

Travail de Bachelor

L'ulcère veineux

Quand la douleur perturbe la vie quotidienne

Revue de la littérature

Réalisé par : Valentine Frossard

Promotion : Bachelor 14

Sous la direction de : Mme Christine Seppey

Sion le 10 juillet 2017

1. Résumé

L'ulcère veineux est la conséquence de l'insuffisance veineuse chronique. Il touche un grand nombre de patients et sa prévalence augmente avec l'âge. Il est le type d'ulcère le plus rencontré par les soignants. L'ulcère veineux a des conséquences négatives sur la qualité de vie, il engendre de fortes douleurs. Le but de cette revue de la littérature est d'explorer l'impact de la douleur sur la qualité de vie des patients atteints d'ulcère veineux dans leur milieu de vie.

Six études provenant des bases de données CINAHL et Pubmed, publiées dans les cinq dernières années, ont été analysées. La population ciblée est la personne âgée de soixante-cinq ans et plus avec un ulcère veineux dans son milieu de vie.

Les deux études qualitatives ont permis de comprendre le point de vue des patients. Tandis que les quatre études quantitatives nous apportent des informations au sujet de l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie.

Les résultats ont mis en évidence la douleur comme symptôme dominant. Elle modifie les activités du quotidien, le sommeil, la santé physique et psychique des patients. Diverses stratégies de coping sont énoncées. La relation avec les soignants en fait partie.

Une prise en charge holistique de l'ulcère veineux comprend l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie. En invitant le patient à s'exprimer, l'infirmière crée une relation de confiance et d'espoir. Il se sentira plus soutenu et mieux compris. Ensemble, ils travailleront dans un but commun afin de rendre le quotidien du patient plus agréable.

Mots-clés : ulcère veineux, douleur, qualité de vie, soins infirmiers, personne âgée et soins

2. Remerciements

Je remercie Mme Christine Seppey pour sa disponibilité, son soutien et son aide tout au long de ce travail.

Je remercie les personnes qui ont relu ce travail.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue durant l'élaboration de cette revue.

3. Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers à la Haute Ecole de santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0. »

Sion le 10 juillet 2017

Signature

Table des matières

1. Résumé	1
2. Remerciements.....	2
3. Déclaration	3
4. Introduction.....	6
4.1. Problématique	7
4.2. Etat de la question.....	8
4.3. Question de recherche	9
4.4. But de la recherche.....	9
5. Cadre théorique	10
5.1. La douleur	10
5.1.1. La douleur chez la personne âgée	12
5.1.2. Evaluation de la douleur.....	13
5.1.3. Échelles d'auto-évaluations unidimensionnelles et multidimensionnelles	14
5.2. La qualité de vie	15
5.2.1. Échelles d'évaluation de la qualité de vie	15
5.3. La théorie du Caring	17
6. Méthode	19
6.1. Devis de recherche.....	19
6.2. Collecte des données	19
6.3. Sélection des données	20
6.4. Analyse des données	21
6.5. Études retenues pour la revue de la littérature.....	22
7. Résultats.....	23
7.1. Description de l'étude N°1 :	23
7.1.1. Validité méthodologique	24
7.1.2. Pertinence clinique.....	25
7.2. Description de l'étude N°2 :	26
7.2.1. Validité méthodologique.....	27
7.2.2. Pertinence clinique.....	27
7.3. Description de l'étude N°3 :	28

7.3.1.	Validité méthodologique	29
7.3.2.	Pertinence clinique	30
7.4.	Description de l'étude N°4 :	30
7.4.1.	Validité méthodologique	32
7.4.2.	Pertinence clinique	32
7.5.	Description de l'étude N°5 :	33
7.5.1.	Validité méthodologique	34
7.5.2.	Pertinence clinique	35
7.6.	Description de l'étude 6 :	35
7.6.1.	Validité méthodologique	36
7.6.2.	Pertinence clinique	37
7.7.	Synthèse des principaux résultats	38
8.	Discussion	40
8.1.	Discussion des résultats	40
8.2.	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	43
8.3.	Limites et critiques de la revue de la littérature	43
9.	Conclusion	44
9.1.	Propositions pour la pratique	44
9.2.	Propositions pour la formation	44
9.3.	Propositions pour la recherche	45
10.	Bibliographie	46
11.	Cyberographie	51
12.	Annexes	52
	Annexe I : Tableaux de recensions	52
	Annexe II : Synthèse des études	58
	Annexe III : Glossaire méthodologique	60
	Annexe IV : Classification CEAP	66
	Annexe V : Caritas process de Jean Watson en français	67
	Annexe VI : Echelle de la douleur	68

4. Introduction

La personne âgée est définie par son âge lorsqu'elle atteint la retraite professionnelle (Paillard, 2016, p. 314). Il existe trois sous-groupes dans cette population. Le troisième âge de 65 à 75 ans, le quatrième âge de 75 à 85 ans et le cinquième âge à partir de 85 ans jusqu'à la mort (Bee & Boyd, 2012, p. 384).

Aujourd'hui, la prolongation de la durée de vie due à l'amélioration des conditions d'existence provoque l'apparition de nouvelles pathologies. Pour un nombre important de personnes âgées, cette existence rallongée les confronte à la douleur, la maladie, la solitude et la souffrance. En effet, les personnes âgées sont plus vulnérables à la douleur. Cette dernière peut affecter leurs capacités physiques ainsi que leurs capacités de jugement et de décision. Aux maux physiques s'ajoute une douleur morale. Les personnes perdent petit à petit leur autonomie et se retrouvent dépendantes d'autrui (Kouchner, Sebag-Lanoë, Wary, & Mischlich, 2002).

Les affections veineuses sont des pathologies rencontrées par les personnes âgées. Elles sont des anomalies du retour veineux et peuvent survenir lors de l'altération des valves, lors de l'obstruction d'une veine ou lors d'une combinaison de ces deux mécanismes. La classification CEAP (clinique, étiologie, anatomie et physiopathologie) permet de préciser les différents stades de ces affections.

L'insuffisance veineuse chronique est une affection veineuse, elle correspond au stade C3 dans la classification CEAP. Elle se manifeste par des membres inférieurs œdématiés sans trouble trophique. Elle peut évoluer jusqu'à une altération cutanée. On parle d'ulcère veineux au stade C6 (Glauser, Codreanu, Tribout, Depairon, & Mazzolai, 2012, p. 306-307).

Les facteurs de risques liés à la maladie veineuse sont controversés. Une grande partie de la littérature nous dit qu'une anamnèse familiale positive, des antécédents de thrombose veineuse, l'âge, le surpoids sont des facteurs de risque de l'insuffisance veineuse.

Des facteurs environnementaux tels qu'une position assise prolongée ou alors de longues périodes debout ainsi que le mode de vie des pays industrialisés influencent l'apparition des varices.

L'insuffisance veineuse chronique est souvent associée au sexe féminin car le nombre de grossesses augmente l'apparition de varices et ainsi le risque d'insuffisance veineuse.

Enfin, tous les auteurs se sont accordés sur le fait que, la prévalence des affections veineuses augmente avec l'âge (Engelberger et al., 2016, p. 338; Eberhardt & Raffetto, 2014, p. 333; Läuchli, Mazzolai, & Traber, 2009, p. 665).

4.1. Problématique

Lorsqu'on parle d'ulcère des membres inférieurs, 70% sont dus à une insuffisance veineuse chronique alors que 10% sont la conséquence d'une maladie artérielle (Zellweger, 2011, p. 133). Il est estimé que 5 à 8% de la population à travers le monde souffre d'une maladie veineuse dont 1% développe un ulcère. Ce risque augmente de 4% pour la population de 65 ans et plus (De Araújo, Yoshida, Abbade, & Deffune, 2013, p. 186). L'impact socio-économique est important, les séjours en milieu hospitalier liés à l'ulcère ont été estimés à 22 jours et coutent environ Fr. 26'000.– par patient (Noël, 2005, p. 1).

Le traitement d'un ulcère peut durer des mois voire des années. Il n'est pas rare que celui-ci récidive. Certains patients doivent arrêter de travailler pour le soigner, d'autres se retirent complètement du monde du travail. Dans une étude menée au Brésil, l'âge moyen d'une retraite forcée en lien avec un ulcère veineux est de 54,8 ans et le temps moyen d'un arrêt de travail pour traiter celui-ci est de 18,4 mois (De Araújo et al., 2013, p. 186).

Étant donné le caractère chronique de l'ulcère, 80% des cas sont traités par des infirmières à domicile (Zellweger, 2011, p. 134). Les personnes âgées en sont la cible. Selon l'office fédéral de la statistique, en Suisse, le nombre de personnes âgées ne cessera pas d'augmenter dans les prochaines années. Ceci est dû à l'allongement de l'espérance de vie, à l'accroissement naturel de la population et au flux migratoire (Office fédéral de la statistique, 2016).

Les soignants sont présents pour traiter la plaie mais pas seulement. Ils aident également le patient à trouver des solutions pour éviter les complications et diminuer les conséquences de celles-ci sur la vie de tous les jours. En effet, l'ulcère veineux a un impact négatif sur la qualité de vie de la personne. Il engendre de fortes douleurs auxquelles s'ajoutent notamment celles liées à la réfection du pansement (Panfil & Von Siebenthal, 2010, p. 37). Les douleurs de plaie d'ulcère sont sournoises. Elles se manifestent au repos de manière continue ou intermittente. Ces dernières sont liées à la maladie sous-jacente (l'insuffisance veineuse chronique). D'autres pathologies peuvent venir les amplifier comme l'arthrite rhumatoïde ou, par exemple, chez la personne diabétique, une complication neuropathique. L'European Wound Management Association, dans son document « la douleur au changement d'un pansement », publie les résultats d'une enquête internationale qui a recolté l'avis des soignants sur « la douleur et les traumatismes liés aux plaies ainsi que leurs liens avec les pansements ». Sur 11 pays participants, 9 ont estimé que l'ulcère de jambe est la plaie la plus douloureuse (European Wound Management Association, 2002, p. 4).

4.2. Etat de la question

Selon Debbie Maddox, auteure de la revue de la littérature « Effects of venous leg ulceration on patients'quality life » en 2012, la douleur est l'un des principaux symptômes répertoriés dans les études analysant l'expérience individuelle des patients avec un ulcère veineux. Il en ressort que la douleur a un effet négatif sur la qualité de vie du patient et sur la guérison de la plaie. En effet, la cicatrisation de cette dernière est conséquente à l'intensité de la douleur. Le mécanisme n'est pas encore bien compris mais les cytokines, cellules pro inflammatoires, diminueraient progressivement avec la progression de la cicatrisation (European Wound Management Association, 2008, p. 12).

Ressentie la nuit, la douleur provoque des insomnies. Elle restreint les activités de la vie quotidienne telles que la marche ou le sport. Les patients la décrivent comme « horrible » ou « affreuse au point que l'ulcère contrôle leur vie ». Un impact aussi fort engendre logiquement la consommation de traitements antalgiques.

Des fuites d'exsudat et des odeurs venant de la plaie ont été relevées et associées à un effet négatif sur la qualité de vie. En effet, ceux-ci engendrent un sentiment de dégoût et de honte qui conduit à un retrait social de la part du patient.

Etant donné les conséquences physiques, sociales et psychologiques de l'ulcère, il est aisé de comprendre que les personnes atteintes d'un ulcère veineux sont plus à risque de souffrir de dépression (Maddox, 2012, p. 43-47).

Il y a une différence entre le souhait du patient qui cherche un certain confort de vie et celui de l'infirmière qui veut atteindre la guérison de la plaie. Trop souvent les patients se sentent incompris par l'infirmière. Cette dernière sera plus efficace en intégrant dans ses soins l'effet de la douleur liée à la plaie chronique sur la vie du patient. Ainsi, l'utilisation régulière et approfondie d'un outil d'estimation de la douleur combiné à une évaluation de la qualité de vie est essentielle. Par exemple, si elle évalue une douleur élevée lors de la réfection du pansement, elle pourra planifier une antalgie précoce afin de limiter les conséquences liées aux soins de plaies (Maddox, 2012, p. 47-48; Panfil & Von Siebenthal, 2010, p. 39).

L'objectif principal du soignant devrait être axé sur des soins appropriés visant le confort du patient et de ses proches afin de leur permettre de vivre au mieux avec la plaie (Panfil & Von Siebenthal, 2010, p. 39). L'harmonisation des soins et des souhaits du patient permettra d'améliorer sa qualité de vie.

4.3. Question de recherche

Quel est l'impact de la douleur sur la qualité de vie des personnes âgées porteuses d'un ulcère veineux dans leur milieu de vie ?

4.4. But de la recherche

Cette revue de la littérature de type exploratoire est une initiation à la recherche scientifique. Son but est de comprendre comment les personnes âgées touchées par un ulcère veineux vivent avec les douleurs liées à cette plaie.

L'évaluation de ce symptôme ayant des effets négatifs sur la qualité de vie, permettra de mettre en lumière leurs besoins spécifiques et les moyens efficaces mis en place par des infirmières pour diminuer son impact.

5. Cadre théorique

En regard de la problématique énoncée, je vais développer plusieurs concepts. Je commencerai par définir la douleur liée à la plaie d'ulcère car cette dernière est la base du travail. Ce sont ses répercussions qui seront analysées. Ensuite, je définirai la qualité de vie. Enfin, je terminerai avec la théorie du Caring de Jean Watson, modèle d'une prise en charge humaniste et relationnelle.

5.1. La douleur

La douleur a été définie par l'International Association for the Study of Pain comme étant ; « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (Institut UPSA de la douleur, 2007, p. 9). Par cette définition, même si l'atteinte physique n'est pas présente, la douleur reste authentique car quelle que soit son étiologie, elle reste un phénomène subjectif.

La douleur est multidimensionnelle. Premièrement, la dimension sensorielle informe sur les perceptions physiques, l'intensité, la localisation et la qualité. Souvent, des lésions nerveuses l'accompagnent et modifient les sensations (douleurs neuropathiques). Une perception d'ordinaire insensible peut devenir douloureuse par exemple : le simple contact d'un vêtement, un courant d'air ou l'effleurement de la peau au pourtour de la plaie peut être très douloureux pour le patient. Ce phénomène est appelé l'allodynie.

Deuxièmement, la dimension affective de la douleur reflète l'impact émotionnel de celle-ci sur le patient. La peur, le stress, l'anxiété et la fatigue sont des sentiments pouvant augmenter ou être augmentés par celle-ci.

Ensuite, la composante cognitive représente les croyances et les attitudes des patients vis-à-vis de leur douleur. Des expériences négatives de douleur engendrent du stress, de l'anxiété, de la peur et peuvent laisser des souvenirs pénibles qui généreront de la difficulté à faire face une nouvelle fois à celle-ci.

Enfin, la dimension socio-culturelle prend en compte l'impact de la douleur sur la famille, les amis et le travail (European Wound Management Association, 2002, p. 13-14).

La physiologie de la douleur est un phénomène complexe. La connaître semble essentiel pour comprendre le ressenti de la personne et la traiter du mieux possible.

Il existe deux types de douleurs chez les patients atteints de plaies chroniques : la douleur nociceptive et la douleur neuropathique. Parfois ces deux types peuvent se combiner.

La douleur nociceptive est une douleur liée à une lésion tissulaire. Celle-ci est utile, elle a un rôle protecteur et avertit l'organisme de l'atteinte présente. Les nocicepteurs sont les récepteurs sensoriels de la douleur situés dans les tissus. Après leur activation, la sensation de douleur est acheminée jusqu'à la corne dorsale de la moelle épinière par des fibres finement myélinisées appelées « A delta » et des fibres amyélinisées appelées « C ». Par la suite, des voies ascendantes transmettent les stimuli nociceptifs jusqu'au système nerveux central.

La douleur nociceptive est limitée dans le temps alors qu'une douleur qui persiste au-delà de sept semaines devient chronique et perd sa fonction de protection. Elle est liée à des modifications dans le système nerveux central qui provoquent une augmentation de la perception des stimuli sensoriels douloureux.

La douleur neuropathique se distingue de la douleur nociceptive car elle ne répond pas à un traitement antalgique ordinaire. Elle est associée à une lésion d'un nerf périphérique ou d'une région du système nerveux central. Dans ce cas, une gestion pharmacologique par un spécialiste est nécessaire afin de la diagnostiquer et de la traiter correctement. Le questionnaire DN4 permet de diagnostiquer une douleur neuropathique en 10 items (European Wound Management Association, 2002, p. 8-9; Zellweger, 2011, p. 21-22).

Dans le document « la douleur au changement d'un pansement » de l'European Wound Management Association, la douleur liée au retrait du pansement est classée comme étant le moment le plus douloureux (p.4). En effet, le pansement peut adhérer à la plaie ou agresser la peau. La douleur peut être ressentie au moment du débridement de la plaie ou lors de son nettoyage. Comme la douleur est multidimensionnelle, il incombe aux professionnels d'approcher le soin par une évaluation quantitative et holistique de celle-ci. Définir son type et connaître sa physiopathologie est important car, le phénomène d'allodynie cité précédemment peut l'amplifier.

Il existe de nombreuses possibilités pour la gérer. Une évaluation précise de cette dernière, une antalgie adaptée, les connaissances des techniques de soins et la maîtrise du matériel récent, du respect et de l'empathie peuvent prétendre faciliter le bon déroulement de cette procédure (European Wound Management Association, 2002, p. 12-17).

5.1.1. La douleur chez la personne âgée

Le vieillissement est :

Processus physiologique, psychologique et social que subit normalement tout organisme vivant dans la dernière période de sa vie. Il se manifeste par une diminution de la fonction de chaque organe et des grandes fonctions corporelles selon des rythmes propre à chaque personne. C'est un processus dynamique qui intègre les notions de vie et de temporalité et donc la problématique de la mort et le repli narcissique (Paillard, 2016, p. 481).

