes mentionnent l'importance d'adapter, de personnaliser les soins selon la situation clinique présentée. Les deux regroupements thématiques identifiés dans cet axe sont l'individualisation des soins et les facteurs influençant le jugement clinique.

5.3.4.1 Individualisation des soins

Lors de leurs entrevues, plusieurs participantes ont mentionné que le jugement clinique permet d'adapter les soins prodigués selon la situation clinique vécue par la patiente. Ainsi, les soins doivent être individualisés selon chaque patiente et selon chaque situation clinique vécue; les humains sont uniques et présentent des attentes et besoins qui leur sont propres. Cela explique la nécessité d'individualiser chacun des soins prodigués.

[...] d'adapter les soins, d'individualiser les soins réellement face aux patientes (P9).

[...] faut que tu t'adaptes complètement avec la personne que tu as devant toi (P2).

Deux thèmes s'annexent au regroupement thématique portant sur l'individualisation des soins, soit selon le contexte clinique et selon les besoins et attentes de la patiente/famille. En effet, les soins prodigés sont nettement influencés par le contexte dans lequel la patiente vit son épisode de soins. Par le fait même, les soins prodigés deviennent conséquemment individualisés au contexte clinique, et ce, en étroite relation avec les besoins et attentes de la patiente/famille. Les soins sont alors propres à chaque usager et à chaque famille.

[...] l'intervention doit être en lien avec les besoins de l'usager. (P2)

[...] c'est d'adapter les contextes théoriques à la vie pratique. [...] d'adapter toute la théorie à la réalité pis de nuancer un peu le tout pour s'adapter à la patiente. (P4)

Pis, face aux patientes et face à sa pathologie qu'on a besoin de traiter parce que je crois sincèrement que tous traitements et toutes les patientes sont vraiment différents les uns des autres. (P9)

5.3.4.2 Facteurs influençant le jugement clinique

Les facteurs d'acquisitions du jugement sont facilement identifiables par les participantes à l'étude. Les thèmes associés à ces facteurs sont l'expérience personnelle, l'expérience professionnelle ainsi que les connaissances théoriques et empiriques sont des éléments qui viennent teinter le processus du jugement clinique chez les infirmières.

[...] basé sur l'expérience personnelle et l'expérience professionnelle des infirmiers et des infirmières [...] chaque contact personnel ou professionnel qu'on a avec des individus nous permet de grandir dans tous les sens là (P9).

Par l'expérience aussi, donc autant les expériences personnelles que les expériences dans le travail et les situations auxquelles tu es confrontée. (P10).

[...] c'est un mélange de connaissances, de scolarité, de compétences, de l'expérience... je pense que ça grandit avec les années. Une infirmière novice n'a pas le même jugement clinique qu'une infirmière compétente ou experte (P1).

C'est sûr qu'avec l'expérience, tu vas avoir plus de jugement pis tu vas faire des liens. Tu vas un peu appréhender ce qui va s'en venir pis ça va être plus pertinent

les informations que tu vas mettre en place que quelqu'un est une novice, naturellement (P4).

Les participantes font également mention que les connaissances empiriques et les connaissances théoriques influencent grandement le jugement clinique, mais lorsque jumelées avec l'expérience professionnelle de l'infirmière, le jugement clinique est nettement plus adapté aux situations cliniques.

C'est sûr qu'en milieu scolaire, on va chercher plus des connaissances empiriques, des connaissances théoriques [...] si on a l'expérience qui vient parallèlement avec ça, c'est plus facile de faire le pont entre les connaissances théoriques acquises à l'école versus le jugement clinique et l'expérience qu'on a sur le terrain (P1).

Pour faire cela, les infirmières doivent s'exposer à de multiples scénarios et contextes différents de soins dans le but d'aiguiser et de peaufiner leur jugement clinique.

C'est avec la pratique, mais surtout avec l'exposition, je pense. [...] si tu es trop dans les mêmes habitudes, ça va être un peu plus difficile de le développer [jugement clinique] et de le garder vraiment alerte et actif (P3).

Ce sont ainsi tous les éléments qui viennent influencer de façon considérable le jugement clinique des infirmières, et ce, dans de multiples contextes de soins.

5.4 Présentation des données sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique

Les résultats de la collecte des données portant sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique ont fait émerger trois axes thématiques, sept regroupements thématiques et trois thèmes. Les résultats de ces éléments seront présentés ci-bas et schématisés à la figure 9.

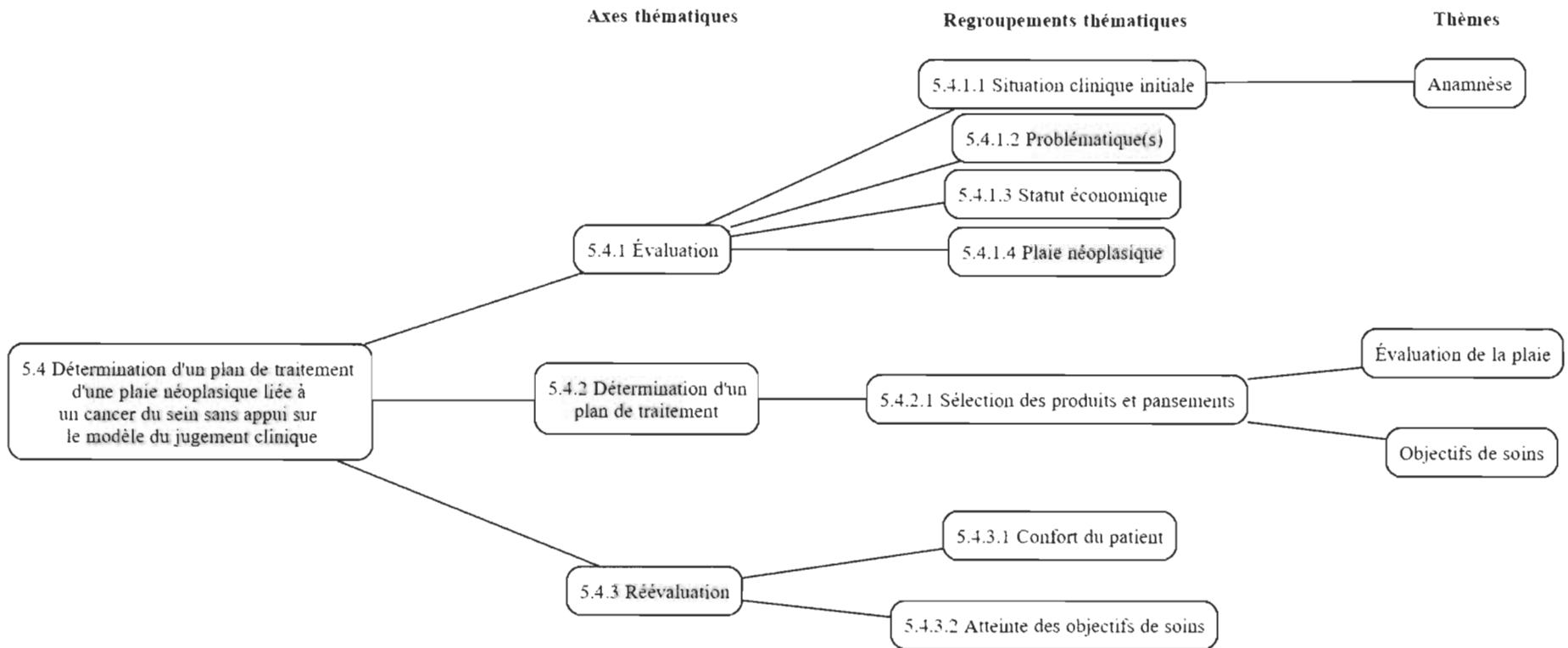


Figure 9. Arbre thématique portant la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique.

5.4.1 Évaluation

Le premier axe s'intitule « Évaluation ». Les infirmières sont unanimes à ce sujet; l'évaluation est la première étape à compléter avant de déterminer un plan de traitement. L'évaluation permet d'obtenir un portrait global de la patiente nécessitant des soins de santé. Les quatre regroupements thématiques associés à l'axe de l'évaluation sont la situation clinique initiale, les problématiques, le statut socioéconomique et la plaie néoplasique.

5.4.1.1 Situation clinique initiale

L'évaluation de la situation clinique initiale permet à l'infirmière de recueillir des données générales sur la situation vécue par la patiente. Ce regroupement axé sur la collecte des données générales a fait émerger un thème, soit celui de l'anamnèse. L'anamnèse réfère à la reconstitution de l'histoire pathologique d'un client en vue d'orienter le diagnostic (CNRTL, 2012). Elle permet également à l'infirmière d'orienter la nature de ses soins auprès de la patiente. L'anamnèse comprend une collecte de données générales selon les participantes à l'étude, telles que les antécédents de santé, les allergies, la médication, le diagnostic, le stade du cancer et les traitements antérieurs et/ou en cours. De plus, à cette étape, il est important de questionner la patiente sur ses connaissances liées au diagnostic, sur sa compréhension de la situation ainsi que son niveau de cheminement depuis l'annonce du diagnostic.

[...] le cancer est arrivé dans quel contexte, ça fait combien de temps que la personne a le diagnostic. (P3)

[...] une première collecte de données à savoir c'est quel type de cancer du sein dont j'ai affaire. Depuis combien de temps le cancer du sein est présent? Quels traitements ont été faits? Donc, au niveau des traitements systémiques, mais traitements locaux également aussi au niveau de la plaie. (P6)

[...] je vais regarder son dossier [...] c'est quoi qu'elle a comme antécédents, c'est quoi son type de plaie. (P7)

Bon les antécédents de santé, sa médication, évaluer combien de temps ça fait qu'elle a sa plaie, quels sont ses traitements, y a-t-il des traitements qui ont été gagnants dans le passé, ça fait combien de temps qu'elle a été dépistée? (P8)

[...] je vais faire connaissance avec la patiente directement, voir où elle est dans son cheminement face à sa pathologie, quelles sont ses attentes, comment elle voit la suite des choses. (P9)

5.4.1.2 Problématiques

L'évaluation des problématiques en lien avec l'état de santé de la patiente est un élément essentiel à la détermination d'un plan de traitement. L'infirmière évalue l'impact du diagnostic et de la présence de la plaie néoplasique dans la vie de la patiente atteinte. Elle peut également identifier des problématiques connexes à la situation de santé de la patiente. L'évaluation des problématiques permet l'identification de deux thèmes précis soit les objectifs de soins et les besoins et attentes de la patiente. Ainsi, l'infirmière peut identifier certains objectifs de soins selon l'évaluation des problématiques de santé et selon les besoins et attentes verbalisées par la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

Quand on établit les besoins de la patiente, ben on peut graviter, bâtir notre plan de traitement autour de ces besoins-là. [...] on va aller évaluer c'est quoi la problématique. Quand on va évaluer la problématique [...] on va avoir les perceptions de la patiente [...]. (P1)

[...] comment ça l'affecte sa vie, ses activités de la vie quotidienne, mais aussi son estime de soi, sa... sa vie en général (P3).

[...] je vais travailler beaucoup avec la cliente à savoir elle, qu'est-ce qui l'incommode le plus dans ses plaies néoplasiques. (P6)

Est-ce qu'il y a d'autres problématiques concomitantes? [...] est-ce qu'il y a d'autres problématiques qui viennent influencer au niveau de la plaie? (P10)

5.4.1.3 Statut économique

L'évaluation du statut économique de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est un aspect important qui permettra de guider le choix des produits et pansements ainsi que la fréquence des changements de pansements lors du processus de détermination d'un plan de traitement. Étant donné les diagnostics des cancers souvent fulgurants et entraînants, la plupart du temps, des pertes d'emplois (congédiement ou chômage), le revenu monétaire sont des éléments à questionner afin de bien guider les infirmières dans l'établissement de leurs soins à prodiguer.

C'est aussi important d'y aller avec [...] l'apport monétaire de la personne pour aussi déterminer ça [les soins à prodiguer]. (P2)

Les pansements ultras spécialisés que tu peux utiliser, faque ce sont des sous. (P4)

Tous les coûts, parce que c'est sûr que la condition financière [...] de la patiente, ben pour la **prescription** du soin de plaies ben tsé, ça entre en ligne de compte, la fréquence des changements de pansements. (P7)

5.4.1.4 Plaie néoplasique

L'évaluation de la plaie néoplasique est au cœur de la détermination d'un plan de traitement, en lien avec le choix des produits et pansements à utiliser dans ce contexte de soins. À la suite de la lecture des verbatims des participantes, plusieurs éléments à évaluer au niveau de la plaie néoplasique ont été identifiés. Notamment, certains éléments tels que l'étiologie de la plaie, la localisation de celle-ci, les dimensions, les tissus présents au lit de la plaie, le pourtour cutané et la présence de plaies satellites doivent être évalués. De plus, l'infirmière doit évaluer si la patiente présente des douleurs liées à la plaie, si la plaie

est odorante, exsudative, si la plaie néoplasique saigne et si elle [la plaie] présente des signes d'infection clinique.

[...] faut vraiment savoir son étiologie. Il faut la comprendre parce que si on ne la comprend pas, on va traiter une plaie qu'on pense qui va se guérir [...] (P1).

[...] qu'elles sont les caractéristiques de la plaie et on va faire le plan de traitement selon les besoins, à savoir si c'est pour un saignement, on va travailler pour le saignement. Si c'est pour les odeurs, on va travailler pour les odeurs et on va le mettre en application toujours en collaboration avec la cliente aussi, pour voir que, elle, ça répond à son besoin également (P6).

[...] tout ce que tu dois évaluer normalement pour une plaie. [...] tu vas évaluer la patiente en général, ton bord de plaie, l'exsudat, ton fond de plaie, tes signes d'infection. Là c'est sûr qu'une plaie néo, souvent, tu vas peut-être avoir des saignements plus importants, des écoulements plus importants, de l'odeur... (P4)

5.4.2 Détermination d'un plan de traitement

Le deuxième axe thématique réfère à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. À cette étape, l'infirmière prend des décisions éclairées en lien avec le choix du plan de traitement selon ses évaluations infirmières initiales. Le regroupement thématique associé à la détermination d'un plan de traitement est celui de la sélection des produits et pansements pour la plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Ce regroupement thématique rassemble trois thèmes.

5.4.2.1 Sélection des produits et pansements

La sélection des produits et pansements est la section la plus appliquée pour les infirmières. À la lumière de leurs évaluations multiples, elles doivent prendre des décisions quant à la sélection de leurs produits et pansements pour la situation clinique à laquelle elles sont confrontées. La sélection des produits et pansements réfère à deux thèmes spécifiques, soit l'évaluation de la plaie et les objectifs de soins préalablement

établis. En effet, les produits et pansements doivent être sélectionnés selon ce qui a été objectivé à l'évaluation de la plaie, notamment en ce qui a trait à l'apparence du lit de la plaie, aux odeurs, à l'exsudat, aux saignements, aux signes d'infection, au pourtour cutané ainsi qu'à un élément subjectif soit la présence de douleur au lit de la plaie.

S'il y a de la nécrose, ben on va agir sur la nécrose, s'il y a de l'odeur, on va agir sur l'odeur. On va vraiment aller agir sur les composantes qui composent la plaie pour [...] optimiser le soulagement et minimiser le sentiment désagréable et d'inconfort que la patiente pourrait avoir. (P1)

Premièrement, l'évaluation [...] on va essayer de trouver un plan de traitement qui va compenser pour la majorité, ou le plus possible, ses inconforts pis être adéquat pour le type de plaie, l'aspect de la plaie, mettons [...] en fonction des écoulements, le bon choix du pansement. (P10)

[...] le soulagement de la douleur pis diminution des symptômes particulièrement des écoulements qui sont rarement intéressants à voir parce que c'est souvent des écoulements extrêmement purulents et malodorants. Donc, la majorité du temps, mon plan de traitement va être émis par rapport à ça. (P9)

Cependant, il faut ajouter également l'aspect des objectifs de soins à considérer lors de la sélection des produits et pansements. Cela a pour but d'atténuer les symptômes déplaisants identifiés par la patiente et d'assurer un confort optimal en lien avec le choix des pansements.

[...] Qu'est-ce qui le rendrait le plus confortable [...] (P7)

Les objectifs en soins de plaies néoplasiques sont souvent plus confort et gestion des symptômes, des signes et symptômes (P8).

5.4.3 Réévaluation

Le troisième axe identifié s'intitule « réévaluation ». Les participantes ont fait mention de l'importance de réévaluer l'efficacité de leurs interventions auprès de la patiente. La réévaluation s'effectue selon deux regroupements thématiques : le confort de la patiente et les objectifs de soins.

5.4.3.1 Confort de la patiente

Le confort de la patiente réfère à son confort en lien avec le pansement actuellement en place. Il est alors important de valider avec la patiente si quelque chose d'autre pouvait être tenté afin d'optimiser son confort.

[...] on a une période d'essai quand même. Si on se rend compte que ça ne fonctionne pas pis que la plaie ne s'améliore pas, ben là évidemment, tu vas essayer de changer [...] (P2)

C'est sûr que... mon plan va toujours évoluer en fonction de la plaie. (P3)

5.4.3.2 Objectifs de soins

D'une autre part, il est important que l'infirmière réévalue l'atteinte ou la non-atteinte des objectifs de soins préalablement établis, et ce, selon les besoins spécifiques de chaque patiente. Ainsi, chez certaines patientes, l'un des objectifs peut être le contrôle de l'exsudat, alors que pour l'autre, c'est le côté esthétique qui prône dans ses objectifs de soins.

[...] Qu'est-ce qui le rend inconfortable présentement et qu'il veut améliorer? [...] c'est vraiment le confort de la patiente qu'on vise et c'est pour ça qu'on l'implique tellement dans ses soins parce que qui est mieux que la personne pour dire comment il se sent dans tout ça. (P7)

[...] on va réévaluer à ce moment-là en dernière étape. Réévaluer si, dans le fond, si les objectifs ont été atteints du plan de traitement de base qu'on avait. (P8)

[...] rendre le, le tout plus esthétique, ça peut être aussi un objectif de plan de traitement, accompagné du soulagement de la douleur, du/de la correction des odeurs puis de, de favoriser un pansement qui ne colle pas trop. (P1)

Une participante met même l'emphase sur le fait que tous les éléments qui englobent et dirigent la détermination d'un plan de traitement est en fait un processus en constante réévaluation, afin d'adapter les soins selon la situation clinique vécue par la patiente.

[...] c'est toujours un processus qui est en réévaluation [...] j'instaure le plan de traitement, on le met en place et on le réévalue. Et on réajuste les traitements si ça se ne fonctionne pas ou ben si ça fonctionne, on continue notre plan de traitement également (P6).

5.5 Présentation des données sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner

Les résultats de la collecte des données portant sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner (présenté au chapitre 3) ont été dirigés par les questions suivantes du guide d'entrevue :

- 1) « Selon la première étape du modèle, comment percevez-vous la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein? Quels seront vos éléments d'évaluation? »
- 2) « Selon la deuxième étape du modèle, comment interprétez-vous la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, en référence aux types de raisonnements analytiques, intuitifs et narratifs? Quels seront vos éléments d'évaluation? »
- 3) « Selon la troisième étape du modèle, comment répondez-vous à la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, soit par les interventions devant être posées? Comment choisissez-vous les interventions à poser dans ce contexte clinique? »

4) « Selon la quatrième étape du modèle, comment réfléchissez-vous à la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein? Quels seront vos éléments d'évaluation afin de valider l'efficacité des interventions auprès de la patiente? Comment allez-vous évaluer vos apprentissages sur la réflexion des interventions posées? »

À la suite de la lecture des verbatims des dix entrevues, quatre axes thématiques ont émergé avec 12 regroupements thématiques et 17 thèmes. L'arbre thématique est présenté à la figure 10.

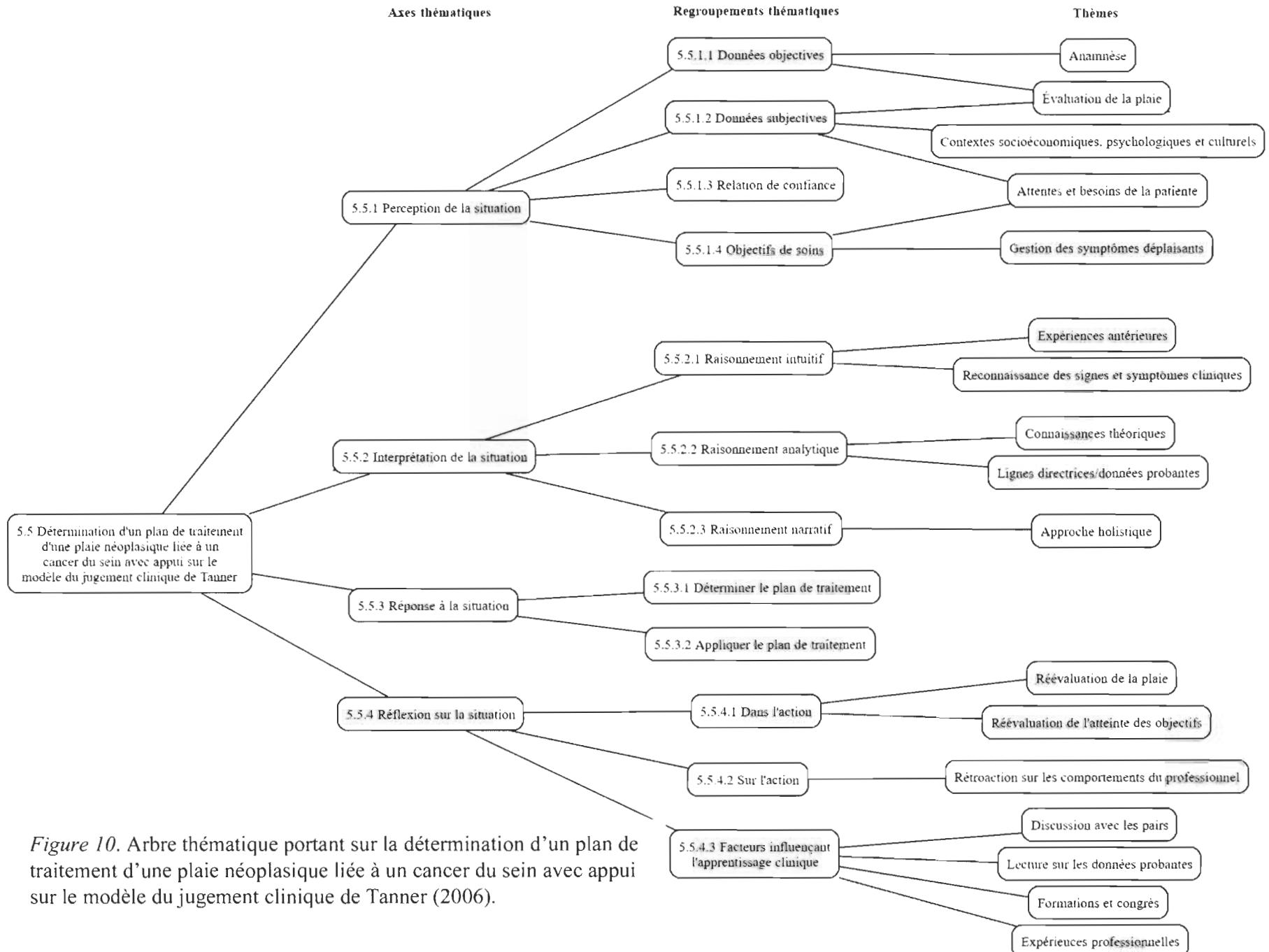


Figure 10. Arbre thématique portant sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006).

5.5.1 Perception

Le premier axe thématique réfère à la première étape du modèle du jugement clinique de Tanner (figure 7), soit à l'étape de la « perception ». Celui-ci a été ainsi nommé puisque la question du guide d'entrevue découlait directement du modèle du jugement clinique de Tanner. La perception de la situation réfère principalement à l'évaluation globale de la patiente effectuée par l'infirmière, et ce, dans toutes les sphères de sa vie. Elle permet notamment de collecter les données nécessaires à l'établissement d'un soin orienté et approprié au contexte clinique. Découlant de cet axe, quatre regroupements thématiques ont été identifiés à la suite de la lecture des verbatims, soit les données objectives, les données subjectives, établir une relation de confiance et établir des objectifs de soins.

5.5.1.1 Données objectives

Les données objectives sont les données provenant soit de l'observation infirmière ou de l'examen effectué par l'infirmière (Phaneuf, 2012). Ces données regroupent principalement les signes et symptômes observés, les réactions de la patiente, les traitements en cours et de tout autre aspect global de la patiente que l'infirmière peut identifier (Phaneuf, 2012). Les principales données objectives à identifier, selon les participantes à l'étude, se divisent en deux thèmes distincts; l'anamnèse et l'évaluation de la plaie.

