

Travail de Bachelor

L'image de soi du grand brûlé à travers ses cicatrices

Revue de la littérature

Réalisé par : Nanchen Tatiana

Promotion : Bachelor 20

Sous la direction de : Mme Fauchère Isabelle

Lieu et date : Sion, le 5 juillet 2023

Résumé

Chaque année, en Suisse, plusieurs personnes sont victimes de brûlures étendues qui nécessiteront des prises en charge lourdes. Ces brûlures sont à l'origine de changements de l'image corporelle et de potentielles répercussions psychologiques.

Cette revue de la littérature a pour objectif de comprendre les répercussions des brûlures sur l'image de soi des patients brûlés ainsi que d'amener des pistes d'interventions interdisciplinaires permettant de limiter celles-ci. Les critères d'inclusion utilisés s'axaient principalement sur l'échantillon avec une moyenne d'âge supérieure à 18 ans et la présence de brûlures étendues. De plus, les études portant sur les patients s'étant auto-immolés ont été exclues. Enfin, seuls les articles portant sur l'objectif susmentionné ont été retenus. Les recherches ont été menées de mars 2022 à avril 2023 sur les trois bases de données suivantes : CINAHL, EMBASE et PUBMED.

Les principaux résultats ont mis en évidence une image de soi impactée négativement. Il est difficile d'aboutir d'un commun accord à la présence ou non de facteurs l'influençant. Toutefois, il semble nécessaire d'évaluer les difficultés psychologiques de ces patients à toute étape de la prise en soin. Plusieurs interventions ont été proposées dont notamment l'utilisation de groupe de pairs, des cours sur la gestion des cicatrices ou encore des enseignements reliés au coping. En conclusion, il semble nécessaire de se pencher sur le vécu du patient brûlé tout au long de la prise en soin et de lui apporter les outils nécessaires pour faire face aux nombreux changements auxquels il fait face.

Mots-clés : grand brûlé, cicatrice, image de soi, coping, intervention

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier Mme Fauchère Isabelle, directrice principale de mon Travail de Bachelor, pour ses précieux conseils et sa bienveillance lors de l'encadrement de ce travail.

Je souhaite également remercier Mme Sonnay Maryline pour l'entretien téléphonique accordé, ainsi que M. Carel Dan pour la visioconférence accordée.

De plus, je tiens à remercier, de manière générale, l'équipe soignante du service de traumatologie de la SUVA, qui durant mon dernier stage pratique m'a apporté beaucoup d'éléments théoriques et pratiques sur la prise en charge des grands brûlés.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science 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 auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7^e édition.

Lieu et date : Sion, le 5 juillet 2023

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized cursive letters, positioned above a horizontal line.

Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	3
1.3	But de la recherche.....	3
2	Cadre théorique	4
2.1	La brûlure	4
2.1.1	Physiopathologie des brûlures.....	4
2.1.2	La classification des brûlures.....	5
2.1.3	Le grand brûlé	6
2.2	Les cicatrices du grand brûlé	6
2.2.1	La cicatrisation des brûlures	6
2.2.2	Le rôle infirmier dans le suivi des cicatrisations	8
2.3	L'image de soi ou le concept de soi	8
2.3.1	Les composantes du concept de soi.....	8
2.3.2	L'image corporelle	9
2.3.3	L'impact des brûlures sur l'image corporelle	10
2.3.4	Le rôle infirmier dans l'image de soi.....	10
2.4	Le modèle transactionnel de Lazarus	11
2.4.1	Les points clés du modèle	11
2.4.2	Le modèle relié aux grands brûlés	11
3	Méthode.....	13
3.1	Devis de recherche.....	13
3.2	Collecte des données	13
3.3	Sélection des données	18
3.4	Considérations éthiques	19
3.5	Analyse des données	19
4	Résultats	21
4.1	Description de l'Etude 1	21
4.1.1	Validité méthodologique	22
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	23
4.2	Description de l'étude 2	24
4.2.1	Validité méthodologique	26

4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.3	Description de l'étude 3	27
4.3.1	Validité méthodologique	28
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.4	Description de l'étude 4	30
4.4.1	Validité méthodologique	31
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	31
4.5	Description de l'étude 5	32
4.5.1	Validité méthodologique	34
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	35
4.6	Description de l'étude 6	35
4.6.1	Validité méthodologique	37
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	37
4.7	Synthèse des principaux résultats	38
5	Discussion	40
5.1	Discussion des résultats	40
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	42
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	42
6	Conclusions	44
6.1	Propositions pour la pratique	44
6.2	Propositions pour la formation	45
6.3	Propositions pour la recherche	46
7	Liste de références	48
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études	II
	Annexe III : Glossaires	VIII

Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations.....	18
---	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs	14
Tableau 2 : Equation de recherche CINAHL	15
Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed)	16
Tableau 4 : Equation de recherche Embase	17
Tableau 5 : Liste des articles retenus.....	20

Liste des abréviations

ADS-R	Acceptance of Disability Scale-Revised
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
BES	Body Esteem Scale
BID	Body Image Dissatisfaction
BSHS-B	Burn Specific Health Scale-Brief
CAS	Certificate of Advanced Studies
CBSS	Score composé de sévérité des brûlures
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
DAS	Diploma of Advanced Studies
DDCQ	Demographic data and Disease Condition Questionnaire
EVA	Echelle visuelle analogique
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HHI	Herth Hope Index
IPA	Impact of Participation and Autonomy
MBI	Modified Barthel Index
MHS	Médecine Hautement Spécialisée
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDS-5	Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9

QUAN	Quantitatif
SAAS	Social Appearance Anxiety Scale
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
SUPPH	Strategies Used by People to Promote Health
SWAP	Satisfaction with Appearance Scale
TBSA	Total Body Surface Area
USZ	Hôpital Universitaire de Zürich (Universitätsspital Zürich)

1 Introduction

1.1 Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018), les brûlures sont responsables de 180'000 décès au sein de la population par année. Parmi les victimes de brûlures, un grand nombre d'entre elles, environ 11 millions en 2014, présentent des lésions suffisamment importantes pour nécessiter des soins médicaux. Toujours selon l'OMS (2018), « les brûlures non mortelles sont l'une des principales causes de morbidité, et notamment d'hospitalisation prolongée, de défigurement et d'incapacités, qui entraînent souvent ostracisme et exclusion ». Au vu du nombre de personnes touchées, de la mortalité et de leurs conséquences, les brûlures peuvent être considérées comme un problème mondial de santé publique.

En Suisse, chaque année, environ 8000 personnes sont victimes de brûlures, qu'elles soient d'origine thermique, chimique ou encore électrique. Parmi ces personnes, il est observé que 290 d'entre elles seront blessées gravement et nécessiteront une prise en charge dans l'un des 3 centres suisses de grands brûlés. La majorité de ces patients se verront hospitalisés soit au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne, soit à l'Hôpital universitaire de Zürich (USZ) et l'Hôpital pédiatrique de Zürich (Centre d'information pour la prévention des incendies, s. d.).

Dans son rapport, le service des grands brûlés du CHUV déclare avoir accueilli 65 patients adultes pour des brûlures en 2020. Parmi eux, 53 d'entre eux remplissaient les critères de médecine hautement spécialisée (MHS) de brûlures graves nécessitant une prise en charge spécialisée. Les critères MHS des brûlures graves regroupent les éléments suivants : âges extrêmes (enfants ou >65ans) avec une surface brûlée supérieure ou égale à 10% de leur surface corporelle, les adultes avec une surface brûlée > 20% de leur surface corporelle, la présence de syndrome d'inhalation ou encore les brûlures profondes de zones spécifiques (visage-cou, mains, grandes articulations et périnée) (Centre hospitalier universitaire vaudois, 2020).

Les brûlures étendues et profondes, considérées comme graves, vont nécessiter une prise en soin multidisciplinaire comprenant de nombreux soins dans un centre spécialisé pour grands brûlés. Celle-ci peut être découpée en 4 grandes phases : l'évaluation et la réanimation initiale, puis la stabilisation cardio-respiratoire, une stabilisation plus concentrée sur les greffes de peau et enfin la réhabilitation qui peut se poursuivre hors centre. Durant ces 4 périodes, l'ensemble de l'équipe travaille conjointement en alliant techniques de réanimation, chirurgie, pansements complexes, sédation, nutrition,

physiothérapie, orthopédie et psychothérapie. En moyenne, la prise en charge spécialisée dure entre 1 et 1,5 jours par pourcentage de surface corporelle brûlée profonde. Toutefois, la phase de réhabilitation qui commence dès les premiers jours d'hospitalisation, peut se voir prolonger pendant 2 à 3 années (Berger et al., 2004).

John & Berney (2021) ajoutent que malgré une réduction de la mortalité et de la morbidité, une augmentation notable des besoins psychologiques des brûlés est toutefois observée. Un accompagnement psychologique spécifique aux besoins du patient semble nécessaire et doit être compris dans l'ensemble de la prise en soin, bien que l'agencement semble à première vue difficile.

Outre l'aspect somatique omniprésent dans cette prise en soin complexe, la sphère psychologique des grands brûlés peut être affectée par différentes conséquences de leur pathologie, comme : la douleur, la réfection de leurs pansements, la greffe, leur hospitalisation de manière générale ou le retentissement familial. Les brûlés sont à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique, des phobies, des états de stress aigu ainsi que des difficultés d'acceptation de leur nouvelle image corporelle. En vue de tous ces éléments, il est nécessaire que les soignants puissent comprendre les différents enjeux psychologiques dans l'accompagnement du patient brûlé (Echinard & Latarjet, 2010).

John & Berney (2021) soulignent que l'évolution psychique des brûlés sur la première année peut se diviser en 3 groupes équivalents : un groupe à évolution favorable, l'autre qui essaye difficilement de maintenir un équilibre psychique et enfin le groupe qui aura besoin d'une intervention psychiatrique spécialisée

De plus, selon Echinard et Latarjet (2010), « une dimension plus psychologique (estime de soi et acceptation d'une nouvelle image corporelle à jamais modifiée) est un axe rééducatif complémentaire à intégrer dans l'évaluation purement physique du préjudice fonctionnel » (p.230).

En effet, la cicatrisation ne relève pas que de l'aspect somatique car tout un travail psychologique se déroule simultanément chez le patient. Lors de la phase aiguë, le patient se centre surtout sur l'acceptation de sa situation. Toutefois, lors de la phase de réhabilitation, le patient va devoir se confronter notamment à sa nouvelle image corporelle et avancer dans un processus de deuil. Outre les psychopathologies standards comme la dépression et le syndrome de stress post-traumatique, il faut également identifier d'autres souffrances psychologiques comme l'insatisfaction de l'image corporelle liée à une

stigmatisation autour de l'apparence provenant de la population générale, voire même du patient lui-même (John & Berney, 2021).

Les difficultés liées à la nouvelle image corporelle du patient brûlé, apparaissent durant deux événements majeurs auxquels il est confronté : le moment où le patient se découvre et remarque ses changements corporels, ainsi que le moment où il est confronté aux regards des autres. Après l'un de ses deux événements, le patient peut développer des réactions émotionnelles susceptibles d'impacter sa qualité de vie. La réaction la plus fréquente est la peur : peur de ne pas retrouver de relations amoureuses, de travail ou la peur de perdre des fonctions motrices. Les autres réactions sont la rébellion et la honte. L'infirmière doit donc être attentive à identifier précocement des troubles liés à l'image de soi pour aider le patient à y faire face et développer des mécanismes de protection positifs (Bergamasco et al., 2002).

En vue de ces éléments, il semble important de se pencher sur les processus psychologiques qui se déroulent chez le patient brûlé notamment en termes d'image de soi.

1.2 Question de recherche

Au vu des points soulevés ci-dessus, il est donc nécessaire d'aborder l'aspect psychique du patient brûlé dans sa prise en charge complexe, notamment en termes d'image de soi. La question de recherche de ce travail est donc : « Comment les cicatrices des patients sévèrement brûlés impactent leur image de soi ? »

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de littérature sont :

- Définir le grand brûlé et les complications de ses cicatrices
- Identifier les composantes du concept de soi
- Analyser les répercussions psychologiques des brûlures sur l'image de soi
- Proposer des interventions pluridisciplinaires qui permettrait d'accompagner au mieux le patient vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle

2 Cadre théorique

Afin d'améliorer l'interprétation des données des études relevées, il semble pertinent de commencer par un éclaircissement de certains concepts clés en lien avec la question de recherche.

2.1 La brûlure

2.1.1 Physiopathologie des brûlures

Afin de simplifier la compréhension de la physiopathologie des brûlures, cette partie se concentrera principalement sur les brûlures thermiques avec quelques apports concernant les brûlures électriques et chimiques.