La sénescence définit le vieillissement naturel de l'organisme, les pertes progressives que celui-ci subit. Les sens sont touchés, la vision et l'audition sont atteintes alors que la perte du goût est liée à la diminution olfactive. Le sommeil change, celui-ci est moins performant. Les tâches du quotidien sont effectuées plus lentement car les dendrites sont moins nombreuses (Bee & Boyd, 2012). Avec l'âge, le système nerveux périphérique subit lui aussi des modifications, ce qui joue un rôle dans la perception de la douleur ainsi que dans le processus de sa chronicité. Une diminution du nombre de fibres nerveuses myélinisées et amyélinisées et des changements au niveau de leurs gaines de myéline altérant leur isolation ont été constatés. Ces modifications entraînent une diminution de la vitesse de conduction nerveuse. C'est pourquoi les personnes âgées réagissent plus tardivement à des stimuli douloureux et définissent moins facilement la localisation d'une douleur aiguë.

La peau de la personne âgée s'amincit. La microcirculation et la concentration de neurotransmetteurs en périphérie diminuent et contribuent à la modification de la perception de la douleur.

Les systèmes cholinergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques sont tous les trois impliqués dans l'inhibition des douleurs transmises par le système nerveux central mais avec l'âge, ils deviennent altérés. La sécrétion d'opioïdes endogènes est elle aussi diminuée. Ainsi, l'organisme de la personne âgée devient plus vulnérable à l'intensité ainsi qu'à la chronicisation de la douleur. Les comorbidités importantes et la consommation de médicaments augmentent les causes possibles de douleurs. Ces modifications amplifient la difficulté à définir la cause ainsi que la localisation des douleurs (Felder, Krähenbühl, Kunz, Lampert, & Stiefel, 2010, p. 6-15).

5.1.2. Evaluation de la douleur

La douleur n'est pas un mal inévitable du grand âge. La complexité liée à sa perception et à celle liée à sa localisation engendrent la nécessité d'une évaluation adaptée à l'aide d'un instrument adéquat. Ceci permettra une prise en charge optimale et une meilleure qualité de vie au sein de cette population.

La douleur est une expérience personnelle, seule la personne qui la vit peut en parler. Cependant, il peut être difficile de mettre des mots sur celle-ci. Afin de rendre objectif ce phénomène subjectif, il existe des échelles d'auto-évaluations (Kouchner, Sebag-Lanoë, Wary, & Mischlich, 2002, p. 203). Grâce à l'évaluation de sa douleur, le patient se sent impliqué car il peut exprimer son ressenti qui est pris en compte. L'intérêt de cette évaluation est l'adaptation du traitement thérapeutique qui s'en suit et sa réévaluation régulière. Les échelles d'auto-évaluations sont utilisées avec des patients coopératifs, capables de comprendre le lien entre leur douleur et son évaluation par une échelle visuelle ou verbale. Elles sont à privilégier.

Lorsque le patient n'est pas en mesure de communiquer, des échelles d'hétéro-évaluations sont utilisées. Ces échelles se basent toutes sur l'observation. Leur utilisation nécessite une formation par les soignants car le résultat ne doit pas refléter leurs interprétations. Un changement de comportement chez une personne non communicante doit faire suspecter la présence de douleur (Wary & Villard, 2006, p. 173-174).

En 2000, la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, conseille d'utiliser l'échelle Doloplus ou ECPA (échelle comportementale pour personnes âgées) dans l'évaluation des personnes âgées ayant des troubles de communication verbale (Haute Autorité de Santé, 2000, p. 6).

Certes les patients atteints de troubles cognitifs peuvent présenter des ulcères veineux. Cependant, cette population ne fait pas partie des échantillons pris en considération dans les études qui suivront, c'est pourquoi ces échelles sont seulement mentionnées.

Il est important que le soignant utilise toujours la même échelle pour un même patient afin de récolter des données fiables et comparables.

5.1.3. Échelles d'auto-évaluations unidimensionnelles et multidimensionnelles

Échelle visuelle analogique (EVA)

Elle est la plus connue et la plus sensible. Elle est présentée soit sous forme écrite soit sous forme de réglette. Une extrémité représente une douleur maximale et l'autre représente l'absence de douleur. Un curseur permet au malade de situer sa douleur entre ces deux points. Au dos de l'échelle, une cotation millimétrique permet au soignant de relever l'intensité de celle-ci. Employée verticalement, elle est mieux comprise par les personnes âgées (Kouchner et al., 2002, p. 204-205).

Échelle numérique (EN)

Cette dernière est utilisée en deuxième intention si l'EVA est mal comprise. Elle permet de quantifier la douleur entre 0 (absente) et 10 (maximale). Elle peut s'utiliser oralement ou sur papier. Sa sensibilité est moins élevée car elle offre seulement onze degrés de douleurs (Kouchner et al., 2002, p. 205-206).

Échelle verbale simple (EVS)

Elle est la moins sensible des trois présentées car seulement 4 ou 5 réponses sont possibles. Cependant elle reste la plus simple à comprendre. Exposée sous forme de réglette, les adjectifs affichés donnent une évaluation de la douleur : absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense. Ces qualificatifs ne doivent pas avoir de connotations émotionnelles (exemples ; atroce, insupportable). Car ceci modifierait la spécificité de l'échelle (Kouchner et al., 2002, p. 206).

Le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA)

C'est une échelle qualitative, elle permet une évaluation multidimensionnelle de la douleur. Les domaines sensoriels et affectifs y sont représentés. Elle contient 61 qualificatifs, qui permettent d'orienter le diagnostic du type de douleur. Par exemple, si le patient entoure les termes «décharges électrique», «brûlure», «fourmillement» cela évoquera une douleur neuropathique. Chaque qualificatif peut être évalué de 0 à 4 : absente, faible, modérée, forte, extrêmement forte. Ainsi, en plus des valeurs qualitatives, on obtient une évaluation quantitative des termes choisis par le patient pour décrire sa douleur.

Il est nécessaire de s'assurer du niveau de compréhension du patient et de sa coopération car la durée de remplissage du questionnaire peut être relativement longue (Kouchner et al., 2002, p. 207-210).

5.2. La qualité de vie

La douleur a un impact négatif sur la qualité de vie, c'est pourquoi elle est très souvent évaluée dans ces questionnaires. En 1993, l'OMS donne cette définition de la qualité de vie :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes ».

Ce concept relativement récent dans le milieu médical est lié à l'augmentation des maladies chroniques ainsi qu'au vieillissement de la population. C'est un concept abstrait car il renvoie à la perception du patient sur son bien-être. Il est également défini dans le temps étant donné que ce n'est pas un état stable et qu'il évolue en permanence. Il est aussi multidimensionnel car plusieurs aspects sont pris en considération (Jovic & Formarier, 2012, p. 260- 261).

Dans son questionnaire d'évaluation de la qualité de vie « the World Health Organization Quality of Life » (WHOQOL), l'OMS prend en compte 6 domaines : l'état physique, l'état psychologique, le niveau de dépendance, les rapports sociaux, l'environnement ainsi que la spiritualité et les croyances personnelles (Group, 1996, p. 385). La qualité de vie ne s'arrête pas à la notion « d'être en bonne santé », elle tient compte de tous ces différents domaines.

Alain Leplège, dans son livre « les mesures de la qualité de vie », dit qu'elle est définie par rapport aux besoins perçus par le patient. De ce fait, il est nécessaire de comprendre les attentes importantes pour lui et non pas celles identifiées par les soignants. Cela reflète la difficulté d'une liste consensuelle de critères mesurant la qualité de vie tant ceux-ci sont personnels.

Au-delà de ces différentes définitions, la mesure de la qualité de vie a toujours le même but ; elle permet de refléter l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne du patient (Leplège, 1999, p. 20-25).

5.2.1. Échelles d'évaluation de la qualité de vie

Cazaubon et Allaert (2003) dans leur recherche « retentissement de la maladie veineuse chronique sur la qualité de vie », citent une étude de Franks P.J et Moffat C.J. Celle-ci a été réalisée en 2001 pour évaluer la qualité de vie chez 400 patients atteints d'ulcères veineux et son amélioration sous l'effet de la contention forte.

Les deux chercheurs ont utilisé deux échelles : la « Medical Outcome Study Short Form-36 » (MOS SF-36) et la Nottingham Health Profile (NHP). Elles sont dites non spécifiques ou génériques et peuvent être utilisées avec toutes les formes de pathologies. En conclusion, les auteurs conseillent d'utiliser la NHP car elle est plus sensible que la SF-36 pour exprimer l'amélioration de la qualité de vie liée au traitement de l'ulcère (Cazaubon & Allaert, 2003, p. 162).

La NHP contient 38 questions réparties dans 6 domaines différents qui sont : la douleur, la mobilité physique, les réactions émotionnelles, l'énergie, l'isolement social et le sommeil. La SF-36 contient 36 items et tient compte de 8 domaines : la douleur, les fonctions physiques, les limites liées aux problèmes physiques, la santé mentale, les limites dues aux problèmes émotionnels, la vitalité, les relations sociales et la santé générale. Dans ces deux questionnaires, les patients doivent simplement répondre par oui ou par non aux diverses questions (Klevsgård, Fröberg, Risberg, & Hallberg, 2002, p. 311).

En 2007, l'enquête trajectoire a évalué l'impact de l'ulcère veineux sur la qualité de vie des patients, 1005 personnes ont été recrutées. Leur qualité de vie a été appréciée à deux reprises : lors de la visite initiale et lors de la visite finale. Celle-ci a été analysée en regard de l'évolution de la plaie (amélioration, stagnation, dégradation).

Le questionnaire choisi, l'EuroQol 5D, avait déjà été utilisé dans d'autres recherches sur le traitement des plaies d'ulcère. C'est une échelle non spécifique qualitative car elle tient compte du ressenti du patient dans 5 domaines : la mobilité, l'autonomie, les activités, la douleur et l'inconfort, l'anxiété et la dépression. Elle est également quantitative car le patient utilise une échelle visuelle analogique afin de quantifier son état de santé au moment du test. Elle est simple et rapide à utiliser.

Lors de la visite initiale, les dimensions de la qualité de vie les plus affectées par la plaie étaient la douleur, l'inconfort ainsi que l'anxiété et la dépression. Après 44 jours de traitements, 63.7% des ulcères s'étaient améliorés si bien que l'évaluation de la qualité de vie se trouva meilleure.

Cette étude montre significativement l'impact négatif de l'ulcère veineux sur la qualité de vie des patients qui en sont porteurs. En conclusion, comme l'amélioration de la qualité de vie est en lien avec l'efficacité clinique du traitement, les auteurs disent que l'appréciation de la qualité de vie devrait être le moyen d'évaluation de l'efficacité du pansement (Dompmartin, Thirion, Zagnoli, & Kerihuel, 2007).

Le questionnaire « Charing Cross Venous Ulcer » permet d'évaluer la qualité de vie des patients porteurs d'ulcère veineux. C'est un outil spécifique à cette pathologie. Ce dernier n'a pas été validé. Dans sa revue de la littérature « qualité de vie et ulcère de jambe »

Mielczarek (2009) retrouve ce questionnaire dans une seule étude sur douze articles sélectionnés.

À la suite de son analyse, il recommande l'utilisation d'une échelle non spécifique pour évaluer la qualité de vie des patients souffrant d'un ulcère veineux. La NHP et la SF-36 sont toutes deux validées, l'outil qui a été le plus utilisé dans sa revue est l'SF-36 (Mielczarek, 2009).

5.3. La théorie du Caring

La théorie du Caring proposée par Jean Watson, permet de pallier à la différence entre le souhait du patient qui cherche un certain confort de vie et celui de l'infirmière qui veut atteindre la guérison de la plaie. Elle invite les soignants à connaître le patient dans ses sphères : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Cette prise en charge holistique permet des soins de qualité (Watson, 1998, p. 10).

Le Caring fait partie du paradigme de la transformation. Jean Watson avec sa théorie Human Caring en est une représentation. Cette théorie offre une manière de travailler mettant en avant une approche humaine et relationnelle. Par leurs actions et intuitions, les infirmières peuvent anticiper l'amélioration ou la dégradation d'une situation. Elles font preuve de respect, d'empathie, et tiennent compte des valeurs et des croyances des patients. Le partage vécu entre l'infirmière et le patient augmente son sentiment « d'être » (Pépin, 2010, p. 69-70).

Le changement et les interactions y sont perpétuels. Les soignants évoluant dans ce paradigme considèrent l'expérience du patient comme le point de départ de leurs actions. Ces dernières sont réfléchies et tiennent compte de l'avis du patient (Pépin, 2010, p. 30). Certes, l'infirmière détient des connaissances et des compétences mais elle priorise les besoins et les préoccupations du malade. Elle crée des conditions propices aux changements (Pépin, 2010, p. 43).

Selon Jean Watson, la personne est un être qui perçoit des choses et qui vit des expériences. Elle est composée de trois sphères : l'âme, le corps et l'esprit. Sa santé est définie par l'harmonie entre ses trois sphères. Ainsi, le but des soins infirmiers est d'aider le patient à atteindre cette harmonie (Pépin, 2010, p. 70-71).

Jean Watson propose dix « facteurs caratifs » qui permettent de prodiguer des soins aux patients, en opposition au terme curatif qui, lui, traite la maladie des patients.

Récemment, dix « Caritas Processes » correspondant aux « facteurs caratifs » ont été ajoutés afin de guider l'infirmière à prodiguer des soins empreints de Caring. Ces derniers apportent les valeurs, la vision et la philosophie que cette théorie met en avant (Watson, 2010, p. 2).

L'un des "Caritas Process" dit: « being present to and supportive of the expression of positive and negative feelings ». La qualité de la relation est un élément déterminant dans les soins, la communication est le premier outil de travail de l'infirmière. Afin que le patient se sente soutenu et compris dans un environnement sécurisé, le développement d'une relation d'aide et de confiance est fondamental. Être à l'écoute de l'expérience vécue par le patient et répondre avec sincérité à ses questions lui permettent d'exprimer son ressenti et de calmer ses peurs et ses inquiétudes. Tous ces comportements sont recommandés par Jean Watson pour pratiquer une relation de Caring (Watson, 1998, 2010, p. 4).

Un soignant mettant en pratique cette théorie comprend les besoins de son patient. Il crée un environnement de confiance, favorisant l'expression des émotions ressenties et des expériences vécues. Le sentiment d'incompréhension que le patient porteur d'un ulcère veineux ressent envers son infirmière sera diminué. Ensemble, ils travaillent à un but commun dans une relation empreinte de Caring.

6. Méthode

6.1. Devis de recherche

Ce travail est une revue de la littérature qui va permettre de répondre à la question de recherche posée dans la problématique. Pour cela, six études ont été retenues. Cinq sont issues de la recherche en sciences infirmières et une est non disciplinaire (Hellström, Nilsson, Nilsson, & Fagerström, 2016). Toutes ont permis de répondre à la question de recherche.

Deux d'entre elles proviennent de la recherche qualitative faisant partie du paradigme naturaliste et quatre proviennent de la recherche quantitative liée au paradigme positiviste. La qualité de vie et la douleur sont subjectives mais peuvent être mesurées grâce à des échelles, c'est ainsi que la décision a été prise de faire une étude alliant ces deux types de devis de recherche.

Dans le paradigme positiviste, la réalité est objective et tout phénomène peut être expliqué par la cause et l'effet alors que dans le paradigme naturaliste, la réalité est multiple et se construit sur les perceptions individuelles (Fortin, 2010, p. 25).

6.2. Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée de mi-février à début avril 2017. Les bases de données suivantes ont été consultées : CINAHL, PubMed, BDSP, EMBASE.

Les recherches avec des mots clés en français se sont rapidement révélées infructueuses. Elles se sont poursuivies avec des mots clés en anglais en utilisant l'opérateur booléen « and ». Les mots clés utilisés et combinés étaient les suivants : « venous leg ulcers », « pain », « quality of life », « old people ».

Bases de données	Mots clés	Articles trouvés	Etudes retenues
PubMed	venous leg ulcers and pain and quality of life	23	suite à la lecture du résumé et selon les critères d'inclusion deux études ont été retenues
PubMed	venous leg ulcers and quality of life	66	suite à la lecture du résumé et selon les critères d'inclusion une étude a été retenue
CINAHL	venous leg ulcers and pain	71	suite à la lecture du résumé et selon les critères d'inclusion deux études ont été retenues

Bases de données	Mots clés	Articles trouvés	Etudes retenues
CINAHL	venous leg ulcers and old people and pain	1	suite à la lecture du résumé et selon les critères d'inclusion une étude a été retenue
BDSP	ulcère veineux et douleur	1	étude non retenue car elle n'est pas disciplinaire

6.3. Sélection des données

Comme citée, la sélection des études s'est faite suite à la lecture des résumés et selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis :

critères d'inclusion	critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - source primaire - publication entre 2012 – 2017 - patient avec ulcère veineux - population âgée de 65 ans et plus - langue : français et anglais - milieu de vie : domicile ou EMS 	<ul style="list-style-type: none"> - revue de la littérature - méta analyse ou méta synthèse - patient avec ulcère artériel ou diabétique - publication avant 2012

Dans une étude choisie, les critères d'inclusion de l'échantillon n'excluent pas les ulcères artériels, mixtes ou diabétiques. Cependant, elle a été retenue car les ulcères veineux sont répertoriés en plus grand nombre au sein de l'échantillon. Elle apporte un éclairage sur l'impact de la douleur sur la qualité de vie des patients atteints d'ulcère veineux.