L'anamnèse comprend notamment les informations qui se retrouvent dans le dossier de la patiente. Au besoin, l'infirmière peut aller questionner la patiente sur les

informations qu'elle identifie comme étant manquantes. Les participantes ont identifié des éléments tels que les allergies, les antécédents de santé de la patiente, le moment précis du diagnostic de cancer [premier épisode de cancer/rémission/rechute], les examens de laboratoires (antérieurs, en cours et à venir) et les habitudes de vie actuelles de la patiente (tabac, alcoolisme, sédentarité, etc.). De plus, l'évaluation de la liste des médicaments prescrits de la patiente permet de diriger les infirmières sur le genre de soins et d'approche qu'elles devront avoir lors du contact avec leurs patientes (ex : analgésiques non opioïdes, analgésiques opioïdes, antidépresseurs, benzodiazépines, antibiotiques, etc.). Dans le même ordre d'idées, l'identification des professionnels déjà au dossier de la patiente s'avère un élément essentiel à la continuité des soins et à la collaboration interprofessionnelle. Notamment, des professionnels tels que l'infirmière pivot en oncologie, l'oncologue, les conseillères en soins de plaies [et les stomothérapeutes], les différentes spécialités médicales telles que l'infectiologue, le psychiatre si besoin, sont des acteurs clés pour la collaboration interprofessionnelle dans le dossier de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

[...] l'oncologue, l'IPO, l'infirmière, peut-être une conseillère des fois aussi en soins de plaies qu'on va solliciter côté plaies, le médecin de tout genre en fonction de la problématique de santé de la cliente (P8).

De plus, l'anamnèse permettra d'identifier les différents traitements en cours auprès de la patiente. Ce peut être des traitements systémiques et/ou localisés tels que la chimiothérapie et/ou la radiothérapie, les différents plans de traitements effectués antérieurement et ceux en cours en lien avec la plaie néoplasique. Ainsi, l'anamnèse permet d'avoir un portrait global de la patiente, et ce, avant même de la rencontrer pour

la première fois. Cette étape permet aux infirmières de structurer leurs évaluations, leurs examens et leurs soins à effectuer en présence de la patiente.

Le deuxième thème associé aux données objectives est celui de l'évaluation de la plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Les participantes ont mentionné divers éléments à évaluer au niveau de la plaie afin d'aider la détermination d'un plan de traitement approprié à la plaie néoplasique. Les participantes ont identifié des éléments à évaluer au niveau de la plaie néoplasique telle que les dimensions, les bords de plaies, la localisation de la plaie, les tissus présents au lit de la plaie, l'état du pourtour cutané de la plaie et la présence ou l'absence de plaies satellites visibles à l'examen. De plus, les participantes ont mentionné l'importance d'évaluer la présence ou l'absence d'odeurs, de saignements, d'excrément, de signes d'infection cliniques et de douleur. Dans un même ordre d'idée, les saignements et l'excrément doivent être quantifiés et qualifiés au dossier.

5.5.1.2 Données subjectives

Les données subjectives sont les données qui sont verbalisées par la patiente telles que ses malaises, ses attentes, sa douleur, ses inquiétudes, etc. (Phaneuf, 2012). Les données subjectives se divisent en trois thèmes, soit l'évaluation de la plaie, l'identification des contextes socioéconomiques, culturels et psychologiques ainsi que l'identification des attentes et besoins de la patiente.

L'évaluation de la plaie dans un contexte de données subjectives réfère aux symptômes déplaisants verbalisés par les patientes atteintes et qui sont occasionnés, la plupart du temps, par la présence de la plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

Notamment, l'infirmière doit questionner la patiente à savoir si elle est incommodée par la localisation de la plaie (thoracique, dorsal, claviculaire, axillaire), par l'aspect de la plaie et par les dimensions de la plaie. L'infirmière doit également identifier l'impact de la plaie néoplasique sur les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique de la patiente en lien avec l'xsudat de la plaie, les saignements, la douleur et les odeurs de la plaie néoplasique. Ces éléments permettront de cibler les objectifs de soins à atteindre avec la patiente.

L'évaluation des contextes socioéconomiques, culturels et psychologiques sont des éléments tout aussi pertinents à identifier avec la patiente. Notamment, le contexte social permet d'identifier les ressources immédiates de la patiente ainsi que les relations avec son entourage familial et amical, et ce, dans un objectif d'inclusion de la famille dans les soins. Le contexte économique permettra plutôt d'orienter sur les types de pansements à utiliser en lien avec les coûts associés pour chaque pansement ainsi qu'avec la fréquence des changements de pansements (à tous les jours versus 2-3 fois par semaine). Le contexte culturel permettra de mieux comprendre la décision et les désirs émis par la patiente en lien avec les traitements à instaurer et faciliter la communication avec la patiente, dans l'éventualité où la présence d'un interprète est nécessaire à la bonne compréhension de la situation clinique. Le contexte psychologique permettra d'identifier la pertinence de recommander la personne à des professionnels certifiés tels que les travailleurs sociaux, les psychologues et/ou les psychiatres si un suivi psychologique est nécessaire. Le contexte psychologique de la patiente réfère également à l'évaluation du cheminement psychologique de la patiente depuis l'obtention du diagnostic de cancer et de ses

connaissances et croyance en lien avec le diagnostic reçu. La compréhension du niveau d'acceptation de la patiente, associé à un processus de deuil, en lien avec son diagnostic est un élément qui permettra de guider les soins à prodiguer dans ce contexte clinique. En ce sens, ce sont des éléments qui doivent être considérés lors de l'évaluation infirmière, dans le but de répondre adéquatement aux besoins de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

L'évaluation des attentes et besoins de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est au cœur de la pratique infirmière. Notamment, les attentes et besoins de la patiente permettront de diriger les traitements et suivis nécessaires à l'atteinte des objectifs de soins établis.

5.5.1.3 Établir une relation de confiance

Plusieurs participantes sont unanimes à ce sujet; l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmière et la patiente est un élément essentiel afin de prodiguer des soins de qualité et diriger vers les besoins de la patiente et de sa famille. La relation de confiance permet, entre autres, d'obtenir des renseignements complets et complémentaires à la situation clinique vécue par la patiente. Ajoutée à cela, la collaboration de la patiente est étroitement liée à la relation de confiance entre la professionnelle de la santé et la patiente.

En établissant une relation de confiance comme ça, on est capable d'aller chercher des renseignements de plus, sur toutes les sphères de sa vie pis de mieux adapter le soin [...] (P2)

5.5.1.4 Établir des objectifs de soins

L'établissement des objectifs de soins est au cœur de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein pour une patiente atteinte. Notamment, l'identification des objectifs de soins est réalisée à la suite de l'évaluation infirmière énumérée ci-haut. Ces objectifs permettront d'assurer le maintien, voire même l'amélioration de la qualité de vie des patientes atteintes de plaies néoplasiques. Bien évidemment, les participantes restent unanimes à ce sujet : les objectifs de soins seront toujours individualisés selon la situation clinique actuelle vécue par la patiente atteinte.

[...] ce sont toujours des plans de traitements un peu personnalisés parce qu'il faut toujours y aller avec les [...] objectifs qui diffèrent d'une personne à l'autre. (P8)

Deux thèmes se joignent au regroupement thématique ci-haut, soit d'établir les objectifs de soins selon les attentes et besoins de la patiente ainsi que selon les symptômes déplaisants occasionnés par la présence de la plaie néoplasique liée à un cancer du sein souvent identifiés lors de la collecte des données objectives et subjectives. Ainsi, il faut combiner deux variables importantes à l'établissement des objectifs de soins soit ceux de l'infirmière et ceux de la patiente atteinte.

Dans le but de contrôler les symptômes, tous les désagréments de la plaie pour que la personne soit confortable. (P4)

Alors que nous [les infirmières] on est plus dans la gestion des symptômes, de la prévention des complications reliée à cette plaie-là. (P8)

5.5.2 Interprétation

Le deuxième axe thématique réfère à la deuxième étape du modèle du jugement clinique de Tanner (figure 7), soit l'étape de « l'interprétation ». Cet axe a ainsi été nommé puisque la question du guide d'entrevue découlait directement du modèle du jugement

clinique de Tanner. L'interprétation de la situation réfère principalement aux trois types de raisonnements intuitif, analytique et narratif (Tanner, 2006), c'est-à-dire trois processus cognitifs que l'infirmière peut utiliser afin de mener à une décision clinique. Le but de cette question est de comprendre si les infirmières prennent des décisions intuitives avec leur bagage expérientiel, des décisions basées sur des données probantes et des connaissances théoriques ou des décisions en lien avec la globalité des besoins de la personne atteinte lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Découlant de cet axe, trois regroupements thématiques ont été identifiés, subdivisés chacun d'entre eux en deux thèmes distincts, totalisant six thèmes. Une définition de chacun des types de raisonnement a été transmise aux dix participantes afin de faciliter la différenciation des types de raisonnements.

À la suite de la lecture des verbatims, les infirmières utilisent simultanément, de façon conscience ou inconsciente, les trois types de raisonnements intuitifs, analytiques et narratifs lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

Ben moi, j'irais avec les trois, sans aucun doute. [...] Faut que tu considères oui ton expérience antérieure, ton expertise, tes signes et symptômes que tu as devant toi, tu le vis là. (P2)

Ben moi je dirais que ça serait un peu des trois [...] il faut que tu utilises au niveau théorique [...] au niveau analytique, c'est sûr que ça va être, [...] un peu essais-erreurs, donc tu vas essayer d'analyser quel plan de traitement serait le mieux. [...] le raisonnement narratif, mais oui prendre la personne dans ton entièreté et non juste se concentrer là sur sa plaie [...] (P3)

5.5.2.1 Raisonnement intuitif

Deux thèmes sont étroitement reliés entre eux en lien avec le raisonnement intuitif; les expériences antérieures et la reconnaissance de signes et symptômes cliniques. Les participantes ont fait part en cours d'entrevue que leurs expériences personnelles et professionnelles influencent grandement leurs décisions infirmières, et ce, positivement dans la plupart des cas. Bien que certaines participantes aient mentionné n'être que novices dans le domaine du soin des plaies néoplasiques, leurs quelques expériences antérieures facilitent leurs choix décisionnels quant à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Pour les participantes plus expérimentées, leurs expériences antérieures facilitent tout autant leurs décisions cliniques.

Je peux arriver rapidement à décider quel va être le plan de traitement que je vais instaurer parce que j'ai des expériences cliniques avec des plaies néoplasiques et avec cette clientèle-là. (P6)

De plus, les expériences antérieures des participantes viennent influencer de façon notable la reconnaissance des signes et symptômes cliniques typiques par les infirmières en contexte de soins. Certaines mentionnent même que les signes cliniques habituels de complications ou de détérioration restent les mêmes pour les plaies néoplasiques que pour les autres types de plaies chroniques.

[...] qu'on doit être à même de reconnaître des signes classiques qui vont être présents sur toutes les plaies, c'est-à-dire les signes d'infections, les signes de détérioration. Donc, nos signes d'alarme sont encore présents même sur une plaie néoplasique. (P10)

5.5.2.2 Raisonnement analytique

Deux thèmes sont reliés au raisonnement analytique : les connaissances théoriques et les lignes directrices et/ou les données probantes. Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles basent leurs soins selon leurs connaissances théoriques acquises lors de diverses formations et lectures connexes, scientifiques ou professionnelles. Pour d'autres, les connaissances théoriques proviennent des discussions entre les professionnels de la santé. Il est alors possible de lier étroitement entre eux les deux thèmes ici présents.

Ça me permet de pouvoir prendre des données probantes [...] des lectures, en allant à l'école [...] en faisant des recherches, pis aussi en consultant des collègues qui étaient plus expertes que moi [...] ça m'a permis de me faire une belle banque de données probantes que j'ai assimilée. (P9)

On parle de plus en plus du Métronidazole®, on parle de plus en plus du miel, on parle de plus en plus [...] du charbon [...] les pansements antibactériens qui vont aller neutraliser les bactéries qui causent l'odeur, les bactéries anaérobiques, si je ne me trompe pas. (P1)

Quelques participantes ont également amené le fait que malheureusement il n'y a pas de lignes directrices établies spécifiques aux plaies néoplasiques, ce qui semble complexifier les soins à prodiguer auprès de la clientèle atteinte. Tout de même, certaines notions de base peuvent être appliquées malgré l'absence de lignes directrices dans le domaine du soin des plaies néoplasiques.

Le raisonnement analytique c'est tout dans le fond de mettre en lien les lignes directrices [...] mais les lignes directrices de base [...] pour guider nos interventions [...] évaluer, fixer les objectifs, assembler l'équipe, déterminer le plan de traitement et réévaluer. (P8)

Malheureusement, certaines participantes ont mentionné que la méthode d'essai-erreur reste une méthode inévitable pour déterminer le choix des pansements à utiliser en contexte de soins de plaies néoplasiques.

[...] Je vais aller avec essai-erreur... parce que oui je vais y aller avec la base, mais tsé chaque patiente réagit de façon différente. (P9)

Je pense qu'il y a beaucoup d'essais et erreurs. (P10)

[...] un peu essais-erreurs, donc tu vas essayer d'analyser quel plan de traitement serait le mieux. Mais ça ne veut pas dire qu'au premier essai tu vas trouver exactement ce qui est le mieux pour cette plaie-là ou cette patiente-là. (P3)

Faque bref, oui le choix des pansements est par essais-erreurs. (P5)

5.5.2.3 Raisonnement narratif

Le raisonnement narratif évoque un thème principal : l'approche holistique. En contexte de plaies néoplasiques, les participantes sont unanimes à ce sujet ; il est primordial de prendre en considération tous les aspects de la santé la patiente atteinte d'une plaie néoplasique, en tant qu'individu unique et nécessitant des besoins propres à chacun. Ainsi, l'utilisation du raisonnement narratif se fait naturellement chez les infirmières lors de l'interprétation de la situation.

Effectivement, il faut que tu aies une analyse très, très holistique de la situation. (P6)

Les infirmières intègrent notamment des aspects tels que le vécu expérientiel de la patiente en lien avec la présence de sa plaie néoplasique ainsi que la compréhension globale de sa situation de santé. C'est ce qui permet d'individualiser les soins prodigués à la clientèle atteinte de plaies néoplasiques.

[...] regarder la personne dans tout son contexte biopsychosocial pour pouvoir déterminer un plan de traitement qui est vraiment adapté à, oui la plaie, mais surtout ces besoins-là, ses besoins fondamentaux. (P2)

5.5.3 Réponse

Le troisième axe réfère à la troisième étape du modèle du jugement clinique de Tanner (figure 7), soit l'étape de la « réponse ». La question du guide d'entrevue faisait directement référence à cette troisième étape du modèle. Cet axe a fait émerger deux regroupements thématiques soit déterminer un plan de traitement et appliquer un plan de traitement.

5.5.3.1 Déterminer un plan de traitement

Le moment de déterminer un plan de traitement pour une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est décisif pour l'infirmière; elle prend une décision clinique selon la perception de la situation et l'interprétation de la situation, en plus de documenter ses décisions au plan thérapeutique infirmier et au plan de traitement. Notamment, c'est à cette étape que l'infirmière détermine quels seront les produits et pansements qui seront utilisés pour panser la plaie néoplasique, et ce, dans l'optique d'atteindre les objectifs de soins préalablement établis.

En fonction des objectifs qui ont été établis. Faque autant des objectifs plus au niveau local de la plaie, mais les objectifs aussi globaux de l'usager, parce que ça, c'est super important. (P8)

Ainsi, les infirmières doivent déterminer le type de nettoyage de la plaie ainsi que les types de produits et pansements à utiliser selon les odeurs, l'excès d'humidité, la douleur et les saignements au lit de la plaie.

Si ma plaie est très nauséabonde pis c'est ça qui dérange la patiente, ben je vais essayer de trouver des interventions qui vont contrôler l'odeur. [...] c'est sûr que tu t'adaptes selon ton évaluation de ta plaie. (P4)

[...] nettoyage de la plaie, au pansement, à la fréquence de changement. (P7)

[...] on va vouloir contrôler c'est l'écoulement. Donc, sa qualité et sa quantité, dans le fond, on va juste ajuster notre fréquence et notre type d'absorbant. (P10)

Au besoin, les infirmières détenant la formation nécessaire et leur droit de prescrire peuvent effectuer les prescriptions en fonction du plan de traitement établi. Elles remettent les prescriptions à la patiente afin d'assurer le suivi des soins.

Si on a un accord entre les deux sur ce plan de traitement là, je vais procéder à mes prescriptions que je vais faire. (P6)

Dès lors que le plan de traitement de la plaie néoplasique liée à un cancer du sein est déterminé, il est primordial pour l'infirmière de bien le documenter afin d'assurer la continuité des soins, et au besoin, avec les services communautaires en place qui assureront le suivi de cette plaie.

Donc, ce n'est pas tout de faire un pansement, mais il faut bien le documenter, donc des notes cliniques judicieuses [...] mises en circulation avec les bons intervenants. (P1)

Je m'assure qu'elle ait, si besoin, un service qui va permettre l'application de ce plan de traitement là, soit l'aide du CLSC ou quelqu'un d'autre. (P6)

L'interdisciplinarité est un élément crucial à préconiser en contexte de soins de plaies néoplasiques; c'est ce qui permet de rassembler l'équipe et de traiter tous les aspects englobant la santé de la personne atteinte.

5.5.3.2 Appliquer le plan de traitement

À la suite de la détermination du plan de traitement de la plaie néoplasique liée à un cancer du sein par l'infirmière, celle-ci doit l'appliquer, soit de prodiguer le soin établi. À la fin du soin, lorsque la plaie néoplasique est pansée, les participantes sont unanimes sur un aspect qui est évalué aussitôt le soin fait : le confort de la patiente.

S'assurer qu'elle est confortable. (P5)

[...] c'est vraiment le confort de la patiente versus son objectif à elle. [...] qu'est-ce qui la rendrait le plus confortable ou versus qu'est-ce qui la rend inconfortable présentement et qu'elle veut améliorer? (P7)

Faque je vais essayer de rendre la chose plus confortable pour la patiente, parce que pour moi, au fond à la base, c'est vraiment que la patiente soit confortable. (P9)

Après ça c'est le confort je te dirais, pour la personne. (P10)

5.5.4 Réflexion

Le quatrième axe réfère à la quatrième étape du modèle du jugement clinique de Tanner, soit l'étape de la « réflexion ». Le guide d'entrevue fait référence à cette dernière étape qui permet une réflexion globale sur la gestion de la situation clinique, c'est-à-dire, l'évaluation globale de la situation de santé de la patiente selon nos interventions infirmières posées et selon notre première évaluation de la situation clinique. Cet axe se divise en trois regroupements thématiques, qui eux sont subdivisés en sept thèmes distincts. Les trois regroupements thématiques sont divisés de la même façon que ceux identifiés dans le modèle du jugement clinique de Tanner (2006), soit la réflexion dans l'action, la réflexion sur l'action et l'apprentissage clinique.

5.5.4.1 Réflexion dans l'action

Les participantes identifient la réflexion dans l'action comme étant la réévaluation de la plaie néoplasique et la réévaluation de l'atteinte des objectifs de soins. La réévaluation de la plaie permet à l'infirmière de dénoter une amélioration, une détérioration ou une stagnation de la plaie.

L'évaluation locale de la plaie va me permettre de vérifier l'état de la plaie. Est-ce que la plaie ne s'est pas détériorée ou est-elle stable ou elle s'est améliorée? (P8)

Bien évidemment, ces deux réévaluations sont liées entre elles. Étant donné que la gestion des symptômes déplaisants est un objectif fort reconnu en contexte néoplasique, il va de soi que la réévaluation de la plaie est conjointement liée aux symptômes déplaisants. La réévaluation du contrôle des odeurs, des saignements, de la douleur ainsi que de l'xsudat sont des éléments qui doivent être questionnés lors de la rencontre avec la patiente, et ce, toujours en lien avec les objectifs de soins préalablement établis.

Si je pars de mes objectifs de soins, je me dois d'avoir des objectifs d'atteints [...] dans ma réévaluation, est-ce que mon plan de traitement a permis d'atteindre cet objectif-là [...] c'est toujours en lien avec mes objectifs de soins. (P6)

[...] si on avait un *challenge* d'écoulement par exemple. [...] bien contrôlés ou pas? Est-ce que, est-ce que l'odeur est bien contrôlée? Est-ce que la personne est confortable avec son pansement? Est-ce qu'on est venu à bout, justement, de ces signes d'infections là? Est-ce qu'on a une amélioration ou une détérioration ou une stagnation? [...] repasser chacun de ces points-là pour l'atteinte de mon but qui est le confort de la personne (P10).

De plus, dans la réévaluation des objectifs de soins, il est important de venir réévaluer si les besoins de la patiente qui ont été préalablement établis sont atteints avec le plan de traitement instauré. La compliance aux soins et la collaboration des patientes à leur plan de traitement sont intimement liées au respect des besoins identifiés par la clientèle.

Selon la patiente toujours et ses perceptions, est-ce que ça fonctionne, est-ce que c'est adéquat, est-ce que ça répond à ses besoins... ça ça va être très important d'aller évaluer ça. (P1)

5.5.4.2 Réflexion sur l'action

La réflexion sur l'action a plutôt été amenée par certaines participantes par le fait de se remettre en question en tant que professionnelle de la santé, sur les soins qui ont été

prodigues, sur l'approche effectuée avec la patiente. Il est alors question d'une rétroaction globale sur les comportements de la professionnelle lors du contact avec la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

[...] même mon approche [...] je vais me questionner si y'a quelque chose que j'aurais pu faire de mieux, soit dans mon approche ou dans mon soin de plaies.

Tu ne te rends pas compte que tu l'as fait beaucoup machinalement ton pansement sans penser qu'il y a une personne au bout de ça. [...] on oublie qu'il y a quelqu'un [...] il faut réfléchir, oui sur les actions qu'on a posées, mais sur comment on les a faits et sur le contexte. (P3)

[...] ok, est-ce que j'ai été selon les dernières recommandations? Est-ce que j'ai rencontré... est-ce que j'ai vraiment été selon les objectifs de la patiente? Est-ce que j'ai été selon mes objectifs à moi aussi? [...] (P7)

5.5.4.3 Apprentissage clinique

L'apprentissage clinique réfère à l'acquisition de connaissances et d'expériences personnelles et professionnelles au travers de la pratique infirmière. Notamment, certains facteurs peuvent influencer l'apprentissage clinique sur les expériences professionnelles vécues telles que les discussions avec les pairs sur la situation clinique vécue, les lectures sur les données probantes dans le domaine du soin des plaies néoplasiques, les formations et congrès octroyés dans le domaine général du soin des plaies. Certaines participantes ont même mentionné que la remise en question, l'évaluation et la réévaluation de la situation clinique permettent une certaine forme d'apprentissage clinique.

Tsé en... quand tu es en constante réévaluation, remise en question, à toutes les fois que tu fais une évaluation, quant à moi t'apprends. (P2)

Il ne faut tout de même pas négliger les bonnes et les moins bonnes expériences [...] qui permettent de forger la pratique infirmière. En d'autres mots, c'est ce qui façonne nos expériences personnelles, ce qui vient teinter notre approche, nos soins à prodiguer [...] faire évoluer l'infirmière tant au niveau personnel que professionnel.

C'est sûr qu'au niveau des apprentissages cliniques, ben ce sont les essais-erreurs qui vont nous donner des résultats. (P3)

[...] j'apprends beaucoup de mes erreurs-là, Faque tsé c'est plate, mais en même temps. [...] j'apprends avec les bons coups. (P8)

5.6 Présentation des données sur les éléments facilitants et les éléments contraignants la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein

Les résultats de la collecte des données portant sur les éléments facilitants et les éléments contraignants à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein ont été dirigés par les questions suivantes du guide d'entrevue :

1) Quels sont les éléments facilitants la perception de la situation clinique?

Quels sont les éléments contraignants la perception de la situation clinique?

2) Quels sont les éléments facilitants l'interprétation de la situation clinique?

Quels sont les éléments contraignants l'interprétation de la situation clinique?

3) Quels sont les éléments facilitants le choix des interventions à poser auprès de la patiente dans la situation clinique? Quels sont les éléments contraignants le choix des interventions à poser auprès de la patiente dans la situation clinique?

4) Quels sont les éléments facilitants la réflexion de la situation clinique?

Quels sont les éléments contraignants la réflexion de la situation clinique?

À la suite de la lecture des verbatims des dix entrevues, 2 axes thématiques ont été identifiés, 12 regroupements thématiques et neuf thèmes. L’arbre thématique est présenté ci-dessous et schématisé à la figure 11.