Selon Palmier et Garulo (2018), la brûlure est définie comme une « lésion cutanée provoquée par un agent causal dont la gravité dépend du temps d'exposition à celui-ci » (p.72).

Lors de brûlures thermiques, l'atteinte cutanée dépendra aussi du temps d'exposition mais également de la température de l'élément chaud. Dès 45°C, certaines protéines et enzymes sont détruites. Progressivement, les lésions cellulaires vont aboutir à la formation d'un œdème puis d'une nécrose cellulaire. En-dessous de cette nécrose mais également aux alentours de celle-ci, se trouve la zone de stase comprenant les cellules endommagées. En fonction de la vascularisation, de l'œdème, de l'inflammation, de l'état général du patient et du risque infectieux, cette zone de stase pourra évoluer vers une cicatrisation ou une nécrose. Il existe encore la zone d'hyperhémie qui englobe plus largement la zone de stase et la zone de nécrose. L'hyperhémie est caractérisée par des phénomènes inflammatoires comme la vasodilatation et la tuméfaction. Toutefois, les atteintes cutanées y sont moins importantes que dans la zone de stase (Meaume et al., 2005).

En ce qui concerne les brûlures électriques, il faut prendre en compte de nombreux paramètres pour déterminer l'ampleur des dommages internes, comme le trajet interne du courant, la tension et la durée de contact. Les brûlures électriques sont créées par un phénomène de conversion d'énergie électrique en chaleur à l'intérieur du corps. A première vue, les atteintes cutanées semblent légères mais ce qui est problématique ce sont toutes les atteintes des tissus sous-jacents à distance des points d'entrée et de sortie du courant. Il faut également considérer le risque de rhabdomyolyse en cas de brûlure électrique (Urden et al., 2019).

Les brûlures chimiques sont causées par différents agents chimiques qui peuvent être regroupées sous la catégorie des acides, des bases et des composés organiques. En

fonction de ceux-ci, la destruction cutanée peut se prolonger pendant encore 72h (Lewis et al., 2016). Selon Echinard et Latarjet (2010), les mécanismes agressant la peau sont différents selon le produit chimique en cause. En règle générale, ces substances créent un changement de pH ou une liquidité des graisses, ce qui perturbe la structure des protéines et conduit à la destruction et la mort des cellules de la peau. De plus, ce processus dégage une importante chaleur entravant certains processus métaboliques cellulaires. Enfin, il ne faut pas non plus négliger le risque de toxicité systémique de certains produits.

2.1.2 La classification des brûlures

La classification des brûlures qui permet de déterminer la gravité d'une brûlure est multifactorielle : l'étendue, la profondeur de la plaie, le type de brûlure, sa localisation, l'âge et les antécédents médicaux du patient (Urden et al., 2019).

Il est possible de distinguer 4 ou 5 degrés de brûlures selon la profondeur de la plaie. Le premier degré désigne des brûlures superficielles où seule une partie de l'épiderme est atteinte. Cela s'observera par l'apparition d'un érythème douloureux. Dans le deuxième degré superficiel, l'épiderme ainsi qu'une partie du derme sont atteints et des phlyctènes peuvent apparaître. Dans le deuxième degré profond, l'épiderme et la quasi-totalité du derme sont atteints. A ce stade, la peau peut prendre une coloration blanchâtre par endroits. Dans le troisième degré, toutes les couches de la peau et les tissus sous-cutanés sont atteints. La zone touchée sera normalement insensible et indolore. Dans le quatrième degré, les structures plus profondes comme par exemple les muscles, les os ou encore les tendons sont touchés (Lewis et al., 2016; Urden et al., 2019).

Mis à part le degré des brûlures, dans l'urgence, il est impératif d'évaluer provisoirement la surface corporelle brûlée pour déterminer sa gravité. Aux urgences, la règle des 9 de Wallace est la méthode la plus rapide. Celle-ci découpe la surface corporelle en plusieurs parties qui représentent un pourcentage de la surface corporelle : tête (9%), thorax (face antérieure 9% et face postérieure 9%), membre supérieur (9%), abdomen (face antérieure 9% et face postérieure 9%), membre inférieur (face antérieure 9% et face postérieure 9%) et la zone génitale (1%). Toutefois, chez l'enfant, étant donné la différence de morphologie, la répartition sera : tête (15%), thorax (face antérieure 16% et face postérieure 16%), membre supérieur (9,5%) et membre inférieur (17%) (Kieffer et al., 2019; Prudhomme & Neveu, 2019).

D'autres outils d'évaluation existent comme la technique de la paume de main représentant un pourcent de la surface corporelle, ce qui est particulièrement adapté pour des brûlures de formes irrégulières (Brunner et al., 2011; Kieffer et al., 2019; Lewis et al., 2016). Les

tables de Lund et Browder peuvent également être utilisées. Elles s'apparentent à la règle des 9 de Wallace avec une meilleure considération des morphologies spécifiques à l'âge mais est plus complexe d'utilisation. Toutefois, de nos jours, il existe des applications et des logiciels rendant son utilisation plus accessible (Kieffer et al., 2019).

2.1.3 Le grand brûlé

Grâce aux points cités ci-dessus, les éléments permettant de définir le grand brûlé, soit la population cible de cette recherche, peuvent être utilisés.

En 1998, le CHUV généralise les critères d'admission d'un grand brûlé dans un centre spécialisé, en se basant sur ceux de l'American Burn Association. Ces critères sont : une brûlure du deuxième degré (>20% de surface corporelle chez l'adulte et >10% chez l'enfant), toute brûlure du troisième degré, des brûlures de zones spécifiques (visage, mains, pieds, organes génitaux, périnée ou grandes articulations), toute brûlure électrique ou chimique, brûlure associée à un syndrome d'inhalation ou à des comorbidités importantes ou à des traumatismes (ex : fractures) (Centre hospitalier universitaire vaudois, 2019; John & Berney, 2021).

2.2 Les cicatrices du grand brûlé

La thématique du grand brûlé soulève de nombreuses problématiques. Ce travail se concentrera uniquement sur les cicatrices engendrées par les brûlures et leurs répercussions. Il semble donc nécessaire de développer le concept de cicatrices et de cicatrisation du grand brûlé.

2.2.1 La cicatrisation des brûlures

La cicatrisation des brûlures comprend trois phases : la phase inflammatoire, la phase proliférative et la phase de maturation. Il est important de préciser que la durée de ces phases est propre à chaque degré de brûlure. La phase inflammatoire initiale a pour but de limiter les pertes liquidiennes, de lutter contre les infections et d'éliminer les tissus nécrotiques. Durant celle-ci, une matrice de collagène commence à être produite. Du quatrième au vingtième jour se déroule la phase proliférative. Les fibroblastes continuent à produire du collagène, des cellules épithéliales migrent dans la plaie (épithélialisation) et les myofibroblastes viennent rapprocher les bords de la plaie. Enfin, à partir du vingtième jour, la phase de maturation débute. La production de collagène persiste mais est plus organisée, afin d'aboutir à un tissu cicatriciel résistant mais qui n'atteindra jamais la résistance de base de la peau. De plus, les cellules dermiques avoisinantes vont tenter de se multiplier pour reproduire de la peau, en plus du tissu cicatriciel produit. Cette phase de maturation est très longue et peut persister entre six mois et deux ans après la brûlure.

Dans les brûlures du troisième degré, l'absence de kératinocytes va empêcher l'épidermisation. Pour les petites surfaces de troisième degré, la peau avoisinante pourra fournir des kératinocytes pour cette cicatrisation. Toutefois, pour celles de grandes étendues, il sera nécessaire de recourir à des greffes de peau (Echinard & Latarjet, 2010; Urden et al., 2019).

La cicatrisation des brûlures suit de manière globale les phases de cicatrisation. Cependant, malgré le même processus physiologique de base, une grande variété de facteurs individuels va impacter ce processus. En l'absence de complications, la cicatrisation devrait se terminer en un an sans laisser de traces visibles. Malgré tout, en fonction du degré des brûlures, il est impossible d'aboutir à un résultat pleinement satisfaisant. Dès le deuxième degré profond, la cicatrisation spontanée devient délicate et peut aboutir à des complications telles que la contracture ou bride, la dyschromie ou la cicatrice hypertrophique (Echinard & Latarjet, 2010; Mitz, 2011).

La bride ou contracture est définie comme un raccourcissement de la cicatrice généralement au niveau d'une surface articulaire mais pouvant aussi apparaître dans les autres zones lésées. Outre les répercussions sur la mobilité pouvant limiter voire empêcher certains mouvements, l'aspect inesthétique des brides peut également impacter l'image corporelle du patient brûlé. La dyschromie, quant à elle, fait référence aux différences de couleurs de peau sur une même zone, notamment sur les régions greffées. Enfin, la cicatrice hypertrophique, développée chez 65% des patients ayant souffert de brûlures thermiques, correspond à une cicatrice en relief, rouge et parfois prurigineuse. Dès la fin du processus inflammatoire, le volume de la cicatrice peut diminuer, voire disparaître. Toutefois, ce processus peut prendre plus de temps. La cicatrice hypertrophique ne dépassera jamais les berges initiales de la plaie. Toutefois, si celle-ci persiste au-delà de 18 mois, on parlera alors de cicatrice chéloïdienne. Celle-ci est considérée comme la forme la plus grave des cicatrices. Elle ne s'estompe pas de manière spontanée et peut continuer à évoluer tant au niveau de son épaisseur qu'au niveau de la zone touchée. Son évolution peut se poursuivre sur plusieurs années. Contrairement à la cicatrice hypertrophique, la cicatrice chéloïdienne va s'étendre au-delà de la plaie initiale pour atteindre les tissus sains. Il est également important de noter que les cicatrices hypertrophiques persistantes sont souvent causées par la formation de brides sous-jacentes. La chirurgie permet sur plusieurs années et interventions d'obtenir des améliorations face à ces complications cicatricielles. Malgré les progrès techniques en chirurgie reconstructrice et esthétique, il est presque impossible d'aboutir à un résultat pleinement satisfaisant qui ne laisserait pas transparaître

le drame par lequel est passé un patient (Kieffer et al., 2019; Meaume et al., 2005; Mitz, 2011; Urden et al., 2019).

2.2.2 Le rôle infirmier dans le suivi des cicatrisations

Urden et al. (2019) affirment que :

En tant que pilier de l'équipe de soins aux grands brûlés, l'infirmière est responsable de l'évaluation quotidienne des plaies, du débridement, de la gestion préopératoire et postopératoire, de la prévention des infections ainsi que de la gestion de la douleur et du soutien psychosocial. (p.1105)

Du point de vue somatique, l'infirmière cherche surtout à prévenir les complications en lien avec les cicatrices et à permettre une bonne évolution des plaies du patient. De plus, en fonction des situations, l'infirmière joue également un rôle important pour informer et rassurer. En effet, le vécu psychologique des patients en regard du processus cicatriciel, doit également être considéré (Brunner et al., 2011; Kieffer et al., 2019).

Après avoir analysé les répercussions somatiques de celles-ci, il semble intéressant de se pencher sur les répercussions psychologiques, notamment en ce qui concerne la perception et l'image de soi du patient. Dans la section suivante, l'aspect de l'image de soi et du concept de soi seront abordés.

2.3 L'image de soi ou le concept de soi

2.3.1 Les composantes du concept de soi

Le concept de soi a été défini par de nombreux auteurs mais seule la définition de l'Ecuyer sera retenue.

Selon L'Ecuyer (1994), le concept de soi correspond à la manière dont se perçoit l'individu. Cette vision est multidimensionnelle, basée sur l'expérience personnelle mais aussi sur l'influence des autres, et évolutive avec les expériences. Ce concept de soi peut être divisé en 5 parties : le soi matériel, le soi adaptatif, le soi social, le non-soi et enfin le soi personnel. Le soi matériel et le soi personnel semblent particulièrement pertinents pour la population étudiée. En effet, le soi matériel fait référence à l'apparence physique et la condition physique générale englobant la santé. Quant au soi personnel, il touche notamment l'image de soi purement descriptive (aspiration, goûts et intérêt, etc...) et l'identité de soi qui s'ancre dans l'aspect psychique de la personne (rôle et statut, idéologie, etc...).

2.3.2 L'image corporelle

Bob Price a découpé l'image corporelle en 3 composantes : le corps réel, le corps idéal et l'apparence. Le corps réel désigne le corps même qui évolue au fil des âges et événements de vie. Le corps idéal est la version du corps que souhaite avoir l'individu. Ce corps idéal est influencé par le contexte socio-culturel, les médias et les personnes ou modèles représentatifs pour soi. Quant à l'apparence, elle désigne la manière de présenter son corps aux autres via l'habillement, la posture, la coiffure ou encore la manière de parler. Etant donné que le corps réel est rarement la copie conforme du corps idéal, l'individu va utiliser l'apparence pour se rapprocher de son corps idéal (Beyeler et al., 2006).