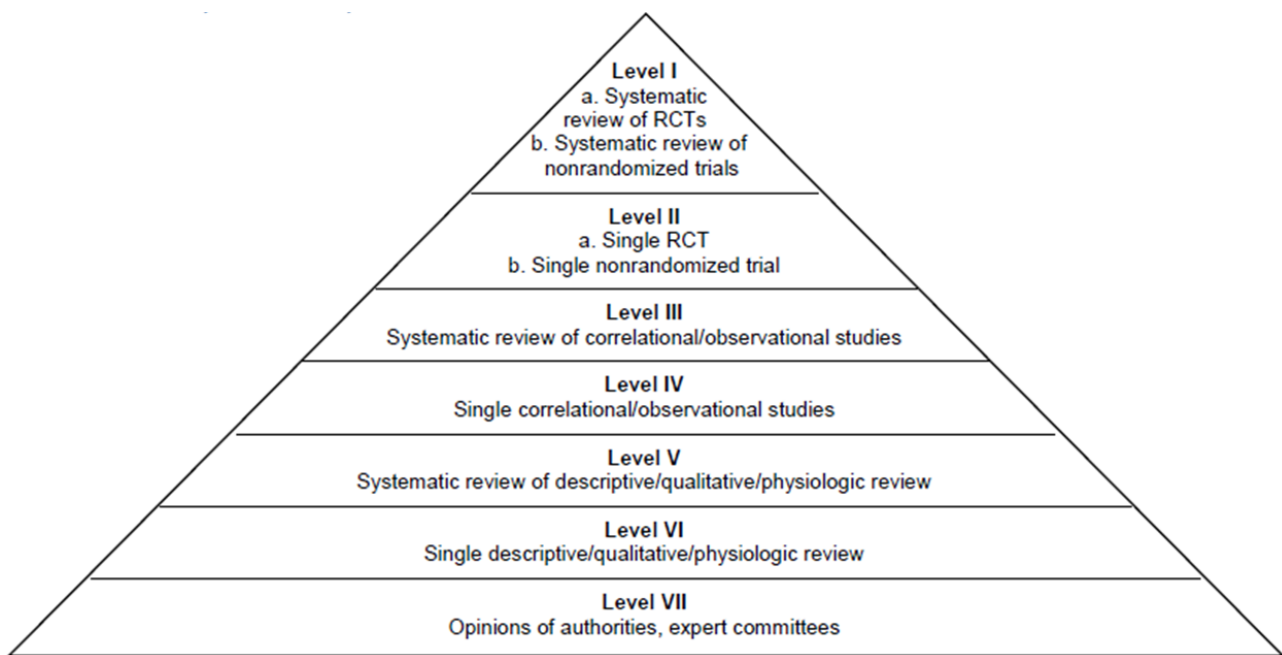
Le plagiat n'est pas présent dans ce travail, il a été rédigé selon les normes de l'American Psychological Association 6^{ème} édition.

Au niveau éthique, quatre études ont été lues et approuvées par un comité. Une étude exprime avoir fait seulement signer un consentement éclairé aux participants. Une recherche ne mentionne aucune approbation éthique.

6.4. Analyse des données

Un tableau récapitulatif présente les études choisies pour ce travail à la page 22. Le niveau de preuves de chacune d'elles y est indiqué selon la pyramide des preuves parues dans le livre « Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice » (Polit & Beck, 2012) présentée à la page 21.

Dans la section prochaine, chaque étude est présentée séparément afin de mettre en avant leurs résultats. Leur validité méthodologique et leur pertinence clinique y sont analysées. Un tableau de recension a été rédigé pour chacune d'elles (annexe I pages 43 à 48).



Evidence hierarchy : levels of evidence regarding the effectiveness of an intervention

6.5. Études retenues pour la revue de la littérature

N°	Auteurs	Titres	Dates de publication	Bases de données	Niveau de preuve
1	J. Green, R. Jester, R. McKinley, A. Pooler	Patient perspectives of their leg ulcer journey	2013	PubMed	IV
2	Julie Wellborn, Joane T Mocerì	The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers	2014	CINAHL	IV
3	W. M. Hopman, M. Buchanan, E. G. VanDenKerkhof, M. B. Harrison	Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers	2013	PubMed	IV
4	Tracz E, Zamojska E, Modrzejewski A, Zaborski D, Grzesiak W	Quality of life in patients with venous stasis ulcers and others with advanced venous insufficiency	2015	CINAHL PubMed	IV
5	Thalyne Yuri Araujo Farias Dias, Isabelle Katherinne Fernandes Costa, Marjorie Dantas Medeiros Melo, Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres, Eulàlia Maria Chaves Maia, Gilson de Vasconcelos Torres	Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer	2014	PubMed	IV
6	Amanda Hellström, Camilla Nilsson, Annina Nilsson, Cecilia Fagerström	Leg ulcer in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance	2016	CINAHL	IV

7. Résultats

7.1. Description de l'étude N°1 :

Green, J., Jester, R., & Pooler, A. (2013). Patient perspectives of their leg ulcer journey. *Journal of Wound Care*, 22(2), 58- 66.

Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique, son but est de comprendre l'impact de l'ulcère veineux sur la vie du patient en analysant son point de vue.

Le recrutement de l'échantillon s'est effectué en deux étapes. Tout d'abord, treize infirmières expérimentées dans les soins de plaies d'ulcère veineux et travaillant dans deux centres de soins différents ont été choisies. Puis, dans leurs listes de patients, neuf personnes ont été recrutées pour participer à l'étude.

Les données ont été recueillies lors d'interviews non dirigées d'une durée de 30 à 120 minutes, entre juin 2010 et janvier 2011. Ces dernières ont été enregistrées avec la permission des participants. Les questions étaient simples et ouvertes afin qu'ils expriment leurs expériences sans contrainte et que leurs comportements puissent être compris en intégralité. Après chaque entretien, les observations et les idées ont été retenues par le chercheur dans un journal de bord. Les interviews se sont interrompues au moment où aucun nouveau thème n'apparaissait, la saturation des données était atteinte.

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot. Toutes les transcriptions ont été analysées avec le modèle thématique de Braun and Clarke. L'analyse s'est faite en six étapes. Pour commencer, le chercheur s'immerge dans les données, ensuite ces dernières sont codées. Des thèmes se forment. Une carte thématique est créée fournissant le cadre et le contenu des thèmes. Une analyse finale est rédigée. Ce processus se poursuit jusqu'au moment où plus aucun thème n'apparaît.

Lors des résultats, quatre thèmes ont été identifiés ainsi que plusieurs sous-thèmes.

L'ulcère : pour trois participants, ce dernier est présent dans leur famille. Pour certains, la cause est connue, pour d'autres il est apparu sans prévenir. Les comorbidités communes aux participants sont : l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoarthrite et les maladies cardiovasculaires.

Au départ, certains gèrent leurs soins. Lorsque la plaie se détériore, l'aide de professionnels devient nécessaire. Sept participants ont vécu des épisodes de guérison. La réouverture

de l'ulcère suite à la guérison est frustrante et décourageante pour les participants concernés.

Les symptômes : La douleur a été au centre de toutes les interviews. Elle est omniprésente et particulièrement ressentie durant la nuit, provoque des insomnies. Tous les participants sont réticents à prendre un traitement antalgique à cause de la médication importante liée à leurs comorbidités. De plus, lorsqu'il est pris celui-ci est souvent inefficace, ne correspondant pas au type et à l'intensité de la douleur.

L'exsudat et les odeurs liés à la plaie causent de l'embarras, de la honte et du stress. Certains patients limitent les contacts, s'isolent.

Les émotions verbalisées sont : la tristesse, une image de soi diminuée et la peur des réactions d'autrui. Différentes stratégies de coping sont évoquées, notamment, s'efforcer de maintenir les habitudes. Malgré tout, certains souffrent d'anxiété et de dépression, un participant a même évoqué des idées suicidaires.

Gestion de la plaie : l'implication des professionnels de la santé dans les soins ainsi que la relation avec les infirmières sont des points importants mentionnés par tous les participants. La guérison de la plaie est souvent le but du traitement mais une fois achevée, elle est difficile à maintenir pour le patient.

Effets sur la vie quotidienne : certaines activités sont plus difficiles à réaliser comme la marche à cause de la douleur ou de l'inconfort lié au pansement. L'aide d'un membre de l'entourage est parfois nécessaire. Les soins d'hygiène comme le bain ou la douche sont compliqués, tous les participants les ont évoqués. Le choix des chaussures et de l'habillement est lui aussi restreint. Les troubles du sommeil sont souvent liés à la douleur.

7.1.1. Validité méthodologique

Le devis phénoménologique utilisé est compatible avec la question de recherche. On cherche à comprendre l'expérience de la personne.

L'échantillon de petite taille est une limite. Dans une recherche qualitative la transférabilité des données fait partie des critères principaux. Cependant, dans cette étude, les auteurs précisent qu'ils ne cherchent pas à généraliser les résultats à la population (Green, Jester, & Pooler, 2013, p. 60).

Un seul chercheur a dirigé les interviews et retranscrit les données. Il tenait un journal de bord. Après chaque entretien, il y inscrivait ses observations et ses idées. La triangulation

aurait permis d'augmenter la crédibilité et la fiabilité de ces données. Ceci n'a pas été mis en place. La véracité et la confirmabilité des données auraient pu être augmentées si ces dernières avaient été relues par les participants, aucune indication à ce sujet n'est donnée.

L'analyse thématique de Braun et Clarke a été appliquée à toutes les données. Le processus a été répété selon un protocole précis jusqu'à saturation de ces dernières. Pour augmenter la précision et assurer la transparence dans le processus, elles ont été codées par un superviseur.

L'étude a été approuvée et garantie par un comité d'éthique. Les participants ont signé un consentement et ont été informés par écrit sur l'étude et sur leur implication.

7.1.2. Pertinence clinique

Il est clairement établi que l'ulcère veineux est envahissant et qu'il a un impact sur la vie de tous les jours des participants. Ceci est dû principalement à la douleur qu'il engendre. Certains d'entre eux font tout ce qu'ils peuvent pour maintenir leurs activités et d'autres se retirent de la vie sociale et limitent leurs activités.

Cette étude a mis en lumière une analgésie inadaptée pour cette population. Les personnes souffrant d'ulcère veineux ont besoin d'un traitement efficace pour gérer et soulager les douleurs. Les chercheurs expriment la nécessité de plus de recherches sur ce thème.

Des difficultés à gérer les problèmes d'exsudat et d'odeur liés à la plaie ont été mentionnées. Elles causent de l'embarras et de la honte. Cela induit l'isolement et une atteinte à l'image de soi pour ces personnes. Ceci met en évidence le besoin de trouver des stratégies efficaces de gestion de plaies d'un point de vue global.

La relation patient - infirmière et la régularité dans les soins se sont révélées comme des facteurs favorisant la guérison. Le patient connaît sa plaie et son traitement, en travaillant en partenariat avec l'infirmière ils luttent, ensemble pour la guérison de l'ulcère.

Suite à cette recherche, il s'avère que comprendre et écouter l'expérience que vit la personne avec une plaie d'ulcère veineuse est primordial afin de l'aider à gérer au maximum les symptômes liés à cette situation chronique et à améliorer sa qualité de vie.

7.2. Description de l'étude N°2 :

Wellborn, J., & Mocer, J. T. (2014). The Lived Experiences of Persons With Chronic Venous Insufficiency and Lower Extremity Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 41, 122- 126

La question de recherche de cette étude qualitative phénoménologique interprétative est : « qu'elle est l'expérience vécue par les personnes souffrant d'insuffisance veineuse chronique et d'ulcère ? Comment perçoivent-elles leur qualité de vie ? »

L'échantillon est composé de dix personnes, la moyenne d'âge est de 66 ans. Parmi elles, six ont actuellement un ulcère veineux et quatre ont un ulcère guéri. Toutes sont traitées dans la même clinique.

Deux méthodes de collectes de données différentes ont été utilisées : des interviews semi structurées et un groupe de dialogue. Neuf questions ont été écrites pour conduire l'interview.

L'analyse des données collectées après leur transcription mot à mot, a permis de mettre en évidence des thèmes et des points communs.

Un second chercheur a aussi analysé les données retranscrites. Après discussions, les collecteurs de données et le chercheur sont parvenus à s'accorder sur les thèmes ressortis ci-dessous :

Connaissances insuffisantes : un désir d'information et d'éducation a été rapporté par tous les participants. Les sources d'informations sont difficiles à trouver. Un manque de connaissance chez le personnel soignant a été également perçu par les patients.

Inconfort : la douleur et les démangeaisons ainsi que le port de bas de compressions sont difficiles à supporter.

Inconvénients : certaines activités de la vie quotidienne sont perturbées surtout les soins d'hygiène. La durée du traitement et l'attente des soins sont frustrantes.

Coping : un sentiment de dépression et de perte de contrôle a été révélé par les participants. La famille, la relation avec les soignants et l'écoute sont des forces pour faire face à la maladie, tandis que les troubles du sommeil se répercutent sur cette capacité à faire face.

7.2.1. Validité méthodologique

Cette étude phénoménologique cherche à comprendre comment la personne vit avec une insuffisance veineuse chronique ou avec un ulcère veineux. C'est ainsi qu'un échantillonnage par choix raisonné prend tout son sens.

Neuf questions ouvertes ont été écrites spécifiquement pour cette étude. Elles ont permis de récolter les données lors des interviews semi-structurées. Les questions ouvertes permettent aux participants d'exprimer clairement leurs points de vue dans un contexte précis. Le groupe de parole a permis une compréhension collective.

Le choix de participer à une interview individuelle ou à un groupe de parole a été laissé aux participants. Ces différentes manières de collecter les données sont des biais pour l'étude. Les données ne sont pas récoltées toutes dans le même contexte. De plus, l'intervieweur est une infirmière de la clinique, elle connaît les participants. De ce fait, elle risque se baser sur ses premières impressions, on parle de l'effet de halo cela induit des biais et met en doute la crédibilité de l'étude. Ces faits sont clairement explicites dans la rubrique « limites de l'étude ».

Afin d'augmenter la crédibilité et la fiabilité des résultats, la triangulation des données a été mise en place. Un chercheur neutre a pris connaissance des résultats à la suite de la première analyse. Il n'est pas précisé si les résultats ont été présentés aux participants car ceci aurait pu augmenter la confirmabilité et la véracité des données.

7.2.2. Pertinence clinique

Il a été clairement mis en évidence dans les résultats que les participants réclament un enseignement concernant leur maladie chronique. Dans le groupe de parole, ils précisent qu'ils souhaitent que l'éducation vienne de leurs propres soignants. Ceci implique que les connaissances de ces derniers soient pertinentes et cohérentes. En effet, cette recherche a révélé un déficit de connaissances sur l'insuffisance veineuse chronique chez les soignants non spécialisés. Aucune recherche n'a été trouvée à ce sujet sur les bases de données citées avec les mots clés « chronic venous insufficiency », « knowledge deficit », « knowledge workers », « assessment » and « interventions ». Il serait judicieux qu'une étude s'y consacre car des compétences fiables amélioreraient la confiance et la crédibilité des soignants auprès des personnes malades.

La capacité des patients atteints d'insuffisance veineuse chronique à s'engager dans les activités de la vie quotidienne est souvent compromise. Les soins d'hygiène sont difficiles.

Le port de bas de contention diminue le choix des vêtements, la marche ainsi que la durée possible en position debout. Certaines activités effectuées avant la maladie ne peuvent plus être pratiquées.

La douleur citée par tous les participants est un élément perturbateur. Elle affecte la qualité de vie, interfère sur le sommeil et la vie sociale. Par conséquent, les chercheurs proposent d'intégrer l'évaluation de cette douleur au traitement de la plaie afin de mesurer son impact sur la qualité de vie.

Les soignants et la famille sont cités comme des ressources pour faire face à la maladie et à ses inconvénients. En résumé, le patient est au centre, les soignants intègrent la famille dans les soins selon leurs désirs et leurs possibilités. Ils créent un environnement de confiance propice aux échanges et à l'écoute. La théorie du Caring s'illustre tout à fait dans ce type de prise en soins.

7.3. Description de l'étude N°3 :

Hopman, W. M., Buchanan, M., VanDenKerkhof, E. G., & Harrison, M. B. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 33(3), 167- 174.

Le but de cette étude quantitative menée au Canada est d'explorer la relation entre la douleur et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'un ulcère veineux actif. Les interrogations suivantes ont été posées : « est-ce que l'âge, le sexe, les conditions de vie, les comorbidités, la taille de l'ulcère et sa durée affectent l'intensité de la douleur ? Est-ce que ces variables et l'intensité de la douleur affectent la qualité de vie physique et mentale ? »

L'échantillon est composé d'individus ayant participé à deux essais contrôlés randomisés entre 2001 et 2007. Les données de bases des deux essais ont formé l'ensemble des données pour cette étude.

Quatre questionnaires différents ont été utilisés :

Le « medical outcomes survey 12-items short form » (SF-12) mesure la santé liée à la qualité de vie. Il aboutit à deux résultats : « the physical component summary » (PCS) représente les domaines de la santé physique, les limites, la douleur et les perceptions générales. Le second résultat est « the mental component summary » (MCS). Il représente les fonctions sociales, les limites liées aux problèmes de santé mentale et émotionnelle.

Le « numérique pain scale » (NPS) et le « présent pain intensity » (PPI) les deux permettent d'évaluer la douleur.

« the leg ulcer assessment tool » identifie l'étiologie et les comorbidités.

Les ulcères sont mesurés avec un programme informatique les divisant en deux groupes : les ulcères égaux ou inférieurs à 5 cm² et les ulcères supérieurs à 5 cm².