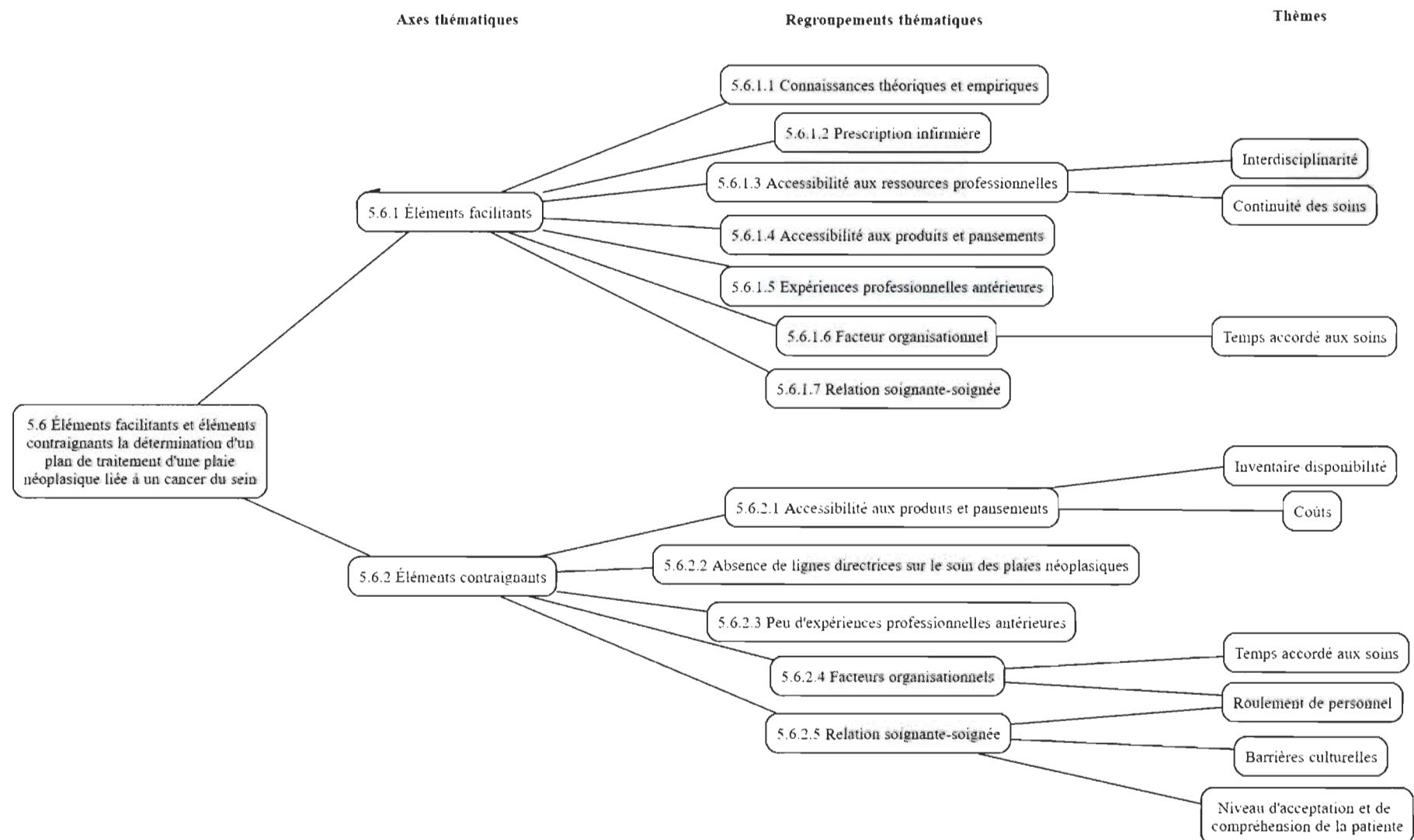


Figure 11. Arbre thématique portant sur les éléments facilitants et les éléments contraignants la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

5.6.1 Éléments facilitateurs

L'axe des éléments facilitateurs lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est divisé en sept regroupements thématiques soit : les connaissances théoriques et empiriques, la prescription infirmière, l'accessibilité aux ressources professionnelles, l'accessibilité aux produits et pansements, les expériences professionnelles antérieures, les facteurs organisationnels ainsi que la relation soignante-soignée. Ces regroupements seront présentés au cours des prochaines lignes.

5.6.1.1 Connaissances théoriques et empiriques

Les participantes ont mentionné que l'acquisition de connaissances diverses en milieu scolaire ou en milieu de pratique permet de les outiller lorsqu'elles sont confrontées à des situations cliniques avec gestion des plaies néoplasiques [et de tout autre type de plaie]. Ainsi, la formation du baccalauréat a été nettement bénéfique pour certaines participantes en termes de connaissances théoriques et empiriques.

Moi j'ai eu la chance d'avoir une formation quand même au BAC d'avoir beaucoup de connaissances. (P3)

Elles ont également mentionné la pertinence et l'importance d'avoir accès à des ouvrages, à des textes scientifiques et à des lignes directrices générales sur le soin des plaies. Bien que les plaies néoplasiques soient des plaies complexes et atypiques, des éléments provenant des lignes directrices générales sur le soin des plaies et des pratiques exemplaires restent tout de même applicables en contexte néoplasique. Par exemple,

certains articles scientifiques démontrent l'efficacité de certains produits et pansement sur les plaies néoplasiques, ce qui permet un certain encadrement de la pratique infirmière.

Les éléments facilitants, je pense que c'est plutôt le fait qu'on aille des connaissances. [...] on se documente sur les nouveaux traitements [...] ça devient plus facilitant parce qu'on sait ce qu'on a. (P1)

Dans un même ordre d'idée, l'accessibilité à des formations et à des congrès permet l'acquisition de données enrichissantes et diversifiées en lien avec le soin des plaies. Ils permettent un partage de connaissances instructives entre divers acteurs clés du domaine du soin des plaies.

Se documenter aussi c'est important [...] suivre des formations, des congrès, ça l'aide nos données à se mettre à jour [...] il n'y a pas beaucoup de données probantes. (P1)

5.6.1.2 Prescription infirmière

La prescription infirmière est un élément fort facilitant de la pratique infirmière lorsqu'il est temps de déterminer un plan de traitement pour tous types de plaies. Grâce à leurs connaissances acquises en milieu scolaire et en pratique, elles sont en mesure de prescrire les types de pansements adéquats en contexte néoplasique. Cela permet également de pallier les problématiques de disponibilités et/ou d'inventaire lorsque, après évaluation de la situation clinique de la patiente atteinte par l'infirmière, celle-ci désire appliquer un pansement spécifique pour le confort et pour la gestion des symptômes déplaisants occasionnés par la présence de la plaie néoplasique. L'autonomie infirmière est un élément clé dans le domaine du soin des plaies.

[...] pallier une partie du problème avec la prescription infirmière [...] les infirmières qui font des soins de plaies sont les mieux placées pour prescrire ce type de produits là [...] (P1)

[...] notre droit de prescrire au niveau des infirmières, qui nous permet, avec la RAMQ et la classe 84, d'avoir accès à certains traitements topiques maintenant qu'on a une autonomie pour pouvoir les initier. (P6)

5.6.1.3 Accessibilité aux ressources professionnelles

L'accessibilité aux différentes ressources professionnelles est un élément facilitant la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Notamment, la prise en charge d'une patiente atteinte d'une plaie néoplasique vient parallèlement avec la collaboration interprofessionnelle dans le dossier de la patiente. L'accessibilité aux ressources professionnelles (stomothérapeutes, médecins, collègues) a fait émerger deux thèmes distincts : l'interdisciplinarité et la continuité des soins. En fait, l'interdisciplinarité permet la collaboration entre divers corps de métier et du même coup, favorise le partage des connaissances mutuelles, selon les expertises de chacun des membres qui constituent l'équipe interdisciplinaire.

Possibilité d'avoir un contact avec une équipe interdisciplinaire, d'avoir un plan interdisciplinaire, avec des objectifs clairs pour tout le monde. (P8)

Disponibilité de l'équipe médicale [...] autour de la patiente, en cas de besoin. (P10)

Parallèlement à l'accessibilité aux ressources professionnelles, permet, entre autres, d'assurer la continuité des soins avec, par exemple, des milieux communautaires qui prendront en charge le dossier de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

D'avoir accès aussi à une bonne collaboration avec nos CLSC [...] d'avoir un corridor de service qui nous permet de pouvoir discuter et de travailler ensemble aussi pour ce plan de traitement là. [...] d'avoir des locaux de cliniques externes en soins infirmiers/stomothérapie pour pouvoir accueillir des clientes qui ont des plaies néoplasiques et de prendre le temps de pouvoir faire une bonne évaluation aussi. (P6)

Dès que je les transfère au CLSC, il y a un suivi, une prise en charge que ce n'est pas juste une prise en charge selon la prescription initiale. C'est une prise en charge pis suivie selon les changements de l'état de la plaie. (P7)

5.6.1.4 Accessibilité aux produits et pansements

Lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, l'accessibilité aux produits et pansements vient nettement améliorer la qualité de soins prodigués. Ainsi, lorsque la disponibilité et l'inventaire sont satisfaisants en clinique, il est possible d'évaluer tous les types de produits et pansements pouvant être utilisés auprès de la patiente atteinte, et ce, en prenant en considérant les éléments de confort et de gestion de symptômes déplaisants verbalisés par celle-ci. Il est parfois pertinent de tenter différents produits et pansements dans le but d'optimiser le confort de la patiente.

[...] on a des bons produits à notre disposition au Québec, mais faut-il encore les avoir en inventaire. Mais si on les a en inventaire, ça peut être très facilitant pour déterminer un bon plan de traitement. (P1)

Il y a vraiment beaucoup d'accessibilité au matériel et aux ressources. (P5)

5.6.1.5 Expériences professionnelles antérieures

À plusieurs reprises, les participantes ont fait mention que leurs expériences de soins antérieures, autant dans le domaine du soin des plaies de tous types que dans le domaine du soin des plaies néoplasiques. Ainsi, les expériences acquises en divers contextes cliniques leur permettent d'acquérir une certaine aisance dans la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

[...] nos expériences antérieures avec les plaies [...] des expériences similaires. [...] l'expérience en tant qu'infirmière qui fait des soins de plaies. (P1)

Ce peut être des expériences autant positives que négatives qui viendront teinter la pratique de l'infirmière. Bien évidemment, dans chacune de ses expériences, une certaine forme d'apprentissage peut être identifiée par les professionnelles de la santé.

[...] avec mon expérience et mon expertise au niveau des plaies néoplasiques, c'est sûr que ça va influencer. Ça peut être autant facilitateur qu'une barrière, dans le sens où ça peut être un facilitateur si j'en ai vécu [...] (P2)

Conjointement, les expériences antérieures peuvent également venir teinter l'approche optimale, holistique à adopter avec la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer ou bien permettent de nous guider dans notre évaluation de la situation clinique initiale.

[...] même si on essaie d'être complètement détachée de nos expériences antérieures, ou parfois de ne pas laisser un côté émotionnel embarquer [...] ça va m'aider à approcher la personne d'un point de vue qu'elle va sentir une certaine compréhension. (P3)

5.6.1.6 Facteur organisationnel

En lien avec le facteur organisationnel, un thème a été identifié soit le temps accordé aux soins. Plusieurs participantes ont mentionné que le temps accordé à leurs soins avec la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein influence nettement la qualité de leur évaluation infirmière et la qualité des soins prodigués à la clientèle. Notamment, lorsque l'infirmière détient une plage horaire précise à la première évaluation de la patiente ou bien à une évaluation de suivi, elle peut prendre le temps de poser des questions afin de bien ancrer son évaluation infirmière. Il ne faut pas omettre qu'il y a une patiente, une personne bien vivante avec qui l'infirmière fait affaire; elle ne traite pas juste sa plaie.

C'est très payant de prendre, surtout dans une première rencontre, tout le temps nécessaire pour pouvoir bien évaluer et bien partir notre plan de traitement. [...] [...] je vais prendre le temps que j'ai besoin de prendre avec cette cliente-là [...] souvent je vais prendre le temps. (P6)

Avec une évaluation initiale en soins de plaies, imagine on a une heure avec ces patientes-là [...] pour les évaluer comme il faut [...] après viennent les interventions infirmières. (P8)

5.6.1.7 Relation soignante-soignée

La relation de confiance entre la soignante et la soignée est un élément essentiel à l'établissement d'une communication claire et d'une bonne évaluation infirmière. Plusieurs participantes ont mis de l'avant l'importance d'établir une bonne relation de confiance avec la patiente afin d'obtenir sa collaboration intégrale dans ses soins de santé. Cela permet également d'établir des objectifs communs clairs avec la patiente.

[...] on prend le temps d'établir une relation avec les patientes. [...] entretenir une bonne relation, d'essayer de comprendre et d'être empathique face à la patiente [...] (P9)

La collaboration [...] son ouverture à parler de l'expérience, la relation de confiance avec [...] la patiente principalement. (P10)

[...] c'est la relation qu'on va établir avec la patiente. [...] (P1)

[...] relation où il y a déjà comme une certaine confiance que tu vas qui s'est créée à la base, bon ben ça va être plus facile après pour donner des suggestions aussi pis d'aller poser des questions [...] (P3)

[...] établissement de relation de confiance avec la cliente qu'il faut avoir [...] d'avoir une bonne communication toujours avec la patiente. Toujours établir une relation de confiance au départ. (P6)

5.6.2 Éléments contraignants

L'axe des éléments contraignants à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est divisé en cinq regroupements thématiques : l'accessibilité aux produits et pansements, l'absence de lignes directrices sur le soin des

plaies néoplasiques, le peu d'expériences professionnelles antérieures, les facteurs organisationnels ainsi que la relation soignante-soignée. De ces cinq regroupements, dix thèmes ont émergé.

5.6.2.1 Accessibilité aux produits et pansements

Lorsqu'il a été question des éléments contraignants à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et que l'accessibilité aux produits et pansements a été identifiée en premier lieu comme étant très oppressive dans les soins de santé. Deux thèmes ont ensuite été identifiés, soit l'inventaire/disponibilité et les coûts engendrés par l'utilisation de pansements et produits spécialisés.

Les participantes questionnées ont fait mention que l'inventaire et la disponibilité des produits et des pansements sont des éléments déterminants à l'implantation d'un plan de traitement. Notamment, les participantes œuvrent dans de multiples départements qui détiennent, à eux seuls, des particularités propres quant à leur inventaire et leur disponibilité en termes de produits et pansements. Ce peut être également un manque de diversité de gammes de produits, ce qui selon les besoins de la patiente n'est pas répondu.

[...] on peut manquer de bons produits en inventaire, on peut manquer de gamme, de différents... de diversité de gamme de produits en inventaire [...] on ne pourra pas faire le premier pansement si on n'a pas les, les bons pansements en inventaire. [...] sur certains types de départements très, très, très précis qui se gardent une gamme complète de pansements, mais c'est, ce n'est pas partout comme ça pis c'est la réalité. (P1)

De plus, les coûts engendrés par l'utilisation de pansements spécialisés, parfois non couverts par les assurances privées ou celles de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) viennent nettement influencer la détermination d'un plan de traitement

d'une plaie néoplasique. Il est également possible de jumeler la fréquence de changements des pansements avec l'utilisation de pansements spécialisés qui viennent augmenter les coûts associés aux soins de la plaie néoplasique. Dès lors, ce sont des éléments qui doivent être pris en considération par l'infirmière lors de la détermination d'un plan de traitement et lors du choix des produits et pansements qui seront utilisés auprès de la clientèle atteinte.

Il y a aussi au niveau des prix. les personnes ne pourront pas. (P3)

Si je veux mettre un pansement au charbon, ça coûte extrêmement cher. (P4)

[...] confrontés à des gens qui ont des pertes d'emploi ou ne peuvent pas travailler [...] revenu est moindre. [...] il y a des pansements [...] ils sont plus chers que d'autres même s'il y en a qui passent à la RAMQ. Il y en a qui ne passe pas à la RAMQ versus aux assurances privées. (P7)

5.6.2.2 Absence de lignes directrices sur le soin des plaies néoplasiques

Un autre élément très contraignant à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique est l'absence de lignes directrices spécifiques aux plaies néoplasiques et le manque de données probantes sur le sujet. Les participantes sont claires à ce sujet : la présence de lignes directrices claires améliorerait le traitement des plaies néoplasiques, au même titre que les lignes directrices déjà établies et publiées pour d'autres types de plaies. Leur absence complexifie la gestion des plaies néoplasiques.

[...] c'est un sujet qui est manquant de directives claires. [...] mais on n'a rien de scientifique qui nous sécurise dans notre interprétation. (P10)

[...] on n'a pas de lignes directrices vraiment très claires. (P8)

Donc, ce sont des contextes d'études très... très éthiquement discutables de faire une étude sur une clientèle extrêmement vulnérable et mourante. Donc, c'est normal qu'on n'aille pas beaucoup de « guidelines ». (P1)

5.6.2.3 Peu d'expériences professionnelles antérieures

Certaines participantes qui se sont catégorisées comme étant au niveau novice dans le domaine du soin des plaies néoplasiques laissent entendre que leur manque d'expériences professionnelles avec des patientes atteintes de plaies néoplasiques tend à rendre la détermination d'un plan de traitement plus complexe. Les infirmières doivent tenir compte que les patientes sont toutes uniques et nécessitent toutes des besoins spécifiques à chacune d'entre elles.

[...] je pourrais tenter d'appliquer le même plan de traitement pour une personne à l'autre, alors que même si les deux c'est des plaies néoplasiques, on peut avoir un plan de traitement complètement différent pis pour un ça va fonctionner et pour l'autre ça ne fonctionnera pas. (P2)

[...] si tu as moins d'expériences personnelles là-dedans. [...] C'est difficile naturellement de faire des liens avec les expériences ou la théorie vu que ce n'est pas quelque chose que tu es familière avec. [...] C'est sûr que si ce sont des infirmières qui n'ont jamais vu de plaies [...] la prise en charge de la patiente ne sera pas aussi bonne. (P4)

De plus, l'effet de nouveauté, soit l'apparence et l'ampleur de la plaie néoplasique peuvent jouer nettement sur les décisions cliniques de l'infirmière puisque celle-ci peut être déstabilisée et/ou démunie par rapport à la situation clinique à laquelle elle est confrontée.

[...] c'était tellement intense que je te dirais que oups je n'avais jamais vu ça. [...] c'était différent de ce que j'avais vu, tellement pire que ce que j'avais vu, que là c'est comme : qu'est-ce que je fais avec ça? (P5)

5.6.2.4 Facteurs organisationnels

En lien avec les facteurs organisationnels, certains thèmes récurrents ont été identifiés par les participantes, notamment aux contraintes de temps et au roulement de

personnel élevé, ce qui nuit malheureusement à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et au maintien de celui-ci.

Les participantes ont mentionné qu'un temps suffisant accordé aux soins était un élément facilitant à l'évaluation de la situation clinique dans le but de déterminer un plan de traitement de la plaie néoplasique. Au contraire, lorsque le temps pour effectuer un soin et/ou pour déterminer un plan de traitement est insuffisant ou que la surcharge de travail est déjà très importante, la qualité des soins est conséquemment atteinte et les soins deviennent négligés. Malheureusement, dans certains secteurs de travail, le nombre de minutes consacré aux soins est calculé et restreint. Les infirmières sont alors brimées dans leur pratique professionnelle.

[...] si on dispose que de 10 minutes pour faire un client pis faire un soin, ce n'est nettement pas suffisant pour faire un soin de qualité et appliquer le bon pansement, de la bonne façon, puis de faire tout ce qui est l'enseignement à la patiente, on n'a pas le temps. (P1)

Est-ce que j'ai le temps d'aller faire son pansement. (P3)

[...] il faut que je voie ma patiente en 15 minutes, ben c'est clair que je ne ferai pas une aussi bonne évaluation que si j'ai le temps de parler avec elle, de regarder quels sont ses attentes, qu'est-ce qui la rend anxieuse par rapport à son pansement et à son cancer aussi. (P4)

Si je suis toujours en surcharge, ça se peut que je sois juste en production et non en réflexion. (P6)

Le roulement de personnel élevé vient malheureusement rendre difficile la continuité des soins. C'est-à-dire que l'infirmière qui aura instauré un plan de traitement pour une plaie néoplasique liée à un cancer ne sera peut-être pas la même personne qui évaluera l'efficacité du plan de traitement instauré antérieurement. Ainsi, il sera peut-être difficile d'assurer une évaluation semblable à l'évaluation initiale effectuée par une autre

professionnelle. Dans un même ordre d'idée, il faut toujours garder en tête que la prochaine personne qui évaluera l'efficacité du plan de traitement n'aura peut-être pas le même niveau de connaissances spécifiques aux plaies néoplasiques.

[...] tu mets une intervention en place pis c'est quelqu'un d'autre qui va la réévaluer. [...] Le fait qu'il voit toujours plein de personnes ta patiente, ça fait que ton intervention peut être moins bonne évidemment. [...] C'est difficile de voir s'il y a une amélioration [...] tu ne veux pas changer un plan de traitement de quelqu'un que tu ne connais pas.

(P4)

[...] d'un professionnel à l'autre, la collecte des données qui avait été fait après un changement [...] il n'y avait pas d'analyse clinique, d'objectifs avant de déterminer le plan de traitement. [...] (P8)

5.6.2.5 Relation soignante-soignée

La relation soignante-soignée peut être un élément contraignant à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique pour l'infirmière. Notamment, trois thèmes principaux ont été identifiés comme étant contraignants à la relation soignante-soignée soit les barrières culturelles, le niveau d'acceptation et de compréhension de la patiente ainsi que le roulement de personnel élevé.

La barrière culturelle est un élément significatif à la relation soignante-soignée. Étant donné la diversité culturelle québécoise, cet élément doit être considéré lors de la première visite avec la patiente, et ce, que ce soit par rapport à la barrière de langue et/ou les différentes croyances et cultures qui viennent teinter les soins à prodiguer auprès de cette clientèle. Ainsi, ce sont des aspects qui doivent être considérés lors de l'évaluation initiale afin de permettre une compliance aux soins et d'établir une relation de confiance entre la professionnelle et la patiente, et ce, dans le plus grand respect.

[...] la barrière culturelle pourrait être dérangeante [...] avec l'immigration un peu plus présente [...] ils ont des valeurs et des croyances différentes. [...] Et si on a une barrière de langue également aussi, ça peut... ben ça peut ne pas être très, très aidant parce qu'il va manquer de l'information tout simplement. (P6)

Si c'est une personne immigrante, on a des barrières de langage [...] on a la communication difficile finalement. (P8)

D'une autre part, ce qui nuit à l'établissement d'une relation de confiance entre la soignante et la soignée est que la patiente n'accepte pas sa situation de santé et/ou que sa compréhension de sa situation de santé est altérée, ce qui rend complexe la détermination d'un plan de traitement de la plaie néoplasique. Si la patiente n'accepte pas son diagnostic, n'accepte pas sa plaie, il sera alors difficile pour l'infirmière de maintenir que les objectifs de la plaie sont palliatifs, et non curatifs. En fait, si l'infirmière et la patiente ne sont pas sur la même longueur d'onde, la relation sera plutôt difficile à bâtir et à maintenir. En contexte néoplasique, l'infirmière sait que la plaie néoplasique ne guérira probablement pas alors que la patiente peut être convaincue que celle-ci guérira, au même titre que son cancer.

[...] je pense que ça dépend aussi de la patiente, comme ça dépend de chaque patiente, si la patiente est réceptive. Il y en a qui sont plus difficiles à jaser en lien avec leurs attentes. (P4)

[...] la cliente a beaucoup de difficultés à accepter cette situation-là ou qu'elle a été très renfermée et très prude [...] ça peut être un peu plus hasardeux d'arriver à faire une collecte des données et à faire un développement de relation de confiance [...] (P6)

[...] quand il y a des impacts au niveau de la santé mentale, de la compréhension de nos personnes générales devant nous. [...] Si c'est une cliente qui ne comprend pas l'étiologie de la plaie. [...] si la madame ne comprend pas que sa plaie ne guérira pas, qu'on ne peut pas la débrider [...] quelqu'un qui est dans le déni, qui a un état de santé mentale plus difficile ou qui a d'autres objectifs [...] (P8)

Le dernier élément identifié comme étant contraignant dans l'établissement d'une relation soignante-soignée est le facteur du roulement de personnel dans les divers milieux de soins. Ce même thème a été identifié dans le regroupement thématique portant sur les facteurs organisationnels. En fait, les participantes ont mentionné que le roulement de personnel affectait grandement la relation de confiance entre la soignante et la patiente. Ce roulement de personnel entraîne la patiente à devoir s'exposer physiquement à différents regards et de devoir toujours raconter son histoire depuis le temps zéro. Ainsi, la relation de confiance devient biaisée et la collaboration avec la clientèle peut devenir plus difficile.