L'insatisfaction corporelle résulte des différences entre le corps réel et le corps idéal. L'importance de l'insatisfaction corporelle est proportionnelle à l'écart entre le corps réel et le corps idéal. Cette insatisfaction crée des préoccupations importantes liée à l'apparence, voire une détresse psychologique, pouvant également impacter l'aspect social de l'individu. Toutefois, l'insatisfaction corporelle seule, ne suffit pas à définir une image corporelle dite « négative ». Il est impératif de prendre en compte l'impact émotionnel et comportemental de ladite insatisfaction (Dany, 2020).

Fischer (2005) ajoute que :

Habituellement nous tenons à créer auprès des autres une bonne image de nous-mêmes, qui constitue un élément important dans toute interaction sociale. Ainsi une présentation de soi réussie renforce l'image positive que les autres ont de nous et celle que nous avons de nous-mêmes. Lorsqu'il y a un écart entre l'identité voulue et l'identité ressentie, il se crée une situation de tension ... Un certain nombre de situations nous révèlent en permanence à nous-mêmes : le matin quand nous nous regardons dans le miroir ; les photos ; ce que les autres disent de nous. Tous ces éléments constituent des reflets du Soi, qui ne sont pas forcément en accord avec l'impression que nous voulons donner, et qui nous obligent à une réévaluation de notre image. (p.198-199)

En règle générale, l'individu recherche à avoir une image positive auprès de ses congénères, afin d'obtenir leur approbation. Cette recherche systématique a pour but d'éviter l'exclusion sociale, en tenant compte de la nature sociale de l'être humain. Toutefois, il a été démontré que des individus ayant une image négative d'eux-mêmes, préfèrent nier, réinterpréter ou éviter des événements positifs pour leur image de soi. En effet, ces individus auraient une préférence pour une cohérence interne et une stabilité de leur image de soi, plutôt qu'une image positive. Ces mécanismes internes deviennent

néfastes sur la durée lorsque l'individu tente de maintenir à tout prix une image purement négative (Bédard et al., 2017).

2.3.3 L'impact des brûlures sur l'image corporelle

Après avoir décrypté les composantes de l'image de soi, il est nécessaire d'évaluer les potentiels impacts des brûlures sur celle-ci.

Comme expliqué par Mitz (2011) « La cicatrice crée une blessure psychologique et physique » (p.5).

Les atteintes esthétiques peuvent induire une certaine discrimination du patient, ce qui renforcera possiblement la baisse d'estime de soi induite après la modification corporelle. Outre la modification corporelle, le patient brûlé doit faire face à de nombreuses pertes touchant les sphères familiales et professionnelles. De par la nature généralement soudaine des brûlures, celui-ci ne peut pas se préparer préalablement aux multiples deuils auxquels il sera confronté (Brunner et al., 2011; Salter & Ovion, 1992).

Mitz (2011) souligne que même si les multiples chirurgies permettent une diminution de la cicatrice, le patient doit effectuer un travail psychique pour que celle-ci ne soit plus une source de souffrance. Toutefois, si les interventions permettent une amélioration de l'aspect de la cicatrice, l'acceptation psychique, quant à elle, peut être facilitée avec le temps.

Etant donné que les brûlures semblent impacter l'image de soi, il est normal de se questionner sur le rôle que l'infirmière joue autour de la gestion de cet impact et de la souffrance possiblement engendrée.

2.3.4 Le rôle infirmier dans l'image de soi

Beleyer et al. (2006) relèvent plusieurs points intéressants en termes d'interventions infirmières en lien avec l'image de soi. En établissant une relation de confiance soignant-soigné, il est possible de dialoguer autour du vécu du patient avec sa nouvelle apparence ou sa maladie. Il est également important d'informer le patient sur les possibles évolutions de sa maladie et traitements envisageables. L'élaboration d'un objectif de soin avec le patient est également capitale, tant sur un point d'auto-détermination, que sur l'amorçage de l'adaptation à la nouvelle image corporelle. Enfin, il faudra accompagner le patient durant la sortie du soin aigu vers une réadaptation.

2.4 Le modèle transactionnel de Lazarus

2.4.1 Les points clés du modèle

Le modèle transactionnel d'adaptation au stress, créé par Lazarus et Folkman, cherche à expliquer le processus du stress entre une personne et son environnement. Une première évaluation cognitive primaire permet de déterminer les enjeux liés au stress, notamment en termes de connotation positive ou négative de l'évènement déclencheur. En réaction à une évaluation primaire jugée dangereuse, il y aura une évaluation cognitive secondaire. Celle-ci sera axée sur la recherche de la stratégie d'adaptation la plus adéquate pour réduire l'effet du stress ou pour pouvoir le supporter par l'utilisation de stratégies de coping (Chapelle, 2018; Fortinash et al., 2013). Contrairement aux mécanismes de défense, les stratégies de coping sont conscientes (Chapelle, 2018).

Il est également possible d'identifier 2 grands types de coping : celui centré sur le problème et celui centré sur l'émotion. Les stratégies de coping centrées sur le problème sont orientées vers l'action et ont pour but de résoudre le problème et donc d'éliminer la source de stress. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion, de nature cognitive, ne modifient pas la situation mais essaient plutôt de la réinterpréter afin de diminuer le stress généré (Chabrol & Callahan, 2018; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011).

Dans ce modèle, cinq modes de coping ont été identifiés : la recherche d'information, l'action directe, l'inhibition de l'action, la recherche de soutien social et les processus intrapsychiques (Chabrol & Callahan, 2018).

Peu importe la stratégie d'adaptation au stress, l'adaptation peut être considérée comme réussie lorsque le patient peut reprendre ses activités quotidiennes avec le même état d'énergie qu'auparavant et lorsque le sentiment d'anxiété ou de dépression accompagnant le stress, revient à un niveau modéré (Bédard et al., 2017).

2.4.2 Le modèle relié aux grands brûlés

Le modèle de Lazarus et Folkman pourrait être utilisé pour la population des grands brûlés. En effet, il est possible de considérer la brûlure comme un stress physiologique mais également psychologique. Face à ce stress, d'autant plus accentué par la soudaineté de son apparition, le patient peut essayer de le surmonter notamment par diverses stratégies de coping.

Comme exposé ci-dessus, il existe de multiples types de stratégies de coping que le patient peut utiliser dans le but de retrouver un mode de vie « normal » comme celui précédant la brûlure. Etant donné que ces stratégies sont conscientisées, à l'inverse des mécanismes

de défense, celles-ci pourraient être une piste d'intervention pour éviter ou diminuer les effets négatifs pouvant être induits par le changement de l'image de soi du patient brûlé.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Cette revue de littérature est une étude à devis mixte* comprenant une étude à devis mixte et cinq études quantitatives.

3.2 Collecte des données

La stratégie de recherche documentaire a été réalisée en deux temps. Une première consultation a été réalisée en mars et en avril 2022 afin d'établir la présence suffisante d'articles de recherche en lien avec la question de recherche pour déterminer la faisabilité du travail. Une seconde recherche plus approfondie et méthodique a été réalisée en avril 2023. L'utilisation des trois concepts cités dans les tableaux ci-dessous a permis de mettre en évidence une première sélection d'articles de recherche sur les bases de données suivantes : CINAHL, PUBMED et EMBASE. Afin d'élargir le champ des résultats, une seconde recherche sur ces mêmes bases de données a été effectuée avec uniquement le concept de grand brûlé et d'image de soi. La combinaison de ces deux recherches a été effectuée. Une recherche documentaire supplémentaire a été réalisée en consultant les références bibliographiques de recherche de type secondaire. Afin de favoriser la compréhension des équations de recherche, seule la recherche comportant les trois concepts sera évoquée dans les tableaux ci-dessous. Toutefois, les résultats de la deuxième recherche y figureront sous les concepts également utilisés pour celle-ci.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Brûlure / grand brûlé	"severe burn*" OR "burn victim*" OR "burns" OR "burned" OR "burn" OR "burn injury" OR "burn care"	"Burns"[Mesh] "Burn Units"[Mesh]	MH "Burns" MH "Burn Patients" MH "Burn Units" MH "Burn Care (Saba CCC)"	'burn patient'/exp 'burn'/exp 'burn unit'/exp 'burn care hospital'/exp
Cicatrice	"scar*" OR "wound*" OR "disfigurement*" OR "skin injur"	"Cicatrix"[Mesh]	MH "Cicatrix" MH "Disfigurement"	'scar'/exp 'skin scar'/exp 'skin injury'/exp 'deformity'/exp
Image de soi	"body image*" OR "self-image" OR "self-perception*" OR "self-regard"	"Body Image"[Mesh] "Self Concept"[Mesh]	MH "Body Image" MH "Self Concept"	'body image'/exp 'self-concept'/exp

Tableau 2: Equation de recherche CINAHL

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	(MH "Burns") OR (MH "Burn Patients") OR (MH "Burn Units") OR (MH "Burn Care (Saba CCC)")	18'104	3
S2	TI ("severe burn*" OR "burn victim*" OR "burns" OR "burned" OR "burn" OR "burn injury" OR "burn care*") OR AB ("severe burn*" OR "burn victim*" OR "burns" OR "burned" OR "burn" OR "burn injury" OR "burn care*")	24'126	3
S3	S1 OR S2	27'574	3
S4	(MH "Cicatrix") OR (MH "Disfigurement")	6'222	0
S5	TI ("scar*" OR "wound*" OR "disfigurement*" OR "skin injur*") OR AB ("scar*" OR "wound*" OR "disfigurement*" OR "skin injur*")	101'634	0
S6	S4 OR S5	103'214	0
S7	(MH "Body Image") OR (MH "Self Concept")	46'646	3
S8	TI ("body image*" OR "self-image" OR "self-perception*" OR "self-regard*") OR AB ("body image*" OR "self-image" OR "self-perception*" OR "self-regard*")	13'515	3
S9	S7 OR S8	52'340	3
S10	S3 AND S6 AND S9	95	0
S11	Limitation 5 ans	24	0
S12	S11 AND Affiliation	4	0

Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed)

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	("Burns"[Mesh]) OR "Burn Units"[Mesh]	62'527	4
S2	"severe burn*" [Title/Abstract] OR "burn victim*" [Title/Abstract] OR "burns" [Title/Abstract] OR "burned" [Title/Abstract] OR "burn" [Title/Abstract] OR "burn injury" [Title/Abstract] OR "burn care*" [Title/Abstract]	73'224	4
S3	S1 OR S2	90'101	4
S4	"Cicatrix"[MeSH Terms]	44'206	1
S5	"scar*" [Title/Abstract] OR "wound*" [Title/Abstract] OR "disfigurement*" [Title/Abstract] OR "skin injur*" [Title/Abstract]	467'156	1
S6	S4 OR S5	488'231	1
S7	"Body Image"[MeSH Terms] OR "Self Concept"[MeSH Terms]	121'588	4
S8	"body image*" [Title/Abstract] OR "self-image" [Title/Abstract] OR "self perception*" [Title/Abstract] OR "self regard*" [Title/Abstract]	25'790	4
S9	S7 OR S8	134'406	4
S10	S3 AND S6 AND S9	136	1
S11	Limitation 5 ans	34	1
S12	S11 + Affiliation	6	0

Tableau 4 : Equation de recherche Embase

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	'burn'/exp OR 'burn patient'/exp OR 'burn unit'/exp OR 'burn care hospital'/exp	92'888	4
S2	'severe burn*':ab,ti OR 'burn victim*':ab,ti OR 'burns':ab,ti OR 'burned':ab,ti OR 'burn':ab,ti OR 'burn injury':ab,ti OR 'burn care*':ab,ti	92'605	4
S3	S1 OR S2	123'739	4
S4	'scar'/exp OR 'skin scar'/exp OR 'skin injury'/exp OR 'deformity'/exp	264'042	0
S5	'scar*':ab,ti OR 'wound*':ab,ti OR 'disfigurement*':ab,ti OR 'skin injur*':ab,ti	587'762	0
S6	S4 OR S5	762'726	0
S7	'body image'/exp OR 'self concept'/exp	238'638	4
S8	'body image*':ab,ti OR 'self-image':ab,ti OR 'self-perception*':ab,ti OR 'self-regard*':ab,ti	33'150	4
S9	S7 OR S8	248'372	4
S10	S3 AND S6 AND S9	229	0
S11	Limitation 5 ans	70	0
S12	S11 AND Affiliation	9	0

3.3 Sélection des données

Après obtention des données, une première lecture du titre et du résumé de l'article a permis d'éliminer un certain nombre d'articles selon la présence ou non de critères d'inclusion* spécifiques. En effet, la population concernée par l'article devait être celle des grands brûlés ou de patients ayant souffert de brûlures à l'origine de modification corporelle. De plus, afin de ne toucher que la population adulte, les participants de l'étude devaient avoir plus de 18 ans ou la moyenne d'âge de l'échantillon* devait dépasser 18 ans. Le but de la recherche devait s'axer autour de la compréhension de l'impact de la brûlure sur l'image de soi ou des répercussions psycho-sociales en lien avec le changement de celle-ci, ou encore les différents facteurs s'axant autour de cet impact. C'est pourquoi, les études s'axant uniquement autour de personnes s'étant auto-immolées ont été rejetées car de potentielles variables parasites pourraient s'immiscer dans les résultats. De plus, afin d'obtenir des résultats pertinents pour la pratique actuelle, les études devaient se situer entre avril 2018 et 2023. Si les résultats proposés ne semblaient ni pertinents pour la question de recherche de cette étude, ni ne proposaient de résultats probants pour la pratique, l'étude était exclue. Enfin, tous les articles de source secondaire ont été exclus en conformité avec les critères d'une revue de la littérature. Une deuxième lecture des résultats, cette fois-ci sur la totalité du texte a été nécessaire. Les études avec une méthode d'analyse des données jugées peu fiables ont été retirées, ce qui a permis d'aboutir à l'obtention de six articles de recherche probants.