Sur 564 participants, 266 sont des hommes. Dans l'échantillon, 488 personnes (86.5%) ont un ulcère veineux et 76 ont un ulcère mixte. L'âge moyen est de 66,5 ans et 60.3% ont plus de 65 ans. 114 individus rapportent ne pas avoir de douleur et 99 disent avoir une douleur pénible à atroce (résultat du PPI). La moyenne du questionnaire sur le physique (PCS) est de 38,0. Ce résultat est bien au-dessous de la moyenne canadienne (50,5). Cependant, la moyenne du questionnaire sur les composantes mentales (MCS) est égale à la moyenne de la population canadienne.

Vivre en couple, avoir des comorbidités et de l'arthrite sont des variables reliées à une douleur supérieure à 2,2. La valeur « p » est égale à 0,023. Les résultats sont considérés statistiquement significatifs lorsque « p » est égal ou inférieur à 0,05.

Un état de santé physique diminué (résultat du PCS) est associé avec les variables : l'âge, un ulcère mixte, la présence de comorbidités, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, l'hypertension et un score de douleur supérieur à 2,2.

Les personnes de plus de 65 ans ont de meilleurs résultats au « mental component summary » (MCS) alors que les personnes plus jeunes et les participants avec des douleurs intenses présentent des valeurs plus basses. La durée de l'ulcère affecte aussi les résultats du MCS mais n'a pas de conséquence sur la douleur. Les résultats du PCS et du MCS ont été significativement associés à une douleur élevée.

7.3.1. Validité méthodologique

L'échantillonnage aléatoire représente une population tant rurale qu'urbaine. Ceci augmente le degré de validité interne de l'étude. Sa grande taille permet d'avoir une homogénéité dans les groupes.

Les questionnaires utilisés sont connus et validés mais aucun indice de fidélité n'est présenté.

Le test chi carré permet d'évaluer l'association entre les variables catégorielles (âge, sexe, condition de vie, comorbidités, taille de l'ulcère et durée) et les deux échelles de la douleur. Le test paramétrique, t-tests, évalue l'association entre les variables catégorielles et les mesures de la qualité de vie.

Comme les résultats du premier essai contrôlé randomisé ont mis en évidence une différence entre les scores des hommes et des femmes, un modèle de régression a été utilisé. Toutes les variables ont été introduites puis, après régression, elles ont été éliminées une à une si la valeur « p » était supérieure à 0.10 ou retenues si cette valeur était égale ou inférieure à 0.10. Ceci a permis d'éviter de perdre des valeurs importantes.

Un odd ratio et un intervalle de confiance à 95% ont été reportés. Le logiciel SPSS version 19.0 a été utilisé. Tous les résultats significatifs et non significatifs sont présentés dans l'étude.

7.3.2. Pertinence clinique

Le groupe de participants de moins de 65 ans a des scores de douleurs plus élevés malgré le fait que des personnes de plus de 65 ans ont des douleurs associées à leurs comorbidités. Les chercheurs posent l'hypothèse qu'il est possible que les participants plus jeunes soient plus actifs en raison de leur travail et de leur situation familiale. Ceci peut exacerber la douleur et expliquer ce résultat. Le fait que les personnes âgées perçoivent moins bien la douleur et qu'elles ont plus de difficulté à l'évaluer est une seconde raison possible évoquée. Ni la taille ni la durée de l'ulcère ne sont associées à la douleur.

En conclusion, les auteurs disent que l'impact de l'ulcère sur la vie quotidienne est un sujet important à aborder avec les patients et son évaluation devrait être incorporée dans la planification des soins. Grâce à la compréhension de l'impact des symptômes il sera possible de hiérarchiser des objectifs et des interventions propres au patient.

7.4. Description de l'étude N°4 :

Tracz, E., Zamojska, E., Modrzejewski, A., Zaborski, D., & Grzesiak, W. (2015). Quality of life in patients with venous stasis ulcers and others with advanced venous insufficiency. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 96- 102.

Cette étude quantitative transversale corrélationnelle menée en Pologne cherche à identifier les caractéristiques de l'insuffisance veineuse chronique qui exercent un effet sur les différents domaines de la qualité de vie.

L'échantillon est composé de 42 personnes, elles ont été réparties en deux groupes. 26 personnes ont formé le premier groupe, elles présentent un ulcère veineux actif. Elles ont été classées au stade C6 selon l'échelle CEAP (cf p.6). Dans le second groupe, 14 personnes ont été classées au stade C4 comme elles présentent des changements au

niveau de la peau des membres inférieurs : eczéma, lipodermatosclérose, stase sanguine, changement de coloration.

En premier lieu, le stade de la maladie a été évalué avec l'échelle CEAP. Ensuite, deux échelles ont été utilisées : « venous clinical severity » (VCSS) et le WHOQOL 100, questionnaire de l'organisation mondiale de la santé mesurant la qualité de vie. L'échelle VCSS permet d'évaluer la sévérité de la maladie veineuse selon différents paramètres (douleur, présence de varice, œdème, coloration de la peau, inflammation, ulcère veineux, durée de celui-ci, taille, application de bas de compression).

Les résultats de l'échelle VCSS des deux groupes ont été combinés. Les patients classés C6 présentent significativement plus de douleur que les patients classés C4. La valeur moyenne représentant la douleur du groupe C6 est de 2,31. A savoir qu'une valeur de 2 représente une limitation modérée dans les activités de tous les jours et le besoin occasionnel d'analgésique.

En combinant les résultats des deux groupes suite au questionnaire WHOQOL 100, seul le domaine physique présente des valeurs significatives. Dans le groupe C6, une moyenne de 10,28 est présente contre 12,73 pour le groupe C4. La valeur « p » est égale à 0,002. Cela signifie que l'état physique des patients du groupe C6 est diminué en comparaison des patients classés C4.

Les sous items du WHOQOL100 : la douleur et l'inconfort, la fatigue et l'énergie, la mobilité et la capacité à travailler, présentent des résultats statistiquement significatifs. Les patients de stade C6 présentent une moyenne de douleur supérieure aux patients classés C4. Tandis que la fatigue et l'énergie ainsi que la mobilité et la capacité à travailler ont des moyennes plus élevées chez les patients classés au stade C4. En résumé, les patients classés C6 ont plus de douleur mais ils semblent moins fatigués, plus mobiles et leur capacité à travailler est moins affectée que les patients au stade C4.

Après combinaison des résultats du VCSS et du WHOQOL 100, des corrélations négatives ont été mises en évidence. Ce qui signifie que lorsque l'intensité de la douleur augmente, les domaines physique et psychologique, le niveau d'indépendance et l'environnement sont affectés. De même avec l'inflammation lorsque celle-ci augmente, le domaine physique diminue et lorsque l'œdème augmente le domaine social est touché.

7.4.1. Validité méthodologique

Il est difficile de définir les variables indépendantes et dépendantes comme la question de recherche n'est pas clairement formulée.

Cet échantillon n'a pas été prélevé aléatoirement, on s'intéresse à une population précise. La variable « âge » n'a pas été prise en compte ainsi que les éventuelles comorbidités. Le nombre de participants dans les deux groupes n'est pas égal. Les deux groupes ne sont pas homogènes, les biais de confusion et de sélection empêchent les résultats d'être généralisables. Les validités internes et externes sont remises en question.

Afin d'établir s'il y a une corrélation entre les résultats du VCSS et du WHOQOL100, le coefficient de corrélation de Sperman a été utilisé. Les différences et les corrélations sont considérées statistiquement significatives lorsque la valeur « p » est égale ou inférieure à 0,05.

Concernant les échelles et questionnaires utilisés, aucun indice de fidélité n'est formulé. Aucun comité éthique n'a validé cette étude et aucune notion de consentement éclairé signé par les participants n'est citée.

7.4.2. Pertinence clinique

L'échelle CEAP ne permet pas l'analyse des caractéristiques de l'insuffisance veineuse. C'est ainsi que l'échelle VCSS a été utilisée.

Concernant les domaines de la qualité de vie, les valeurs diffèrent peu, excepté pour le domaine physique. Les auteurs ont comparé leurs résultats avec un groupe de personnes saines afin de pouvoir les extrapoler. Là aussi, la différence se situe au niveau du domaine physique. Les valeurs des groupes C6 et C4 sont plus faibles, que celles du groupe de personnes saines. Cela signifie que leur santé physique est affectée.

Tous les patients disent souffrir de douleurs sévères qui limitent leurs activités physiques. Les scores concernant la douleur sont frappants : 14,88 pour le groupe C6, 11,69 pour le groupe C4 et 9,12 pour les individus non malades.

Ce résultat est quelque peu contradictoire : Les patients classés C6 présentent un état physique diminué et plus de douleurs mais sont moins fatigués, plus mobiles et leur

capacité à travailler est moins affectée que les patients classés C4. L'activité professionnelle n'ayant pas été pris en compte pourrait expliquer cette contradiction.

Les valeurs de « perception de soi » sont significativement plus basses mais ceci ne se reflète pas dans les valeurs « émotions négatives ou positives ». Les chercheurs posent cette hypothèse : les patients de cette étude ont tous plus de 50 ans, leur principal objectif est de retrouver une forme physique et soulager leurs douleurs plutôt que d'améliorer leur apparence. Si la même étude avait été faite avec un groupe de personnes plus jeune, la tendance pourrait être différente.

Les chercheurs statuent qu'une approche holistique dans les soins aux patients atteints d'insuffisance veineuse est à considérer. Les symptômes de la maladie ont une influence directe sur la vie du patient, principalement sur les aspects physiques. Indirectement elle touche sa famille, sa situation sociale et économique. Les infirmières qui prennent en charge ces patients doivent tenir compte de ces impacts autant que des soins qu'elles prodiguent. Ceci demande des connaissances et des compétences adéquates ainsi qu'un système de soins permettant cette prise en charge globale.

7.5. Description de l'étude N°5 :

Ty, D., Ik, C., Md, M., Sm, T., Em, M., & V, T. G. (2014). Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer., Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 576- 581.

Les chercheurs de cette étude quantitative transversale faite au Brésil veulent comparer la qualité de vie des patients avec et sans ulcère veineux. Ils cherchent à identifier les aspects les plus affectés. Cette dernière a été menée d'octobre 2011 à juillet 2012.

Pour cela, ils ont choisi, à la clinique d'angiologie de l'hôpital universitaire de Natal, un échantillon de 204 personnes atteintes d'insuffisance veineuse chronique classées selon l'échelle CEAP. Le groupe numéro 1 est composé de 100 patients, qui ont tous un ulcère veineux et sont donc identifiés CEAP 6. La moyenne d'âge de ce groupe est de 60 ans. Dans le deuxième groupe, 104 individus ont été classés entre 1 et 5 sur l'échelle CEAP. Tous présentent des signes d'insuffisance veineuse mais n'ont pas d'ulcère.

Les données ont été récoltées par les chercheurs lors d'interviews structurées. Deux questionnaires ont été utilisés : le SF-36, questionnaire multidimensionnel qui évalue la santé reliée à la qualité de vie et qui est composé de 36 items englobant huit domaines

(cf.p.15). Le second s'intéresse aux données sociodémographiques et aux caractéristiques de santé.

Les résultats ont mis en évidence un nombre plus important d'ulcères veineux chez les personnes de plus de 60 ans avec un faible niveau d'éducation et une activité professionnelle leur rapportant moins que le salaire minimum. Les troubles du sommeil ne sont pas significatifs dans cette étude, 77% de l'échantillon affirme dormir plus de six heures par jour.

Les scores moyens des patients avec ulcère veineux sont plus bas dans tous les domaines et dimensions du questionnaire SF-36 en comparaison avec les résultats des patients du second groupe.

Sont touchés en particulier les domaines «santé physique» et «capacité fonctionnelle». La moyenne de la douleur chez les patients avec un ulcère est à 33,97 contre 45,83 pour les patients sans ulcère, la valeur « p » est égale à 0,001. La douleur étant plus élevée chez les personnes sans ulcère il est important de se demander si ces dernières sont actives professionnellement.

7.5.1. Validité méthodologique

Comme présenté dans le cadre théorique, le questionnaire SF-36 est largement validé dans la littérature, il a la capacité de mesurer ce qu'il doit mesurer. Dans cette présente étude, aucun coefficient de fidélité n'est mentionné.

Les variables ne sont pas clairement explicites et aucune hypothèse n'est posée. Les données récoltées ont été transférées sur Microsoft Excel 2007. Après correction, elles ont été exportées et analysées par un logiciel statistique pour obtenir une analyse descriptive avec les moyennes et les écarts-types. Le nom du logiciel statistique n'est pas mentionné. Les valeurs sont statistiquement significatives si la valeur « p » est égale ou inférieure à 0,05. The Mann-Whitney Test a été appliqué pour vérifier les différences significatives entre les valeurs moyennes dans les domaines et les dimensions de la qualité de vie des 2 groupes de patients étudiés. Son utilisation accroît la validité interne de l'étude.

La taille importante de l'échantillon permet d'extrapoler les résultats à la population. La recherche s'est faite pour tous les participants dans les mêmes conditions.

La dimension éthique est respectée, un comité a donné son approbation et les participants ont signé un consentement éclairé.

7.5.2. Pertinence clinique

Le nombre important de femmes touchées par les ulcères veineux a été mis en évidence dans l'introduction. Dans cette étude, 74.5% des participants sont des femmes. En sachant que l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes ce phénomène n'est pas prêt de changer.

Les métiers des participants (cuisinier, caissier, chauffeur, opérateur téléphonique) engendrent de longues périodes en position debout ou assise, ils diminuent la mobilité et ne permettent que de petites périodes de repos. Cela augmente le risque de développer une insuffisance veineuse chronique. Ce résultat met en évidence la nécessité d'augmenter la prévention des risques liés aux positions de travail statiques.

L'étude a été menée au Brésil, le niveau de vie et les revenus sont nettement plus faibles et l'accès aux soins y est difficile car la population est importante. La présence de la plaie peut déstabiliser une situation familiale à cause des soins et des coûts qu'elle engendre. Ces résultats peuvent varier selon le pays dans lequel l'étude est menée, ils ne sont pas généralisables.

Les conclusions présentées montrent que la qualité de vie des patients atteints d'ulcère veineux est plus faible. Au vu de ces impacts, les auteurs expriment l'importance pour les infirmières d'être attentives à l'évolution de l'insuffisance veineuse chronique afin d'éviter au maximum l'apparition d'un ulcère.

Même si elle semble inférieure chez les patients avec ulcère, la douleur n'est pas à minimiser. L'âge, l'activité, le profil des personnes sont à prendre en compte. Ces variables peuvent en influencer l'intensité.

7.6. Description de l'étude 6 :

Hellström, A., Nilsson, C., Nilsson, A., & Fagerström, C. (2016). Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC Geriatrics*, 16, 1-9.

Cette étude quantitative transversale a été menée en Suède. Les auteurs veulent explorer la douleur chez les personnes âgées avec divers diagnostics d'ulcère de jambe. Ils veulent investiguer l'association de cette dernière avec un sommeil perturbé chez cette population.

L'échantillon est composé de 1824 personnes âgées de 65 ans ou plus. Toutes sont inscrites au registre de traitement de l'ulcère (RUT). Le RUT est un registre national

développé pour fournir une photo complète des ulcères. Cet outil permet d'évaluer les ulcères difficiles à guérir. Il a été introduit en 2009 en Suède.

Les données ont été récoltées sous forme de questions posées par l'infirmière lors d'une seule rencontre. La mobilité y est évaluée selon le niveau de dépendance de la personne : indépendante, semi-dépendante ou totalement dépendante. Une question concernant le tabac permet de déterminer si le participant est fumeur, non-fumeur ou ancien fumeur.

Si les individus répondent oui à la question concernant la douleur, elle doit être ensuite évaluée à l'aide d'une échelle numérique. Le sommeil est évalué seulement si, les participants expriment avoir des douleurs.

Les plaies ont été classées en quatre groupes selon leur origine : artérielle, veineuse, veineuse et artérielle ou autres. Les patients sont divisés en trois groupes selon leur âge : de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, 80 ans et plus.

Sur 1824 plaies, 763 sont des plaies d'ulcère veineux. Ce dernier est le plus important en nombre. 45% des personnes touchées sont des femmes.

51.5% des participants disent avoir des douleurs de 5/10 sur l'échelle numérique de la douleur. Les femmes l'évaluent plus haute que les hommes ($p=0,011$).

Parmi les participants qui ont un ulcère veineux, 49.6% verbalisent une douleur moyenne de 5,45 sur cette échelle. 184 individus ont un ulcère artériel, ils verbalisent une douleur moyenne de 6,04 et les 162 patients atteints d'ulcère veineux et artériel verbalisent une douleur moyenne de 6,07. La douleur moyenne de 7,58 est estimée par les participants avec ulcères classés dans la catégorie « autres ».

59.2% des participants ont été interrogés sur leurs troubles du sommeil. Les individus avec ulcère artériel, veineux et artériel et bilatéral présentent plus de troubles du sommeil ($p<0,001$).

Ni l'âge ni le sexe n'influencent les troubles du sommeil. Cependant, l'ulcère artériel et l'ulcère veineux et artériel augmentent les troubles du sommeil. Une douleur évaluée à 4 ou plus est, elle aussi, associée à ces troubles.

7.6.1. Validité méthodologique

Les analyses sont effectuées avec le logiciel IBM SPSS version 22.0. Les statistiques descriptives des variables démographiques sont présentées sous forme de pourcentages. Le coefficient de corrélation de Pearson décrit la force du lien entre deux variables d'intervalles (échelle numérique). Le test chi carré a permis d'analyser aussi bien les liens que les différences entre les données nominales : les ulcères, la douleur, les troubles du sommeil. L'analyse de la variance a été utilisée car il y a plus de deux groupes et le t-test

a permis de déterminer la différence entre les moyennes des populations. La taille importante de l'échantillon permet la généralisation des résultats.