Le fait qu'il voit toujours plein de personnes ta patiente, ça fait que ton intervention peut être moins bonne évidemment. [...] Tu arrives une autre journée et qu'elle est un peu plus maussade, ben quelqu'un d'autre peut penser que c'est son état de base pis la personne ne posera pas plus de questions. (P4)

Disons qu'on est une équipe de 15 pis qu'à tour de rôle on la voit, on ne sait pas qui va la voir exactement cette journée-là. [...] Oui, mais c'est parce qu'il y a l'enjeu du roulement de personnel, mais c'est surtout l'enjeu du volume d'usagers ou de l'intensité des services qui sont demandés, ce qui fait qu'on ne peut pas demander à avoir toujours le même intervenant. (P8)

À la suite de la présentation des résultats dans ce chapitre, il est ainsi possible d'affirmer la présence de résultats récurrents et divergents qui influencent la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Dans ce projet de recherche, il semble que la richesse des résultats émis par les participantes soit influencée directement par l'expérience clinique de celles-ci et par les milieux de soins dans lesquels elles exercent la profession infirmière. Les axes, les regroupements thématiques ainsi que les thèmes seront discutés dans le chapitre suivant.

Chapitre 6 – Discussion

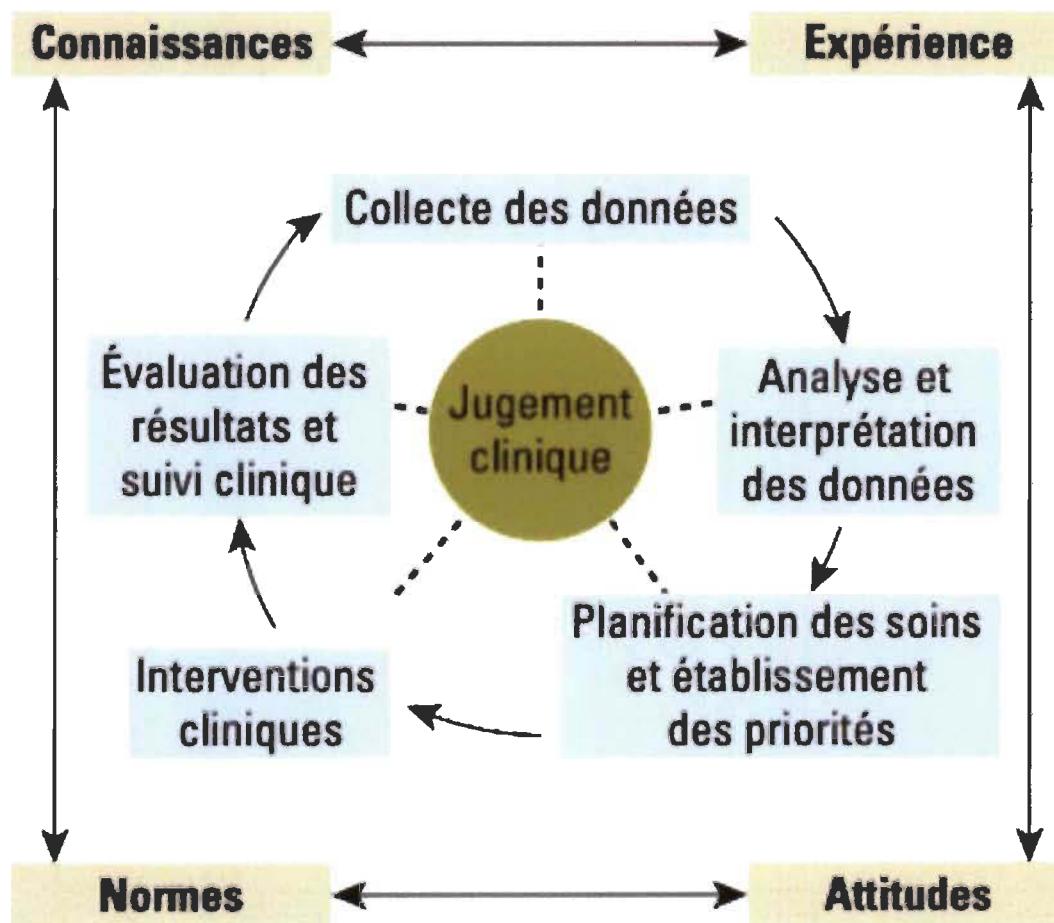
Ce chapitre présente une discussion sur les principaux résultats obtenus par cette étude qualitative portant sur l'exploration de l'application du jugement clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Notamment, elle sera divisée en trois sections principales, soit une portant sur le jugement clinique, une sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et l'autre sur les éléments facilitants et les éléments contraignants la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

6.1 Jugement clinique

Le jugement clinique est un élément central de la pratique infirmière. Rappelons-nous que les définitions du jugement clinique dans la littérature restent plutôt vagues. Certains auteurs mentionnent que les concepts du jugement clinique, de la décision clinique, de la pensée critique et du raisonnement clinique sont interchangeables (Hamers et al., 1994; Lee et al., 2017; Ludwick et al., 2004; Richards, 2015; Sullivan, 2012; Tanner, 2006). Tel que mentionné à la section 5.3, quatre axes thématiques ont été identifiés : évaluer, analyser, décider et personnaliser. Selon les participantes, ce sont les quatre éléments principaux qui forgent le jugement clinique. Afin d'appuyer les dires des participantes, le modèle du jugement clinique de Tanner (2006), le modèle de l'application de la pensée critique pour la formulation d'un jugement clinique en soins infirmiers (figure 12) appuyés par Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et al. (2016) sont utilisés comme base comparative. La figure 12 ci-dessous présente la formulation d'un jugement

clinique en soins infirmiers par cinq étapes distinctes par les auteurs Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et al. (2016).

Figure 12. Application de la pensée critique dans la formulation du jugement clinique en soins infirmiers.



Les deux modèles discutés ci-haut, soit celui de Tanner (2006) et celui de Kataoka-Yahiro (1994) et Potter et al. (2016) seront présentés dans le tableau 3 en comparaison

avec les résultats obtenus de l'analyse thématique portant sur le jugement clinique. Il est alors possible d'identifier de multiples ressemblances entre les différentes étapes menant à la formation jugement clinique chez les infirmières. Le tableau 3 est présenté à la page suivante.

Tableau 3
Formation d'un jugement clinique

Facteurs influençant le jugement clinique	Étapes					
	1. Perception	2. Interprétation	3. Réponse	4. Réflexion		
Modèle du jugement clinique de Tanner (2006) présenté au chapitre 3	<ul style="list-style-type: none"> - Expériences - Connaissances scientifiques et théoriques - Compréhension globale de la physiopathologie - Expérience de soins de la patiente - Stratégies de <i>coping</i> 	<p>1. Perception</p> <p><u>Évaluer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins - Antécédents - Contexte - Relation <p>↓</p> <p>Saisie initiale</p>	<p>2. Interprétation</p> <p><u>Motifs de raisonnement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intuitif - Analytique - Narratif 	<p>3. Réponse</p> <p><u>Action (interventions)</u></p>	<p>4. Réflexion</p> <p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réflexion dans l'action - Réflexion sur l'action - Apprentissage clinique 	
Application de la pensée critique pour la formulation d'un jugement clinique de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et al., (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Expériences en soins infirmiers - Connaissances spécialisées en soins infirmiers - Compétences de la pensée critique - Normes liées à la pensée critique - Attitudes liées à la pensée critique 	<p>1. Collecte des données</p> <p><u>Profil de base :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Histoire de santé - Examen physique - Examens paracliniques - Outils d'évaluation standardisés 	<p>2. Analyse et interprétation des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaison des données avec les normes de santé - Détermination des problèmes de santé - Formulation de constats de l'évaluation → problèmes et besoins 	<p>3. Planification des soins et établissement des priorités</p> <p><u>Détermination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions infirmières - Plan de soins et plan de traitement 	<p>4. Interventions cliniques</p> <p><u>Exécution des interventions</u></p>	<p>5. Évaluation des résultats et suivi clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les soins dispensés - Déterminer si les objectifs de soins ont été atteints
Signification du jugement clinique selon les participantes à l'étude qualitative (2021)	<ul style="list-style-type: none"> - Expériences personnelles - Expériences professionnelles - Connaissances théoriques et empiriques 	<p>1. Évaluer</p> <p><u>Collecte des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen physique et psychologique - Attentes et besoins de la patiente 	<p>2. Analyser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interpréter les données - Établir des priorités d'interventions 	<p>3. Décider</p> <p>Optimisation du choix de l'intervention selon : meilleure intervention et connaissances théoriques et empiriques</p>	<p>4. Personnaliser</p> <p><u>Individualisation des soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au contexte - Selon les besoins et attentes de la patiente 	

6.1.1 Évaluer

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique figure au premier rang du champ d'exercice et des activités réservées des infirmières et des infirmiers (OIIQ, 2016). L'évaluation consiste à collecter des données de base sur la situation clinique vécue par la patiente et est essentielle à l'élaboration d'un jugement clinique. L'évaluation de l'infirmière sera toujours orientée selon la situation clinique en cours. Elle doit être complétée avec rigueur afin d'assurer la qualité de ses interventions cliniques qui seront prodiguées auprès de la clientèle (Letourneau & Brisson, 2017). Un article déontologique de l'OIIQ paru en 2017 fait mention que l'évaluation clinique est au centre de l'exercice infirmier et comprend la collecte, l'analyse, l'interprétation des données et l'établissement de constats découlant de cette dite évaluation (Letourneau & Brisson, 2017).

Dans le tableau 3 mettant en perspective le modèle du jugement clinique, le modèle de l'application de la pensée critique pour la formulation d'un jugement clinique ainsi que les résultats obtenus de l'analyse thématique (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994; Potter et al., 2016; Tanner, 2006), des ressemblances s'y retrouvent. La principale différence est celle en lien avec le nombre d'étapes requis pour mener à la formation d'un jugement clinique. La juxtaposition du modèle de Tanner et du modèle de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et de Potter et al. (2016) vient appuyer l'arbre thématique identifié à la suite de la lecture des verbatims des participantes.

La première étape consiste à collecter des données/évaluer la situation clinique à laquelle l'infirmière est confrontée. Les principales données à recueillir selon les deux modèles [Tanner (2006) et Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) en collaboration avec Potter et *al.* (2016)] sont : les besoins, les antécédents, le contexte de soins, la relation avec la situation clinique, l'examen physique et l'histoire de santé. L'histoire de santé réfère aux dimensions physiques et développementales, intellectuelles, spirituelles, sociales et émotionnelles (Potter et *al.*, 2016). Les participantes à l'étude ont fait mention de données plus générales à évaluer afin de formuler un jugement clinique, notamment un examen physique, un examen psychologique ainsi que l'évaluation des besoins et des attentes de la patiente atteinte.

6.1.2 Analyser

La deuxième étape consiste à analyser les données recueillies selon la situation clinique vécue par la patiente. Le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) utilise divers motifs de raisonnement soit intuitif, analytique et narratif pour parvenir à interpréter les données de la situation clinique alors que l'application de la pensée critique pour la formulation d'un jugement clinique de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et *al.* (2016) utilisent deux étapes spécifiques soit l'analyse et interprétation des données et la planification des soins et établissements des priorités. Il est possible de faire certains parallèles entre ces deux modèles; le processus intuitif de Tanner (2006) caractérisé par la reconnaissance de signes et symptômes typiques d'une situation clinique est en étroite relation avec la détermination des problèmes de santé encourus, à la formulation de besoins spécifiques de la patiente et à l'établissement des priorités d'intervention de

Kataoka-Yahiro (1994) et Potter et *al.* (2016). Dans le tableau 3, le processus analytique de Tanner (2006), pour sa part, est plutôt en étroite relation avec les éléments suivants du modèle de Kataoka-Yahiro (1994) et Potter et *al.* (2016): la comparaison des données avec les normes de santé, la formulation de constats de l'évaluation et la détermination d'interventions infirmières dans le contexte clinique. Souvenons-nous que le processus analytique réfère à la génération d'alternatives et est utilisé lors de la présence d'une anormalité dans la situation clinique, par rapport à ce qui est normalement attendu (Tanner, 2006). Les résultats des données de l'arbre thématique portant sur le jugement clinique par l'entremise des verbatims des entrevues semi-dirigées sont d'ordre général soit l'interprétation des données et l'établissement de priorités.

6.1.3 Décider

L'étape de la décision selon le modèle de Tanner, le modèle de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et *al.* (2016) ainsi que les données de l'arbre thématique de la présente étude qualitative consistent à effectuer l'action requise, c'est-à-dire l'exécution des interventions à poser dans le contexte clinique. Les participantes à l'étude ont tout de même fait ressortir deux éléments importants qui doivent être considérés pour assurer l'optimisation du choix de l'intervention. Ces deux éléments sont : choix de la meilleure intervention possible et appuyé sur des connaissances théoriques et empiriques. Cela soulève l'importance de prodiguer un soin adapté à la situation clinique et la pertinence d'appuyer ses propos sur des données théoriques et empiriques afin d'assurer la direction, la validité et l'efficacité du soin prodigué auprès de la patiente et de son contexte clinique.

6.1.4 Personnaliser

La dernière étape de la formation d'un jugement clinique est celle de la réflexion et de l'évaluation des résultats selon Tanner et Kataoka-Yahori & Saylor (1994) et Potter et *al.* (2016). Notamment, ces dernières étapes, lorsque comparées entre elles, se ressemblent beaucoup. C'est à ce moment que les infirmières viennent évaluer les résultats de leurs interventions, de leurs soins dispensés et de l'atteinte ou la non-atteinte de leurs objectifs de soins préalablement établis. Le modèle de Tanner (2006) ajoute quelques spécificités pertinentes tel que la réflexion sur l'action et les apprentissages cliniques faits par les infirmières grâce aux situations de soins rencontrées. C'est à cette dernière étape que la distinction entre ces deux modèles et les résultats des participantes à l'étude diffère. Lors de la question posée aux participantes, aucune d'entre elles n'a abordé le sujet de la réévaluation de la situation de santé dans la formulation du jugement clinique. Cependant, elles ont apporté un élément en lien avec l'importance d'individualiser les soins, selon chaque patiente, selon leurs besoins spécifiques et selon chaque situation clinique vécue par la patiente, non pas seulement en contexte néoplasique. Tous les soins émis à la suite d'un jugement clinique doivent être individualisés selon la patiente qui se trouve en face de l'infirmière.

6.1.5 Facteurs influençant le jugement clinique

Différents facteurs influençant le jugement clinique au sein des deux modèles et des résultats de la collecte des données auprès des participantes ont été identifiés. Certaines ressemblances sont notables, notamment en ce qui a trait aux facteurs identifiés par les participantes, soit les expériences personnelles, les expériences professionnelles

ainsi les connaissances théoriques et empiriques. Ces mêmes facteurs se retrouvent également dans le modèle de Tanner et dans le modèle de Kataoka-Yahiro & Saylor & Potter et *al.*, ce qui accentue le fait que le jugement clinique est nettement influencé par ces trois types de facteurs.

6.1.6 Réflexion

L’alignement et la juxtaposition de ces trois formulations du jugement clinique, soit l’arbre thématique (figure 8), le modèle de Tanner (2006) et le modèle de Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) et Potter et *al.* (2016) semblent être est un choix optimal pour aider l’infirmière à bien formuler son jugement clinique. Bien que chacun de ces modèles pris individuellement amène des éléments pertinents à l’élaboration d’un jugement clinique, la juxtaposition entre ceux-ci vient appuyer les dires des participantes à l’étude. Cela démontre à la fois leur complémentarité, mais surtout le besoin de diriger les infirmières vers une pratique commune. Le jugement clinique est au cœur de la profession infirmière et doit être utilisé de façon optimale afin de prodiguer des soins de qualité aux usagers du système de santé.

6.2 Détermination d’un plan de traitement d’une plaie néoplasique liée à un cancer du sein

Au cours de cette étude qualitative, les participantes ont été questionnées sur le processus de détermination d’un plan de traitement d’une plaie néoplasique liée à un cancer du sein selon deux directions précises; soit l’une n’étant pas basée sur le modèle du jugement clinique et l’une basée sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006). Afin de bien situer les étapes intégrales pour déterminer un plan de traitement d’une plaie

néoplasique liée à un cancer du sein, le cycle de prévention et de gestion des plaies a été ajouté au tableau 4 ci-dessous afin de faciliter l'identification des ressemblances, des différences et des particularités de chacun.

Tableau 4

Processus	Étapes			
Détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein <u>sans</u> appui sur le modèle du jugement clinique (2021)	1. Évaluation de la situation clinique	2. Détermination d'un plan de traitement	3. Réévaluation de la situation clinique	
	<p><u>Évaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation clinique initiale → anamnèse - Problématiques → objectifs de soins et besoins/attentes - Statut économique - Plaie néoplasique 	<p>- Sélection des produits et pansements selon évaluation de la plaie et objectifs de soins</p>	Confort de la patiente	Atteinte des objectifs de soins
Détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein <u>avec</u> appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006)	<p>1. Perception de la situation clinique</p> <p><u>Évaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse - Plaie néoplasique <ul style="list-style-type: none"> - Contextes socioéconomiques, culturels et psychologiques - Besoins et attentes <p><u>Établir :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation de confiance - Objectifs de soins 	<p>2. Interprétation de la situation clinique</p> <p><u>Raisonnements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intuitif → expériences antérieures et reconnaissances des signes et symptômes - Analytique → connaissances théoriques et données probantes - Narratif → approche holistique 	<p>3. Réponse à la situation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le plan de traitement - Sélection des produits et pansements - Appliquer le plan de traitement 	<p>4. Réflexion sur la situation clinique</p> <p><u>Sur l'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétroaction sur les comportements de la - Réévaluation de la professionnelle de la santé - Apprentissages cliniques
Cycle de prévention et de gestion des plaies de Wounds Canada (2018)	<p>1. Évaluer et réévaluer la plaie</p> <p><u>Évaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Physique - Psychologique - Socioéconomiques - Habitudes de vie - Milieu de soins - Capacité de prise en charge 	<p>2. Établir des objectifs de soins et 3. Rassembler l'équipe</p> <p><u>Objectifs pour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des plaies - Maintien qualité de vie - Gestion des symptômes <p><u>Inclure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Patiante, famille et intervenants dans l'équipe de soins 	<p>4. Développer et mettre en place un plan de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifier les facteurs ayant un impact sur l'intégrité cutanée - Déterminer les soins locaux à la plaie - Choisir des produits et pansements 	<p>5. Évaluer les résultats</p> <p><u>Objectifs atteints :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la continuité des soins <p><u>Objectifs partiellement ou non atteints :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer : - Patiente - Plaie - Environnement de soins

6.2.1 Comparaison générale

Avec la présentation du tableau 4, il est possible de noter que la structure de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein : sans appui sur le modèle du jugement clinique, avec appui sur le modèle du jugement clinique et selon le cycle de prévention et de gestion des plaies de *Wounds Canada* (Orsted et al., 2018) n'est pas identique en ce qui a trait au nombre d'étapes nécessaires pour déterminer un plan de traitement. La détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique requiert trois étapes soient l'évaluation de la situation clinique, la détermination d'un plan de traitement et la réévaluation de la situation clinique. La détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) nécessite quatre étapes soit la perception de la situation clinique, l'interprétation de la situation clinique, la réponse à la situation clinique et la réflexion sur la situation clinique. Le cycle de prévention et de gestion des plaies élaborées par *Wounds Canada* (Orsted et al., 2018) comporte cinq étapes, soit évaluer et/ou réévaluer, établir des objectifs, rassembler l'équipe, établir et mettre en œuvre un plan de soins et évaluer les résultats. Cependant, malgré les étapes différentes entre ces trois présentations, plusieurs éléments similaires sont identifiables au tableau 4. Ces éléments seront présentés au cours des prochains paragraphes. Il est important de mentionner que le sujet des plaies néoplasiques est un domaine en émergence qui n'est que très peu documenté.

Il faut tout de même souligner que l'exhaustivité des réponses a été notée et est démontrée dans le tableau 4 entre la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle du jugement clinique et celui avec appui sur le modèle du jugement clinique, ce qui laisse suggérer que la structure émise par le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) a facilité le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein chez les participantes.

6.2.2 Évaluation de la situation clinique

À la lecture du tableau 4, certains éléments à évaluer dans la situation clinique sont similaires entre les trois processus alors que d'autres sont bien différents. La structure en elle-même pour l'évaluation de la situation initiale de soins entre les trois processus est différente. Cependant, deux éléments d'évaluation sont identiques entre ces trois processus, soit l'évaluation du contexte économique et l'évaluation de la plaie néoplasique. Bien que divers autres éléments d'évaluation soient démontrés, il faut tenir compte de chacun de ces éléments au travers de ces trois processus. Plusieurs liens peuvent se faire entre les éléments d'évaluation de ces processus distincts. L'un n'est pas meilleur qu'un autre. C'est l'intégration de ces trois processus qui permettront d'assurer la qualité de l'évaluation clinique de l'infirmière dans une situation de soins.

6.2.3 Interprétation de la situation clinique

La deuxième étape concernant l'interprétation de la situation clinique est très diversifiée au sein des trois processus de détermination d'un plan de traitement. L'un des

processus, soit celui portant sur la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein sans appui sur le modèle de jugement clinique ne contient pas d'étape d'interprétation. Cependant, les participantes ont tout de même mentionné l'importance d'évaluer les besoins et attentes de la patiente atteinte et d'identifier les objectifs de soins à atteindre lors de l'étape de l'évaluation de la situation clinique. Ce manque ne fait pas de ce processus un mauvais processus pour autant. Dans le modèle de Tanner, l'interprétation de la situation clinique fait référence à l'utilisation des motifs de raisonnements, qui se fait de manière cognitive selon laquelle les infirmières analysent et interprètent la situation clinique de façon instinctive et automatique, sans se positionner sur lequel ou lesquels types de raisonnements spécifiques elles font référence. Il est tout de même important pour les infirmières de connaître l'utilité de ces trois types de raisonnements. C'est en partie ce qui distingue les infirmières plus expérimentées des infirmières moins expérimentées. Le cycle de prévention et de gestion des plaies, pour sa part, ne contient pas d'étape spécifique sur l'interprétation de la situation de santé. Ce processus utilise plutôt l'établissement des objectifs de soins en deuxième étape et le rassemblement de l'équipe de soins en troisième étape. Une seule participante (P8) sur dix a structuré son processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein selon le cycle de prévention et de gestion des plaies. Tout de même, l'élément sur le rassemblement des membres que constituera l'équipe de soins devrait être intégré dans tous les processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique.

6.2.4 Détermination d'un plan de traitement pour la situation clinique

La détermination d'un plan de traitement d'une plaie est semblable entre les trois types de processus, et ce, même si le type de plaie étudiée dans ce projet de recherche est la plaie néoplasique. Cette étape sert à déterminer le plan de traitement de la plaie néoplasique soit par la sélection des produits et pansements à adopter pour la situation clinique. Le choix des produits et pansements doit toujours découler de l'évaluation locale de la plaie et des besoins exprimés par les patientes.

6.2.5 Évaluation des résultats

Le dénominateur commun dans l'évaluation des résultats des trois processus est celui concernant l'évaluation de l'atteinte des objectifs de soins préalablement établis. C'est un élément standard à objectiver lors de l'évaluation des résultats. Dans les deux processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein (sans et avec appui sur le modèle du jugement clinique), il est pertinent d'évaluer à cette étape le confort de la patiente et d'évaluer la plaie néoplasique en lien avec le soin prodigué. Cela permet à l'infirmière de dénoter l'amélioration ou la détérioration de la plaie. L'un des aspects qui devient pertinents à évaluer en contexte néoplasique se retrouve dans le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein avec appui sur le modèle du jugement clinique de Tanner. Notamment, l'élément amené par les participantes à l'étude en lien avec la réflexion sur les comportements de la professionnelle ayant prodigué des soins à la patiente atteinte d'une plaie néoplasique devient un élément fort essentiel à considérer pour l'infirmière. Le contexte néoplasique est un contexte de soins difficile et complexe.

Certaines particularités des plaies néoplasiques présentées au chapitre 2, section 2.1.3 peuvent faire surgir des émotions et des comportements auprès des professionnels de la santé, par exemple, un visage expressif en réaction aux odeurs nauséabondes émanées de la plaie, à l'apparence parfois spectaculaire de la plaie néoplasique ou aux saignements actifs importants que les infirmières tentent de contrôler au mieux de leurs connaissances. Ainsi, il est important, en tant que professionnels de la santé, de faire une rétroaction sur nos comportements en lien avec la situation de santé plutôt difficile vécue par la patiente atteinte.

6.2.6 Réflexion

Tel que démontré au tableau 2 sur le jugement clinique, il n'y a pas qu'une seule bonne manière de déterminer un plan de traitement. Il faut s'inspirer de divers modèles afin d'intégrer des éléments généraux et spécifiques pour accentuer le niveau de rigueur à notre évaluation infirmière. En contexte néoplasique, les objectifs de soins sont différents des plaies aiguës. Les objectifs de soins doivent être orientés vers le maintien de la qualité de vie, l'optimisation du confort et la gestion des symptômes déplaisants. Dès lors où l'infirmière évalue de façon holistique la situation clinique de santé de la patiente, qu'elle considère les objectifs de soins qui sont orientés vers des soins qui sont palliatifs et que le choix de ses pansements et produits sont dirigés vers les attentes et besoins particuliers de chaque patiente, la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique et la gestion de celle-ci devient plus facile à orienter.