Figure 1 : Grade des recommandations

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

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

3.4 Considérations éthiques

Parmi les six études sélectionnées, trois ont été approuvées par un comité d'éthique. Cinq ont obtenu un consentement éclairé écrit des participants et trois recherches ont garanti l'anonymat et la confidentialité des données. Toutefois, étant donné que toutes les études se fondent sur la volonté de participation à la recherche des individus, il est possible de conclure que chaque participant a donné son consentement. Enfin, cinq études sur six déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

3.5 Analyse des données

Chacun des six articles sera décrit et analysé séparément. En premier lieu, l'analyse débutera par une description de l'étude, suivie d'une analyse basée sur la validité méthodologique de celle-ci. Pour finir, sa pertinence clinique et les résultats probants pour la pratique professionnelle seront détaillés. Les tableaux de recension des six articles sont disponibles dans l'annexe II.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Hwang, S.-M., & Lim, E.J.	Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase.	2020	CINAHL PUBMED	4
2	Brewin, M. P., & Homer, S. J.	The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey	2018	CINAHL EMBASE PUBMED	2
3	Ayhan, H., Savsar, A., Yilmaz Sahin, S., & Iyigun, E.	Investigation of the relationship between social appearance anxiety and perceived social support in patients with burns.	2022	CINAHL EMBASE PUBMED	4
4	Tehranineshat, B., Mohammadi, F., Tazangi, R. M., Sohrabpour, M., Parviniannasab, A. M., & Bijani, M.	A study of the relationship among burned patients' resilience and self-efficacy and their quality of life	2020	EMBASE PUBMED	4
5	Huang, Y.-K., & Su, Y.-J.	Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction	2021	CINAHL EMBASE PUBMED	2
6	Li, L., Wu, X.-L., & Xu, L.	Factors affecting self-perceived participation and autonomy among patients with burns: A follow-up study	2018	CINAHL EMBASE PUBMED	4

4 Résultats

4.1 Description de l'Etude 1

Hwang, S.-M., & Lim, E. J. (2020). Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase. *Nursing Open*, 7, 1920-1927.
<https://doi.org/10.1002/nop2.582>

Cette étude descriptive transversale* quantitative, réalisée en Corée du Sud, avait pour objectif d'identifier les différences de niveau des symptômes dépressifs, du soutien social et de la croissance post-traumatique entre la phase aiguë et celle de réhabilitation chez des grands brûlés. La taille minimale de l'échantillon nécessaire à l'analyse de régression* a été fixée à $n=68$ pour un niveau de significativité* de 0,05 et une puissance $(1-\beta)$ * de 0,8. Un échantillonnage par convenance* a permis d'aboutir à un total de 179 patients adultes grands brûlés du *H Burns Hospital de Séoul*, notamment grâce à des critères d'inclusion permettant de toucher uniquement des adultes grands brûlés. La notion de grand brûlé pour cette étude était basée sur les critères de la société coréenne des chirurgiens plastiques et reconstructeurs, soit : une brûlure du 2^{ème} degré égale ou supérieure à 25% de la surface corporelle totale ou une brûlure du 3^{ème} degré au niveau du visage, du cou et des articulations.

La collecte de données a été réalisée entre le 11 mars et le 3 mai 2019. Après obtention du consentement éclairé, des questionnaires ont été distribués aux patients avec garantie quant au respect de leur anonymat. Si le patient présentait un problème visuel ou une blessure aux mains, le chercheur réalisait le questionnaire avec celui-ci. Un questionnaire socio-démographique a permis de relever l'âge, le genre, le niveau d'éducation, les difficultés financières et le type de personnalité (introverti-extraverti) des participants. Un deuxième formulaire a permis de récolter des informations relatives aux brûlures des patients : le degré de brûlure jugé par le médecin (%), la douleur quantifiée liée à la brûlure, le nombre de zones brûlées et les difficultés quotidiennes en découlant. Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du *Beck Depression Inventory II*. Cet inventaire contient 21 items évalués avec une échelle de Likert* à 4 points. De manière générale, plus le score est haut, plus une dépression est probable et plus elle est sévère. Le soutien social a été mesuré par l'intermédiaire de la version coréenne du *Social Support Scale*, qui est une échelle de 25 items évalués via une échelle de Likert à 5 points. Un haut score indique un haut soutien social. L'utilisation du *Posttraumatic Growth Inventory* a permis d'obtenir des données relatives à la croissance post-traumatique*. Evaluant 16 items via une échelle de Likert à 6 points, un haut score indique une expérience de croissance post-traumatique plus positive. Le taux de retour des questionnaires étaient de 100%.

Pour l'analyse quantitative* des résultats, différents tests statistiques ont été utilisés avec le logiciel SPSS Statistics 25.0. Les variables démographiques et relatives à la brûlure ont été décrites par des fréquences*, pourcentages, moyennes et écart-types*. Un t-test* et un test khi²* ont permis de vérifier l'homogénéité* des 2 groupes (aigu et réhabilitation). Pour chaque groupe, les symptômes dépressifs, le soutien social et la croissance post-traumatique ont été analysés par l'utilisation de t-test à échantillon indépendant*. Les corrélations* ont été évaluées à l'aide d'une corrélation de Pearson*. Enfin, les facteurs associés à la croissance post-traumatique par phase de traitement ont été identifiés avec une analyse de régression multivariable. Le niveau de significativité a été établi à $p < 0,05$.

Les résultats ont révélé une différence significative entre les deux groupes au niveau des changements dans la perception de soi, une des sous-catégories de la croissance post-traumatique ($t = 2,812$; $p = 0,0006$). Cette différence montre que le groupe réhabilitation présente une plus faible perception de soi que le groupe aigu. Quant à la dépression, en moyenne, le groupe aigu présentait une dépression légère ($M = 15,93 \pm 9,68$) et le groupe de réhabilitation une dépression modérée ($M = 20,55 \pm 13,31$). La différence des symptômes dépressifs entre ses deux groupes était significative ($t = -2,681$; $p = 0,008$). La dépression est donc plus accentuée chez le groupe réhabilitation. Une corrélation significative négative a été trouvée entre les symptômes dépressifs et la croissance post-traumatique pour le groupe aigu ($r = -0,257$; $p = 0,035$) mais aussi pour le groupe réhabilitation ($r = -0,378$; $p < 0,001$). Une corrélation significative positive a été trouvée entre le soutien social et la croissance post-traumatique pour le groupe aigu ($r = 0,401$; $p = 0,001$) et pour le groupe de réhabilitation ($r = 0,510$; $p < 0,001$). Selon l'analyse de régression, le soutien social était significativement associé à la croissance post-traumatique pour le groupe aigu ($\beta = 0,355$; $t = 2,929$; $p = 0,005$) mais pas pour le groupe de réhabilitation ($\beta = 0,427$; $t = 4,827$; $p < 0,001$). Le soutien social semble être un élément clé pour la croissance post-traumatique.

4.1.1 Validité méthodologique

L'utilisation d'un échantillonnage non-probabiliste par convenance a permis d'atteindre des personnes répondant aux critères de recherche afin de répondre de manière optimale à la question de recherche. Toutefois, ce type d'échantillonnage ne comporte pas de sélection aléatoire de l'échantillon et donc affaiblit la validité interne* de l'étude.

Dans cette étude, un devis descriptif transversal a permis de récolter des informations auprès de deux groupes de patients brûlés, en phase aiguë et en réhabilitation. Grâce à la vérification de l'homogénéité des deux groupes, les résultats concernant les différences entre chacun sont pertinents et fiables. De plus, les alphas de Cronbach* du *Beck Depression Inventory II* ($\alpha = 0,94$), du *Social Support Scale* ($\alpha = 0,97$) et du *Posttraumatic*

Growth Inventory ($\alpha = 0,92$) montrent une grande fidélité* des résultats obtenus, renforçant la validité interne de l'étude. Toutefois, l'utilisation de questionnaires de type d'échelle de Likert peut induire un biais de réponse extrême*. Cependant, la garantie de l'anonymat pour la recherche pourrait diminuer ces effets mais il est tout de même possible de se questionner sur la fiabilité des réponses et donc sur la validité interne de l'étude. Enfin, comme décrit par les chercheurs, la nature même du devis constitue une limite à l'obtention d'inférences* causales.

Même si les critères définissant le grand brûlé, utilisés dans cette étude ne sont pas ceux de l'American Burn Association, le grand brûlé de cette étude remplirait également les critères de l'American Burn Association, utilisés en Suisse.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Toutefois, une limite réside dans le fait que les patients provenaient tous du même hôpital ce qui diminue la validité externe* de la recherche pour la généralisation des résultats à la population générale des grands brûlés à l'échelle nationale.

Les résultats ont montré que la perception de soi du groupe en réhabilitation était plus faible que le groupe aigu. En moyenne, les grands brûlés semblent souffrir de symptômes dépressifs s'accroissant durant la réhabilitation. Ces symptômes dépressifs affectent significativement la croissance post-traumatique mais uniquement pour les patients en phase de réhabilitation. De ce fait, les soignants joueraient un rôle clé dans la reconnaissance de difficultés psychologiques et pas seulement dans la phase aiguë mais aussi, voire surtout, dans la phase de réhabilitation. Enfin, il serait intéressant de déterminer quels sont les facteurs clés de la phase de réhabilitation qui touchent les problématiques psychologiques des grands brûlés dans des recherches ultérieures, afin de pouvoir agir dessus.

Une réponse pourrait se trouver dans le soutien social. Celui-ci était un facteur clé pour la croissance post-traumatique durant les deux phases de traitements. Les chercheurs proposent que les infirmières appliquent une approche intégrée de soutien psychologique et infirmier pour améliorer la connaissance de soi et le respect de soi des grands brûlés. L'obtention de ces deux points par cette patientèle permettrait une amélioration de leur croissance post-traumatique et de ce fait une meilleure qualité de vie. Les interventions cliniques devraient pouvoir améliorer les sources de soutien social du patient mais également son envie de vivre.

Etant donné que la validité externe des résultats semble déjà compromise à l'échelle nationale de la Corée du Sud, les résultats pourraient n'être pas les mêmes au niveau de

la Suisse. Ceci est encore accentué par le fait que la culture coréenne et la culture européenne sont très distinctes l'une de l'autre. De plus, les résultats s'axent notamment sur la croissance post-traumatique, concept largement utilisé dans les pays anglo-saxons mais très peu au niveau francophone.

4.2 Description de l'étude 2

Brewin, M. P., & Homer, S. J. (2018). The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(7), 1801-1810.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.04.007>

Cette enquête en ligne à grande échelle, non-disciplinaire et de type mixte, a été réalisée au Royaume-Uni. Le but de cette étude était d'avoir une vision plus approfondie de l'expérience de vie de personnes vivant avec des cicatrices, avec un plus grand focus sur leur avis concernant les soins et le soutien reçu durant et après leur traitement. Elle se penchait également sur les effets psychologiques liés à leur blessure ou à la cicatrisation qui s'ensuit. Les résultats, ainsi obtenus, seraient ensuite utilisés pour développer un centre de soins de santé communautaire en ligne appelé « *Talkscars* ». Etant donné que les données furent récoltées en ligne sur une base de participation volontaire, cette étude utilise un échantillonnage de convenance avec pour seul critère d'inclusion, le fait d'avoir 16 ans ou plus. Cela a permis d'aboutir à un échantillon de 1267 personnes dont 1034 possédant des cicatrices. Parmi ceux-ci, 119 souffraient de cicatrices dues à des brûlures. Une séparation en deux groupes a ensuite été réalisée pour l'analyse des résultats des personnes comportant des cicatrices : le groupe brûlé et le groupe non-brûlé.