Un point négatif, seuls les participants avec douleur sont questionnés sur leurs troubles du sommeil. Les participants n'ayant pas de douleur ne sont pas interrogés sur ces troubles, cela ne signifie pas qu'ils n'en ont pas. Ceci fausse les conclusions car automatiquement, les troubles du sommeil sont associés à la douleur.

L'échelle numérique n'est pas validée pour mesurer une douleur chronique, cependant elle est plus fiable que l'échelle verbale. Dans cette étude, 65.4% des participants ont plus de 80 ans. À partir de cet âge, il peut être difficile de comprendre l'échelle donc de l'utiliser. Ceci peut impliquer des biais dans les résultats.

La douleur n'est mesurée qu'une seule fois. Pour plus de précision, il faudrait la mesurer à différents moments de la journée. Toutes ces remarques sont mises en évidence par les chercheurs eux-mêmes.

Aucune approbation éthique n'a été formulée pour cette étude. Les propriétaires du registre RUT ont préféré une recommandation du superviseur de l'étude.

7.6.2. Pertinence clinique

Tous les résultats ne sont pas pris en compte pour cette revue de la littérature car l'étude ne s'intéresse pas seulement aux ulcères veineux. Cependant, elle permet de comparer l'intensité de la douleur des différents types d'ulcères.

La douleur varie selon le type d'ulcère. Ces variations ne sont pas statistiquement significatives. Par contre, le nombre d'ulcères présent est une variable importante, la douleur augmente considérablement s'il y en a plusieurs.

Dans cette étude, la douleur plus importante chez les femmes est expliquée par le fait qu'il est plus acceptable pour une femme d'exprimer sa peine que pour un homme. Il se peut que la douleur chez ces derniers soit sous-estimée.

L'intensité de la douleur est associée aux troubles du sommeil mais l'âge n'y est pas lié.

7.7. Synthèse des principaux résultats

Voici les principaux résultats mis en évidence suite à l'analyse des études précédentes :

Dans les deux études qualitatives, la douleur est un sujet abordé dans toutes les conversations. Elle domine et influence les activités de la vie quotidienne. Elle est citée comme un symptôme difficilement gérable car l'antalgie n'est pas adéquate. Cette dernière ne correspond ni au type ni à l'intensité de la douleur.

Divers sentiments sont exprimés par les participants; anxiété et dépression ainsi que tristesse, peur et frustration. Pouvoir les révéler permet de mieux faire face à la maladie. Parmi les différentes stratégies de coping évoquées, s'efforcer de maintenir les habitudes du quotidien et être entouré par sa famille ont des effets positifs. La relation amicale et cordiale avec les soignants est elle aussi source d'espoir.

Les patients souhaitent être informés sur leur maladie et sur sa prévention. Ils déplorent un manque d'ouvrages à ce sujet ainsi qu'un manque de connaissances de la part de leurs soignants. Pour certains patients, l'antalgie semble inefficace.

Les activités de la vie quotidienne sont perturbées, la marche et les soins d'hygiène se révèlent problématiques. Le sommeil semble lui aussi être dérangé. L'étude de Hellström et al (2016) révèle qu'une douleur de 4 ou plus est associée à des troubles du sommeil. Tandis que dans l'étude « quality of life assessment of patients with and without venous ulcer » sur 100 personnes avec un ulcère veineux, 75 dorment plus de 6 heures par jour.

Dans l'étude de Hellström et al (2016), les critères d'inclusion n'excluaient pas les ulcères mixtes ou artériels. Il s'est avéré que les ulcères veineux sont présents en supériorité numérique et sont représentés en majorité chez des femmes. Les individus avec un ulcère veineux évaluent une douleur moyenne de 5,45 sur l'échelle numérique. Cependant, tous les résultats de cette étude ne sont pas pris en compte car la population ne correspond pas à la population ciblée par cette revue de la littérature.

Tracz et al (2015) dans son étude « Quality of life in patients with venous stasis ulcers and others with advanced venous insufficiency », montrent que les patients avec ulcères veineux (classés C6) présentent significativement plus de douleurs que les patients classés C4. Celles-ci affectent les domaines suivant sur l'échelle WHOQOL100 : physique et psychique, ainsi que le niveau d'indépendance et l'environnement du patient.

L'étude menée au Brésil met en évidence des ulcères veineux chez les personnes de plus de 60 ans avec un faible niveau d'éducation. Le questionnaire sur la qualité de vie SF-36 montre des moyennes basses et significatives dans tous les domaines chez les personnes atteintes d'ulcère veineux. Cependant, la population du Brésil diffère de la population européenne, les résultats ne sont pas généralisables.

Les résultats mettent en évidence une péjoration de la qualité de vie principalement en lien avec la douleur. Afin d'améliorer la prise en charge globale des patients atteints d'ulcère veineux, la qualité de vie et la douleur doivent être évaluées. Ceci permettra d'adapter l'antalgie et d'améliorer les activités du quotidien. Il est tout aussi important de tenir compte des leurs besoins d'informations et d'enseignement. Il est ainsi nécessaire pour les professionnels de la santé, de se perfectionner dans ce domaine afin de répondre aux besoins des patients.

Les soignants et la famille ont un effet positif sur le moral du patient. Il apparaît donc fondamental de travailler en collaboration. Instaurer un moment d'écoute et de partage lors des soins augmentera davantage cet effet.

8. Discussion

Dans cette section, les résultats des études analysées seront mis en lien avec la problématique énoncée et avec les éléments du cadre théorique. Nous tenterons d'apporter une réponse à la question : « Quel est l'impact de la douleur sur la qualité de vie des personnes âgées porteuses d'un ulcère veineux dans leur milieu de vie ? ».

8.1. Discussion des résultats

Les études qualitatives ont permis de comprendre le point de vue des patients tandis que les études quantitatives apportent des informations concernant l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie. Les résultats ont clairement mis en évidence que la qualité de vie des patients atteints d'ulcères veineux est diminuée. Dans l'étude de Ty et al (2014), tous les domaines évalués à l'aide du questionnaire SF-36 sont perturbés. Les deux études qualitatives démontrent elles aussi une qualité de vie inférieure. La revue systématique de la littérature « The impact of chronic venous leg ulcers : a systematic review » (2014) confirme ce résultat (Green, Jester, McKinley, & Pooler, 2014, p. 608).

Pour évaluer la qualité de vie, différentes échelles ont été utilisées : la SF-12 pour l'étude de Hopman et al (2013), la SF-36 pour l'étude de Ty et al (2014) et la WHOQOL 100 version polonaise pour l'étude de Tracz et al (2015). Ces trois échelles sont non-spécifiques aux ulcères veineux mais les trois sont validées (World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance, 1997, p. 2-3; Mielczarek, 2009, p. 247). Le questionnaire SF-12 est la version courte du SF-36, les mêmes domaines y sont explorés. Valide et fiable, il existe en plusieurs langues. Il est facile et rapide à remplir (« SF Health Surveys - Optum.com », 2017).

En 2014, Edwards et al ont mené une étude afin d'identifier les « symptoms clusters » chez les patients atteints d'ulcère veineux chronique. Deux groupes ont été mis en évidence. Le premier contient la douleur, la fatigue, les troubles du sommeil et la dépression. Il est relevé que ces domaines sont souvent évalués dans les questionnaires de qualité de vie. Le second groupe contient des symptômes spécifiques à l'ulcère veineux tels que la fatigue, l'inflammation, l'œdème et l'exsudat. Les symptômes les plus fréquents exprimés par les patients sont les troubles du sommeil suivis par la douleur. Ce résultat confirme celui révélé dans cette analyse, le sommeil est souvent altéré chez les patients avec ulcère veineux. Ces deux symptômes devraient être évalués régulièrement afin d'être traités car ils peuvent freiner le processus de guérison de l'ulcère et de ce fait prolonger la souffrance (Hellström et al., 2016, p. 7). A souligner que la fatigue est citée dans les deux groupes de « symptom

cluster ». C'est logiquement qu'elle est présente si le sommeil est altéré (Edwards et al., 2014, p. 871-872).

La question de recherche s'intéresse à la douleur engendrée par l'ulcère veineux et son impact. Dans chacun des questionnaires de la qualité de vie, cette dernière est évaluée, elle se révèle élevée et perturbatrice. En effet, Tracz et al (2015) révèlent dans leur étude que lorsque la douleur augmente, les domaines physique, psychologique, le niveau d'indépendance et l'environnement diminuent. Les résultats du « physical component summary » en lien avec le questionnaire SF-12 sont inférieurs à la moyenne canadienne dans l'étude « pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers ». Sur 564 participants, 34.4% d'entre eux évaluent leur douleur comme inconfortable (Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013). La revue de la littérature de Persoon et al (2004) appuie ce résultat. Dans sa conclusion, elle met en évidence que la douleur est l'effet dominant de l'ulcère. Cependant, cette idée n'est pas présente chez les soignants. Ils associent la douleur à un signe d'infection ou à une insuffisance artérielle et la sous-estiment chez les patients avec ulcère veineux (Persoon et al., 2004, p. 352).

L'étude de Eusen et al (2016), dont le but est de définir la douleur dans les ulcères chroniques et d'estimer la prévalence de la douleur neuropathique, présente les résultats suivants : sur 81 participants, 44 ont un ulcère veineux et 57.1% d'entre eux ont un DN4 positif (cf. p.11). La discussion exprime la même idée, les ulcères veineux ont été trop longtemps considérés comme non douloureux. Indépendamment de leur étiologie, les plaies d'ulcère présentent fréquemment des douleurs neuropathiques. Celles-ci devraient être dépistées pour être mieux traitées (Eusen, Brenaut, Schoenlaub, Saliou, & Misery, 2016, p. 1604-1605). La revue de la littérature de Green et al (2014), dans les résultats des études qualitatives analysées, dit que la douleur est le pire symptôme. Elle influence le sommeil, la mobilité et les activités de tous les jours (Green et al., 2014, p. 605). L'étude d'Hellström (2016) présente une douleur moyenne de 5,45 sur l'échelle numérique pour les patients avec ulcère veineux. Certes, en comparaison avec les résultats des patients avec ulcère artériel, mixte ou « autre », l'ulcère veineux est moins douloureux. Mais la douleur est belle et bien présente.

Les études qualitatives viennent corroborer ces résultats (Green et al., 2013; Wellborn & Mocer, 2014). De plus, l'une d'elle aborde un second problème, l'antalgie. Celle-ci semble inappropriée et ne soulage pas la douleur. Ce fait semblerait cohérent avec les résultats précédents ; la douleur est présente et invalidante mais son évaluation n'est pas optimale, donc l'antalgie ne l'est pas non plus. Les deux revues de la littérature soutiennent ces conclusions. Persoon et al (2004) mentionnent un manque d'évaluation de la douleur, ce

qui engendre un sous-traitement de cette dernière (Persoon et al., 2004, p. 352). Dans leurs résultats, Green et al (2014) rapportent que la gestion de la douleur est problématique. Souvent les patients sont réticents à prendre une antalgie car elle est réputée inefficace (Green et al., 2014, p. 605). Toutefois, suite à un passage en revue de quelques bases de données, aucune recherche récente n'a été trouvée pour venir appuyer ou contredire ce résultat.

Le document « les soins de plaie : comprendre, prévenir et soigner », de l'association Suisse pour les soins de plaies, recommande de toujours évaluer la douleur et d'identifier de quel type de douleur il s'agit. Par exemple, est-elle ressentie au repos, au retrait du pansement ou lors sa réfection ? Est-elle due à la contention ? Est-elle locale ou diffuse ? Les traitements spécifiques à celle-ci doivent être mis en place. Procéder à son évaluation quantitative avec une échelle visuelle ou verbale apporte des valeurs de référence. Des moyens naturels peuvent diminuer la douleur comme la relaxation, l'hypnose ou la musique. Le simple fait de discuter avec le patient afin de le distraire peut avoir un impact positif. Si la douleur persiste, il est recommandé d'utiliser les antalgiques en respectant les paliers de l'OMS (Zellweger, 2011, p. 23-25).

Dans l'étude de Green et al (2013), « patient perspective of their leg ulcer journey », la relation avec le personnel soignant et son engagement dans les soins ont été rapportés comme importants pour les patients. Une relation amicale se développe et des liens étroits se tissent entre eux à la suite des nombreuses visites. Le but du traitement reste toujours la guérison de l'ulcère pour les soignants. Les personnes concernées précisent qu'il est difficile d'atteindre la guérison et une fois celle-ci obtenue elle est difficile à maintenir.

Lorsque les participants de l'étude de Wellborn et Mocer (2014) identifient des moyens de coping, ils citent les membres de leur famille et les infirmières. La relation cordiale et l'empathie des soignants exercent un effet positif sur la capacité à faire face aux désagréments causés par l'ulcère. La revue de la littérature éditée en 2014 révèle que la relation avec les soignants est le seul aspect positif de l'ulcère veineux. Malgré quelques plaintes, les participants sont reconnaissants pour les soins apportés (Green et al., 2014, p. 606). La théorie du Caring de Jean Watson est bien illustrée dans les propos cités. La relation de confiance et l'écoute offerte par les soignants permettent l'expression des sentiments. En travaillant dans cet environnement, soignants et patients peuvent fixer des buts et des objectifs de soins communs et réalisables. Ainsi, dans un premier temps le confort du patient dans la vie quotidienne sera visé puis, dans un second temps la guérison de la plaie sera obtenue.

8.2. Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Sur les quatre études quantitatives, toutes utilisent la valeur « p » pour leurs résultats. Ces derniers, qu'ils soient bons ou mauvais sont présentés. Ceci limite le biais de publication. Dans ces études, bien que les questionnaires utilisés soient connus et validés, aucun coefficient de fidélité les concernant n'est mentionné.

Sur les six études, seulement deux présentent une question de recherche explicite. Toutes présentent leurs limites et leurs forces.

Sur ces six études aucune n'a été faite en Suisse. Bien que la maladie reste la même, il est possible de se demander si les résultats seraient similaires.

8.3. Limites et critiques de la revue de la littérature

Toutes les études utilisées dans cette revue de la littérature proviennent de bases de données fiables telles que CINAHL ou PubMed. Cela signifie qu'elles respectent les critères méthodologiques et présentent un bon niveau de validité. Elles ont été faites dans les cinq dernières années donc présentent des résultats actuels. Cependant, cette revue étoffée tient compte de six études seulement. Toutes celles qui concernent ce sujet n'ont pas été recensées. Les résultats pourraient être différents si la recherche avait été plus exhaustive.

Le dictionnaire MESH n'a pas été utilisé pour la traduction des mots clés. Malgré cela, un grand nombre d'études disponibles a été trouvé sur ce sujet.

La population visée dans cette étude concerne les personnes avec ulcère veineux. Une étude a été retenue malgré l'inclusion de participants atteints d'ulcère artériel, d'ulcère mixte ou « autres ». Cette dernière est en lien avec la problématique de cette recherche et permet une comparaison de la douleur avec les différents ulcères évalués.

Le critère d'inclusion concernant l'âge des participants n'a pas toujours été respecté. Dans l'étude de Hopman et al (2013) la moyenne est de 66.5 ans mais les participants ont entre 23 et 95 ans. 60% de l'échantillon est âgé de plus de 65 ans. Dans l'étude « patient perspectives of their leg ulcer journey », un participant a 39 ans et la moyenne d'âge est de 76 ans. Dans l'étude de Tracz et al (2015), l'âge des participants n'est pas mentionné. Dans l'étude faite au Brésil, sur 204 participants seulement 94 ont plus de 60 ans. Ce biais de sélection diminue la validité interne de l'étude.

9. Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de mettre en avant l'impact négatif de la douleur sur la qualité de vie des patients atteints d'ulcère veineux. Dans cette section, des propositions sont faites pour la pratique, la formation et la recherche.

9.1. Propositions pour la pratique

Au vu de l'impact économique des soins de plaies et des répercussions physiques de l'ulcère veineux, l'enseignement thérapeutique est essentiel.

En prévention primaire, l'infirmière, par son rôle de promotrice de la santé, peut sensibiliser la population sur l'apparition d'une insuffisance veineuse chronique. La pratique d'une activité physique diminue l'hypertension veineuse et évite une surcharge pondérale. Il est important de sensibiliser les personnes dont le métier implique de passer de longs moments en positions statique par exemple : chauffeurs, les caissiers, les coiffeurs, les employés de bureau. Le retour veineux est diminué et cela favorise l'apparition de varices et d'œdème.

Dans la prévention secondaire, l'infirmière prévient le développement de l'ulcère auprès du patient atteint d'insuffisance veineuse chronique. Pour cela, elle l'incite à observer ses membres inférieurs et à signaler rapidement toute forme de plaie. La compression veineuse est indispensable. L'explication de ces bienfaits et son utilisation quotidienne augmentera son efficacité (Glauser et al., 2012, p. 307-308).

La prévention tertiaire permet d'éviter la récurrence de l'ulcère. Elle englobe tous les conseils déjà mentionnés.

Une prise en charge holistique et l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie lors des soins de plaies d'ulcère veineux permettront des soins de qualité. En comprenant l'impact des symptômes de l'ulcère, en mettant en pratique la théorie du Caring et en tenant compte des besoins du patient, l'infirmière planifie des objectifs et des interventions qui amélioreront le quotidien.

9.2. Propositions pour la formation

La revue de la littérature de 2014 et l'étude de Wellborn et Mocerri citent toutes les deux un manque de connaissances sur l'ulcère veineux de la part de certains soignants. Augmenter l'enseignement lors de la formation de base permettrait de pallier ce manque.