6.3 Éléments facilitateurs et éléments contraignants

En cours d'entrevue, selon les questions demandées, les participantes à l'étude ont identifié des éléments facilitateurs et des éléments contraignants en lien avec la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Afin d'alimenter la discussion, certains comparatifs et similitudes seront discutés au cours de ce paragraphe entre les éléments facilitateurs et les éléments contraignants obtenus dans cette étude et entre ces mêmes catégories d'éléments identifiés dans des contextes d'études complètement différents. Les deux études retenues sont : les barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques (Lévesque et al., 2009) et les barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois : étude exploratoire descriptive (Gagnon et al., 2009). Ces deux études présentent des éléments facilitateurs et des éléments contraignants semblables à ceux identifiés à la présente étude ainsi qu'une méthodologie semblable au projet de recherche. L'étude de Gagnon et al. (2009) est une étude exploratoire descriptive ayant collecté les données par des entrevues semi-structurées avec 22 participantes et l'étude de Lévesque et al. (2009) repose sur une revue de littérature scientifique et une étude qualitative par entrevues semi-dirigées avec 11 informateurs-clés. Ils sont présentés dans le tableau 5 ci-dessous et seront discutés au cours des prochains paragraphes. À noter que les éléments présentés dans le tableau ci-dessous sont ceux s'apparentant aux éléments identifiés dans la présente étude. Notamment, les éléments facilitateurs et les éléments contraignants similaires sont soulignés dans le tableau 5.

Tableau 5
Similitudes des éléments facilitants et des éléments contraignants à d'autres types d'études

	Éléments facilitants et éléments contraignants identifiés par les participantes pour le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein (2021)	Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques (Lévesque et al., 2009)	Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois : étude exploratoire descriptive (Gagnon et al., 2009)
Éléments facilitants	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances théoriques et empiriques <ul style="list-style-type: none"> • Prescription infirmière • Accessibilité aux <u>ressources professionnelles</u> <ul style="list-style-type: none"> → Interdisciplinarité → Continuité des soins • Accessibilité aux produits et pansements • <u>Expériences professionnelles antérieures</u> <ul style="list-style-type: none"> • Facteur organisationnel <ul style="list-style-type: none"> → Temps accordé aux soins • Relation soignante-soignée 	<ul style="list-style-type: none"> • Création <u>d'équipes interdisciplinaires</u> et incitatifs au travail de groupe et à la visibilité des équipes traitantes • Nécessité de créer des environnements favorables à la santé et de <u>renforcer l'action communautaire</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir recours à des <u>personnes ressources</u> (pairs jugés plus expérimentés) • Baser principalement leurs décisions sur <u>l'expérience clinique</u>
Éléments contraignants	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité aux produits et pansements <ul style="list-style-type: none"> → Inventaire/disponibilité → Coûts • <u>Absence de lignes directrices</u> • Peu d'expériences professionnelles antérieures <ul style="list-style-type: none"> • <u>Facteurs organisationnels</u> <ul style="list-style-type: none"> → <u>Temps accordé aux soins</u> → Roulement de personnel élevé • Relation soignante-soignée <ul style="list-style-type: none"> → Barrières culturelles → Non-acceptation de l'état de santé/compréhension altérée de son état de santé → Roulement de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Absence de structures nécessaires au soutien des décisions cliniques (lignes directrices)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation et de compétences • <u>Manque de temps et emploi de temps saturé</u> • <u>Manque de documentation, peu actualisée et peu diversifiée</u>

6.3.1 Éléments facilitants

À la lumière du tableau 5, des liens et des ressemblances entre les différents éléments facilitants des trois études sont notables. Les participantes à l'étude portant sur le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein ont identifié, au total, sept éléments facilitants, dont deux correspondent à ceux identifiés dans les deux études retenues. Notamment, l'accessibilité aux ressources professionnelles identifiée par les participantes est en étroite relation avec la création d'équipes interdisciplinaire dans l'étude de Lévesque et *al.* (2009), et le recours à des personnes ressources dans l'étude de Gagnon et *al.* (2009). En effet, selon les données de l'arbre thématique, l'accessibilité aux ressources professionnelles assure conjointement l'interdisciplinarité et la continuité des soins auprès des équipes traitantes qui prennent le dossier de la patiente en charge. Cela permet, entre autres d'inclure et de renforcer l'action communautaire dans la prise en charge du dossier de la patiente, tel qu'identifié par les participantes à l'étude en lien avec la prise en charge de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique afin d'assurer les soins de plaies dans les CLSC et le suivi par, en exemple, une stomothérapeute (section 5.6.1.3 : P6, P7, P8, P10). Dans un autre ordre d'idées, les expériences professionnelles antérieures aident grandement au processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein au même titre que les décisions basées sur l'expérience clinique dans l'étude de Gagnon et *al.* (2009). En ce sens, l'expérience influence directement la prise de décision auprès des professionnelles de la santé telles qu'appuyées par les participantes à l'étude (section 5.6.1.5 : P1, P2, P3).

6.3.2 Éléments contraignants

À la lecture du tableau 5, il est présenté des liens et des ressemblances pour les éléments contraignants entre les trois études, au même titre que pour les éléments facilitants présentés dans le paragraphe précédent. Les participantes à l'étude portant sur le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein ont identifié, au total, cinq éléments contraignants principaux, dont deux correspondent à ceux identifiés dans les deux études retenues. Les participantes à l'étude ont identifié l'absence de lignes directrices comme étant un élément contraignant au processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique. Cet élément contraignant, ajouté au manque de documentation, a également été identifié comme une barrière dans l'étude de Lévesque et *al.* (2009) et de Gagnon et *al.* (2009). Comme quoi que l'absence de lignes directrices, peu importe le milieu de travail, n'aide pas à la prise de décision éclairée chez les professionnels de la santé, tel que mentionné par les participantes à l'étude (section 5.6.2.2 : P1, P8, P10). De plus, les participantes à l'étude ont également mentionné que le temps accordé aux soins dans les facteurs organisationnels était un élément contraignant dans certains milieux de soins. Cet élément contraignant, traduit comme un manque de temps et un emploi du temps saturé a également été identifié dans l'étude de Gagnon et *al.* (2009). Ainsi, une réduction du temps octroyé pour un soin ou pour une tâche connexe nuit à la qualité de soins prodigués par les professionnelles, telles que mentionnées par les participantes à l'étude (section 5.6.2.4 : P1, P3, P4, P6).

6.3.3 Réflexion

Lors de cette présente étude, divers éléments facilitants et divers éléments contraignants ont été identifiés par les participantes de l'étude. Il est possible d'identifier certains éléments sur lesquels les participantes ont une influence pour la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique, tel que les connaissances théoriques et empiriques, la prescription infirmière, l'accessibilité aux ressources professionnelles, les expériences professionnelles antérieures [selon leur milieu de travail] ainsi que la relation soignante-soignée. De plus, certains facteurs identifiés comme facilitateurs ne relèvent pas des infirmières, mais plutôt de la gestion du système de santé tel que l'accessibilité aux produits et aux pansements, et le temps accordé aux soins. Les facteurs contraignants pour la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, pour leur part, ne relèvent pas directement des infirmières, sauf un, en ce qui a trait avec le peu d'expériences professionnelles antérieures. Notamment, l'accessibilité aux produits et pansements, l'absence de lignes directrices, les facteurs organisationnels et la relation soignante-soignée sont des éléments qui ne sont pas occasionnés par la profession infirmière.

6.4 Schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique

La figure 13 présente un schéma intégrateur développé à la lumière de la discussion sur les résultats obtenus dans le projet de recherche. Il combine le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et l'utilisation du jugement clinique.

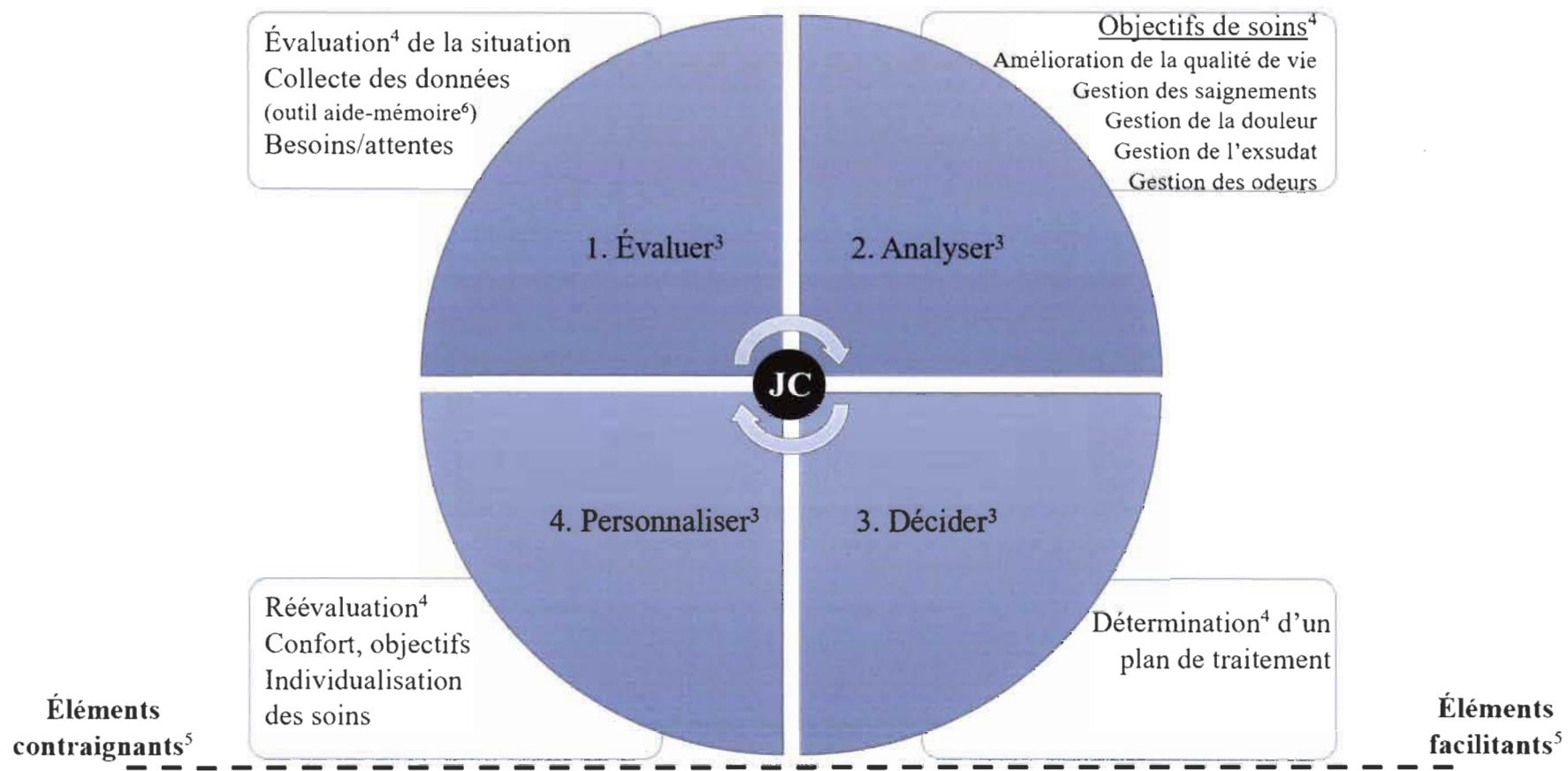


Figure 13. Schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique.

³ Étapes présentées au Tableau 3 de la page 140.

⁴ Étapes présentées au Tableau 4 de la page 147.

⁵ Éléments facilitants et éléments contraignants présentés au Tableau 5 à la page 154.

⁶ Outil aide-mémoire (annexe G)

La figure 13 présente un cycle qui fait ressortir le parallèle implicite entre le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et l'utilisation du jugement clinique (JC) des infirmières dans ce contexte de soins, ce dernier étant directement influencé par les éléments facilitants et les éléments contraignants. Explicitement, l'étape *Évaluer* réfère à la collecte des données de la situation clinique (outil aide-mémoire : annexe G) ainsi qu'à l'évaluation des attentes et des besoins de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique. L'étape *Analyser* concerne l'établissement des objectifs de soins dans le contexte clinique, notamment en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie, la gestion : des saignements, de la douleur, de l'exsudat et des odeurs. L'étape *Décider* se rapporte à la détermination du plan de traitement de la plaie néoplasique lié à un cancer du sein alors que l'étape *Personnaliser* réfère à la réévaluation du confort de la patiente et de l'atteinte des objectifs de soins. Cette étape permet d'individualiser les soins. Ce schéma met l'emphase sur le cycle entrepris par l'infirmière lors de la détermination d'un plan de traitement. Ajoutée à ces éléments, la présence d'éléments facilitants et d'éléments contraignants vient influencer directement le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique lié à un cancer du sein par l'infirmière, et ce, de façon positive et négative. L'infirmière doit alors ajuster son plan de traitement en fonction ces deux catégories d'éléments.

Une observation plus avancée de la figure 13 permet de faire un parallèle supplémentaire. Il est effectivement possible de comparer cette figure au cycle PDCA

(*Plan, Do, Check, Act*) proposé par Deming. La figure 14 présente le cycle PDCA de Deming (Sokovic, Palvetic & Kern Pipan, 2010).

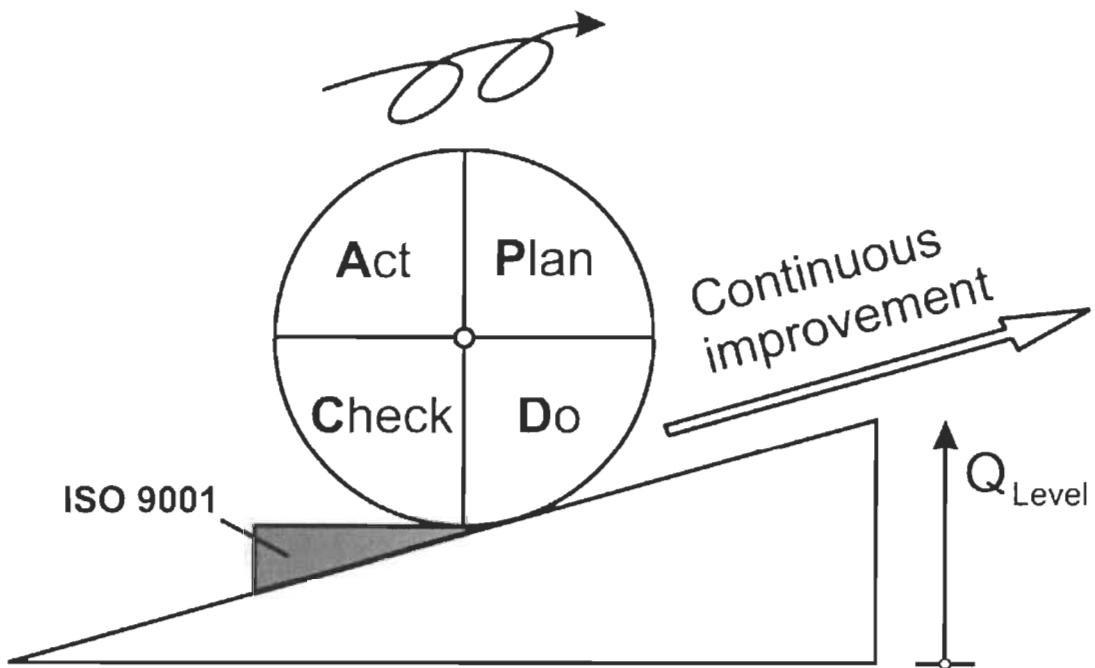


Figure 14. Cycle PDCA présenté par Deming (Sokovic, Palvetic & Kern Pipan, 2010).

Les deux figures (13 et 14) sont utilisées afin d'améliorer un processus quelconque ou le niveau de qualité. En effet, l'étape *Plan* consiste à définir le problème et des hypothèses sur les causes possibles du problème, l'étape *Do* réfère à la mise en œuvre des actions, l'étape *Check* se résume à l'évaluation des résultats et de l'évolution de la situation et l'étape *Act* est utilisée afin d'ajuster les actions posées (Moen & Norman, 2010). Le terme ISO 9001 est un indicateur du management de la qualité.

Concernant le lien avec la figure 13, l'étape *Évaluer* et *Analyser* sont similaires à l'étape *Plan*, l'étape *Décider* est comparable à l'étape *Do* et l'étape *Personnaliser* est avoisinante aux étapes *Check* et *Act*. Dans cette présentation, il est intéressant de constater

que le cycle PDCA est applicable à plusieurs domaines diversifiés, que ce soit la gestion, l'ingénierie ou le domaine médical puisqu'il permet l'amélioration continue des processus. Il est innovant pour l'étudiante-chercheuse d'avoir lié le cycle PDCA au schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique. Cela ouvre les perspectives de recherches futures. Par exemple, il est possible de remarquer la présence d'une cale sur le cycle PDCA. En la transposant dans le schéma intégrateur de l'étudiante-chercheuse, il est possible de constater que l'ajout de standards dans le domaine du soin des plaies néoplasiques permettrait de pallier aux éléments contraignants, d'assurer une cohérence dans le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et arrimerait des gains significatifs chez les infirmières et les patientes atteintes. La figure 15 présente le schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique complété avec la cale du cycle de Deming.

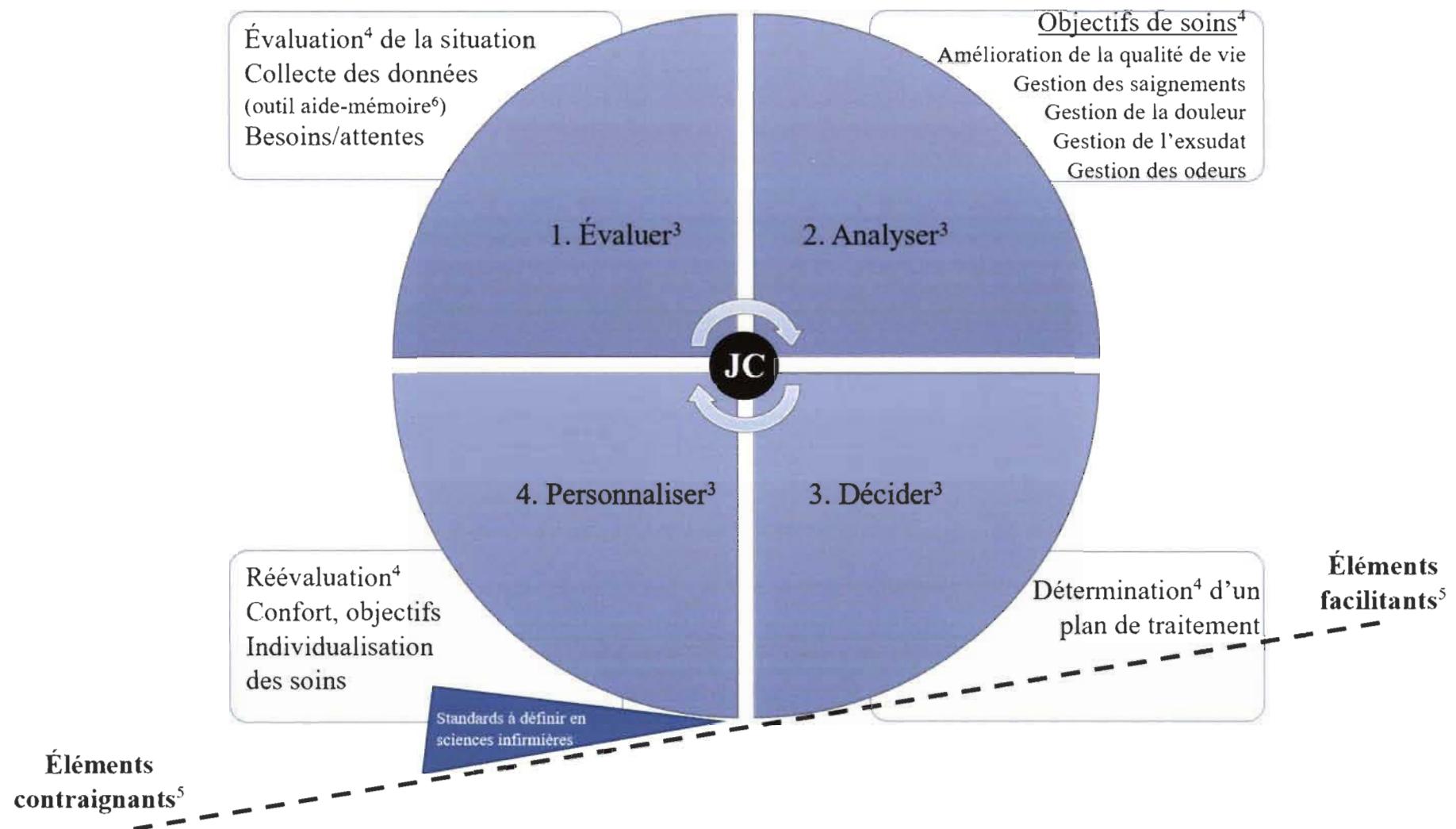


Figure 15. Schéma intégrateur du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique complété avec la cale du cycle de Deming

6.5 Limites de l'étude

Cette étude qualitative présente certaines limites. L'échantillon de 10 participantes à l'étude peut constituer une limite aux résultats obtenus. Bien que respectant le nombre préalablement établi de participantes (entre huit et 13) et ayant atteint la saturation théorique des données, il reste tout de même que le nombre de participantes étant peu élevé a pu influencer d'une quelconque façon les résultats de la collecte des données. Ainsi, un plus grand nombre de participantes aurait pu augmenter la richesse et l'étendue des données collectées, ce qui aurait pu modifier les arbres thématiques de chacun des sujets.

De plus, avec le mode d'échantillonnage choisi et la méthode de recrutement, soit la divulgation de l'affiche de recrutement des participantes par l'entremise des réseaux sociaux, le biais concernant le risque d'homogénéité entre les participantes est possible au sein de cette étude, au sens où la majorité des participantes proviennent essentiellement de la même région administrative.

La collecte des données auprès des participantes du projet de recherche s'est déroulée alors que la première vague de la pandémie liée au Coronavirus a touché de plein fouet le système de santé, ce qui a pu influencer de façon significative les réponses de participantes, celles-ci étant grandement sollicitées au travail, ce qui aurait pu engendrer un investissement personnel moindre à la participation de cette étude. En effet, selon l'Institut national de santé publique du Québec, l'urgence sanitaire a été déclarée en date du 13 mars 2020 (donnée repérée à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du->

temps). Quelques jours après le début de la collecte des données par entrevues semi-dirigées (26 mai 2020), le Gouvernement du Québec annonçait un événement épidémiologique qui a troublé le Québec en entier : 50 000 cas de covid-19 déclarés dans la province (donnée repérée à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>). Les infirmières étaient alors très sollicitées par leur milieu de travail.

Également, le déroulement des entrevues semi-dirigées par vidéoconférence et conférence téléphonique peut avoir influencé les résultats de recherche, toujours en lien avec l'investissement personnel moindre et dans le lieu et au moment où l'entrevue s'est déroulée (ex : à la maison), autant pour l'étudiante-chercheuse que pour les participantes étant donné l'absence de contact avec l'étudiante-chercheuse.

Finalement, le choix des verbatims et des thèmes permettant d'élaborer les arbres thématiques et d'interpréter les résultats de cette étude pourrait constituer une limite. La sélection des extraits apparaissant significatifs pour l'étudiante chercheuse, même si elle est réalisée le plus objectivement possible, est nécessairement influencée par certains facteurs dont ses connaissances, ses lectures, ses valeurs personnelles et son expérience à titre d'infirmière clinicienne travaillant dans un CLSC. Par ailleurs, cette limite est présente dans d'autres études puisqu'aucun chercheur ne peut faire entièrement abstraction de qui il est, de ses expériences et de son histoire de vie. De plus, la sélection des axes thématiques, des regroupements thématiques et des thèmes pour l'élaboration des arbres thématiques pourrait être biaisée puisque ceux-ci auraient pu être validés par deux personnes indépendantes à l'étude afin d'appuyer une plus forte confirmabilité de

l'étude dans les critères de scientificité. Ils ont été élaborés par l'étudiante-chercheuse et corroborés par une seule personne, soit la directrice de maîtrise. Cependant, l'étudiante-chercheuse a utilisé la triangulation des données afin de venir appuyer le choix des axes thématiques, des regroupements thématiques et des thèmes.