L'utilisation d'un questionnaire en ligne comportant 62 questions a permis de récolter des données sur différents thèmes : l'étiologie des cicatrices, leur sévérité, leur localisation, le temps depuis leur apparition, les symptômes cicatriciels, les symptômes psychologiques, le soutien des cicatrices et les connaissances en matière de plaies et de soins. Parmi ces questions, on retrouvait des questions dichotomiques oui/non, à choix multiples et à réponse ouverte.

Une analyse quantitative a permis de comparer le groupe brûlé et le groupe avec cicatrices non-dues à des brûlures ou sans cicatrices. Cette comparaison a été réalisée à l'aide d'un t-test avec un niveau de significativité établi à $p < 0,05$. S'en est suivi une seconde analyse, plus centrée sur les réponses du groupe brûlé. Une analyse de contenu* s'est concentrée sur leurs réponses pour les questions ouvertes ou dichotomiques oui/non. Des unités de

codage* et des thèmes ont été établis pour identifier les thèmes et sentiments fréquemment relevés par les participants.

L'analyse quantitative des données a permis de démontrer que les 2 groupes partageaient les mêmes symptômes cicatriciels, sauf en termes de douleur ($p = 0,0004$) et de sensation de brûlure ($p = 0,01$) plus présentes chez les brûlés. 24% des brûlés ont déclaré avoir des difficultés avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) directement liées à leur brûlure. Ces difficultés étaient reliées principalement à l'impact de la brûlure sur la mobilité, la douleur et l'apparence. Seulement 55% des participants du groupe brûlé ont déclaré avoir reçu des soins de plaies. Parmi eux, seuls 50% pensent avoir eu assez de soutien de la part des soignants après l'hospitalisation. Ce résultat a également été retrouvé lors d'une question obligatoire sur le soutien généralement perçu. En effet, 44% du groupe brûlé avaient jugé suffisant le soutien général. Lorsqu'on les questionne sur la forme de soutien qu'ils jugent la plus bénéfique, ce sont les entretiens en face à face (1,42) qui l'emportent juste devant la méthode en ligne (1,98). 36% des membres du groupe brûlé ont dit être intéressés à discuter avec des pairs en ligne ou sur un forum. Pour le groupe brûlé, le soutien est d'abord recherché auprès des infirmières et pharmaciens (33%), puis auprès des amis et membres de la famille (26%), en ligne (9%) et certains n'en recherchent pas (33%). Par une analyse qualitative des réponses ouvertes des grands brûlés, quatre thèmes de besoin de soutien ont été mis en avant : le soutien psychologique, l'avis sur le traitement des plaies, l'acceptation et le coping, et la rencontre de pair.

Au niveau de l'impact psychologique, 56% du groupe brûlés déclarent que leurs cicatrices ont affecté leur confiance en soi. 45% rapportent souffrir d'une nouvelle attention indésirée. Leurs cicatrices sont également responsables d'un sentiment d'isolement (34%) et ont un impact sur leurs relations (32%). Le sentiment d'isolement et la sensation de gain d'attention non désirée sont significativement plus importants chez le groupe brûlé ($p = 0,04$ et $p = 0,005$). Le meilleur traitement cicatriciel est l'utilisation de plaques de silicones (score de 3,7) mais n'était utilisé que chez dix patients sur 119.

Une analyse qualitative a permis de démontrer que seul 24% des participants du groupe brûlé voyaient un aspect positif dans leurs cicatrices. Les réponses des participants ont permis de mettre en lumière plusieurs préoccupations liées à leur cicatrice : l'apparence (44%), l'impact négatif sur la vie sociale (23%), l'expérience de l'acceptation et du coping des cicatrices (33%), les difficultés liées à l'acceptation des symptômes cicatriciels (10%), les préoccupations au sujet de la vulnérabilité de leurs cicatrices (9%) et les préoccupations en lien avec l'effet « survivant » (55%).

4.2.1 Validité méthodologique

Le devis mixte de cette étude permet une compréhension approfondie de l'expérience de vie des personnes ayant des cicatrices. Pour la partie quantitative, la significativité statistique a été établie à $p < 0,05$ ce qui renforce la crédibilité des résultats.

D'un autre côté, l'utilisation d'un échantillon de convenance diminue la validité interne de la recherche mais la grande taille de l'échantillon peut la renforcer. L'échantillon principalement féminin (85%), âgée entre 31 et 60 ans (75%) et ayant majoritairement vécu plus de 5 ans avec leur cicatrices (75% pour le groupe brûlé), rend la transférabilité des résultats à la population générale des brûlés complexe.

Enfin, comme déclaré dans les limites de l'étude des chercheurs, l'utilisation d'une analyse de contenu pour ressortir les thèmes et codes est à risque d'un manque de contrôle. Autrement dit, cette méthode est à risque de biais de confirmation*. Ce biais de confirmation est d'autant plus probable que les résultats de la recherche ont pour but de développer un centre de soins de santé communautaire en ligne, ce qui peut créer un conflit d'intérêts.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Comme démontré par l'étude, les cicatrices des brûlés sont également touchées par les symptômes physiques cicatriciels mais semblent plus impactées par la douleur que les autres types de cicatrices. Du côté de l'impact psychologique, celui-ci est plus important chez les brûlés et peut se découper en cinq aspects : l'apparence, l'anxiété sociale, l'acceptation, l'inquiétude quant à la viabilité de la peau et l'effet survivant.

Toutefois, les patients cicatrisés disent avoir un manque de soutien de la part des soignants. Pour eux, ce soutien devrait s'axer autour de l'aspect psychologique (coping et acceptation), de conseils sur les soins de plaies et la rencontre de pair.

Sachant que le soutien est principalement recherché auprès des soignants mais que celui-ci est jugé insuffisant pour la moitié des participants de cette étude, il semble plus que pertinent de développer des stratégies de prise en soin pour ces patients, afin de répondre à leurs besoins.

Même si les résultats ne semblent être ni généralisables ni transférables, il est intéressant de les noter pour la catégorie de patient suivants : femmes vivant avec des cicatrices provoquées par une brûlure depuis plus de 5 ans et âgées entre 31 et 60 ans. Des recherches devraient être effectuées afin de déterminer si les mêmes résultats pourraient être retrouvés auprès de cette tranche de population mais en Suisse.

4.3 Description de l'étude 3

Ayhan, H., Savsar, A., Yilmaz Sahin, S., & Iyigun, E. (2022). Investigation of the relationship between social appearance anxiety and perceived social support in patients with burns. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 48, 816-823. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.08.020>

Cette étude disciplinaire descriptive quantitative avait deux objectifs de recherche. Le premier était de déterminer l'anxiété d'apparence sociale d'individus brûlés et les facteurs affectant cette anxiété-ci. Par la suite, le deuxième objectif était d'examiner la relation entre l'anxiété d'apparence sociale et le soutien social perçu. Après approbation d'un comité d'éthique, cette étude a été réalisée entre novembre 2018 et novembre 2019, auprès de patients consultant durant cette période en ambulatoire dans une clinique d'un centre national de grands brûlés en Turquie. Un échantillonnage non-probabiliste par convenance a été utilisé. Le critère d'inclusion pour ces patients était d'avoir plus de 18 ans. Une étude pilote a été effectuée préalablement avec dix patients qui ont été ensuite inclus dans l'étude finale car aucun changement n'avait été réalisé pour celle-ci. Au total, 106 patients remplissaient les critères d'inclusion mais parmi eux, trois patients ont décidé de ne pas participer à l'étude et n'ont donc pas signé de consentement éclairé.

Les données ont été collectées en interview face à face les jours de changement de pansements. Les patients ont été interviewés soit lorsqu'ils patientaient pour la réfection des pansements soit après que ceux-ci aient été réalisés. La collecte de données a été réalisée par l'utilisation de trois questionnaires. Un questionnaire d'informations personnelles, développé par les chercheurs, a été utilisé pour recueillir des informations sur neuf variables démographiques (âge, genre, statut civil, niveau d'éducation, profession avant la brûlure, revenu, tabagisme, alcool, personne avec lequel elle vit) et neuf autres variables axées sur les caractéristiques des brûlures des patients (lieu où a eu lieu la brûlure, type de brûlure, degré de brûlure prédominant, pourcentage de surface corporelle brûlée totale, zones touchées, sévérité de la brûlure, amputation consécutive à celle-ci, temps depuis l'accident et expérience préalable de la brûlure). Afin de mesurer l'anxiété d'apparence sociale, une adaptation turque de la *Social Appearance Anxiety Scale* (SAAS) a été utilisée. Cette échelle comporte seize items évalués de 1-5 de type Likert, avec un score total entre 16 et 80. Un haut score indique une anxiété d'apparence sociale élevée. Enfin, la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) développée par Zimet et al. en 1988, a été utilisée sous sa version turque, pour évaluer le niveau de soutien social perçu par les patients. Cette étude comporte douze items évalués par une échelle de Likert à 7 points. Un haut score indique un haut soutien social perçu.

L'analyse quantitative des résultats s'est fait via le logiciel IBM SPSS V25. Les statistiques descriptives sont présentées par des nombres (n), des moyennes et écart-types, médianes*, valeur minimale et maximale. La distribution normale des données a été évaluée par un test de Shapiro-Wilk* et des QQ-plots*. Les cohérences internes* des échelles ont été testées avec des alphas de Cronbach. L'homogénéité des variances* a été évaluée par un test de Levene*. Les différences de score pour chaque variable ont été comparées avec un t-test à échantillon indépendant ou une ANOVA à sens unique* selon le nombre de groupes. Si l'ANOVA était significative, un test de Duncan* a été effectué comme test de comparaison multiple. Une corrélation de Pearson a permis d'évaluer les relations entre les échelles. Une régression linéaire multiple a permis d'évaluer les variables indépendantes affectant le SAAS. Enfin, un test de Durbin-Watson* a été utilisé pour mesurer les autocorrélations*. Une signification statistique à $p < 0,1$ a été établie pour l'analyse de régression pour déterminer l'interprétation ou non des variables. La signification statistique a été établie à $p < 0,05$.

Selon les résultats, il n'y a pas de différence significative de SAAS selon l'âge, le genre, l'emploi, le niveau de revenu, la personne avec laquelle vit le patient, le tabagisme et la consommation d'alcool ($p > 0,05$). Toutefois, les célibataires et les patients avec une grande éducation ont un SAAS plus haut ($p < 0,05$). Il n'y a pas non plus de différence significative de SAAS selon le lieu de l'accident, l'étiologie de la brûlure, le degré de brûlure, le pourcentage de surface touchée et si le patient avait une expérience préalable de la brûlure ($p > 0,05$). Cependant, le SAAS est plus élevé chez les patients souffrant de la brûlure depuis plus de 7 jours et chez les brûlés de la face, de la tête ou du cou ($p < 0,05$). Enfin, les patients ayant subi des amputations causées par leur brûlure ont un SAAS deux fois plus élevé que ceux n'en ayant pas subi ($p < 0,05$). Enfin, il n'y avait aucune relation significative entre le score obtenu au SAAS et celui du MSPSS.

4.3.1 Validité méthodologique

Cette étude utilise également un échantillonnage non-probabiliste par convenance, qui diminue la validité interne de la recherche. Quant aux questionnaires utilisés pour la collecte de données, ceux-ci présentaient tous des coefficients d'alpha de Cronbach excellents (0,95 et 0,96) ce qui est un critère de fidélité des résultats obtenus. Cependant, ce sont tous des questionnaires de type échelle de Likert, ce qui laisse place à un possible biais de réponses extrêmes. Enfin, dans la mesure où les données ont été récoltées en utilisant des interviews en face à face, il est possible que les réponses des participants aient été impactées. Cela résulterait en un possible biais de désirabilité sociale* et biais d'acquiescement*.