A la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) de Sion, seulement quelques notions sur l'insuffisance veineuse chronique sont dispensées lors d'un cours sur l'insuffisance cardiaque en deuxième année. Un atelier sur les soins de plaies complexes est lui aussi organisé lors de la deuxième année de formation. Cependant, tout au long des trois années d'étude, des cours sur la douleur sont enseignés. Celle-ci est abordée sous différents angles lors de divers modules : population vieillissante, soins opératoires, soins palliatifs et les insuffisances.

Par la suite, une fois diplômée, l'infirmière peut se perfectionner selon ses souhaits. Une formation continue, permet d'obtenir un « certificate of Advanced Studies HES-SO en Douleur et Approches interdisciplinaires » (HES-SO Valais-Wallis. (S.d.). Accès : <https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres- formations/>). Un certificat d'infirmière référente en plaies peut être obtenu suite à une formation de trois jours proposée par l'association Suisse des infirmières. (Association Suisse des infirmières. (S.d.). Accès : <https://espace-competences.ch/formation/infirmiere-referente-plaies/>). La haute école de santé de Genève propose au personnel soignant de niveau HES ayant travaillé au moins deux ans, une formation en vue de l'obtention d'un Diploma of Advanced Studies (DAS) en expertise en soins de plaies et cicatrisation (HES-SO Genève. (S.d.). Accès : <https://www.hesge.ch/geneve/publics/etudiant-e-s/formation-continue>).

9.3. Propositions pour la recherche

Après l'analyse des résultats, il a été mis en avant que l'antalgie en lien avec la douleur des plaies d'ulcères veineux est souvent inefficace et inappropriée. Effectuer une recherche sur ce sujet permettrait d'apporter des solutions pour améliorer cette prise en charge. Ceci induirait une amélioration de la qualité de vie.

Le manque de sources d'informations concernant l'ulcère veineux a aussi été relevé par les patients. Il serait intéressant d'approfondir leurs différents besoins afin de pouvoir y pallier.

Enfin, une recherche effectuée auprès de la population âgée atteinte d'ulcère veineux en Suisse permettrait d'évaluer la prise en charge des infirmières et pourrait fournir des pistes d'amélioration. Dans cette situation et pour cette population, elle pourrait contribuer à identifier l'échelle de la douleur et l'échelle de qualité de vie les plus adéquates.

10. Bibliographie

- Ancelle, T., Rothan-Tondeur, M., & Ivernois, J.-F. d'. (2013). *Statistique pour les infirmières*. Paris: Maloine.
- Bee, H., & Boyd, D. (2012). *Les âges de la vie* (4ème édition). ERPI.
- Cazaubon, M., & Allaert, F. A. (2003). Retentissement de la maladie veineuse chronique sur la qualité de vie. *phlébologie, annales vasculaires*, (2), 157-164.
- De Araújo, I. C. F., Yoshida, W. B., Abbade, L. P. F., & Deffune, E. (2013). The pernicious cycle of VLUs in Brazil: epidemiology, pathogeny and auxiliary healing methods. *Journal of Wound Care*, 22(4), 186-188, 190, 192-193.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.4.186>
- Dompmartin, A., Thirion, V., Zagnoli, A., & Kerihuel, J.-C. (2007). Les ulcères de jambe « difficiles » en médecine ambulatoire et leur impact sur la qualité de vie des patients, l'enquête Trajectoire. *SOINS*, (753), 27-32.
- Eberhardt, R. T., & Raffetto, J. D. (2014). Chronic Venous Insufficiency. *Circulation*, 130(4), 333-346. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898>
- Edwards, H., Finlayson, K., Skerman, H., Alexander, K., Miaskowski, C., Aouizerat, B., & Gibb, M. (2014). Identification of Symptom Clusters in Patients With Chronic Venous Leg Ulcers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(5), 867-875.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.003>
- Engelberger, R. P., Kern, P., Ney, B., Dabiri, A., Merminod, T., & Mazzolai, L. (2016). Insuffisance veineuse chronique. *Forum Medical Suisse*, 337-343.
- European Wound Management Association. (2002). La douleur au changement d'un pansement.
- European Wound Management Association. (2008). Plaies difficiles à cicatriser: une approche globale.

- Eusen, M., Brenaut, E., Schoenlaub, P., Saliou, P., & Misery, L. (2016). Neuropathic pain in patients with chronic leg ulcers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(9), 1603-1605.
<https://doi.org/10.1111/jdv.13647>
- Felder, M., Krähenbühl, S., Kunz, R., Lampert, M. L., & Stiefel, F. (2010). *La gestion des douleurs chez les personnes âgées: particularités et recommandations pratiques*.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Glauser, F., Codreanu, A., Tribout, B., Depairon, M., & Mazzolai, L. (2012). Prévention de la maladie veineuse chronique : quels conseils donner à nos patients ? *Revue Médicale Suisse*. Consulté à l'adresse <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-327/Prevention-de-la-maladie-veineuse-chronique-quels-conseils-donner-a-nos-patients>
- Green, J., Jester, R., McKinley, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *Journal of Wound Care*, 23(12), 601-612.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.12.601>
- Green, J., Jester, R., & Pooler, A. (2013). Patient perspectives of their leg ulcer journey. *Journal of Wound Care*, 22(2), 58-66.
- Group, W. Q. of L. A. (1996). Quelle qualité de vie? Consulté à l'adresse <http://www.who.int/iris/handle/10665/54757>
- Haute Autorité de Santé. (2000). Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Consulté à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272123/fr/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale

- Hellström, A., Nilsson, C., Nilsson, A., & Fagerström, C. (2016). Leg ulcers in older people : a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC Geriatrics*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0198-1>
- Hopman, W. M., Buchanan, M., VanDenKerkhof, E. G., & Harrison, M. B. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 33(3), 167-174.
- HUG-Hôpitaux universitaires de Genève. (s. d.). Choisir le bon outil pour évaluer la douleur à Genève aux HUG. Consulté 21 mai 2017, à l'adresse <http://www.hug-ge.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil>
- Institut UPSA de la douleur. (2007). *Pratique du traitement de la douleur*. France.
- Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Lyon: Mallet Conseil. Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Klevsgård, R., Fröberg, B.-L., Risberg, B., & Hallberg, I. R. (2002). Nottingham Health Profile and Short-Form 36 Health Survey questionnaires in patients with chronic lower limb ischemia: Before and after revascularization. *Journal of Vascular Surgery*, 36(2), 310-317. <https://doi.org/10.1067/mva.2002.125747>
- Kouchner, B., Sebag-Lanoë, R., Wary, B., & Mischlich, D. (2002). *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris: Masson.
- Läuchli, S., Mazzolai, L., & Traber, J. (2009). Prévention et traitement à long terme de l'insuffisance veineuse chronique. *Forum Medical Suisse*, 664-669.
- Leplège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Maddox, D. (2012). Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nursing Standard*, 26(38), 42-49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.05.26.38.42.c9111>
- Mielczarek, S. (2009). Qualité de vie et ulcère de jambe. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 16(154), 242-247.

- Noël, B. (2005). Prise en charge de l'ulcère de jambe d'origine veineuse. *Revue Médicale Suisse*. Consulté à l'adresse <http://www.revmed.ch/rms/2005/RMS-16/30322>
- Office fédéral de la statistique. (2016, février 26). Population: Panorama. Consulté 3 décembre 2016, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.234523.html>
- Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné* (3e éd.). Noisy-Le-Grand: Setes.
- Panfil, E.-M., & Von Siebenthal, D. (2010). Vivre avec la plaie: voilà ce qui compte vraiment. *soins infirmiers / Krankenpflege*, (3), 36-39.
- Pépin, J. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Persoon, A., Heinen, M. M., van der Vleuten, C. J. M., de Rooij, M. J., van de Kerkhof, P. C. M., & van Achterberg, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 341-354.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins. Consulté à l'adresse <https://research-repository.griffith.edu.au/handle/10072/50101>
- SF Health Surveys - Optum.com. (2017). Consulté 4 juin 2017, à l'adresse <https://campaign.optum.com/content/optum/en/optum-outcomes/what-we-do/health-surveys.html>
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (evidence-based medicine)*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Tracz, E., Zamojska, E., Modrzejewski, A., Zaborski, D., & Grzesiak, W. (2015). Quality of life in patients with venous stasis ulcers and others with advanced venous insufficiency. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 96-102.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000072>

- Ty, D., Ik, C., Md, M., Sm, T., Em, M., & V, T. G. (2014). Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 576-581. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3304.2454>
- Wary, B., & Villard, J.-F. (2006). Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(3), 171-178.
- Watson, J. (1998). *Le caring: philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.
- Watson, J. (2010). Core concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science. Consulté à l'adresse <https://www.watsoncaringscience.org/files/Cohort6/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>
- Wellborn, J., & Moceris, J. T. (2014). The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 41, 122-126. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000010>
- World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance. (1997). WHOQOL : measuring quality of life, 1-10.
- Zellweger, N. (2011). *Les soins de plaie: comprendre, prévenir et soigner : référence*. Chêne-Bourg: Médecine & hygiène.

11. Cyberographie

<http://web.b.ebscohost.com>

<http://onlinelibrary.wiley.com>

<http://www.bdsp.ehesp.fr>

<https://www.embase.com>

[https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-
formations/](https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-
formations/)

<https://espace-competences.ch/formation/infirmiere-referente-plaies>

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com>

<http://www5.usp.br/servicos/revista-latino-americana-de-enfermagem/>

<http://journals.lww.com/hnpjournal/Pages/aboutthejournal.aspx>

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/contact-contactez-eng.php>

<http://journals.lww.com/jwocnline/pages/default.aspx?desktopMode=true>

<http://www.magonlinelibrary.com/journal/jowc>

WWW.SCIJOURNAL.ORG

<http://www.hug-ge.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil>

<https://www.hesge.ch/geneve/publics/etudiant-e-s/formation-continue>

12. Annexes

Annexe I : Tableaux de recensions

Green, J., Jester, R., & Pooler, A. (2013). Patient perspectives of their leg ulcer journey. *Journal of Wound Care*, 22(2), 58- 66.

Type d'étude ou devis Qualitative phénoménologique Paradigme Naturaliste Niveau de preuve IV	Echantillon Neuf patients dont quatre hommes. Deux vivent seuls, quatre avec un partenaire, trois vivent en établissement médicalisé. Echantillonnage Non probabiliste par réseau. Treize infirmières expérimentées dans les soins d'ulcères veineux ont été recrutées dans 2 centres de soins pour sélectionner des patients pouvant potentiellement participer à l'étude. Critères d'inclusion Avoir un ulcère veineux depuis plus de six semaines. Avoir la capacité de fournir un consentement éclairé et écrit.	But / objectif Comprendre l'impact d'un ulcère veineux du point de vue du patient. Etablir la liste des facteurs qui influent sur la vie quotidienne des patients avec un ulcère veineux. Question de recherche aucune question n'est formulée	Concepts Ulcère Douleur Soins Guérison Coping	Méthode de collecte des données Les données ont été récoltées depuis juin 2010 jusqu'à saturation des données en janvier 2011. Elles ont été recueillies sous forme d'interview non structurée d'une durée de 30 à 120 minutes. Le lieu était choisi par le participant. Les questions étaient simples et ouvertes. Le chercheur tenait un journal de ses observations et de ses idées. Ethique L'étude a été garantie par Mid-Staffordshire Local Research Ethics Committee. Tous les participants ont été informés par écrit sur l'étude et leur implication. Un consentement a été signé.	Méthode d'analyse Un seul chercheur a mené les interviews et analysé les données. Le modèle de Braun et Clarke a été utilisé. Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot. Le processus d'analyse commence par une immersion dans les données. Des thèmes se forment. Une carte thématique des données est créée fournissant le contenu des thèmes. Une analyse finale des données est ensuite écrite. Ce processus se répète jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème soit identifié. Logiciel statistique Aucun mentionné	Résultats quatre thèmes principaux ont été identifiés dans lesquels plusieurs sous-thèmes se sont révélés. <u>l'ulcère</u> : pour trois participants, ce dernier est présent dans leur famille. Les comorbidités communes aux participants sont : arthrite rhumatoïde, ostéoarthrite, maladies cardiovasculaires. La cause de l'ulcère est pour certains connue et pour d'autres, il est apparu sans prévenir. Au départ, certains gèrent les soins de plaies. Lorsque la plaie se détériore, l'aide de professionnels devient nécessaire. Sept participants ont vécu des épisodes de guérison de leur ulcère. La récurrence de la plaie suite à une guérison est frustrante et décourageante. <u>Les symptômes</u> : La douleur a été au centre de toutes les interviews. Elle est omniprésente, ressentie particulièrement durant la nuit, elle provoque des insomnies. Tous les participants semblent réticents à prendre des antalgiques à cause de leur médication importante liée à leurs comorbidités. Lorsqu'ils sont pris ceux-ci semblent inefficaces. ils ne correspondent pas au type et à l'intensité de la douleur. L'exsudat et les odeurs liées à la plaie causent embarras, honte et stress. certains patients limitent les contacts, ils s'isolent. Les émotions provoquées sont : la dépression, une image de soi diminuée et la peur des réactions des autres. Différentes stratégies de coping ont été évoquées : certains s'efforcent de maintenir leurs habitudes tandis que d'autres souffrent d'anxiété et de dépression. Un participant évoque même des idées suicidaires. <u>Gestion de la plaie</u> : l'implication des professionnels de la santé dans les soins ainsi que la relation avec les infirmières sont des points importants mentionnés par tous les participants. La guérison de la plaie est souvent le but du traitement mais une fois achevée, elle est difficile à maintenir pour les patients. <u>Effets sur la vie quotidienne</u> : certaines activités sont plus difficiles à réaliser comme la marche à cause de la douleur ou de l'inconfort lié au pansement. Les soins d'hygiène comme le bain ou la douche sont des problèmes évoqués par tous les participants. Le choix des chaussures et de l'habillement est lui aussi restreint. Conclusion : La qualité de vie des patients avec ulcère veineux est clairement atteinte. Comprendre, écouter les patients semble crucial pour améliorer leur qualité de vie dans ces conditions de chronicité. La relation patient - infirmier et la constance des soins sont nécessaires. Faiblesse : seul un chercheur analyse les résultats. Force : approbation éthique présente.
--	---	--	---	---	--	--

Wellborn, J., & Moceri, J. T. (2014). The Lived Experiences of Persons With Chronic Venous Insufficiency and Lower Extremity Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 41, 122- 126

<p>Type d'étude ou devis Qualitative interprétative phénoménologique</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Echantillon Dix patients avec insuffisance veineuse chronique et ulcère veineux. Six sont des femmes. La moyenne d'âge est de 66 ans. Neuf sont blanc de peau. Huit sont des Etats-Unis et deux sont des émigrants de Grande-Bretagne. Six ont un ulcère veineux actif, quatre ont eu un ulcère et sont actuellement porteur de bas de compression.</p> <p>Echantillonnage Non probabiliste par choix raisonné. Chaque personne avec un passé d'insuffisance veineuse chronique et d'ulcère ou ayant eu un ulcère veineux et qui était patient au centre de soins de plaies a été invitée à participer à l'étude par son soignant.</p> <p>Critères d'exclusion Avoir moins de 18 ans. Faire usage de drogue illicite. Avoir une plaie associée au diabète ou à l'insuffisance artérielle.</p> <p>Critère d'inclusion Les participants doivent parler et lire couramment anglais. Ils doivent vivre dans la communauté.</p>	<p>But/ objectif Décrire l'expérience vécue des personnes atteintes d'insuffisance veineuse chronique et explorer comment cette maladie chronique affecte leur qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Question de recherche Qu'elle est l'expérience vécue par les personnes qui souffrent d'insuffisance veineuse chronique et d'ulcère ?</p> <p>Comment perçoivent-elles leur qualité de vie ?</p>	<p>Concepts</p> <p>Qualité de vie</p> <p>Soins</p> <p>Coping</p> <p>Maladie</p> <p>Douleur</p> <p>Sommeil</p> <p>Famille</p> <p>Ulcère</p>	<p>Méthode de collecte des données Trois patients ont participé aux interviews semi structurées individuelles et les sept autres ont participé au groupe de discussion.</p> <p>Neuf questions ouvertes ont été écrites spécifiquement pour cette étude.</p> <p>Ethique La procédure de l'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du Harrison Medical Center à Bremerton, Washington et par l'université de Washington à Seattle</p>	<p>Méthode d'analyse Les interviews et discussions ont été retranscrites mot à mot.</p> <p>Les transcriptions ont mis en lumière des thèmes.</p> <p>Triangulation : un second chercheur a passé en revue les transcriptions.</p> <p>Après discussion, le chercheur et les collecteurs de données ont abouti à un accord sur les différents thèmes.</p>	<p>Résultats : Quatre thèmes décrivent l'expérience vécue avec une maladie veineuse chronique et comment celle-ci affecte la qualité de vie des patients :</p> <p><u>Connaissances insuffisantes</u> : Un désir d'information et d'éducation concernant la maladie, son traitement et sa prévention a été rapporté par tous les participants. En comprenant la maladie, ils auraient pu la prévenir et la traiter plus tôt. Des sources d'information concernant la maladie veineuse chronique sont difficiles à trouver en comparaison à d'autres maladies chroniques comme l'hypertension artérielle. Un manque de connaissance chez le personnel soignant a été perçu par les patients.</p> <p><u>Inconfort</u> : la douleur, l'inconfort et les démangeaisons sont les aspects les plus difficiles expérimentés par les participants. Le port de bas ou de bandes de compression fait partie aussi des aspects inconfortables de l'insuffisance veineuse chronique.</p> <p><u>Inconvénients</u> : Vivre avec la maladie veineuse chronique perturbe les activités de la vie quotidienne. Tous les patients rapportent que les soins d'hygiène tels que douche ou bain se révèlent plus compliqués, cela engendre de la frustration. La durée du traitement associée à l'attente des soignants sont eux aussi sources de frustration.</p> <p><u>Coping</u> : A la question « comment faites-vous face à la maladie ? » six des dix participants ont rapporté se sentir déprimés. Ce sentiment allant d'un degré de dépression moyen à sévère. Ils disent avoir le sentiment de perdre le contrôle. Les troubles du sommeil sont fréquemment relatés, ils modifient la capacité à faire face à la maladie. Les membres de la famille et les soignants ont été cités comme des forces pour faire face à la maladie. La relation cordiale et amicale avec les soignants affecte positivement le moral des patients. L'écoute, la validation de leurs sentiments, les personnes aidant dans les activités de tous les jours, leur famille et les soignants sont source de coping pour les participants.</p> <p>Conclusion Un besoin de recherches a été mis en évidence concernant le manque de connaissance des soignants non spécialisés sur la maladie veineuse chronique ainsi que sur le manque de ressources éducatives pour les patients. L'inconfort associé à la douleur et aux démangeaisons ainsi que la durée et les traitements de la maladie engendrent isolement social, trouble du sommeil, difficulté dans les activités de la vie quotidienne. La santé liée à la qualité de vie est touchée.</p> <p>Forces L'éthique est respectée. La triangulation a été mise en place.</p> <p>Faiblesses Echantillon relativement petit recruté par un seul établissement de soins. Les participants n'ont pas tous eu la même méthode de collectes des données. Certains n'ont plus d'ulcère, celui-ci est guéri.</p>
---	---	--	---	---	---	---

Hopman, W. M., Buchanan, M., VanDenKerkhof, E. G., & Harrison, M. B. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 33(3), 167- 174.