6.6 Recommandations pour la pratique professionnelle

À la suite de cette étude, il est désolant de constater que les décisions cliniques prises par les infirmières afin de guider et justifier l'élaboration des plans de traitements pour les plaies néoplasiques ne sont pas encadrées ni par des pratiques exemplaires ni par des guides de pratiques cliniques obtenus par un consensus d'experts. Il devient donc urgent d'approfondir les connaissances du soin des plaies néoplasiques pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patientes. Notamment, à la suite de l'analyse des verbatims des participantes et grâce à leurs expériences professionnelles, l'étudiante-chercheuse a été en mesure de combiner les éléments à évaluer, c'est-à-dire les éléments constituant la collecte des données de l'infirmière, et les présentent sous forme d'un outil aide-mémoire (annexe G). L'utilisation du jugement clinique est au cœur de la profession infirmière, et donc, au cœur de la détermination d'un plan de traitement individualisé d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

6.7 Recommandations pour la recherche

Les recommandations pour la recherche reposent principalement sur l'élaboration de lignes directrices spécifiques aux plaies néoplasiques permettant de guider les infirmières lors de la détermination d'un plan de traitement. Étant donné les nombreuses procédures administratives et scientifiques nécessaires avant l'élaboration de lignes

directrices, nous suggérons qu'une autre étude puisse être réalisée afin de documenter de façon détaillée les différentes étapes à mettre en place dans le but d'assurer une qualité des soins pour la patiente atteinte de plaies néoplasiques. Des études doivent être amorcées afin de connaître le vécu expérientiel des patientes en lien avec la prise en charge globale de leur dossier et de leurs soins de plaies prodigués par les infirmières. De plus, avec la présentation du schéma intégrateur de l'étudiante-chercheuse portant sur le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein et de l'utilisation du jugement clinique, il serait pertinent de déterminer les éléments qui pourraient former la cale (représentée par un triangle dans la figure 15). En effet, l'étude de la cale permettrait de définir des standards en sciences infirmières qui permettraient de pallier les éléments contraignants qui viennent influencer négativement la détermination d'un plan de traitement. La recherche des éléments définissant cette cale miserait sur l'amélioration du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, ce qui pourrait avoir une incidence sur la qualité des soins prodigués par les infirmières et sur la qualité de vie des patientes atteintes.

Conclusion

Cette étude a permis, d'explorer l'application actuelle du jugement clinique lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec, d'analyser les éléments facilitants et contraignants ce processus et d'élaborer un outil aide-mémoire des éléments à questionner lors de la première évaluation initiale d'une patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Il demeure troublant que les infirmières ne soient pas outillées adéquatement afin de répondre aux besoins de la clientèle atteinte de plaies néoplasiques. Elles doivent alors mettre à profit leur jugement clinique au cœur de leurs décisions en lien avec le processus de détermination d'un plan de traitement pour ces plaies spécifiques. Les résultats de l'étude démontrent que la formation du jugement clinique se développe à la fois lors du raisonnement clinique, de la pensée critique et de la décision clinique; ces quatre concepts sont reliés et s'influencent mutuellement. Le jugement clinique est propre à chaque infirmière et est influencé, principalement, par les connaissances théoriques, par les connaissances empiriques, par l'expérience personnelle et par les expériences professionnelles. Il réfère principalement à la collecte de données faite par l'infirmière, à l'interprétation de la situation, à l'établissement des priorités, à l'exécution des interventions et à la réévaluation de la situation clinique. Quant à la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières, il a été possible de démontrer que l'évaluation infirmière était plus approfondie lorsque les questions du guide d'entrevue étaient basées sur le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) (section 6.2, tableau 4). Ainsi, le postulat principal de cette étude réside dans le fait que lorsque l'infirmière met à profit son jugement clinique, la détermination d'un plan de

traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein est plus complète, adaptée et plus facile à élaborer. Associés à la détermination d'un plan de traitement, les éléments facilitants ce processus doivent être mis de l'avant afin d'assurer une prise en charge entière de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. La patiente atteinte est une personne unique et présente des besoins et attentes spécifiques qui doivent être comblés. Les infirmières détiennent une activité réservée leur permettant de prendre en charge le soin de la plaie néoplasique et ainsi faire une différence dans la vie des personnes atteintes. Dans ce contexte de soins, elles doivent délaisser les objectifs curatifs en lien avec la plaie et plutôt opter pour des objectifs palliatifs permettant de maintenir la qualité de vie, d'assurer le confort et de gérer de façon optimale les symptômes déplaisants éprouvés par les patientes atteintes de plaies néoplasiques.

Au terme de cette étude, les objectifs secondaires de cette recherche sont atteints et permettent ainsi de s'approcher de l'atteinte de l'objectif général qui est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patientes atteintes de plaies néoplasiques liées à un cancer du sein.

Les contributions de cette recherche sont considérables. La revue des écrits sur le soin des plaies néoplasiques a permis de démysterifier les particularités et les spécificités de ces plaies atypiques. Cela améliorera ainsi la compréhension des infirmières quant aux objectifs palliatifs à atteindre. De plus, le vécu expérientiel des infirmières ayant participé au projet met en lumière les forces et les lacunes présentes lors de la détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein. Ces constats viennent

soutenir l'importance de développer des lignes directrices spécifiques aux plaies néoplasiques afin de venir appuyer les infirmières lors de la détermination d'un plan de traitement. En attendant la création de ces lignes directrices, cette étude a permis le développement d'un outil aide-mémoire des éléments à questionner lors de l'évaluation initiale de la patiente atteinte d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein pour soutenir les infirmières lors du processus de détermination d'un plan de traitement pour ce type de plaies.

Malgré ces explorations, quelques questions demeurent. Qu'adviendra-t-il du droit de prescrire des infirmières quant au domaine du soin des plaies néoplasiques? Des lignes directrices sur le soin des plaies néoplasiques seront-elles, un jour, écrites et diffusées? Comment sensibiliserons-nous les infirmières à l'importance du rôle qu'elles peuvent exercer auprès des patientes atteintes de plaies néoplasiques lors de la détermination d'un plan de traitement adapté? Le sort du développement de la profession et de l'autonomie des infirmières est un dossier qui devrait être porté auprès des autorités afin de s'assurer que les soins offerts aux patients qui souffrent, en raison de tout type de plaies, puissent recevoir des soins de qualité.

Références

- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C., Comfort, C. P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of Palliative Medicine, 10*(5), 1161-1189.
- Alves dos Santos, W., dos Santos Claro Fuly, P., Salvador Caldeira dos Santos, M. L., Dutra Souto, M., Marques Reis, C., & Freitas de Castro, M. C. (2017). Evaluation of social isolation among patients with odor in neoplastic wounds: integration review. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 3*, 1495-1503.
- Anadón, M., & Savoie-Zajc, L. (2009). L'analyse des données qualitatives. *Recherches qualitatives, 28*(1), 1-160.
- Anisimov, V. N. (2007). Biology of aging and cancer. *Cancer Control, 14*(1), 23-31.
- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec [APES]. (2008). *Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes*. Montréal: Bibliothèque Nationale du Québec.
- Bakalis, N. A., & Watson, R. (2005). Nurses decision-making in clinical practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 19*(23), 33.
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: Models and current research. *Journal of Clinical Nursing, 17*(2), 187-195.
- Barton, P., & Parslow, N. (1998). Les soins des plaies cancéreuses. *ConvaTec division de Bristol-Myers Squibb Canada*.
- Benbow, M. (2008). Exuding wounds. *Journal of Community Nursing, 22*(11), 20-26.
- Benbow, M. (2009). Fungating malignant wounds and their management. *Journal of Community Nursing, 23*(11), 12-18.
- Benner, P. (1983). Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. *Image, 15*(2), 36-41.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skills acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, 24*(3), 188-199.

- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing, 87*(1), 2331.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2^e éd). New York: Springer Publishing Company.
- Bergeron, C., Martineau, I., Deschamps, L., Dubbin, L., Dussault, A., Larivière, É., Simard, M. (2012). *Les plaies malignes chez les malades en phase terminale : évaluation et traitement*. Québec: Maison Michel-Sarrazin.
- Bergstrom, K. J. (2011). Assessment and management of fungating wounds. *Journal of wound ostomy and continence nursing, 38*(1), 31-37.
- Bird, C. (2000). Supporting patient with fungating breast wounds. *Professional Nurse, 15*(1), 649-652.
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique* (2^e éd.). Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Brenner, D. R., Weir, H. K., Demers, A. A., Ellison, L. F., Louzado, C., Shaw, A., Smith, L. M. (2020). Estimations prévues du cancer au Canada en 2020. *Journal de l'Association médicale canadienne*.
- Bryans, A., & McIntosh, J. (1996). Decision making in community nursing: an analysis of the stages of decision making as they relate to community nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 24.
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer: Statistiques canadiennes sur le cancer [CCSSC]. (2019). Retrieved from cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR
- Chaffee, J. (1994). *Thinking critically* (3^e ed.). Boston: MA: Houghton Mifflin.
- Chapados, C., Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 11*(1), 37-40.
- Charitansky, H., & Fromantin, I. (2008). Les plaies tumorales. *Soins, 53*(722), 51-55.
- Charliin, B. (2001). Le raisonnement clinique, quelques données issues de la recherche. *Revue internationale francophone d'éducation médicale, 2*(1), 5.

- Clack, G. (2009). Decision making in nursing practice: a case review. *Paediatric Nursing*, 21(5), 24-27.
- Clark, R. (1996). *Clinical Decision-Making by Beginning Nurses*. Virginia University, Charlottesville.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales [CNRTL]. (2012).. Retrieved from <http://www.cnrtl.fr>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2^e ed.). Los Angeles: Sage.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38.
- CRSH, CRSNG, & IRSC. (2018). Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains (ETPC2). Retrieved from www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/etpc2-2014/ETPC_2_FINAL_E_Web.pdf
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research* (3^e ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Dowding, D., & Thompson, C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 49-57.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientifcité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Draper, C. (2005). The management of malodour and exudate in fungating wounds. *British Journal of Nursing*, 14(11), S4-S12.
- Duchscher, J. E. B. (1999). Catching the wave: understanding the concept of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 577-583.
- Field, P. A. (1987). The impact of nursing theory on the clinical decision making process. *Journal of Advanced Nursing*, 12(5), 563-571.
- Finlayson, K., Teleni, L., & McCarthy, A. L. (2017). Topical opioids and antimicrobials for the management of pain, infection, and infection-related odors in malignant wounds: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 44(5), 626-632.
- Fonteyn, M. E., & Ritter, B. J. (2008). Clinical reasoning in medecine. *Clinical Reasoning in the Health Professions*, 235-244.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd). Montréal: Chenelière éducation.
- Freitas de Castro, M. C., dos Santos Claro Fuly, P., Ribeiro Garcia, T., & Salvador Caldeira dos Santos, M. L. (2016). ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 340-346.
- Fromantin, I. (2006). Suivi ambulatoire des plaies cancéreuses: le rôle de l'infirmière expert. *Dossier Soins*, 51(702), 47-50.
- Fromantin, I., Rollot, F., Nicodeme, M., & Kriegel, I. (2015). Les plaies tumorales en soins palliatifs. *Dossier Soins*, 60(792), 31-34.
- Fromantin, I., Watson, S., Baffie, A., Rivat, A., Falcou, M.-C., Kriegel, I., & de Rycke Ingenior, Y. (2014). A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy/Wound Management*, 60(6), 38.
- Gagnon, C., & Beaumier, M. (2018). État des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques: Revue systématique. *Revue francophone de cicatrisation: Diagnostic et traitements des plaies*, 4, 41-47.
- Gagnon, J., Côté, F., Boily, M., Dallaire, C., Gagnon, M. P., Michaud, C., Mercure, S. A. (2009). Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois: étude exploratoire-descriptive. *L'infirmière clinicienne*, 6(1).
- Gethin, G., Grocott, P., Probst, S., & Clarke, E. (2014). Current practice in the management of wound odour: An international survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 865-874.
- Gouvernement du Québec. (2020). Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Retrieved from [https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/cisss-et-ciusss/](https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/cisss-et-ciuss/)
- Haisfield-Wolfe, M. E., & Rund, C. (2002). Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(2), 57-66.
- Hallett, C. E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K. A. (2000). Wound care in the community setting: clinical decision making in context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 783-793.

- Hamers, J. P. H., Abu-Saad, H. H., & Halfens, R. J. G. (1994). Diagnostic process and decision making in nursing: a literature review. *Journal of Professional Nursing, 10*(3), 154-163.
- Hampton, S. (2008). Malororous fungating wounds: How dressings alleviate symptoms. *British journal of community nursing, 13*(6), S31-S38.
- Harris, I. (1993). New expectations for professional competence. *Educating Professionals Responding to New Expectations for Competence and Accountability*, 17-52.
- Haynes, J. S. (2008). An overview of caring for those with palliative wounds. *British journal of community nursing, 13*(12), S24-S30.
- Henderson, V. (1984). Ma conception des soins infirmiers. Un modèle ouvert pour le développement d'un jugement clinique. *Soins; La Revue De Reference Infirmiere, (440)*, 9-16.
- Hussain, M. A., Rathnayake, I. U., & Huygens, F. (2016). The importance of anaerobic bacteria in non-healing wounds. *Wound Practice & Research, 24*(4), 218-223.
- Kataoka-Yahiro, M., & Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of Nursing Education, 33*(6), 351-356.
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: a systematic review. *Research in Nursing & Health, 40*(1), 23-42.
- Lapointe, S.-M., Gagnon, C., Brault, R., & Beaumier, M. (2018). Le bon pansement au « sein » du changement. Affiche scientifique présentée à la 25ème édition du concours d'affiches scientifiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Larivière, N., & Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Lauri, S., & Salanterä, S. (1998). Decision-making models in different fields of nursing. *Research in Nursing & Health, 21*(5), 443-452.
- Lauri, S., & Salanterä, S. (2002a). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing, 18*(2), 93-100.
- Lauri, S., & Salanterä, S. (2002b). Nursing decision-making theory. *Hoitoliede, 14*(4), 158-166.

- Lauri, S., Salanterä, S., Chalmers, K., Ekman, S., Kim, H. S., Käppeli, S., & Macleod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 83-90.
- Lazelle-Ali, C. (2007). Psychological and physical care of malodorous fungating wounds. *British Journal of Nursing*, 16(15), S16-S20.
- Lee, D., Abdullah, K., Subramanian, P., Bachmann, R. T., & Ong, S. L. (2017). An integrated review of the correlation between critical thinking ability and clinical decision-making in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23/24), 4065-4079.
- Lee, J., Park, W., Choi, D., Huh, S., Kim, I.-R., Kang, D., . . . Huh, S. J. (2017). Patient-reported symptoms of radiation dermatitis during breast cancer radiotherapy: a pilot study. *Quality of Life Research*, 26(7), 1713-1719.
- Leners, D. W. (1993). *Nursing intuition: The deep connection*. In D.A. Gaut (ed.), *A global agenda for sharing* (pp. 223-240). New York: National League for Nursing.
- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2018). Theory of unpleasant symptoms. In *Middle range theory for nursing* (4^e ed.). New York: Springer publishing company.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Letourneau, J., & Brisson, M. (2017). L'évaluation clinique: cet incontournable. *Chronique déontologique*. Retrieved from <https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable>
- Lévesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B., & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitants l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 251-265.
- Lloyd, H. (2008). Management of bleeding and malodorous in fungating wounds. *Journal of Community Nursing*, 22(8-9), 28-32.
- Lo, S. F., Hayter, M., Hu, W.-Y., Tai, C. Y., Hsu, M. Y., & Li, Y. F. (2011). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1312-1321.
- Lo, S. F., Hu, W.-Y., Hayter, M., Chang, S.-C., Hsu, M.-Y., & Wu, L.-Y. (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2699-2708.

- Loiselle, C., & Profetto McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Ludwick, R., Wright, M. E., Zeller, R. A., Dowding, D. W., Lauder, W., & Winchell, J. (2004). An improved methodology for advancing nursing research: factorial surveys. *Advances in Nursing Science*, 27(3), 224-238.
- Lund-Nielsen, B., Midtgård, J., Rørth, M., Gottrup, F., & Adamsen, L. (2011). An avalanche of ignoring-a qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds. *Cancer Nursing*, 34(4), 277-285.
- Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005a). Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 56-64.
- Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005b). Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. *Journal Of Wound Care*, 14(2), 69-73.
- Maida, V., Ennis, M., Kuziemsky, C., & Trozzolo, L. (2009). Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(2), 206-211.
- Marleau, D. (2020). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2019-2020; évolution et caractéristiques de l'effectif infirmier*. Retrieved from <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-de-l-effectif-infirmier>
- Maule, A. J. (2001). Studying judgement: Some comments and suggestions for future research. *Thinking & Reasoning*, 7(1), 91-102.
- McDonald, A., & Lesage, P. (2006). Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 285-295.
- Milhomme, D. (2016). *Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes en contexte de soins critiques : une explication théorique*. Université Laval, Québec.
- Moen, R. D., & Norman, C. L. (2010). Circling back. *Quality Progress*, 43(11), 22-28.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264.
- Mortimer, P. (1998). *Skin problems in palliative care: medical aspects*. (2^e ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Murphy, A. (2008). Making it better. *World of Irish nursing*, 16(4), 28-29.
- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème : propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, (129), 6-17.
- Naylor, W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572-579.
- Nazarko, L. (2006). Malignant fungating wounds. *Nursing & residential care*, 8(9), 402-406.
- Norman, G. (2006). Building on experience - the development of clinical reasoning. *New England Journal of Medicine*, 355(21), 2251-2252.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIQ]. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Retrieved from http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIQ]. (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. *Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIQ]. (2016). Champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. *Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*.
- Orsted, H., Keast, D., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J. L., O'Sullivan-Drombolis, D., Jin, S., Evans, R. (2018). Pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies. *Wounds Canada*.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paquette-Desjardins, D., & Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique : outils de soutien aux prises de décision*. Montréal: Beauchemin, Chenelière éducation.
- Peden-McAlpine, C., & Clark, N. (2002). Early recognition of client status changes: The importance of time. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21, 144-151.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

- Phaneuf, M. (2008). « Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance ». *Infirressources*. Retrieved from www.infirressources.ca/fer/depotdocuments/
- Phaneuf, M. (2012). La collecte des données base de toute intervention infirmière.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A., Dallaire, C., Le May, S., Perreault, V. (2016). *Soins infirmiers : fondements généraux* (4^e éd/ direction scientifique, Clémence Dallaire, Sylvie Le May, direction pédagogique, Yvon Brassard avec la collaboration de Hélène Gousse et Éric Lavertu. ed.). Montréal (Québec) Canada: Chenelière éducation.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Pretz, J. E., & Folse, V. N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19/20), 2878-2889.
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2009). Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*, 13(4), 295-298.
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013a). Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45.
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013b). Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *Journal Of Wound Care*, 22(7), 352.
- Probst, S., & Bornhauser, S. (2007). Concept et guide pour les plaies malignes: Soins et traitements. *Soins en oncologie suisse*.
- Programme cantonal (vaudois) de soins palliatifs: prise en charge des plaies ulcérées douloureuses. (2008) *Palliative flash*. 13, 1-4.
- Pyles, S. H., & Stern, P. N. (1983). Discovery of nursing gestalt in critical care nursing: The importance of the Gray Gorilla Syndrome. *Image*, 15, 51-57.
- Reeves, K. (2008). From AMSN. Decision-making models help define nursing practice. *Medsurg Nursing*, 17(2), 74.

- Rew, L. (1988). Intuition in decision making. *Image, 20*, 150-154.
- Richards, J. (2015). *The relationship between self reflection and clinical decision making skills in undergraduate nursing students enrolled in a health assessment course.* (D.N.P.). Fairleigh Dickinson University.
- Samala, R. V., & Davis, M. P. (2015). Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine, 82*(8), 535-543.
- Schraeder, B. D., & Fischer, D. K. (1987). Using intuitive knowledge in the neonatal intensive care nursery. *Holistic Nursing Practice, 1*(3), 45-51.
- Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing, 22*(3), 185-193.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). *Middle range theory for nursing* (Third edition. ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Smithson, J. (2000). Using and analysing focus groups: Limitations and possibilities. *International Journal of Social Research Methodology, 3*(2), 119.
- Sokovic, M., Pavletic, D., & Kern Pipan, K. (2010). Quality Improvement Methodologies – PDCA Cycle, RADAR Matrix, DMAIC and DFSS. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering, 43*(1), 476-483.
- St-Cyr, D. (2011). L'infection d'une plaie: traitement local et systémique. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 8*(1), 27-28.
- Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 124-134.
- Sullivan, E. A. (2012). Critical thinking in clinical nurse education: Application of Paul's model of critical thinking. *Nurse Education in Practice, 12*(6), 322-327.
- Tamai, N., Mugita, Y., Ikeda, M., & Sanada, H. (2016). The relationship between malignant wound status and pain in breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 24*, 8-12.
- Tanner, C. A. (2005). What Have We Learned About Critical Thinking in Nursing? *Journal of Nursing Education, 44*(2), 47-48.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education, 45*(6), 204-211.

- Thompson, C., & Adderley, U. (2015). Diagnostic and treatment decision making in community nurses faced with a patient with possible venous leg ulceration: A signal detection analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 325-333.
- Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., & Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1720-1726.
- Thompson, C., & Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 881-893.
- Voyer, P., Mercier, J., Roy, S., D., C., Kasprzak, L., Harriet, L., . . . Morin, D. (2014). Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 11(4), 21-31.
- Wainsten, J. P., & Morin, Y. (2012). *Le Larousse médical* (Nouvelle édition). Paris: Larousse.
- Wengstrom, Y., Haggmark, C., & Forsberg, C. (2001). Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nyrse*, 24, 264-271.
- Wilson, V. (2005). Assessment and management of fungating wounds: a review. *British journal of community nursing*, 10(3), S28.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10, 19-28.

Annexe A

État des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein :
revue de littérature systématique

État des connaissances dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein : revue de littérature systématique

Les cancers du sein, du cou et de la tête sont propices à la formation de plaies néoplasiques et ont une incidence de 5 % à 10 %. Les soins prodigés à ces plaies sont actuellement anarchiques. L'exploration des connaissances du soin de ces plaies a été réalisée par une revue de littérature systématique selon la méthode Prisma en trois axes distincts : les symptômes déplaisants, le vécu expérientiel et l'existence des pratiques exemplaires en plaies néoplasiques, s'étant avérées absentes.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés – confort ; plaie néoplasique ; plan de traitement ; pratique exemplaire ; sein ; symptôme déplaisant

State of knowledge in the field of neoplastic wound care in the breast: systematic literary review. Breast, neck and head cancers are conducive to the formation of malignant wounds and have an incidence of 5% to 10%. The care provided for these wounds are anecdotal. The exploration of the knowledge about the malignant wounds care was carried out by a systematic review of the writings according to the PRISMA method in three axes: the unpleasant symptoms, the experience of the patients and the existence of the best practices in malignant wounds that proved to be absent.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords – best practice; breast; comfort; malignant wound; unpleasant symptom; wound treatment plan

Selon les estimations d'une étude de 2018, en Europe, environ 3,91 millions de personnes obtiendront un nouveau diagnostic de cancer et près de 1,93 million en périront [1]. Alors qu'au Canada, près de la moitié des Canadiens et des Canadiennes recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie et près du quart décéderont des suites de cette maladie [2]. Les cancers du sein, du cou et de la tête sont propices à la formation de plaies néoplasiques et leur incidence d'apparition varie entre 5 % à 10 % [3-5].

Introduction

Une plaie néoplasique est définie comme une lésion cutanée découlant d'une métastase cutanée ou d'une tumeur maligne cutanée primaire [6]. Elle se développe notamment lorsqu'une tumeur localisée s'infiltra dans la peau, dans les capillaires sanguins et dans les

vaisseaux lymphatiques, transportant ainsi les cellules cancéreuses au sein du corps [7]. Les plaies occasionnées par la radiothérapie, soit les radiodermites, et les plaies causées par des chirurgies conservatrices sur des tumeurs topiques ne sont pas considérées comme étant des plaies néoplasiques puisqu'elles ne sont pas provoquées directement par la migration du cancer à la peau [8]. Les plaies néoplasiques sont réputées comme étant atypiques, exsudatives, à risque de saignements, odorantes et tendent à réduire considérablement la qualité de vie des patients atteints [4,5,9].

♦ **L'excès d'exsudat de ces plaies est abondant** ; il est dû à la présence des tissus dévitalisés et des corps étrangers au lit de la plaie, qui maintiennent la phase inflammatoire de la plaie [10]. De plus, les cellules cancéreuses sécrètent des médiateurs chimiques qui augmentent la perméabilité vasculaire, et donc

favorise l'extravasation des liquides au lit de la plaie, causant ainsi une abondance d'exsudat [10].