L'analyse statistique des résultats est importante et comporte de nombreux tests statistiques avec une significativité établie à $p < 0,05$ de manière générale, ce qui renforce la fidélité des résultats. Toutefois, la significativité pour l'analyse de régression permettant d'interpréter les variables indépendantes affectant le SAAS, a été établie à $p < 0,10$ ce qui est un faible niveau de significativité et peut mettre en doute la fiabilité des résultats. Enfin, comme relevé par les chercheurs, l'échelle SAAS ne permet pas une approche dichotomique de l'anxiété d'apparence sociale.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude montrent que les brûlés ont une anxiété d'apparence sociale modérée. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle avait une proportion quasi-équivalente d'hommes et de femmes. L'anxiété semble être augmentée par certains facteurs. Le statut de célibataire, un haut niveau d'éducation, les brûlés touchés au visage, au cou ou à la tête, ceux souffrant depuis plus de 7 jours augmentaient significativement cette anxiété, contrairement au genre n'étant pas concerné par ces points. De plus, les amputations conséquentes aux brûlures doubleraient le niveau d'anxiété sociale. D'autres facteurs ont été relevés par les chercheurs mais étant donné leur faible niveau de significativité, ils ne seront pas retenus pour la suite de cette revue de la littérature.

Les soignants doivent donc être particulièrement attentifs à la population brûlée présentant les facteurs listés ci-dessus. L'anxiété d'apparence sociale devrait être évaluée auprès de chaque victime de brûlure. C'est pourquoi une échelle française du SAAS devrait être développée pour permettre cette utilisation auprès des services de suisse romande.

Les chercheurs avaient également relevé l'absence de corrélation entre l'anxiété d'apparence sociale et le soutien social perçu. Celui-ci ne semblait pas avoir d'effet sur l'anxiété. La MSPSS mesurait principalement trois sources de soutien : la famille, les amis et un autre être cher. Étant donné que le soutien familial et amical n'avait aucun effet sur l'anxiété d'apparence sociale, les chercheurs déclarent que les soignants ont des responsabilités plus grandes au niveau du soutien psychosocial des patients.

En lien avec ces responsabilités, les soignants se doivent d'évaluer l'anxiété d'apparence sociale des personnes brûlées. Cette évaluation devrait permettre de ne pas négliger les problèmes psychosociaux que peuvent rencontrer cette population. Si l'anxiété d'apparence sociale est élevée, ils devraient les orienter vers des consultations d'unité de liaison.

4.4 Description de l'étude 4

Tehrani-neshat, B., Mohammadi, F., Tazangi, R. M., Sohrabpour, M., Parviniannasab, A. M., & Bijani, M. (2020). A study of the relationship among burned patients' resilience and self-efficacy and their quality of life. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1361-1369. Embase. <https://doi.org/10.2147/PPA.S262571>

Cette étude descriptive transversale quantitative avait pour but d'explorer la relation entre la résilience, l'auto-efficacité et la qualité de vie de patients brûlés, dans le plus grand hôpital de brûlés du sud-est de l'Iran : *Amir Al-Momenin Burns and Restoration Accidents Hospital*. De décembre 2018 à 2020, un échantillonnage non-probabiliste de convenance a été utilisé avec l'utilisation de critères d'inclusion et d'exclusion*. Les patients étaient inclus dans l'étude s'ils respectaient lesdits critères et après signature d'un consentement écrit. Un échantillon de 305 patients brûlés de cet hôpital a été obtenu. Il comportait 60% de femmes, l'âge moyen était de $34,48 \pm 8,4$ et le pourcentage moyen de surface brûlée était de $36,10 \pm 8,19$.

Pour chaque variable* étudiée, une échelle spécifique a été utilisée. Tout d'abord, une version persane du *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) a permis d'investiguer la capacité de l'individu à faire face à des situations stressantes et menaçantes. Cette version persane de type échelle de Likert à 5 points comporte un coefficient d'alpha de Cronbach significatif ($\alpha = 0,87$). L'auto-efficacité, quant à elle, a été évaluée à l'aide de l'échelle de *Strategies Used by People to Promote Health* (SUPPH). Il s'agit également d'une échelle de Likert à 5 points avec un haut alpha de Cronbach ($\alpha = 0,91$) où un score élevé indique une meilleure auto-efficacité. Enfin, la qualité de vie spécifique aux patients brûlés a été mesurée à l'aide de la *Burn Specific Health Scale-Brief* (BSHS-B) ($\alpha = 0,94$), une échelle de Likert à 5 points. Parmi les 40 items de cette échelle, trois s'intéressent à l'image de soi. Un haut score indique une meilleure qualité de vie. Après explications des objectifs de la recherche, les trois questionnaires ont été distribués aux patients. Pour les patients incapables de les compléter seul, ceux-ci ont été remplis soit par un membre de la famille soit par leur compagnon.

Les données ainsi récoltées, ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 22. L'analyse comporte des moyennes et écarts-types mais également une corrélation de Pearson et une régression linéaire. Le niveau de significativité a été établi à $p < 0,05$.

Les résultats de cette étude ont démontré que le pourcentage de surface corporelle brûlée possédait plusieurs corrélations négatives significatives notamment avec la qualité de vie ($p < 0,001$; $-r = 0,39$), la résilience ($p < 0,001$; $-r = 0,28$) et l'auto-efficacité ($p < 0,001$; -

$r=0,31$). Il y a une corrélation positive significative entre résilience et auto-efficacité ($p<0,001$; $r=0,31$), entre résilience et qualité de vie ($p<0,001$; $r=0,58$) et auto-efficacité et qualité de vie ($p<0,001$; $r=0,63$). Cependant, l'analyse de régression linéaire a démontré qu'entre les variables démographiques, la résilience et l'auto-efficacité, c'est l'auto-efficacité qui est la variable la plus significativement corrélée avec la qualité de vie des patients ($p<0,001$; $\beta=0,63$).

La qualité de vie est donc impactée par le taux de surface corporelle brûlée et la résilience mais surtout par l'auto-efficacité.

4.4.1 Validité méthodologique

L'utilisation d'un échantillonnage de convenance diminue la validité interne de cette étude.

Les échelles utilisées ont toutes un haut niveau de fidélité, de par leur coefficient d'alpha de Cronbach (0,87 ; 0,91 ; 0,94). Cependant, étant donné qu'il s'agit exclusivement d'échelle de Likert, un biais de score extrême reste envisageable et pourrait diminuer la justesse des résultats. Ce point a également été soulevé par les chercheurs au niveau des limites de l'étude. Les analyses statistiques des résultats sont pertinentes au vu de leur niveau de significativité basé à $p<0,05$.

Une autre limite relevée par les chercheurs est un possible biais de désirabilité sociale. Les chercheurs ont essayé de contrôler celui-ci en informant les participants sur les objectifs de l'étude, la confidentialité et l'anonymat des réponses mais également en augmentant la taille de l'échantillon. De plus, certains questionnaires ont été remplis par les proches du patient et non pas par le patient lui-même. Les données ainsi récoltées sont sujettes à des erreurs et peuvent fausser les résultats.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

De par les potentielles différences culturelles entre Iran et Suisse, il est possible de questionner la généralisation des résultats au contexte helvétique. La même étude en Suisse pourrait donner des résultats différents mais serait utile pour prouver la généralisation possible des résultats obtenus. Pour ce faire, il existe une version canadienne-française du CR-RISC-10 par Hébert et al. (2018) ainsi qu'une version française du BSHS-B développée par Gandolfi et al. (2016) qui pourraient être utilisées. Il n'existe pas de version française du SUPPH mais la version française du *General Self-Efficacy Scale* par Dumont et al. (2000) mesure le sentiment d'auto-efficacité et pourrait être utilisée à la place de celle-ci.

Comme démontré par cette recherche et en accord avec d'autres études listées par les chercheurs, un haut pourcentage de surface corporelle brûlée tend à diminuer la capacité de résilience, d'auto-efficacité et la qualité de vie des patients brûlés. La résilience, l'auto-efficacité et la qualité de vie sont étroitement corrélées de manière positive. Plus particulièrement, une auto-efficacité évaluée positivement améliore la qualité de vie.

Dans la prise en charge des patients brûlés, il est donc nécessaire de prendre en compte, les aspects physiques, mais aussi psychologiques, sociaux et comportementaux du patient.

Afin d'améliorer la qualité de vie de cette population, les soignants peuvent contribuer au développement de leur sentiment d'auto-efficacité et de leur autonomie en créant un environnement propice à celui-ci. Dans ce même but, les auteurs recommandent notamment des interventions éducatives telles que la gestion efficace de la maladie, l'amélioration de l'opinion au sujet de la maladie, des compétences de coping et de gestion du stress.

4.5 Description de l'étude 5

Huang, Y.-K., & Su, Y.-J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(6), 1373-1380.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>

Cette étude longitudinale* à deux vagues, quantitative, non-disciplinaire et réalisée à Taïwan avait pour but d'investiguer prospectivement l'association entre la gravité de la brûlure et les ajustements psycho-sociaux ultérieurs à celle-ci tels que les symptômes de stress post-traumatique et la dépression, auprès de survivants brûlés lors de l'explosion du parc aquatique *Formosa Fun Coast* en 2015 (n=111). Cette association a été analysée plus particulièrement à travers le rôle médiateur de l'insatisfaction de l'image corporelle. L'échantillonnage non-probabiliste des survivants a été effectué soit sur recommandation d'un médecin du centre de grands brûlés du *Linkou Chang Gung Memorial Hospital*, soit par auto-inscription suite à des annonces sur internet. Les critères d'inclusion étaient de parler couramment chinois et l'absence de problèmes cognitifs ou de dysfonctions neurologiques. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de la part des participants.

Plusieurs questionnaires ont été utilisés pour évaluer les différentes variables. Tout d'abord, un questionnaire démographique et de caractéristique des brûlures a permis de récolter des données sur l'âge, le genre, les années d'étude, la durée d'hospitalisation (en jours) et

le pourcentage de la surface corporelle brûlée totale. Les symptômes de stress post-traumatique ont été évalués avec la version chinoise du *Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5* (PDS-5). Cette échelle comporte vingt items évalués avec une échelle de Likert à 5 points. L'utilisation de la version chinoise du *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) a permis d'analyser les symptômes dépressifs des patients. Composée de 9 items, elle se base sur échelle de Likert à 4 points. Enfin, l'insatisfaction de l'image corporelle a été analysée par le biais d'une version modifiée du *Satisfaction with Appearance Scale* (SWAP). La modification se portait sur un ajout d'item sur la satisfaction de l'apparence des pieds car la plupart des survivants du *Formosa Fun Coast* ont eu des brûlures sur ces zones. L'échelle comportait donc 15 items évalués sur une échelle de Likert à 7 points. Un haut score de SWAP indique une haute insatisfaction corporelle et donc une faible image de soi.

La collecte de données s'est déroulée en deux temps. En 2017, soit deux ans après l'accident, un premier paquet de questionnaires a été envoyé auprès de 117 patients qu'ils devaient dûment compléter et retourner par courrier. En 2018 (T2), soit trois ans après l'explosion, les participants ont été recontactés afin de remplir à nouveau les questionnaires PDS-5 et PHQ-9. Les réponses manquantes aux questionnaires ont été vérifiées par appel téléphonique. Parmi les 117 patients, seuls 111 ont répondu à la totalité des questionnaires pour les deux temps. Les six personnes n'ayant pas répondu pour les deux périodes ont été exclues de l'étude.

Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 18.0 ainsi que du PROCESS macro 3.4 pour évaluer l'effet médiateur de l'insatisfaction corporelle sur les autres variables. Tous les tests étaient bilatéraux* et leur niveau de significativité a été basé à 0,05. Une corrélation de Pearson a été utilisée pour explorer les relations entre les variables. Les coefficients de corrélation ont été interprétés comme suit : faible ($r=0,1$), modéré ($r=0,3$) et fort ($r=0,5$). Une analyse de régression linéaire a été effectuée avec les données du temps 1. L'effet médiateur était significatif si l'intervalle de confiance* à 95% bootstrap* corrigé n'incluait pas de 0.

Un score composé de sévérité des brûlures (CBSS) a été créé en standardisant le pourcentage de surface corporelle brûlée totale et la durée d'hospitalisation des patients, après découverte d'une corrélation significative positive entre ces deux variables ($r = 0,52$; $p<0,001$). Le CBSS est associé à l'insatisfaction de l'image corporelle au T1 ($r = 0,33$; $p<0,001$), aux symptômes dépressifs du T2 ($r = 0,19$; $p<0,05$) mais pas du T1 ($r = 0,13$) ni aux symptômes de stress post-traumatique au T2 ($r = 0,15$). De plus, le pourcentage de surface brûlée n'était pas non plus associé significativement aux symptômes de stress post-

traumatique ($r = 0,12$ au T1 ; $r = 0,08$ au T2). Par contre, l'insatisfaction de l'image corporelle du T1 joue un rôle significatif dans les symptômes de stress post-traumatique du T1 et du T2 ($r = 0,65$ T1 et $r = 0,59$ T2 ; $p < 0,001$) et dans les symptômes dépressifs du T1 et du T2 ($r = 0,54$ T1 et $r = 0,57$ T2 ; $p < 0,001$). Cette même insatisfaction est un médiateur significatif dans la relation entre le CBSS et les symptômes dépressifs du T2 ($ab = 0,06$, à intervalle de confiance à 95%), après contrôle des résultats du T1. Ce même effet médiateur était également significatif entre le CBSS et les symptômes de stress post-traumatique du T2 après contrôle des données du T1 ($ab = 0,04$, à intervalle de confiance à 95%).