<p>Type d'étude ou devis Quantitative descriptive corrélationnelle</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Echantillon 564 participants, 266 sont des hommes. La moyenne d'âge est de 66,5 ans, 60.3% ont plus de 65 ans. 488 participants ont un ulcère d'origine veineuse (86.5%).</p> <p>Echantillonnage Probabiliste</p> <p>Individus ayant participé à 2 essais contrôlés randomisés entre 2001 et 2007 dont le but était d'évaluer la guérison de l'ulcère</p> <p>Critères inclusion Avoir 18 ans ou plus. Donner son consentement éclairé. Ne pas avoir de diabète. Avoir un ulcère veineux ou mixte. Avoir une plaie sous le genou d'au moins 0.7 cm depuis au moins une semaine. L'indice de pression de la cheville doit être de 0.8 ou plus. l'ulcère pouvant être soit le premier soit une récurrence.</p>	<p>But / objectif Le but de cette étude est d'explorer la relation entre les variables cliniques de la douleur et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'un ulcère veineux actif.</p> <p>Question de recherche Est-ce que l'âge, le sexe, les conditions de vie, les comorbidités, la taille de l'ulcère et sa durée affectent l'intensité de la douleur ?</p> <p>Est-ce que ces mêmes variables et l'intensité de la douleur affectent la qualité de vie physique et mentale ?</p>	<p>Concepts</p> <p>Douleur</p> <p>Qualité de vie</p> <p>Comorbidités</p> <p>Ulcère</p>	<p>Méthode de collecte des données Le questionnaire Medical outcomes survey 12-items short form (SF-12) ; mesure la santé liée à la qualité de vie. Ce dernier aboutit à 2 résultats : The physical component summary (PCS) et the mental component summary (MCS). Le PCS représente les domaines de la santé physique. Le MCS représente les fonctions sociales, les limitations liées aux problèmes de santé mentale et émotionnelle.</p> <p>Numéric pain scale (NPS) Present pain intensity (PPI).</p> <p>La taille de l'ulcère a été mesurée avec un programme informatique les classant dans deux catégories : égale ou inférieure à 5 cm² ou, supérieure à 5 cm². La durée de l'ulcère se calcule selon les dires du patient : soit égale ou inférieure à 6 mois soit supérieure à 6 mois. L'étiologie et les comorbidités ont été identifiées grâce au questionnaire : the leg ulcer assessment tool.</p> <p>Ethique Cette étude a été approuvée par "the queen's university and affiliated teaching hospital research ethics board" les participants ont signé un consentement éclairé</p>	<p>Méthode d'analyse Le PCS et le MSC sont standardisés à une moyenne de 50. Une différence de 2 à 3 points est considérée comme cliniquement significative.</p> <p>Le NPS varie de 0 « pas de douleur » à 10 « la pire douleur ». Deux groupes se sont distingués : douleur faible et douleur élevée.</p> <p>Le PPI se compose de 6 combinaisons allant de 0 « pas de douleur » à 5 « douleur atroce ».</p> <p>Le test du chi-carré a permis d'évaluer l'association entre les variables et les deux niveaux de résultats du NPS.</p> <p>Le student's t-tests a été utilisé pour évaluer l'association entre ces variables et la santé reliée à la qualité de vie.</p> <p>Modèles de régression : régression multiple régression linéaire</p> <p>Odd ratio et intervalle de confiance à 95% sont retenus.</p> <p>Logiciel statistique SPSS version 19.0 pour Windows</p>	<p>Résultats 488 participants (86.5%) ont un ulcère veineux et 76 ont un ulcère mixte. 114 individus rapportent n'avoir pas de douleur et 99 d'entre eux disent avoir une douleur pénible à atroce (résultat du PPI). La moyenne du PCS est de 38,0. Ce résultat est bien au-dessous de la moyenne canadienne (50,5). Cependant, la moyenne du MCS est égale à la moyenne de la population canadienne. Vivre en couple, avoir des comorbidités et de l'arthrite sont liés à une douleur supérieure à 2,2 (p = 0.023). Une santé physique diminuée (résultat du PCS) est associée aux variables : l'âge, l'ulcère mixte, la présence de comorbidités, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, l'hypertension et un score de douleur supérieur à 2,2. Les personnes de plus de 65 ans ont de meilleurs résultats au test sur les composantes mentales (MCS) tandis que les personnes plus jeunes et les participants avec des douleurs intenses présentent des valeurs plus basses. La durée de l'ulcère affecte aussi les résultats du MCS mais n'a pas de conséquence sur la douleur. Les résultats du PCS et du MCS ont été significativement associés à une douleur élevée.</p> <p>Conclusion Selon les auteurs, l'impact de l'ulcère sur la vie quotidienne est un sujet important à aborder avec les patients et son évaluation devrait être incorporée dans la planification des soins. Grâce à la compréhension de l'impact des symptômes il sera possible de hiérarchiser des objectifs et des interventions adaptées au patient.</p> <p>Forces Les outils utilisés ont déjà fait leur preuve dans d'autres études sur les ulcères veineux et la mesure de la qualité de vie. L'échantillon est de grande taille. L'éthique est respectée.</p> <p>Faiblesses Base de données antérieures à 2013. Acceptation des ulcères mixtes dans l'échantillon.</p>
---	---	---	---	---	---	--

Tracz, E., Zamojska, E., Modrzejewski, A., Zaborski, D., & Grzesiak, W. (2015). Quality of life in patients with venous stasis ulcers and others with advanced venous insufficiency. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 96- 102.

<p>Type d'étude ou devis Quantitative descriptive corrélationnelle</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Echantillon 42 patients atteints d'une insuffisance veineuse chronique. 20 hommes et 22 femmes. 26 présentent un stade C6, cela signifie qu'ils ont un ulcère veineux. 16 présentent un stade C4 cela signifie qu'ils présentent des changements au niveau de la peau des membres inférieurs : couleur, stase sanguine, eczéma, lipodermato sclerose</p> <p>Echantillonnage Non probabiliste, par choix raisonné</p> <p>Critères inclusion Patients classés C4 et C6 selon la classification CEAP.</p>	<p>But/ objectif Analyser la qualité de vie des patients présentant une insuffisance veineuse chronique avancée évaluée avec l'échelle CEAP. Identifier les caractéristiques de cette maladie qui exercent un effet sur les différents domaines de la qualité de vie.</p> <p>Question de recherche non mentionné</p>	<p>Concepts Qualité de vie Douleur Spiritualité Psychologie Environnement Ulcère</p>	<p>Méthodes de collecte des données L'échelle « Venous Clinical Severity Score » (VCSS) présent les différents paramètres : <ul style="list-style-type: none"> • douleur • varices • œdèmes • décoloration de la peau • inflammation • ulcère veineux • durée de celui-ci • taille • application de bas de compression </p> <p>Version polonaise du WHOQOL 100. Outil standardisé, mesurant la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, créé par l'organisation mondiale de la santé. Il évalue les domaines suivants : physique, psychologique, niveau d'indépendance, social, environnement et spiritualité. Chacun d'eux est divisé en sous items permettant une analyse détaillée de la qualité de vie.</p> <p>Ethique Non mentionnée</p>	<p>Méthode d'analyse des données Concernant le VCSS une valeur de 0 à 3 points est assignée à chaque paramètre selon la présence, l'absence ou l'accumulation de plusieurs d'entre eux. Après l'addition des différents scores, 0 signifie des membres inférieurs sains et 30 signifie une insuffisance veineuse avancée.</p> <p>Concernant le WHOQOL 100, utilisation de moyennes et d'écart-types pour exprimer les résultats.</p> <p>The Mann-Whitney U test est utilisé pour l'analyse des différences entre les paramètres des deux groupes.</p> <p>Afin d'établir s'il y a une corrélation entre les résultats du VCSS et du WHOQOL100 le coefficient de corrélation de Sperman a été utilisé.</p> <p>Les différences et les corrélations sont considérées statistiquement significatives lorsque la valeur « p » est égale ou inférieure à 0,05</p> <p>Logiciel d'analyse Aucun logiciel mentionné</p>	<p>Résultats Les patients avec ulcère veineux présentent significativement plus de douleur que les patients diagnostiqués C4, (p=0.01, moyenne 2.31, écart type 0.68)</p> <p>Dans la vérification d'une association entre le degré d'avancement de l'insuffisance veineuse chronique (classification CEAP) et les valeurs du WHOQOL 100, les patients atteints d'un ulcère veineux ont des résultats moins bons dans le domaine physique (p= 0.02). les autres domaines n'ont pas révélé de résultat statistiquement significatif.</p> <p>La présence d'ulcère veineux exerce une influence significative sur la douleur et l'inconfort, la mobilité et la capacité à travailler.</p> <p>Des corrélations négatives entre les paramètres du VCSS et les domaines du WHOQOL 100 se sont mises en évidence. Lorsque l'intensité de la douleur augmente les domaines : physique, psychologique, le niveau d'indépendance et l'environnement du patient diminuent. Il en est de même entre l'œdème et le domaine social, et entre l'inflammation et le domaine physique. Une corrélation a aussi été observée entre l'intensité de l'inflammation et le domaine spirituel.</p> <p>Conclusion La qualité de vie des patients avec ulcère veineux est comparable à la qualité de vie des patients atteints de maladie veineuse chronique. Le domaine physique est le plus touché.</p> <p>Faiblesses Aucune dimension éthique n'est mentionnée. Le nombre de participants dans les groupes n'est pas égal.</p>
---	--	---	---	---	---	--

Ty, D., Ik, C., Md, M., Sm, T., Em, M., & V, T. G. (2014). Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer., Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 576- 581.

<p>Type d'étude ou devis Quantitative descriptive corrélationnelle</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Echantillon 204 patients atteints d'insuffisance veineuse chronique classés en deux groupes : Groupe N°1 : patients classés CEAP 6. Groupe N°2 : patients classés CEAP 1 à 5.</p> <p>Echantillonnage Non probabiliste par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion Présenter des signes d'insuffisance veineuse chronique. Etre âgé de plus de 18 ans. Etre suivi à la clinique d'angiologie de l'hôpital universitaire de Natal au Brésil. Avoir toutes ses facultés cognitives</p> <p>Critères d'exclusion Patients avec ulcère artériel ou mixte</p>	<p>But/ Objectif de la recherche Comparer la qualité de vie des patients avec et sans ulcère veineux. Identifier les aspects les plus affectés.</p> <p>Question de recherche Non mentionnée</p>	<p>Concepts</p> <p>Qualité de vie</p> <p>Douleur</p> <p>Physique</p> <p>Sommeil</p> <p>Santé</p> <p>Ulcère</p>	<p>Méthode de collecte des données Des interviews structurées ont récolté : les données sociodémographiques les caractéristiques de santé les données de santé reliées à la qualité de vie avec le questionnaire SF-36.</p> <p>Ethique Tous les participants ont reçu des informations sur les objectifs de l'étude et ont signé un consentement éclairé. L'étude répond aux conditions éthiques de l'association mondiale médicale d'Helsinki et a respecté la résolution 196/96. Le comité éthique de recherche a lui aussi donné une opinion favorable.</p>	<p>Méthode d'analyse Les données récoltées ont été transférées sur Microsoft Excel 2007. Après corrections, elles ont été analysées par un logiciel statistique (aucun nom n'est mentionné).</p> <p>Analyse descriptive : moyennes et écarts-type.</p> <p>Analyse inférentielle : pour généraliser les résultats à la population.</p> <p>Les valeurs sont statistiquement significatives si la valeur « p » est égale ou inférieure à 0.05</p> <p>The Mann-Whitney test a été appliqué pour vérifier les différences significatives entre les valeurs moyennes dans les domaines et les dimensions de la qualité de vie dans les 2 groupes de patients étudiés.</p>	<p>Résultats Les ulcères veineux sont prédominants chez les personnes de plus de 60 ans avec un faible niveau d'éducation, avec une activité professionnelle leur rapportant moins que le salaire minimum.</p> <p>Aucune différence statistique n'a été mise en évidence entre les heures de sommeil des patients avec et sans ulcère veineux. Sur 204 participants, 157 disent dormir plus de 6h par jour.</p> <p>Les scores moyens du questionnaire SF-36 des patients avec ulcère veineux sont plus bas dans tous les domaines et dimensions en comparaison avec les résultats du questionnaire des patients sans ulcères veineux. On retrouve plus particulièrement cette différence dans les domaines « santé physique » et « capacité fonctionnel ».</p> <p>Conclusion Au vue de l'impact de l'ulcère veineux sur la qualité de vie des patients, il est important que les infirmières soient attentives à l'évolution de la maladie veineuse chronique afin de prévenir l'apparition d'ulcère.</p> <p>Faiblesses L'échantillon a été recruté dans le même hôpital. On ne connaît pas le nom du logiciel statistique. Aucune question ni hypothèse n'est explicite. L'âge des patients n'est pas mentionné.</p> <p>Forces Dimension éthique bien respectée</p>
---	--	---	---	--	--	--

Hellström, A., Nilsson, C., Nilsson, A., & Fagerström, C. (2016). Leg ulcers in older people : a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC Geriatrics*, 16, 1-9

<p>Type d'étude ou devis Quantitative transversale</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Echantillon 1824 personnes âgées de 65 ans ou plus. 42.2% ont des ulcères veineux, 10.2% ont des ulcères artériels, 9% ont des ulcères veineux et artériels et 38.6% ont des ulcères classés dans la catégorie « autres ».</p> <p>Echantillonnage Probabiliste, aléatoire stratifié</p> <p>Critères d'inclusion Etre inscrit au registre des traitements d'ulcère (RUT) depuis le début de l'étude en mai 2009</p>	<p>But/ Objectif Explorer la douleur chez les personnes âgées avec divers diagnostics d'ulcères de jambe.</p> <p>Investiguer l'association entre la douleur et le sommeil perturbé chez les patients avec des ulcères de jambe.</p> <p>Question de recherche Non mentionnée</p>	<p>Concepts</p> <p>Personne âgée</p> <p>Douleur</p> <p>Sommeil</p> <p>Ulcère</p>	<p>Méthode de collecte des données Les données proviennent du registre suédois de traitement d'ulcères collectées entre mai 2009 et décembre 2013. Une première rencontre au centre de soins a permis de collecter les données du patient et de lui assigner un traitement pour son ulcère.</p> <p>La mobilité est évaluée par la capacité à marcher : indépendant, partiellement dépendant ou dépendant.</p> <p>Les habitudes concernant le tabac sont évaluées : fumeur actif, non-fumeur, ancien fumeur. Les participants sont divisés en trois groupes selon leur âge 60-69 ans, 70-79 ans, 80 ans et plus.</p> <p>L'évaluation de la douleur est faite avec l'échelle numérique. Si la douleur est présente, les troubles du sommeil sont évalués avec la question « avez-vous des troubles du sommeil ? ».</p> <p>Les différents types d'ulcères sont répartis en quatre groupes : artériel, veineux, veineux-artériel et autres (plaie de pression, diabétique, inflammation, tumeur).</p> <p>Une deuxième rencontre évalue le processus de guérison et le traitement.</p> <p>Ethique Les participants sont volontaires, ils ont signés un consentement éclairé. Les auteurs de l'étude n'ont pas été impliqués dans la collecte des données et ces dernières ont été rendues anonymes. Une recommandation du superviseur de l'étude a été préférée à une approbation éthique par les auteurs de l'étude.</p>	<p>Méthode d'analyse des données Statistiques descriptives</p> <p>Coefficient de corrélation de Pearson</p> <p>Chi carré test</p> <p>Comparaisons effectuées avec t-test ANOVA</p> <p>Hosmer and Lemeshow goodness of fit test</p> <p>Un résultat est considéré statistiquement significatif si la valeur « p » est inférieure ou égale à 0,05</p> <p>Logiciel statistique IBM SPSS statistics for Windows version 22.0</p>	<p>Résultats concernant la douleur, 51.5% de l'échantillon l'exprime. La valeur moyenne de la douleur varie selon le type d'ulcère diagnostiqué.</p> <p>Une différence statistiquement significative a été soulignée ($p=0.011$) concernant l'intensité de la douleur selon le genre. Les femmes évaluent une douleur plus élevée. 762 participants sur 1824 ont un ulcère veineux. Parmi eux, 49.6% verbalisent une douleur moyenne de 5,45 sur l'échelle numérique. 184 participants ont un ulcère artériel, ils verbalisent une moyenne de douleur à 6,04 sur l'échelle numérique. 162 patients atteints d'ulcère veineux et artériel verbalisent une douleur moyenne de 6,07 sur l'échelle numérique. La douleur moyenne de 7,58 est verbalisée par les participants avec ulcères classés dans la catégorie « autres ». 59.2% des participants ont été interrogés sur leurs troubles du sommeil. Les individus avec ulcère artériel, veineux-artériel et bilatéraux présentent plus de troubles du sommeil ($p<0.001$). La relation entre les types d'ulcères, l'intensité de la douleur et les troubles du sommeil a été explorée chez les participants avec et sans troubles du sommeil. Des différences significatives ont été mises en évidence entre les types d'ulcères et l'intensité de la douleur ainsi qu'entre le nombre d'ulcères et l'intensité de la douleur. Ni l'âge ni le sexe n'influence les troubles du sommeil. Cependant, l'ulcère artériel et l'ulcère veineux-artériel augmentent les troubles du sommeil. Une douleur évaluée à 4 ou plus est elle aussi, associée aux troubles du sommeil.</p> <p>Conclusion Les douleurs d'ulcères reçoivent parfois moins d'attention dans le traitement. Une anamnèse précise est requise sur le type d'ulcère, la douleur, la taille, le nombre, les effets afin d'adapter au mieux les soins à chaque personne. Un guide pour la gestion des ulcères tenant compte de tous les facteurs impactant la qualité de vie est nécessaire.</p> <p>Faiblesses Evaluation du sommeil seulement si la douleur est présente. L'utilisation de l'échelle numérique avec des personnes âgées avec des plaies d'ulcères chroniques peut être insuffisante. Le risque de mauvaise compréhension de son utilisation est élevé. La douleur devrait être évaluée à différents moments de la journée non pas une seule fois.</p> <p>Force : la grande taille de l'échantillon.</p>
---	--	---	---	--	---	---