♦ **Les saignements du lit de la plaie néoplasique** sont engendrés par trois facteurs. Premièrement, le processus tumoral favorise l'angiogenèse au lit de la plaie avec la formation de nouveaux vaisseaux sanguins plutôt friables [11]. Deuxièmement, la fonction plaquettaire présente dans les vaisseaux sanguins des patients atteints de cancers est compromise au même titre qu'au sein du lit de la plaie, ce qui engendre des saignements qui tendent à être plus volumineux et sur une période de temps allongée [10]. Troisièmement, l'expansion des tumeurs occasionne l'érosion, soit la perte de substance superficielle de la peau [11], et donc la rupture des vaisseaux sanguins. Bien évidemment, les saignements peuvent être accentués lorsque ces trois facteurs sont associés aux

Claudelle GAGNON^{a,b,*}
étudiante à la maîtrise
de 2^e cycle en sciences
infirmières, infirmière
clinicienne

Maryse BEAUMIER^a
PhD, professeure
au Département
des sciences infirmières

^aUniversité du Québec,
3351 boulevard des Forges,
Trois-Rivières, Québec,
Canada, G9A 5H7

^bCentre intégré de santé
et de services sociaux
de la Mauricie et du centre
du Québec, 570 rue Hébert,
Drummondville, Québec,
Canada, J2B 1C1

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
Claudelle.Gagnon@uqtr.ca
(C. Gagnon).

Recherche

Revue de littérature

Références

- [1] Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer* 2018;103:356-87.
- [2] Xie L, Semenciw R, Mery L. Incidence du cancer au Canada. Gouvernement du Canada [Internet] 2017;35:https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/cancer/statistiques-canadiennes-cancer.html.
- [3] Finlayson K, Teleni L, McCarthy AL. Topical opioids and antimicrobials for the management of pain, infection, and infection-related odors in malignant wounds: a systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(5):626-32.
- [4] Lund-Nielsen B, Midtgård J, Rørth M, et al. An avalanche of ignorance—a qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds. *Cancer Nurs*. 2011;34(4):277-85.
- [5] Samala RV, Davis MP. Comprehensive wound malodor management: win the RACE. *Cleve Clin J Med*. 2015;82(8):535-43.
- [6] Tamai N, Akase T, Minematsu T, Higashi K, Toida T, Igarashi K, et al. Association between components of exudates and periwound moisture-associated dermatitis in breast cancer patients with malignant fungating wounds. *Biol Res Nurs* 2016;18(2):199-206.
- [7] Lund-Nielsen B, Müller K, Adamsen L. Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. *J Clin Nurs* 2005;14(1):56-64.
- [8] Lund-Nielsen B, Müller K, Adamsen L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. *J Wound Care*. 2005;14(2):69-73.
- [9] Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: an international survey. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(6):865-74.
- [10] Barton P, Parslow N. *Les soins des plaies cancéreuses*. Montréal: Convatec division de Bristol-Myers Squibb Canada; 1998.

soins prodigues par les professionnels de la santé, notamment lors du nettoyage des plaies et de la réfection des pansements [12].

♦ **Les douleurs proviennent principalement de l'envassement de la tumeur sur les structures adjacentes, de l'inflammation occasionnée par la plaie, par l'ischémie et par la destruction des tissus par la tumeur [11].** Les plaies néoplasiques sont également très à risque d'infection étant donné la présence de bactéries anaérobiques au lit de la plaie et de certains facteurs influençant la fragilité des patients atteints, notamment la diminution de leur état général ainsi que certains facteurs externes telle la prise d'immunosupresseurs [11]. Ainsi, les signes cliniques d'infection doivent être évalués fréquemment par les infirmières puisque ceux-ci peuvent se confondre aux symptômes dits normaux des plaies néoplasiques [11].

♦ **Les odeurs sont occasionnées par la présence des bactéries anaérobiques au sein des tissus dévitalisés de la plaie, soit les tissus nécrotiques noirs, les tissus nécrotiques jaunes humides et les tissus d'hypergranulation [10,13].** Ces bactéries sont l'une des causes majeures des odeurs âcres très caractéristiques de ces plaies [13]. Par expérience, les odeurs contribuent de façon significative à l'atteinte de la dignité et de l'intégrité des personnes atteintes de plaies néoplasiques et nuisent à leur qualité de vie [14]. D'ailleurs, dans une étude à devis mixte portant sur la population de 12 femmes atteintes d'un cancer du sein et présentant des plaies néoplasiques, 67 % de ces femmes ont déclaré percevoir leurs plaies comme étant odorantes et nauséabondes [8]. Cela étant dit, ces divers éléments et facteurs complexifient démesurément la gestion et le traitement des plaies néoplasiques.

Bien évidemment, certains patients atteints de plaies néoplasiques bénéficieront de traitements palliatifs et

adjutants, notamment les chirurgies de réduction de la tumeur, la chimiothérapie et/ou la radiothérapie afin de diminuer les symptômes déplaisants associés au cancer et à ces plaies. Toutefois, ces approches ne seront pas abordées dans cet article.

♦ **Cet article s'attarde principalement aux soins infirmiers prodigues aux plaies néoplasiques**, car il est reconnu qu'à ce jour les soins prodigues à ces plaies sont considérés comme anarchiques et anecdotiques [7,8]. Ainsi, le principal objectif de soins de ces plaies devient à visée palliative, axé sur la gestion adéquate des symptômes déplaisants identifiés par les patients et sur le maintien d'une qualité de vie acceptable [3,15]. Pour ce faire, certaines connaissances du soin des plaies doivent être acquises afin de les panser adéquatement.

Historiquement, en 460 avant Jésus-Christ, Hippocrate utilisait des pièces de lin imbibées de vin ou de vinaigre sur les plaies et conseillait le nettoyage de celles-ci avec de l'eau de mer [16]. Depuis, le domaine du soin des plaies a grandement évolué. Une pléthora de pansements existe sur le marché, mais demeurent encore sous-utilisés. Malheureusement, le soin des plaies néoplasiques au sein est complexe, peu documenté scientifiquement et non supporté par des lignes directrices, d'où la pertinence d'explorer les connaissances actuelles, par une revue de littérature systématique. Ainsi, selon Cronin *et al.* [17], le but principal d'une revue de littérature est d'informer le lecteur sur les sujets explorés par des études antérieures ciblées, de favoriser la mise à jour des connaissances, d'analyser de manière critique les différents articles repérés et, finalement, de justifier l'importance du développement de nouvelles recherches sur le sujet. Cet article présentera une revue de littérature en trois axes subséquents permettant de situer les connaissances

sur les plaies néoplasiques au sein (figure 1), soit sous l'axe des symptômes déplaisants, du vécu expérientiel des patients vivant avec ce type de plaie et des pratiques exemplaires actuellement existante pour le soin des plaies néoplasiques.

Méthode

Les différents articles de cette revue de littérature ont été repérés auprès des bases de données de Cinahl, Medlines PsycInfo, Lissa, Informa Health Care et Cochrane. Seuls les articles anglophones et francophones ont été retenus. Les mots clés utilisés lors de la revue de littérature sont détaillés au tableau 1 alors que les diagrammes de flux résumant le processus de recherche auprès des bases de données sont présentés en figures 2, 3 et 4. Les diagrammes de flux ont été réalisés selon la méthode Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) [18]. Les trois axes de la revue de littérature ont été accomplis dans un contexte d'exploration des connaissances actuelles dans ce domaine afin de synthétiser les multiples données sur le sujet [17]. Puisque le sujet est en émergence, aucune limite d'année de publication n'a été balisée.

♦ **Le premier axe a été guidé par la théorie intermédiaire des symptômes déplaisants de Lenz (1995,**



Figure 1. Plaie néoplasique du sein.

Tableau 1. Les mots clés utilisés en fonction de chaque thème de la revue de littérature.

Axes de la revue de littérature	Premier axe	Deuxième axe	Troisième axe
Thèmes	Symptômes déplaisants	Vécu expérientiel	Pratiques exemplaires
Bases de données utilisées	Cinahl, Medline, PsycInfo, Lissa, Informa Health Care et Cochrane	Cinahl, Medline et PsycInfo	Cinahl, Medline et Cochrane
Mots clés et termes utilisés	(wound* OR skin lesion), (feminine cancer or breast), (Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR (discomfort OR "social isolation"), (lived experiences or perceptions or attitudes or views OR lived experience or phenomenology or life experience), (Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR (discomfort OR "social isolation"), (neoplas* OR tumor OR carcinoma), (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound)	(Patient OR patients AND well-being) OR (patient OR patients AND attitude) OR (patient OR patients AND adaptation) OR (patient OR patients AND psychosocial factor*) OR (discomfort OR "social isolation"), (lived experiences or perceptions or attitudes or views OR lived experience or phenomenology) ainsi que (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound)	(Guidelines OR best practices OR evidence-based practice OR protocol), (Mound* tumor), (Neoplasm* wound* guideline), (neoplasm* OR tumor OR carcinoma) wound* guideline*, (neoplasm* OR tumor OR carcinoma OR neoplastic*) AND (wound* OR injury*) OR (Wound* tumor), (Malignant wound), (Fungating wound) AND (guideline* OR evidence-based practice)

figure 5) [19]. Cette théorie a permis de mettre l'accent sur des éléments pouvant influencer positivement et négativement l'expérience générale des symptômes ressentis par les patients en contexte clinique (figure 5) [19]. En fait, les facteurs physiologiques, psychologiques et situationnels viennent influencer de manière corrélationnelle l'expérience des symptômes vécus par les patients. Ces symptômes sont qualifiés en fonction de leur intensité, de leur qualité, de leur durée et de leur niveau de détresse associée [19]. Cela étant dit, chaque patient vivra son expérience de soins et son expérience des symptômes différemment en fonction d'événements antérieurs de leurs parcours de vie. Lors de la mise en relation entre les facteurs psychologiques, physiologiques, situationnels et les symptômes ressentis par les patients, il est possible de noter la performance des fonctions cognitives, physiques et sociales en réponse à la situation vécue [19]. De manière concise, il est possible de constater que l'expérience générale des symptômes est influencée par l'interaction circulaire entre les facteurs physiologiques, psychologiques et situationnels, les symptômes vécus et la performance des fonctions cognitives, physiques et sociales dans une situation clinique [19]. Ainsi, l'hypothèse émise en

1995 par les auteurs sur cette théorie stipule que lorsqu'un patient ressent une multitude de symptômes simultanément, l'expérience de ceux-ci semble perçue de plus en plus négativement [19]. Il est ainsi possible de faire des liens cliniques entre l'effet de cette théorie et les symptômes couramment identifiés comme étant déplaisants auprès des patients atteints de plaies néoplasiques au sein.

♦ **Le deuxième axe a mené à une revue de littérature portant sur le vécu expérientiel des patients ayant des plaies néoplasiques au sein.** Comme mentionné précédemment, les patients ayant des plaies néoplasiques présentent une grande atteinte de leur qualité de vie et de leur dignité [14]. La revue de ce sujet a permis de démontrer l'importance d'agir avec davantage de connaissances appropriées auprès de ces patients. Ces connaissances permettront néanmoins de combler les besoins particuliers de ces patients et de maintenir une qualité de vie acceptable.

♦ **Le troisième axe de la revue de littérature concerne l'exploration des pratiques exemplaires existantes dans le domaine général des plaies néoplasiques étant donné la reconnaissance actuelle de ces soins, considérés comme étant anarchiques et anecdotiques à ce jour [7,8].**

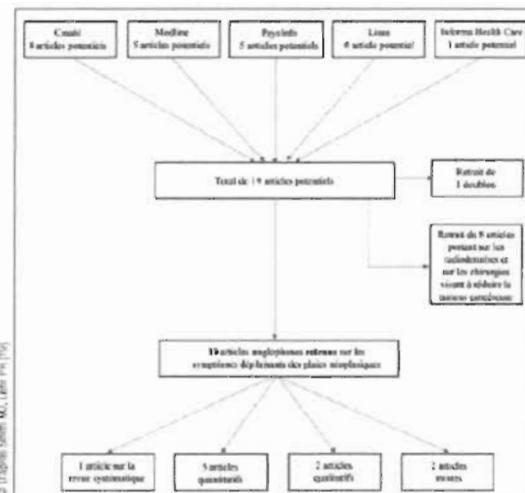


Figure 2. Diagramme de flux portant sur les symptômes déplaisants des plaies néoplasiques.

Résultats

♦ **Pour le premier axe de la revue de littérature sur les symptômes déplaisants perçus par les patients atteints de plaies néoplasiques au sein, dix-neuf articles potentiels ont été identifiés. De ce nombre, dix études ont permis de distinguer les principaux symptômes déplaisants en lien avec la plaie néoplasique. Les différents types d'études existants sur ce sujet sont, entre autres, une revue systématique de la littérature, cinq études à devis quantitatif, deux études à devis qualitatif et deux**

Références

- [1] Bergeron C, Martineau I, Deschamps L, et al. Les plaies malignes chez les malades en phase terminale : évaluation et traitement. Québec (Québec) : Maison Michel-Sarrazin; 2012.
- [2] Haynes JS. An overview of caring for those with palliative wounds. Br J Community Nurs. 2008;13(12):S24-30.
- [3] Hussain MA, Rathnayake IU, Huygens F. The importance of anaerobic bacteria in non-healing wounds. Wound Practice & Research. 2016;24(4):218-23.



Figure 3. Diagramme de flux portant sur le vécu expérientiel des patients atteints de plaies néoplasiques.



Figure 4. Diagramme de flux portant sur les pratiques exemplaires en plaies néoplasiques.

études à devis mixte présentant un volet qualitatif et un volet quantitatif. Au niveau quantitatif, deux études sont de type descriptif,

deux études sont de type transversal descriptif et une étude prospective. Cette diversité d'articles permet d'appuyer un niveau de preuve scientifique encore sous la normale pour justifier les interventions et ainsi faire valoir l'importance du développement des connaissances [20,21]. Les principaux symptômes déplaisants identifiés par les patients présentant des plaies néoplasiques au sein dans ces articles sont les odeurs nauséabondes, l'exsudat abondant, les saignements et la douleur provoquée par la sensibilité du lit de la plaie [4,22,23].

♦ **La troisième axe de la revue de littérature concerne les pratiques exemplaires destinées aux soins généraux des plaies néoplasiques.** Celle-ci s'est avérée encore moins productive. En fait, une quarantaine d'articles ont été identifiés lors de la recherche dans les différentes bases de données de Cinahl, Medline et Cochrane. Cependant, lors de la lecture des résumés et des études, il s'est avéré qu'aucune étude n'était dédiée spécifiquement aux pratiques exemplaires pour le soin des plaies néoplasiques. Cette recherche a permis de confirmer, qu'à ce jour, il n'y avait aucune ligne directrice pour le soin des plaies néoplasiques [7,23] alors que les besoins sont criants afin d'enrayer les pratiques anecdotiques [7,8]. Ainsi, il devient important de se questionner sur les méthodes utilisées par les professionnels de la santé lors des soins prodigues à ces plaies. Ce domaine demeure tout de même considéré comme étant en émergence compte tenu du faible nombre d'études sur le sujet. Un consensus d'expert pourrait être bénéfique afin de déterminer les traitements optimaux à adopter dans ce contexte de soins et, par le fait même, valoriser un niveau de preuves suffisant des études pour viser ultérieurement la création de lignes directrices afin de favoriser un meilleur encadrement des soins des patients atteints de plaies néoplasiques. Ces futures lignes directrices permettraient de soutenir le développement de la profession et la pratique clinique des infirmières œuvrant auprès de ce type de plaies.

Discussion

L'objectif de cette revue de littérature systématique portant sur trois

axes distincts, soit les symptômes déplaisants des plaies néoplasiques au sein, le lien entre ces symptômes et le vécu expérientiel des patients ainsi que les pratiques exemplaires pour ce type de plaies, visait l'exploration de l'état des connaissances actuelles dans le domaine du soin des plaies néoplasiques au sein. Au total, quatorze études ont été retenues lors de ce processus de revue de littérature, ce qui est bien peu compte tenu des besoins reconnus en pratique clinique (*tableau 2*).

◆ **Telle que mentionnée, la prévalence du développement des plaies néoplasiques au niveau mondial est d'environ 5 % à 10 % [3,4].** Ces plaies se développent sous forme de métastases cutanées principalement lors de cancers du sein, du cou et de la tête [5]. Les symptômes déplaisants les plus fréquemment identifiés par les patients atteints de plaies néoplasiques sont les odeurs nauséabondes, l'xsudat abondant, les saignements, la douleur associée en plus de la détresse psychologique occasionnée par ces symptômes tels la dépression et l'isolement social [8,23]. Les odeurs des plaies néoplasiques sont très caractéristiques puisqu'elles sont occasionnées par la présence de bactéries anaérobiques [10,13]. De ce fait, près de 10,4 % des patients porteurs de ces plaies sont affectés directement par ces mauvaises odeurs [26].

◆ **Certains auteurs soulignent également l'importance de tenir compte des impacts connexes des symptômes sur le lit de la plaie et sur la qualité de vie des patients tels la macération, le prurit et la desquamation du pourtour de la plaie [23].** Ces multitudes de symptômes combinés présentent des corrélations statistiquement significatives sur la qualité de vie des patients. Ainsi, chez les patients atteints de plaies néoplasiques, les variables de l'âge, des odeurs, de la douleur et de l'aspect psychologique sont

responsables à 87 % de la variable dépendante soit celle de la qualité de vie [22]. De plus, selon le modèle de régression de l'étude quantitative de Lo *et al.* [22], les résultats des variables de l'âge ($F = 9,58$, $P = 0,038$), des odeurs ($F = 8,27$, $P = 0,014$), de la douleur ($F = 13,09$, $P < 0,001$) et les impacts psychologiques ($F = 25,04$, $P < 0,001$) se sont révélés statistiquement significatifs au même titre que le modèle de régression en lui-même. De plus, les sentiments de perte de féminité et de diminution de l'estime personnelle font partie des impacts connexes des plaies néoplasiques au sein par le fait que les femmes atteintes ne peuvent porter des vêtements les mettant en valeur, tels les soutiens-gorge et des beaux vêtements [7]. Les études de Lo *et al.* et de Lund-Nielsen, Müller et Adamsen [8,22] rapportent que lorsque les pansements sont utilisés adéquatement en contexte de soins, les symptômes déplaisants peuvent être grandement réduits. Notamment, les pansements de charbon permettent de gérer efficacement les odeurs nauséabondes des plaies néoplasiques présentant une faible quantité d'xsudat [3]. Par ailleurs, il est possible d'optimiser la gestion des odeurs grâce à l'utilisation de comprimés de méthronidazole écrasés et saupoudrés au lit de la plaie néoplasique [3]. Cette méthode à l'aide de comprimés de méthronidazole nécessite tout de même l'ajout de pansements secondaires sur la plaie. Les pansements mousse, pour leur part, permettent plutôt d'absorber l'xsudat de la plaie tandis que les alginates et les pansements hémostatiques ont pour effet de contrôler les saignements [3,15]. Ainsi, l'application adéquate de pansements permet de maintenir une qualité de vie auprès des patients atteints de plaies néoplasiques et d'augmenter leur estime personnelle [4,27].

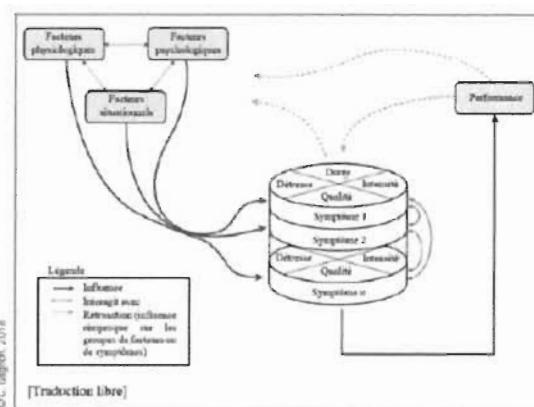


Figure 5. Théorie des symptômes déplaisants de Lenz *et al.* (1995).

Tout de même, il demeure important de mentionner qu'aucun pansement n'est strictement destiné aux plaies néoplasiques [15]. Bien que l'efficacité de certains pansements ait été étudiée, certains auteurs maintiennent le fait que la méthode d'essai-erreur semble inévitable lors de la sélection des pansements [3] et tend à complexifier la détermination d'un plan de traitement pour les plaies néoplasiques en fonction des besoins du patient. Cette méthode d'essai-erreur diminue démesurément la qualité de vie chez le patient atteint d'une plaie secondaire à un cancer métastatique ou cutané [3]. Ainsi, certains auteurs maintiennent qu'une approche individualisée pour la gestion des plaies néoplasiques est un élément fondamental à l'instauration d'un plan de traitement adapté aux besoins du patient en contexte de soins [27]. Cette approche permet, entre autres, d'intégrer le patient lors de la prise de décision, permettant de mettre en œuvre des choix de santé libres et éclairés afin de répondre adéquatement à leurs nécessités [27]. Néanmoins, tel que constaté, de plus amples études se doivent d'être réalisées afin d'améliorer le niveau de preuves de ces traitements.

◆ **Les pratiques exemplaires existantes pour la gestion du lit**

Références

- [14] Lapointe S-M, Gagnon C, Brault R, Beaumier M. Le bon pansement au "sein" du changement. Affiche scientifique présentée à la 25^e édition du concours d'affiches scientifiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières, 2018.
- [15] Fromantin I, Watson S, Baffie A, *et al.* A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Manage.* 2014;60(6):38-48.
- [16] Le Guyadec T. Histoire du pansement. Paris, 2006. www.cicatrisation.info/methodes-therapeutiques/le-pansement-historique.html.
- [17] Cronin P, Ryan F, Coughlan M. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *Br J Nurs.* 2008;17(1):38-43.
- [18] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine.* 2009;151(4):264.
- [19] Smith MJ, Lehr PR. Middle range theory for nursing. 3rd edition. ed New York: Springer Publishing Company, LLC; 2018.
- [20] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes 2013. <https://mao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare>.

Recherche

Revue de littérature

Tableau 2. Articles retenus dans la revue de littérature systématique.