L'insatisfaction de l'image corporelle semble donc jouer un rôle important dans le développement et le maintien de mauvais ajustements psychosociaux longtemps après la brûlure.

4.5.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un échantillon non-probabiliste a été utilisé, afin d'obtenir des résultats probants pour leur question de recherche. Toutefois, ce type d'échantillonnage affaiblit la validité interne de l'étude. Afin d'éviter un biais d'attrition*, les chercheurs ont exclu les résultats obtenus en 2017 des patients n'ayant pas répondu en 2018, ce qui permet d'éviter une diminution de la validité interne de l'étude. Les échelles utilisées avaient de bons alphas de Cronbach (0,93 ; 0,90 ; 0,89) ce qui permet d'établir un niveau important de satisfaction des valeurs ainsi obtenues. De plus, la significativité statistique des résultats a été fixée à $p < 0,05$ et les résultats jugés significatifs sont supérieurs à celle-ci.

Il existe plusieurs limites à cette étude. En premier lieu, l'échantillon est prédominé par de jeunes survivants, avec une moyenne d'âge à $24,23 \pm 4,23$, ainsi que par des brûlures importantes, avec une moyenne de surface corporelle brûlée à $50,25 \pm 19,06\%$. Cette spécificité de l'échantillon rend difficile la généralisation des résultats à la population brûlée générale, ce qui diminue la validité externe de l'étude. Les chercheurs ont également relevé que la longue période de suivi pouvait impacter la significativité des effets de la sévérité des brûlures sur les syndromes de stress post-traumatique. De plus, la période située juste après l'accident, soit la première année post-brûlures, n'a pas été explorée mais mériterait d'être analysée dans des études ultérieures.

Enfin, il est important de souligner que le rôle médiateur de l'insatisfaction corporelle dans la relation entre sévérité des brûlures et dépression a également été rapporté dans d'autres études, comme expliqué dans la section discussion.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude ont tout d'abord montré une corrélation positive entre la durée d'hospitalisation et la surface corporelle brûlée totale, ce qui a permis de créer un item les regroupant : la sévérité des brûlures. La sévérité des brûlures semble associée à l'insatisfaction de l'image corporelle et à l'apparition de symptômes dépressifs et aux symptômes de stress post-traumatique à long terme. De plus, l'insatisfaction de l'image corporelle joue un rôle clé médiateur entre ces trois variables. Celle-ci est donc corrélée au développement et au maintien de mauvais ajustements psychosociaux sur le long terme après la brûlure.

Au final, plus la surface corporelle brûlée totale est élevée ainsi que la durée d'hospitalisation est longue, plus il y aurait de risques que le patient éprouve des difficultés avec sa nouvelle apparence et développerait une dépression ou un syndrome de stress post-traumatique sur la durée. De ce constat, une attention particulière doit être centrée sur l'acceptation de la nouvelle image de soi du patient afin de ne pas entraver sa qualité de vie par la suite.

Ces résultats doivent, toutefois, être nuancés, car tous les participants de l'étude sont des survivants de l'explosion du parc aquatique *Formosa Fun Coast*, ayant causé 15 morts et 484 blessés. Une explosion d'une aussi grande ampleur en termes de victimes pourrait être à l'origine d'autres variables parasites affectant les résultats, ce qui pourrait compromettre la transférabilité des résultats à la totalité des grands brûlés. De plus, la culture asiatique étant différente de la culture suisse, il est possible que les résultats et recommandations ne soient pas applicables au contexte suisse. D'autant plus qu'aucune explosion d'aussi grande ampleur avec autant de victimes brûlées, n'a touché la suisse ces dernières années.

4.6 Description de l'étude 6

Li, L., Wu, X.-L., & Xu, L. (2018). Factors affecting self-perceived participation and autonomy among patients with burns : A follow-up study. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(8), 2064-2073. Embase.

<https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.07.008>

Cette étude longitudinale quantitative, réalisée en Chine, cherche à évaluer l'autonomie et la participation perçue de patients brûlés un mois et trois mois après leur sortie de l'hôpital, ainsi que d'identifier les facteurs les influençant. En estimant le probable attrition, un échantillon cible a été évalué à 77-113. Au final, un échantillonnage de convenance a

permis de toucher 213 survivants de brûlures du centre de brûlés de Fujian, qui répondaient aux divers critères d'inclusion. Seuls les patients souffrant de brûlures auto-infligées ont été exclus de l'étude. En effet, cette population présente généralement un niveau d'activités de la vie quotidienne (AVQ) plus bas, ce qui risque de créer des biais dans les données.

Les données ont été récoltées à l'aide de six échelles. Tout d'abord, l'*Impact of Participation and Autonomy* (IPA) ($\alpha=0,81-0,91$), échelle de Likert à 5 points, a permis de mesurer les restrictions perçues dues à des conditions de santé ou des handicaps physiques. Un faible score IPA indique une meilleure participation sociale perçue. Puis, l'*Acceptance of Disability Scale-Revised* (ADS-R) ($\alpha=0,83$), échelle de Likert à 4 points, a évalué l'acceptation du handicap. Un haut score montre une meilleure acceptation. La *Herth Hope Index* (HHI) ($\alpha = 0,850$), échelle de Likert à 4 points, évalue l'espoir de l'individu. Plus le résultat obtenu est haut, plus grand est l'espoir. Le *Modified Barthel Index* (MBI) permet d'évaluer la capacité à effectuer les AVQ. Un haut score indique une meilleure capacité. La douleur a été évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA). Enfin, le *Demographic data and Disease Condition Questionnaire* (DDCQ) a permis de récolter des données sur différentes variables de l'échantillon : âge, sexe, profession, statut financier, niveau de scolarité, lieu de résidence, étiologie de la brûlure, compliance aux soins et sévérité des brûlures. Tous ces questionnaires ont été distribués aux patients lors de leurs consultations ambulatoires respectivement un mois et 3 mois après qu'ils soient déshospitalisés. Si néanmoins, les participants rencontraient des difficultés à les compléter, les chercheurs les questionnaient sur chaque item et reportaient objectivement leurs réponses. Dans le cas où il manquait des réponses, les investigateurs recontactaient les patients afin d'obtenir la totalité des données. Une attrition de $n=1$ a eu lieu lors du suivi au 3 mois.

Le logiciel Epidata 3.0 a permis de gérer les données, tandis que le SPSS 20.0 permis leur analyse statistique. Les scores d'IPA, ADS-R et HHI ont été présentés sous forme de moyennes et écart-types. Un t-test a comparé les résultats de ces échelles entre le premier et le troisième mois. Une ANOVA a permis d'identifier les variables affectant l'IPA. Une investigation des relations entre IPA, ADS-R et HHI a été effectuée par l'utilisation d'une corrélation de Pearson. Enfin, une régression linéaire multivariable a analysé les principaux facteurs reliés à l'IPA. Le niveau de significativité a été établi à $p<0,05$.

Les résultats ont montré qu'au niveau des scores d'ADS-R, le niveau d'acceptation du handicap était moyen, voire bas ($T_1= 72,44$; $T_2=75,83$). Le score HHI, évaluant l'espoir des patients, est passé d'un score moyen à un score élevé entre les deux temps ($T_1 =31,57$; $T_2=32,77$). De plus, le score IPA semble diminuer avec le temps ($t= -3,929$; $p= 0,000$), ce qui correspond à une amélioration de la participation sociale perçue. Ce score

était influencé significativement par neuf variables : profession, statut financier, niveau d'éducation, résistance familiale, étiologie de la brûlure, compliance à la brûlure, niveau d'AVQ et niveau de douleurs ($p < 0,05$). Le genre n'impacte pas significativement l'IPA ($p > 0,05$). Le score d'IPA était significativement corrélé négativement avec l'acceptation du handicap et l'espoir de l'individu ($p < 0,01$). Au final, les restrictions perçues par les patients déshospitalisés depuis 3 mois, semblent être affectées par 18 variables mais les principales sont le statut financier, le niveau de douleur, le niveau d'AVQ, l'acceptation du handicap et l'espoir qui sont responsables de 77,5% de la variance ($p = 0,010 - p = 0,000$).

4.6.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis longitudinal a été utilisé, ce qui permet d'apporter des renseignements sur l'évolution des variables mesurées avec le temps, ici sur trois mois. Néanmoins, les chercheurs ont relevé que la durée de suivi pouvait être trop courte et constituait une limite à la généralisation des résultats. Ils recommandent de réeffectuer une même étude mais sur une année ou plus et sur plusieurs centres de brûlés. En effet, les données ont été récoltées chez des patients provenant tous du même hôpital et il est donc possible qu'elles ne soient pas représentatives pour la population brûlée chinoise. De plus, étant donné que les brûlures auto-infligées ont été exclues, les résultats obtenus ne sont pas non plus applicables à cette population.

En ce qui concerne l'analyse des résultats, les échelles IPA, ADS-R et HHI présentent des alphas de Cronbach élevés, ce qui renforce la fidélité des résultats. Toutefois, vu qu'il s'agit d'échelles de Likert, l'existence d'un biais de réponse extrême est possible. Le niveau de significativité a été déterminé à $p < 0,05$, ce qui renforce la validité interne des résultats.

Malgré la garantie d'anonymat aux participants, les chercheurs ont également relevé un possible biais de désirabilité sociale en lien avec l'utilisation d'auto-questionnaires. Une autre limite mentionnée était le fait que les patients ont peut-être modifié leurs réponses par respect envers le personnel de l'unité des brûlés.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

La participation sociale des patients brûlés est déterminée par le statut financier, la douleur, le niveau d'AVQ, l'acceptation du handicap et l'espoir. Les soignants doivent identifier clairement des faibles niveaux de participation sociale. De plus, ils doivent également élaborer des interventions permettant de limiter l'impact de potentiels facteurs négatifs. De ce fait, plusieurs propositions pour la clinique sont amenées par les chercheurs.

Comme expliqué, les personnes avec une bonne situation financière voient une meilleure amélioration de leur participation sociale. A l'aide de résultats d'autres études, les

chercheurs ont souligné les coûts importants que peuvent engendrer les soins de patients brûlés. L'équipe médicale devrait identifier la source d'assistance la plus appropriée en fonction du patient et mettre en œuvre des services de soutien psycho-social pour toute la durée du traitement et de la réadaptation.

En ce qui concerne la douleur, les soignants doivent pouvoir l'identifier et la traiter avec des moyens médicamenteux mais également non-médicamenteux. Ce traitement devra être spécifique aux besoins du patient et évoluer avec ceux-ci.

Au niveau des AVQ, le plus tôt possible, l'équipe soignante doit apprendre aux patients brûlés des exercices de rééducation permettant de réduire l'impact négatif des brûlures sur la fonction physique et de ce fait, améliorer le degré de participation sociale.

Pour améliorer l'acceptation du handicap, des programmes d'interventions psychologiques de groupe devraient être conçus comme la réduction du stress basée sur la pleine conscience, afin d'éviter de se comparer à d'autres personnes ayant vécu des événements similaires.

En outre, les professionnels de la santé devraient encourager les patients brûlés à maintenir des contacts avec leurs familles et amis. En effet, la recherche de ressources externes et le soutien sont importants pour améliorer la participation sociale.

Cette étude s'étant déroulée dans un pays d'Asie, il est possible que la même étude, réalisée en Suisse, obtienne des résultats différents. C'est pourquoi, les propositions susmentionnées sont à prendre avec précaution. Une étude similaire devrait être réalisée afin de vérifier l'éventuelle similarité des résultats ainsi obtenus.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Toutes les études ont mis en avant une image de soi du patient brûlé impactée négativement en utilisant des sous-concepts de celle-ci : l'image corporelle, l'apparence sociale, l'estime de soi, la confiance en soi ou encore la participation sociale perçue.

Il est difficile d'obtenir un consensus sur les facteurs affectant cette image de soi. Il est toutefois possible de ressortir quelques tendances à ce sujet. Le genre ne semble pas être un facteur déterminant de l'image de soi (Ayhan et al., 2022; Li et al., 2018). Le pourcentage de surface corporelle brûlée totale semble corrélé négativement (Huang & Su, 2021; Tehranineshat et al., 2020) mais est contrasté selon Ayhan et al. (2022), qui estime une absence de corrélation de celle-ci. Enfin, une péjoration de cette image de soi semble

visible avec le temps qui passe (Ayhan et al., 2022; Hwang & Lim, 2020). Cet aspect est uniquement contredit par Li et al. (2018) qui observent une évolution sur un temps de trois mois.