Annexe II : Synthèse des études

étude N°	Auteurs et qualifications	Revue	Editeur	Considérations éthiques	conflit d'intérêt, financement d'étude	facteur d'impact
1	J. Green 1 ; MSc, Lecturer and PhD R. Jester 2-3; PhD, Adjunct professor and Specialist project lead, R. McKinley 1; PhD, professor of Education in general practice keele medical school A. Pooler 1; PhD, lecturer and post-doctoral 1 Keele University school of nursing and Midwifery, clinical education centre, university hospital of North Staffordshire NHS Trust, Stoke-on-Trent, UK 2 School of nursing and Midwifery, Griffith university Queensland Australia 3 Faculty of education, HEFT, Birmingham	Journal of wound care (2013) volume 22 N°2	Rachel Webb	l'étude a été garantie par Mid-Staffordshire Local Research Ethics Committee. Tous les participants ont été informés par écrit sur l'étude et leur implication. Un consentement a été signé.	L'étude a été financée par « west Midlands strategic health authority ». Les chercheurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.	1.205
2	Julie Wellborn ; MN, RN, CWON, program director, Harrison medical center, wound and hyperbaric center, Bremerton, WA Joane T. Moceris, PhD, RN, professor, university of Portland, Oregon.	Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing (2014)	Mikel L. Gray	La procédure de l'étude a été vue et approuvée par le comité d'examen institutionnel du Harrison Medical Center à Bremerton, Washington et par l'université de Washington à Seattle.	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Aucune information n'est donnée sur le financement d'étude	0.969
3	W. M. Hopman; MA M. Buchanan; PHCNP, MSc E. G. VanDenKerkhof; RN, DrPH M. B. Harrison; RN, PhD	Chronic Diseases and Injuries in Canada (2013) volume 33 N°3	Robert Geneau, PhD	Cette étude a été approuvée par "the queen's university and affiliated teaching hospital research ethics board". Les participants ont signé un consentement éclairé.	-	1.558
4	Edyta Tracz; PhD Ewa Zamojska; MSc Andrzej Modrzejewski; PhD Daniel Zaborski; PhD Wilhelm Grzesiak; PhD Surgical and Emergency Nursing Department, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland Laboratory of Biostatistics, West Pomeranian University of Technology, Szczecin, Poland	Holistic Nursing Practice (2015) volume 29 N°2	Gloria F. Donnelly, PhD, RN, FAAN	-	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Aucun support financier n'a été reçu.	0.659

5	<p>Thalyne Yurí Araújo Farias Dias 2 Isabelle Katherine Fernandes Costa 3 Márjorie Dantas Medeiros Melo 4 Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres 2 Eulália Maria Chaves Maia 5 Gilson de Vasconcelos Torre 6 2 Doctoral student, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil. 3 PhD, Adjunct Professor, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil. 4 Undergraduate student in Nursing, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil. 5 PhD, Associate Professor, Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil. 6 PhD, Full Professor, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil</p>	<p>Revista latino-americana de enfermagem (2014) volume 22 N°4</p>	<p>Afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos</p>	<p>Tous les participants ont reçu des informations sur les objectifs de l'étude et ont signé un consentement éclairé.</p> <p>L'étude répond aux conditions éthiques de l'association mondiale médicale d'Helsinki et a respecté la résolution 196/96.</p> <p>Le comité éthique de recherche a lui aussi donné une opinion favorable.</p>	-	-
6	<p>Hellström, Amanda Nilsson, Camilla Nilsson, Annina Fagerström, Cecilia Department of Health and Care Sciences, Linnaeus University, Stagneliusg. 14, SE-392 34 Kalmar, Sweden County Council of Värmland, Arvika, Sweden County Council of Blekinge, Karlskrona, Sweden Blekinge Institute of Technology, Blekinge Centre of Competence, Karlskrona, Sweden</p>	<p>BMC Geriatrics (2016) volume 16</p>	<p>Matteo Pasini, BioMed Central, UK</p>	<p>Les participants sont volontaires, ils ont signé un consentement éclairé.</p> <p>Les auteurs de l'étude n'ont pas été impliqués dans la collecte des données et ces dernières ont été rendues anonymes.</p> <p>Une recommandation du superviseur de l'étude a été préférée à une approbation éthique.</p>	<p>Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.</p> <p>Aucune information n'est donnée sur le financement d'étude</p>	2.371

Annexe III : Glossaire méthodologique

La majorité des définitions ci-dessous sont issues de Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Education. Si tel n'est pas le cas, les références suivent la définition entre parenthèses.

Analyse de la variance (ANOVA) : « test de statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe. » (p.595).

Biais : « erreurs qui affectent toute observation » (Slim, 2007, p. 16)

- **de confusion** : « facteur qui perturbe l'association entre l'exposition étudiée et la maladie. Il est possible de contrôler un facteur de confusion au niveau de la planification de l'étude et au niveau de l'analyse. » (<http://www.em-consulte.com/article/12100/biais-et-facteurs-de-confusion-en-epidemiologie-de>)
- **de sélection** : « la population de l'étude ne correspond pas au monde réel, les personnes incluses ne sont pas représentatives de la population générale et/ou de la maladie étudiée » (Slim, 2007, p. 16)

Coefficient de corrélation de Spearman : « test non paramétrique, il n'utilise pas dans ses calculs les valeurs des variables mais les rangs de ces valeurs » (Ancelle, Rothan-Tondeur, & Ivernois, 2013, p. 161)

Coefficient de corrélation de Pearson : « employé pour vérifier la relation linéaire ou le degré d'association entre deux variables continues » (p.525)

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

Corrélation : « association entre deux séries de données » (Slim, 2007, p. 27)

Corrélation négative : « tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs faibles de l'autre variable. » (p.596) Exemple : lorsque la douleur augmente, la mobilité diminue.

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

Écart-type : « mesure de la dispersion des scores d'une distribution, qui tient compte de la distance de chaque score par rapport à la moyenne du groupe » (p.495)

Échantillon : « sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude » (p.597)

Échantillonnage : « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible » (p.597)

- **aléatoire stratifié** : « méthode d'échantillonnage probabiliste selon laquelle la population est répartie en fonction de certaines caractéristiques afin de constituer des strates qui seront représentées dans l'échantillon » (p.231)
- **non-probabiliste** : « méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire. Plusieurs techniques sont employées » (p.233)
- **par choix raisonné** : « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction des caractéristiques typiques de la population à l'étude » (p.235)
- **par réseau** : « méthode d'échantillonnage qui consiste à demander à des personnes recrutées initialement selon des critères de sélection précis de suggérer le nom d'autres personnes qui leur paraissent répondre aux mêmes critères » (p.236)
- **probabiliste** : « méthode qui fait appel au hasard afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon. Plusieurs techniques sont utilisées » (p.598)

Étude descriptive corrélationnelle : « type d'étude servant à explorer des relations entre des variables en vue de les décrire » (p.599)

Étude transversale : « étude dont les données sont recueillies à un moment précis dans le temps. Elle sert à décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (p.599)

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

Indice de fidélité : « renvoie à la précision et à la constance des mesures obtenues à l'aide d'un instrument de mesure. Elle se rapporte à la capacité de l'instrument à mesurer d'une fois à l'autre un même objet de façon constante » (p.405)

Intervalle de confiance : « niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer » (p.512)

Interview :

- **non-structurée** : « interaction verbale au cours de laquelle le chercheur propose un ou plusieurs thèmes au répondant et à propos desquels il l'invite à s'exprimer librement et de façon personnelle » (p.428)
- **semi-structurée** : « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (p.428)

Méta-analyse : « technique qui permet d'intégrer les résultats de plusieurs études similaires, basées sur la même question de recherche. » (p.600)

Méta-synthèse : « synthèse de la recherche qualitative qui comporte l'analyse critique d'études qualitatives et la synthèse des résultats dans un nouveau cadre de référence pour le sujet à l'étude » (p.600)

Modèle de régression :

- **régression multiple** : « prédire la valeur d'une variable dépendante d'après les valeurs de plusieurs variables indépendantes » (p.527)
- **régression linéaire** : « utilisation de deux variables quantitatives afin de prédire la valeur de l'une par rapport à l'autre » (Slim, 2007, p. 100).

Modèle thématique de Braun and Clarke : type d'analyse pour la recherche qualitative qui permet de mettre en évidence des thèmes.

Odd ratio : « c'est le rapport entre le risque (cote) de survenue d'une maladie ou d'un évènement dans un groupe et celui dans un groupe contrôle » (Slim, 2007, p. 28)

Paradigme : « conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (p.24)

- **paradigme naturaliste** : « paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps » (p.25)

- **paradigme positiviste** : « les idées du positivisme sont enracinées dans une réalité objective que le chercheur doit découvrir, une optique qui appuie l'idée que la cause et l'effet peuvent expliquer tout phénomène » (p.25)

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

Randomisation : « c'est la répartition des participants à une étude clinique (ou expérimentale) au hasard dans deux (ou plusieurs) groupes. » (Slim, 2007, p. 97)

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

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

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

Signification statistique : « elle suppose que les relations observées entre les variables d'associations ou les différences entre les groupes ne sont probablement pas dues au hasard et qu'il est possible qu'elles soient réelles » (p.542)

Statistique inférentielle : « son rôle est de traiter les données d'échantillonnage en vue de la prise de décision concernant la population. » « Elle permet aux chercheurs de vérifier des hypothèses auprès d'une population en utilisant des données d'échantillon probabiliste » (p.508)

Test chi-carré :

Test statistique inférentiel non-paramétrique utilisé pour comparer un ensemble de données qui représentent des fréquences, des pourcentages, et des proportions (données nominales). Il sert aussi à déterminer si deux variables sont indépendantes ou réciproquement dépendantes. Il sert à examiner aussi bien les relations que les différences entre des données nominales. (p.524)

Test non-paramétrique : « test statistique inférentiel utilisé pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux » (p.521)

Test paramétrique :

La statistique paramétrique est utilisée pour estimer les paramètres de la population. Elle repose sur les postulats ci-après vis-à-vis de la population dont provient l'échantillon : 1) les variables mesurées sont normalement distribuées dans la population ; 2) l'échantillon est issu d'une population dont il est possible de calculer la variance ; 3) les variables sont d'intervalles ou de proportion. (p.521)

The Hosmer-Lemeshow test : « Le test évalue si les taux d'événements observés correspondent ou non aux taux d'événements attendus dans les sous-groupes de la population modèle » (https://en.wikipedia.org/wiki/Hosmer%E2%80%93Lemeshow_test)

The Mann Whitney test : « test non paramétrique, permettant de calculer la différence entre deux groupes (ce test est alors l'équivalent du test t de student)» (Slim, 2007, p. 119)

Test-t ou test-t de student : « test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations » (p.522)

Transférabilité : « application éventuelle des résultats issus d'études qualitatives à d'autres milieux ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation » (p.603)

Triangulation : « méthode de vérification qui utilise plusieurs sources d'informations et plusieurs méthodes de collecte des données » (p.603)

Validité : « la validité désigne le degré selon lequel un instrument mesure bien ce qu'il est censé mesurer » (p.411)

Validité externe : « fait référence à la généralisation des résultats d'une étude au-delà des personnes, des contextes, et des périodes de temps qui sont pris en considération dans l'étude » (p.328)

Validité interne : « la validité interne d'une expérimentation repose sur la relation causale entre la variable indépendante et les variables dépendantes. » (p.323)

Variables : « est une caractéristique qui peut être observée ou manipulée et qui est susceptible de prendre différentes valeurs » (p.42)

- **catégorielle** : « elle peut être nominale ou ordinale. Elle peut aussi avoir plusieurs valeurs telles que le groupe sanguin ou le mode de sortie de l'hôpital (décès, retour à domicile ou maison de convalescence) » (Slim, 2007, p. 124)
- **dépendante** : « est celle qui est supposée dépendre d'une autre variable (la variable indépendante), être influée ou causée par celle-ci » (p.41)
- **indépendante** : « variable qui est présumée influencer ou expliquer la variable dépendante, ou être la cause d'un changement de celle-ci » (p.40)
- **d'intervalle** : « l'intervalle entre deux catégories a toujours la même valeur, la même signification. La différence entre 10° et 11° est identique à celle entre 20° et 21° » (<http://blocnotes.iergo.fr/breve/nominales-ordinales-intervalles-et-ratios/>)

Variance : « représente la valeur globale de dispersion des scores par rapport à la moyenne » (p.494)

Annexe IV : Classification CEAP

Tableau 1: Classification CEAP (adapté selon [3]).

C: Signes cliniques	E: Etiologiques	A: Anatomiques	P: Physiopathologiques
C ₀ : pas de signe clinique visible ou palpable	E _c : congénitale	A _s : système veineux superficiel	P _r : reflux
C ₁ : télangiectasies ou veines réticulaires*	E _p : primitive	A _d : système veineux profond	P _o : obstruction
C ₂ : varices [‡]	E _s : secondaire	A _p : veines perforantes	P _{ro} : obstruction et reflux
C ₃ : œdème sans troubles trophiques cutanés	E _n : pas d'étiologie retrouvée	A _n : pas de lésion anatomique identifiée	P _n : pas de mécanisme physiopathologique identifié
C ₄ : atteinte cutanée			
C _{4a} : dermite ocre ou eczéma			
C _{4b} : hypodermite scléreuse ou atrophie blanche			
C ₅ : ulcère cicatrisé			
C ₆ : ulcère ouvert, non cicatrisé			
A = asymptomatique			
S = symptomatique			

* Les veines réticulaires sont de petites veines dilatées intradermiques ou sous-cutanées d'un diamètre de 1–3 mm, et les télangiectasies sont des veinules dilatées intradermiques de <1 mm de diamètre.

‡ Le terme varices est réservé pour des veines sous-cutanées dilatées d'un diamètre de plus de 3 mm mesuré en position debout, normalement d'aspect tortueux, mais des veines saphènes rectilignes avec un reflux sont également considérées comme varices.

(Engelberger et al., 2016, p. 338)

Annexe V : Caritas process de Jean Watson en français



WATSON CARING
SCIENCE INSTITUTE

Version francophone (2015) des *Watson's 10 Caritas Processes* © (2007)

Les 10 Processus de Caritas de Watson
1) Soutenir les valeurs humanistes - altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.
2) Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.
3) Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles.
4) Développer des relations d'aide, de confiance et de caring.
5) Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.
6) Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring.
7) Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.
8) Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine.
9) Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.
10) S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.

Version originale 2007:

Watson, J. (2007). 10 Caritas Processes™. *Watson Caring Science Institute*. <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/global-translations-10-caritas-processes/>

Traduction française 2015 par:

Chantal Cara, PhD., RN., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et *Senior Watson Caring Science Scholar*, Watson Caring Science Institute.

Louise O'Reilly, PhD., RN., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Philippe Delmas, PhD., RN., Professeur ordinaire, Haute École de la Santé La Source, Lausanne, Suisse.

Sylvain Brousseau, PhD.c, RN., Professeur adjoint, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada.

Neal Rosenberg, PhD., RN., Doyen, École des sciences infirmières, *Nevada State College*, Las Vegas, É-U et *Watson Caring Science Scholar*, Watson Caring Science Institute.

Annexe VI : Echelle de la douleur

RM4 100285 - Avril 2011

Echelle Numérique (EN)

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève Réseau douleur CHUV Centre d'antalgie

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire douleur imaginable

Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Pas de douleur Pire douleur imaginable

(HUG-Hôpitaux universitaires de Genève, s. d.)