Auteurs	Titre	But de l'étude	Participants/nombre d'études	Conclusion/commentaire
Finlayson, K., Teleni, L., & McCarthy, A. L. (2017).	Topical opioids and antimicrobials for the management of pain, infection and infection-related odors in malignant wounds: a systematic review	Déterminer si la douleur, l'infection et les odeurs des plaies néoplasiques peuvent être contrôlées sans une chirurgie ou de la radiothérapie.	Articles identifiés dans les bases de données $n = 960$ Articles complets $n = 34$ Articles inclus dans la synthèse $n = 5$	Les recommandations actuelles pour la gestion du pourtour et du lit de la plaie néoplasique ne reposent pas sur un niveau de preuves suffisant. Présence de lacunes importantes dans la littérature sur les traitements topiques aux opioïdes et aux antimicrobiens pour la gestion de la douleur, des odeurs et des infections dans les plaies malignes.
Freitas de Castro, M. C., dos Santos Claro Fuy, P., Ribeiro Garcia, T., & Salvador Caldera dos Santos, M. L. (2016)	ICNPI terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds	Développer et valider un sous-groupe terminologique en utilisant la Classification internationale pour la pratique infirmière pour les patients en soins palliatifs présentant des plaies tumorales malignes.	43 articles sélectionnés pour l'étude 134 interventions validées par 9 infirmières.	L'importance de se fier aux données probantes chez les professionnels de la santé afin de procurer des soins de qualité chez les patients atteints de plaies néoplasiques. La complexité de celles-ci présente un défi de taille pour les professionnels de la santé lors de la prestation de soins.
Fromantin, I., Watson, S., Baffie, A., Rivat, A., Falcou, M.-C., Kriegel, I., & de Rycke Ingenier, Y. (2014)	A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer	Évaluer l'utilisation des techniques de soins locaux sur les plaies néoplasiques et identifier leurs caractéristiques.	32 participantes atteintes d'un cancer du sein	Les plans de soins doivent être réajustés régulièrement. Les soins doivent considérer l'état de santé ainsi que les impacts/effets du cancer sur les patients. Il n'y a aucun pansement strictement destiné aux plaies néoplasiques.
Gethin, G., Grocott, P., Probst, S., & Clarke, E. (2014)	Current practice in the management of wound odour: an international survey	Déterminer la gestion des odeurs des plaies à partir d'une équipe multidisciplinaire.	1444 répondants au sondage	Les pratiques d'évaluation et de gestion des odeurs ne sont pas basées sur des données probantes et pourraient être améliorées par la production de guides de pratique clinique. L'approche "par essai" pour la gestion des odeurs serait l'aspect le plus difficile de la gestion.
Hainsfield-Wolfe, M. E., & Rund, C. (2002)	Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice oncology and wound care nurses	Développer un programme éducatif pour les infirmières qui travaillent en oncologie avec des plaies néoplasiques	58 participants ont répondu au questionnaire et 19 ont été contactés par téléphone	Renforcer les pratiques en soins des plaies néoplasiques auprès des infirmières œuvrant auprès de ces patients. Il est important de soutenir l'éducation sur les plaies malignes et de soutenir les patients envers leurs problèmes et besoins rencontrés.
Lo, S.-F., Hu, W.-Y., Hayter, M., Chang, S.-C., Hsu, M.-Y., & Wu, L.-Y. (2006)	Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study	Explorer l'expérience de vie des patients atteints de cancer et de plaies néoplasiques	10 participants (6 femmes et 4 hommes)	Cette étude démontre le vécu des patients atteints de plaies malignes et l'impact sur leur vie quotidienne. Il est nécessaire d'inclure des spécialistes des plaies au sein de l'équipe multidisciplinaire d'oncologie. L'approche individualisée pour la gestion des plaies néoplasiques est un élément crucial.
Lo, S. F., Hayter, M., Hu, W. Y., Tai, C. Y., Hsu, M. Y., & Li, Y. F. (2011)	Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds.	Évaluer le fardeau des symptômes et la qualité de vie des patients atteints de plaies néoplasiques.	70 participants	L'âge, les odeurs, la douleur, et l'aspect psychologique sont étroitement liés à la qualité de vie moyenne de la personne atteinte de plaies néoplasiques.
Lund-Nielsen, B., Middgaard, J., Røth, M., Gottrup, F., & Adamsen, L. (2011)	An avalanche of ignoring: qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds	Décrire l'expérience de l'évitement des soins chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avancé ayant développé des plaies malignes	17 participantes atteintes d'un cancer du sein présentant une plaie maligne	Il est nécessaire de prendre en compte les événements de la vie psychosociale des patients atteints de plaies malignes pour comprendre et gérer les événements de soins de santé. Une attitude ouverte des professionnels devrait être maintenue lors de la communication avec les patients atteints.
Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005a)	Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives	Décrire les effets des plaies néoplasiques sur la féminité, la sexualité et la vie quotidienne chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.	12 participantes ont participé au programme d'interventions d'une durée de 4 semaines	Un traitement adéquat fondé sur preuves pour une plaie néoplasique, incluant un soutien psychosocial, peut accroître le sentiment de bien-être des femmes et réduire les problèmes psychosociaux tels que la perte de féminité, de la sexualité et l'isolement social.
Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005b)	Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer	Décrire l'expérience des femmes avec des cancers avancés du sein qui ont développé des plaies néoplasiques.	12 participantes aux interventions d'une durée de 4 semaines	Une meilleure compréhension des problèmes physiques et psychosociaux rencontrés par les femmes souffrant de plaies malignes pourrait éclairer la décision clinique des traitements de soins.
Malda, V., Ennis, M., Kuziemsky, C., & Trozzolo, L. (2009)	Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series	Déterminer la prévalence des plaies néoplasiques et les symptômes associés du cancer ainsi que de la relation entre la plaie, l'âge et le genre.	65 participants référencés par le programme de soins palliatifs du 1er mai 2005 au 30 juin 2006.	Les plaies malignes ne sont généralement pas cicatrisables et sont gérées selon des méthodes palliatives, l'accent étant mis sur l'optimisation du confort, de la dignité et de la qualité de vie grâce au traitement de la douleur et des symptômes des plaies.
Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013)	Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body	Comprendre les expériences vécues des patients vivant avec des plaies néoplasiques aux seins et de leurs aidants formels.	9 participants entre janvier et novembre 2009	Les professionnels de la santé ne soutiennent pas suffisamment les personnes atteintes de plaies néoplasiques. Des professionnels de la santé mieux formés peuvent partager leurs connaissances avec les patients et les soignants en ce qui concerne les techniques de gestion de la plaie, des odeurs et de l'exsudat.
Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013)	Coping with an exulcerated breast carcinoma an interpretive phenomenological study	Explorer la prise en charge des expériences vécues des patients atteints de cancers exulcérés du sein.	9 participantes entre janvier et novembre 2009.	L'organisation des services de santé ne fournissait pas aux femmes les soins nécessaires pour gérer une plaie aussi complexe et gérer la douleur. Un plan de soins complet axé sur le contrôle des symptômes physiques et sur les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels doit être développé avec les patients et leurs familles.
Tamai, N., Akase, T., Minematsu, T., Higashi, K., Toida, T., Igarashi, K., & Sanada, H. (2016)	Association Between Components of Exudates and Periwound Moisture-Associated Dermatitis in Breast Cancer Patients With Malignant Fungating Wounds.	Examiner la qualité et l'intensité de la douleur reliée aux plaies néoplasiques et déterminer le lien entre l'état de la plaie néoplasique et la douleur ressentie par les femmes atteintes d'un cancer du sein.	22 participantes atteintes de plaies néoplasiques au sein.	Près de 80 % des femmes présentant des plaies néoplasiques au sein verbalisaient une douleur non contrôlée par la médication. La douleur de la plaie maligne était en corrélation significative avec la dégradation des bords de la plaie.

de la plaie, telles que le nettoyage du lit des plaies, les types de débridement, etc., bien qu'efficaces, permettent de favoriser la cicatrisation des plaies mais ne répondent pas aux spécificités des plaies néoplasiques. Particulièrement, le débridement chirurgical conservateur à l'aide d'instruments tranchants est à éviter en contexte néoplasique puisqu'il peut entraîner d'importants saignements dus au faible nombre de plaquettes au lit des plaies, à la néoangiogénèse et à l'érosion de la peau par l'accroissement de la tumeur [10]. Ces plaies, telles que mentionnées précédemment, présentent une composante vasculaire spécifique à leur nature.

N'ayant pas de pratiques exemplaires établies pour guider les soins des plaies néoplasiques [7,23], ceux-ci, lorsque effectués sur ces plaies, peuvent être catégorisés comme étant désorganisés et anecdotiques [7,8]. Sans encadrement clinique, les professionnels de santé tendent à être laissés à eux-mêmes lorsqu'il est temps de prodiguer des soins à ces plaies particulières. Ainsi, la gestion des symptômes devient un grand défi pour les professionnels de santé qui procurent des soins aux patients présentant des plaies néoplasiques [27,28]. Il est essentiel de renforcer les pratiques sur le soin de ces plaies aux infirmières œuvrant auprès des patients atteints de celles-ci [29].

► **Cette revue de littérature présente certaines limites du fait qu'elle a été réalisée dans un contexte de la discipline infirmière et sur une zone anatomique restreinte, soit la région du sein. Toutefois, elle permet une exploration actualisée de l'état des connaissances sur les principaux symptômes déplaisants couramment identifiés par la clientèle atteinte de plaies néoplasiques au sein. Ces plaies procurent de nombreux désagréments**

aux femmes atteintes, renforçant ainsi une pratique axée sur l'évaluation des symptômes physiques, cognitifs, sociaux et de besoins fondamentaux par les infirmières pratiquant auprès de ces patients. Étant donné la population très restreinte de cette revue de littérature, les résultats de cet article ne peuvent s'appliquer à tous les types de plaies. Ainsi, cet article s'expose donc à la critique afin d'être bonifié, mais du moins aura-t-il servi à sensibiliser les lecteurs à l'importance du développement des connaissances de ce sujet. Une revue de littérature future pourrait ainsi s'attarder davantage aux réactions des plaies néoplasiques quant à la radiothérapie, à la chirurgie conservatrice et aux bénéfices reliés à un travail en équipe interdisciplinaire afin de traiter adéquatement une plaie néoplasique colonisée et infectée selon les connaissances de chacun des spécialistes recrutés.

Conclusion

Tel que constaté avec cet article, les connaissances en lien avec le soin des plaies néoplasiques au sein sont encore peu développées à ce jour. Chaque plaie néoplasique est unique en termes d'apparence, d'odeurs, d'excès d'humidité, de douleur, de saignements et de dimensions. Il est donc important de promouvoir le confort des patients, de favoriser leur sentiment de bien-être, de miser sur la prévention et la gestion des symptômes déplaisants. De plus, il est primordial d'utiliser des produits et pansements considérés comme adéquats en fonction des symptômes éprouvés par les patients atteints de plaies néoplasiques afin de maintenir une qualité de vie optimale [4,30]. De ce fait, il faut prendre en considération les besoins uniques des patients afin d'élaborer des plans de traitement adaptés à chaque individu et optimiser l'utilisation de l'approche individualisée en contexte de soins [30].

À la suite de cette étude, il est désolant de constater que les décisions cliniques prises par les infirmières afin de guider et justifier l'élaboration des plans de traitement pour les plaies néoplasiques ne sont pas encadrées ni par des pratiques exemplaires ni par des guides de pratiques cliniques obtenus par un consensus d'experts. De ce fait, les soins tendent à être anarchiques et anecdotiques [7,8] puisqu'ils ne peuvent être basés sur des données probantes, celles-ci étant inexistantes. Il devient donc urgent d'approfondir les connaissances du soin des plaies néoplasiques pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et améliorer de manière proportionnelle leur qualité de vie grâce à des études futures. Notamment, ces études ultérieures pourraient être faites en interdisciplinarité pour la mise en commun de connaissances dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de plaies néoplasiques. De cette sorte, la richesse de l'expertise de chacun des intervenants au sein d'un même dossier de patient serait d'autant plus bénéfique pour tous. ■

Références

- [21] Brown SJ. Evidence-based nursing: the research-practice connection. 4th edition Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2018.
- [22] Lo SF, Hayter M, Hu WY, et al. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Adv Nurs.* 2012;68(6):1312-21.
- [23] Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, Trozzolo L. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(2):206-11.
- [24] Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(1):38-45.
- [25] Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care.* 2013;22(7):352-4.
- [26] Alves dos Santos W, dos Santos Claro Fuly P, Salvador Caldera dos Santos ML, et al. Evaluation of social isolation among patients with odor in neoplastic wounds: integration review. *Journal of Nursing UFPE.* 2017;11(3):1495-503.
- [27] Lo SF, Hu WY, Hayter M, et al. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2008;17(20):2699-708.
- [28] Freitas de Castro MC, dos Santos Claro Fuly P, Ribeiro Garcia T, et al. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):340-6.
- [29] Haifield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. *Int J Palliat Nurs.* 2002;8(2):57-66.
- [30] Lo S, Hu W. The physical, psychological, social, and spiritual impacts of malignant fungating wounds on cancer patients. *Hu Li Za Zi.* 2008;55(1):75-80.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe B
Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :

Processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec.

Mené par :

Claudelle Gagnon, B. Sc. Inf., étudiante M. Sc. Inf., Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Sous la direction :

Liette St-Pierre, PhD., Professeure au Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Source de financement :

Aucune

Déclaration de conflit d'intérêts :

Aucun

Préambule

Votre participation à la recherche visant à explorer le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières⁷ pratiquant au Québec serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheure responsable de ce projet de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire. Ce formulaire vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Objectifs et résumé du projet de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec. La détermination d'un plan de traitement d'une plaie est confiée aux infirmières, selon l'activité réservée prévue à cet effet, et nécessite de la part de celles-ci l'exercice d'un jugement clinique éclairé afin de répondre aux besoins du patient et des spécificités des plaies. Les pratiques de soins doivent être appuyées sur des données probantes valides et sur des pratiques exemplaires. Actuellement, le jugement clinique des infirmières n'est pas appuyé sur des pratiques exemplaires adaptées aux plaies néoplasiques puisque celles-ci sont inexistantes. Cependant, elles peuvent forger leur jugement clinique en fonction de leurs expériences personnelles et professionnelles. La gestion des plaies néoplasiques présente tout de même des défis de taille pour les infirmières. Malheureusement, les soins prodigués aux patients atteints de plaies néoplasiques sont catégorisés comme anarchiques et anecdotiques, ce qui occasionne une détérioration de la qualité de vie des patients atteints.

⁷ Dans ce document, le générique féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne autant les femmes que les hommes.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle via vidéoconférence avec l'étudiante-chercheure, d'une durée approximative de 60 minutes. L'entretien sera enregistré audio numériquement. Le moment de l'entrevue sera déterminé par la participante. Vous serez invitée à remplir le formulaire de consentement et un court questionnaire sociodémographique avant la date prévue, afin de bien connaître votre contexte de formation ainsi que votre milieu de travail.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances et de la recherche dans le domaine du soin des plaies néoplasiques est le principal bénéfice prévu à votre participation. Ainsi, vous collaborerez de manière intégrante à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de plaies néoplasiques. L'enrichissement sur le plan professionnel sera considérable.

Risques et inconvénients

La durée de l'entrevue individuelle par vidéoconférence, soit d'une durée approximative de 60 minutes, est le principal inconvénient de l'étude. Également, il est possible qu'en cours d'entrevue, le fait de raconter votre expérience et de discuter du sujet à l'étude puisse faire surgir chez vous des sentiments désagréables. Afin de réduire les effets des émotions vécues par la participante, une feuille d'évaluation sur l'entretien individuel leur sera remise à la fin de la rencontre, et un suivi, au besoin, sera effectué auprès des personnes concernées. Le numéro de téléphone du service social du CLSC de la région de la participante lui sera transmis si elle nécessite un accompagnement psychosocial.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation monétaire n'est offerte.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'attribution d'un code (numéro) sur tous les questionnaires, formulaires et fichiers informatiques. Le registre sur lequel les noms des participantes ont été inscrits pour l'attribution de leur code est conservé sous clé dans un classeur du bureau de la directrice de maîtrise à l'UQTR, comme tous les autres documents reliés à la recherche (consentements, questionnaires sociodémographiques, guide d'entrevue). Les données numériques seront conservées sur un disque dur externe et protégées par un mot de passe.

Les données recueillies seront conservées sur un disque dur et protégées par un mot de passe. Seules l'étudiante-chercheure et la directrice de recherche auront accès aux données. Les données seront détruites cinq ans après le dépôt final du mémoire et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si une participante se retire, les données recueillies seront alors détruites.

Responsables de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Claudelle Gagnon, étudiante à la Maîtrise en Sciences infirmières par courriel : Claudelle.Gagnon@uqtr.ca ou avec Liette St-Pierre, PhD., Professeur au département des Sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'adresse suivante : Liette.St-Pierre@uqtr.ca.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Je, Claudelle Gagnon, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement de la participante

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmières pratiquant au Québec*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. Mes questions ont été répondues à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

- Je consens à être enregistrée audio numériquement lors de l'entretien individuel.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante	Étudiante-chercheuse
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Claudelle Gagnon
Date :	Date :

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participantes qui le désirent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant la fin de l'acceptation du dépôt final du mémoire. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne.

Adresse: _____

Si cette adresse venait à changer, il vous faudrait en informer l'étudiante-rechercheuse.

Annexe C
Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Titre du projet de recherche : Processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmiers et infirmières pratiquant au Québec.

Chercheure responsable du projet de recherche : Claudelle Gagnon, B. Sc. Inf., étudiante M. Sc. Inf., Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Membre de l'équipe de recherche : Liette St-Pierre, PhD., Professeure au département des Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Ce questionnaire sociodémographique sera utilisé afin d'identifier les caractéristiques de l'échantillon à l'étude.

1. Âge :

- | | | |
|--------------|--------------|-------------------|
| a) 20-24 ans | d) 35-39 ans | g) 50-54 ans |
| b) 25-29 ans | e) 40-44 ans | h) 55-59 ans |
| c) 30-34 ans | f) 45-49 ans | i) 60 ans et plus |

2. Sexe :

- a) Homme
- b) Femme

3. Niveau de scolarité :

- a) Collégial
- b) Baccalauréat formation DEC-BAC en cours
- c) Baccalauréat formation DEC-BAC complété
- d) Baccalauréat formation perfectionnement en cours
- e) Baccalauréat formation perfectionnement complété
- f) Baccalauréat formation initiale
- g) Microprogramme de 2^e cycle : _____
- h) Maîtrise : _____
- i) Doctorat : _____



4. Profession :
- a) Infirmière⁸
 - b) Infirmière clinicienne
 - c) Infirmière de niveau maîtrise
 - d) Infirmière pivot en oncologie
 - e) Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence certifiée (stomothérapeute)
 - f) Conseillère en soins infirmiers
 - g) Conseillère cadre en soins infirmiers
 - h) Autre : _____
5. Lieu de pratique (plusieurs réponses peuvent être entourées) :
- a) Soins à domicile
 - b) Radio-oncologie
 - c) Hémato-oncologie
 - d) Centre hospitalier de soins de courte durée
 - e) Enseignement
 - f) Autre : _____
6. Détentrice d'un numéro de prescripteur pour la prescription infirmière:
- a) Oui
 - b) Non
7. Formations en soins des plaies :
- a) Cours universitaire de 45 heures en soins des plaies
 - b) Microprogramme universitaire de 2^e cycle en soins des plaies
 - c) Formation de l'Association canadienne des stomothérapeutes (ACS/infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence certifiée)
 - d) Autre : _____
8. Formations en soins des plaies néoplasiques :
- a) Oui
 - b) Non

⁸ Dans ce document, le générique féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes.



9. Années de pratique en soins des plaies :

10. Nombre d'occasions approximatives dans lesquelles vous avez été exposée à des soins de plaies néoplasiques au cours de la dernière année :

11. Votre niveau d'expérience selon Benner (2003), en soins des plaies néoplasiques :

- a) Novice : « *L'infirmière novice n'a aucune expérience des situations auxquelles elle risque d'être confrontée. Il faut lui donner des règles afin de la guider dans leurs actes. Ainsi, toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni de la pathologie des malades du service.* »
- b) Débutante : « *L'infirmière débutante fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques. Pour orienter une infirmière débutante, de nombreux hôpitaux emploient des tutrices. De cette façon, la débutante peut tirer profit des situations, et apprendre durant cette période à avoir des priorités grâce à des situations marquantes.* »
- c) Compétente : « *L'infirmière compétence travaille dans le même service depuis deux ou trois ans. Elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. Ainsi, pour l'infirmière compétence, un plan établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème.* »
- d) Performante : « *L'infirmière performante perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects. Elle apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. Cette compréhension globale améliore son processus de décision qui devient de moins en moins laborieux parce que l'infirmière possède à présent une perspective lui permettant de savoir lesquels des nombreux aspects et attributs existants sont importants.* »
- e) Experte : « *L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié. L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics.* »

Benner, P. E. (2003). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris]: Masson.

Annexe D
Guide d'entrevue

Guide de l'entrevue semi-dirigée par vidéoconférence et par conférence téléphonique

Objectif de recherche

Explorer le processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein par les infirmiers et infirmières pratiquant au Québec.

Question de recherche

Quelles sont les étapes du jugement clinique utilisées par les infirmiers et infirmières pratiquant au Québec lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein?

1. Que signifie le concept « jugement clinique » selon vous?

P₁ : Comment s'acquiert-il?

2. Quelles sont les étapes vous permettant de déterminer un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein?

Les prochaines questions sont en lien avec modèle du jugement du jugement clinique basé sur la recherche en soins infirmiers de Tanner, élaboré en 2006.

Vous recevez, en consultation, une dame présentant une plaie néoplasique liée à un cancer du sein.

3. Selon la première étape du modèle, comment percevez-vous la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein?

P₁ : Quels seront vos éléments d'évaluation?

P₂ : Quels sont les éléments facilitants la perception de la situation?

P₃ : Quels sont les éléments contraignants la perception de la situation?

4. Selon la deuxième étape du modèle, comment interprétez-vous la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, en référence aux types de raisonnements analytiques, intuitifs et narratifs?

- P₁** : Quels sont les éléments facilitants l'interprétation de la situation clinique?
- P₂** : Quels sont les éléments contraignants l'interprétation de la situation clinique?
5. Selon la troisième étape du modèle, comment répondez-vous à la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein, soit par les interventions devant être posées?
- P₁** : Comment choisissez-vous les interventions à poser dans ce contexte clinique?
- P₂** : Quels sont les éléments facilitants le choix des interventions à poser auprès du patient dans la situation?
- P₃** : Quels sont les éléments contraignants le choix des interventions à poser auprès du patient dans la situation?
6. Selon la quatrième étape du modèle, comment réfléchissez-vous à la situation clinique lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein?
- P₁** : Quels seront vos éléments d'évaluation afin de valider l'efficacité des interventions auprès du patient?
- P₂** : Comment allez-vous évaluer vos apprentissages sur la réflexion des interventions posées?
- P₃** : Quels sont les éléments facilitants la réflexion de la situation clinique?
- P₄** : Quels sont les éléments contraignants la réflexion de la situation?

Annexe E
Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplastique liée à un cancer du sein par les infirmières et les infirmiers pratiquant au Québec

Chercheur(s) : Claudelle Gagnon
 Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-19-263-07.31

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 09 mars 2020 au 09 mars 2021

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.



Bruce Maxwell
Président du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Annexe F

Amendement comité d'éthique de l'UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Décanat de la recherche et de la création

Le 14 mai 2020

Madame Claudelle Gagnon
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplastique liée à un cancer du sein par les infirmières et les infirmiers pratiquant au Québec** (CER-19-263-07.31) en date du 12 mai 2020.

Le comité a accepté les modifications consistant à :

- Retirer le CIUSSS-MCQ comme site de recrutement;
- Recruter via la publication de l'affiche de recrutement sur les réseaux sociaux;
- Faire les entrevues par vidéoconférence;
- Adapter le formulaire d'information et de consentement en conséquence.

Cette décision porte le numéro CER-20-267-08-01.12.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

FL/mct

c. c. Mme Liette St-Pierre, professeure au Département des sciences infirmières

Annexe G

Outil aide-mémoire des éléments à questionner lors de l'évaluation initiale de la patiente atteinte de plaies néoplasiques liée à un cancer du sein pour soutenir les infirmières lors du processus de détermination d'un plan de traitement d'une plaie néoplasique liée à un cancer du sein

Éléments à évaluer		Réalisés
Anamnèse		
1.	Allergies	
2.	Médicaments	
3.	Alimentation	
4.	Tabac/alcool/drogues	
5.	Antécédents de santé médicaux et familiaux	
6.	Médecin de famille	
7.	Médecins spécialisés/IPO/membres de l'équipe de soins au dossier	
8.	Diagnostic/stade du cancer/depuis combien de temps?	
9.	Traitements antérieurs et/ou en cours (chimiothérapie, radiothérapie, pansements, etc.)	
10.	Chirurgies antérieures ou à venir	
11.	Besoins et attentes de la patiente/famille	
12.	Problématique de santé selon la patiente	
13.	Impacts du diagnostic sur les activités de la vie domestique et de la vie quotidienne	
14.	Objectifs de soins de la patiente pré évaluation de la plaie néoplasique	
Financier		
15.	Profession	
16.	Revenus/situation financière	
17.	Assurances privées/régie de l'assurance maladie du Québec	
Social/relationnel		
18.	Réseau de soutien (famille/amis)	
19.	Loisirs	
20.	Situation conjugale/rôle de la patiente	
21.	Ressources communautaires	
Spirituel		
22.	Langue/religion	
23.	Expériences religieuses	
24.	Rituels et pratiques (ex : parle juste aux femmes, conjoint qui répond aux questions, etc.)	
25.	Nécessité d'avoir un traducteur à chaque RDV (si applicable)	
Emotionnel		
26.	Évaluation de la détresse psychologique	
27.	Cheminement depuis diagnostic	
28.	Compréhension du diagnostic et des effets secondaires/complémentaires	
29.	Suivi en cours (si applicable)	
30.	Estime de soi	
31.	Image corporelle	
32.	Sexualité	
33.	Perception de l'état de santé	

Plaie néoplasique		
34.	<u>Étiologie de la plaie</u>	
35.	Traitements utilisés à domicile pour la gestion des symptômes de la plaie (si applicable)	
36.	Date d'apparition de la plaie néoplasique	
37.	Localisation	
38.	Dimensions	
39.	Type de plaie : cavitaire, protubérante, superficielle	
40.	Lit de plaie	
41.	Bords de la plaie	
42.	<u>Peau environnante :</u> - Plaies satellites - Pourtour cutané	
43.	<u>Douleur (PQRSTU) :</u> - Provoquée/palliée - Quantité/qualité - Région/irradiation - Signes/symptômes - Temps/durée - <i>Understanding/compréhension</i> du patient	
44.	<u>Odeurs (post nettoyage) :</u> - Absence ou présence	
45.	<u>Exsudat :</u> - Quantité (en pourcentage) - Qualité	
46.	<u>Saignement :</u> - Contrôlé ou actif - Quantité (en pourcentage) - Qualité	
47.	<u>Signes d'infection :</u> - Augmentation des odeurs - Augmentation de l'exsudat - Apparition d'une rougeur au pourtour cutanée - Fièvre	Oui
48.	<u>Objectifs de soins à établir avec la patiente (à cocher ceux ciblés) :</u> - Gestion des odeurs - Gestion de l'exsudat - Gestion des saignements - Gestion de la douleur - Optimisation du confort - Objectif esthétique	Non
Autres éléments évalués		