Il est intéressant de noter que la douleur provoquée par les brûlures joue également un rôle important dans la qualité de vie, impactant la mobilité et de ce fait le niveau d'activité possible (Li et al., 2018).

Plusieurs études ont également considéré la dépression comme un item étroitement corrélé à l'insatisfaction corporelle (Ayhan et al., 2022; Hwang & Lim, 2020). De ce constat, ressort le besoin d'une reconnaissance de potentielles difficultés psychologiques de ces patients par l'équipe soignante (Ayhan et al., 2022; Huang & Su, 2021; Hwang & Lim, 2020; Li et al., 2018). De plus, tous les auteurs, à l'exception de Li et al. (2018) proposent des interventions telles que le soutien psycho-social ou l'orientation vers des services spécialisés.

D'autres interventions permettant d'améliorer la qualité de vie de cette population ont également été relevées comme : les groupes de pairs (Brewin & Homer, 2018; Li et al., 2018), le traitement de la douleur (Brewin & Homer, 2018; Li et al., 2018), la gestion efficace de la maladie (Brewin & Homer, 2018; Tehranineshat et al., 2020), un enseignement basé sur le coping (Brewin & Homer, 2018; Li et al., 2018; Tehranineshat et al., 2020) et la gestion du stress (Li et al., 2018) ou encore des exercices de rééducation dans le but de favoriser l'autonomie (Li et al., 2018; Tehranineshat et al., 2020).

Enfin, le soutien des brûlés est un autre item clé. Le soutien familial semble être une ressource pour la qualité de vie du patient (Brewin & Homer, 2018; Hwang & Lim, 2020; Li et al., 2018). Toutefois, selon Ayhan et al. (2022), il n'y aurait aucune corrélation entre le soutien perçu au niveau familial et amical. Il est donc important que l'équipe soignante soutiennent de diverses manières le patient brûlé dans son parcours de soin.

En conclusion, l'image de soi est impactée de diverses manières chez les patients brûlés. Il est donc important d'être attentif à celle-ci, de l'évaluer et d'établir des interventions susceptibles de prévenir de potentiels impacts négatifs.

5 Discussion

L'objectif principal de cette revue de la littérature était d'évaluer l'impact des cicatrices des grands brûlés sur leur image de soi. Un deuxième objectif était d'obtenir de potentielles interventions pour diminuer cet impact.

Grâce à l'analyse des études ci-dessus, il a été démontré que l'image de soi des patients brûlés se péjorait à la suite de l'incident. Certains facteurs socio-démographiques et caractéristiques de la brûlure semblent être corrélés à l'insatisfaction corporelle. Celle-ci est à l'origine de difficultés psychologiques. Face à ce constat plusieurs pistes d'interventions ont été mis en avant. Tous ces points ont été comparés à l'aide de 2 études secondaires, afin de corroborer ou non les résultats et d'amener des propositions pertinentes pour la clinique.

5.1 Discussion des résultats

Comme vu dans les six précédentes études, l'image de soi du patient brûlé est impactée négativement. Ces résultats sont corroborés par Bayuo et al. (2023). Cette revue systématique et méta-ethnographie* de 2023 avait pour but d'approfondir la compréhension de la vie de patients avec des cicatrices post-brûlures. Elle a été réalisée suite à la collecte d'articles sur six bases de données et l'analyse de 25 études primaires. Cette étude a révélé la présence d'une phase de deuil de l'ancien soi en confrontation avec le nouveau soi émergent, s'accompagnant de honte, de culpabilité, de chagrin et de déni de soi. Bayuo et al. (2023) rapportent également que le soi d'avant la brûlure est devenu idéalisé, en contraste avec le nouveau soi, qui lui a été dévalorisé et assimilé à une apparence monstrueuse.

Concernant les facteurs impactant l'image de soi, les résultats précédents ont montré une péjoration de l'image de soi avec le temps qui passe (Ayhan et al., 2022; Hwang & Lim, 2020), en contradiction avec les résultats de Li et al. (2018). Toutefois, Bayuo et al. (2023) ont souligné qu'avec le temps, les patients brûlés tendent à atteindre une phase d'acceptation caractérisée par un sentiment de satisfaction intérieure, entraînant une amélioration de l'image de soi. Une amélioration significative de l'image de soi avec le temps ($p=0,01$) a également été relevée par l'étude de Cleary et al. (2020). Cette revue systématique quantitative avait pour but d'étudier l'impact des brûlures sur l'image de soi, suite à une recherche sur quatre bases de données et l'analyse de 33 articles. La contradiction obtenue précédemment concernant l'effet du temps sur l'image de soi pourrait notamment être expliquée par le plus grand nombre d'articles analysés dans ces deux revues systématiques, qui comportent des recherches avec un suivi au plus long cours, ou par la présence d'individus vivant avec des séquelles de brûlures depuis une plus longue

période. De plus, la présence de recherches qualitatives dans l'étude de Bayuo et al.(2023) pourrait apporter des compléments sur le vécu individuel de chaque patient et donc expliquer les contradictions entre les divers résultats.

De plus, le genre ne semble pas être un facteur déterminant de l'image de soi (Ayhan et al., 2022; Li et al., 2018). Toutefois, Cleary et al. (2020) ont mis en avant que les femmes étaient plus souvent associées à une plus faible image de soi. Cette différence au niveau des résultats pourrait notamment être expliquée par les différences au niveau du contexte culturel ayant obtenu ces résultats discordants. En effet, les études rapportées dans la revue systématique de Cleary et al. (2020) ont eu lieu au Brésil, en Egypte, aux Etats-Unis, au Portugal, et en Suède.

Quant à l'impact du pourcentage de surface corporelle brûlée totale, il semble corrélé négativement (Huang & Su, 2021; Tehranineshat et al., 2020) sauf pour Ayhan et al. (2022) qui ont obtenu une absence de corrélation. L'étude de Cleary et al. (2020) a obtenu des résultats mitigés sur l'association entre l'image de soi et la sévérité des brûlures qui comporte plusieurs critères dont la surface corporelle brûlée totale. Il semble donc difficile d'aboutir à un résultat significatif concernant ce facteur.

Les patients victimes de brûlures semblent enclins à rencontrer des difficultés au niveau de la sphère psychologique (Ayhan et al., 2022; Huang & Su, 2021; Hwang & Lim, 2020; Li et al., 2018). Bayuo et al. (2023) rapportent également la présence de difficultés psychologiques pour cette population.

Li et al. (2018) et Tehranineshat et al. (2020) ont mis en avant l'effet bénéfique des exercices de rééducation sur le renforcement de l'autonomie et donc de l'image de soi. De plus, Bayuo et al. (2023) ont souligné que les restrictions fonctionnelles et les dépendances en lien avec celles-ci entraînent des difficultés psychologiques auprès des patients brûlés. Les exercices de rééducation semblent donc particulièrement pertinents pour la prise en soins des grands brûlés.

L'étude de Cleary et al. (2020) a mis en avant des pistes d'interventions spécifiques à l'image de soi : les personnes souffrant d'insatisfaction de l'image corporelle devraient notamment bénéficier d'interventions basées sur l'acceptation de soi et les stratégies de coping. L'enseignement axé sur les stratégies de coping avaient également été relevé précédemment (Brewin & Homer, 2018; Li et al., 2018; Tehranineshat et al., 2020).

Enfin, le soutien social semble être une ressource pour surmonter les blessures dues aux brûlures ainsi que les difficultés à vivre avec celles-ci (Bayuo et al., 2023). Le soutien familial

avait également été relevé comme une ressource pour la qualité de vie du patient par Brewin & Homer (2018), Hwang & Lim (2020) et Li et al. (2018). Toutefois, Ayhan et al. (2022) soulignaient que le soutien familial ne semblait pas être une ressource significative et donc encourageaient le soutien du patient de la part de l'équipe soignante. En effet, il existe de nombreuses sources de soutien notamment la famille, les amis, les organisations religieuses, le personnel hospitalier ou encore les groupes de pairs (Bayuo et al., 2023). L'utilisation de groupes de pairs avait également été proposée en tant qu'intervention permettant d'améliorer la qualité de vie des patients brûlés par Brewin & Homer (2018) et Li et al. (2018).

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Sur les six études analysées, cinq sont quantitatives et une possède un devis mixte. La prépondérance d'un devis quantitatif permet une approche statistique des résultats. Toutefois, l'absence d'étude qualitative limite potentiellement les disparités individuelles au niveau de l'interprétation de l'expérience des patients brûlés. De plus, tous les articles utilisés peuvent être considérés comme article scientifique car ils comportent toutes les sections en lien : introduction, méthode, résultats, discussion et conclusion. Enfin, ces études sont toutes relativement récentes, la plus ancienne datant de 2018.

Sur la base de la pyramide de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS), pour chaque étude, un niveau de preuve a été établi. Les études de Huang & Su (2021) et Brewin & Homer (2018) ont un niveau de preuve à 2. Pour les autres études (Ayhan et al., 2022; Hwang & Lim, 2020; Li et al., 2018; Tehranineshat et al., 2020), un niveau de preuve 4 a été établi. Les résultats de niveau de preuve 4 sont donc difficilement généralisables.

Toutes les études ont un type d'échantillonnage non-probabiliste et cinq d'entre elles ont un type d'échantillonnage de convenance (Ayhan et al., 2022; Brewin & Homer, 2018; Hwang & Lim, 2020; Li et al., 2018; Tehranineshat et al., 2020). Ce type d'échantillonnage peut diminuer la généralisation des résultats.

Toutes les échelles utilisées dans ces études avaient un coefficient d'alpha de Cronbach satisfaisant permettant une fidélité des résultats obtenus. De plus, pour toutes les études, un niveau de significativité a été établi à $p < 0,05$ sauf pour la régression de l'étude d'Ayhan et al. (2022) fixée à $p < 0,1$. Ces niveaux de significativité renforcent la validité interne des études.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Il est possible de ressortir plusieurs limites à cette revue de la littérature.

Tout d'abord, les études possédaient un faible niveau de preuve scientifique selon la pyramide de preuve de la HAS, ce qui diminue la généralisation et la transférabilité des résultats obtenus.

De plus, seule l'étude de Hwang & Lim (2020) possède un échantillon comportant uniquement des patients grands brûlés. Les autres études ont soit utilisé un échantillon comportant également des patients brûlés mais n'appartenant pas à la classe des grands brûlés, soit n'ont pas importé d'informations quant à ce point. Ce constat peut diminuer la généralisation et la transférabilité des résultats à la population des grands brûlés.

Une autre limite pourrait résider dans l'utilisation de différentes échelles de mesure. Certaines s'axaient plus sur la qualité de vie du patient ou son autonomie, ou encore notamment sur l'anxiété d'apparence sociale. Même si la fidélité des échelles est haute, la diversité de celles-ci limite également la généralisation et la transférabilité des résultats.

Enfin, aucune étude n'a été menée en Suisse. Les différentes études provenaient de 3 pays d'Asie de l'Est (Chine, Corée du Sud, Taïwan), deux études du Moyen-Orient (Iran et Turquie) et un pays européen (Royaume-Uni). La culture ainsi que le système de santé ne sont pas similaires à celui de la Suisse et donc la généralisation et la transférabilité des résultats semblent compromises et doivent être prises avec précaution.

6 Conclusions

La dernière partie de cette revue de la littérature se consacrera à la proposition de pistes d'interventions en lien avec l'amélioration de l'image de soi des grands brûlés au niveau de la pratique mais également au niveau de la formation en soins infirmiers et de la recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Il est ressorti de manière globale que les patients brûlés voient leur image de soi impactée de manière significative. Les brûlures en lien avec les cicatrices qu'elles engendrent, créent des modifications corporelles autant physiques que fonctionnelles. Cette modification de l'image corporelle est souvent reliée à des répercussions psychologiques et une diminution de la qualité de vie. En ce qui concerne les facteurs impactant l'image de soi, il est difficile d'obtenir un consensus à ce sujet. C'est pourquoi, il semble nécessaire de considérer à risque la totalité de la population atteinte de brûlure et d'évaluer rapidement la présence de difficultés psychologiques ou non de cette population.

Pour ce faire, différentes échelles francophones existent déjà, notamment la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) qui permet de dépister des troubles anxieux ou dépressifs. Toutefois, aucune échelle francophone n'existe à ce jour pour évaluer l'insatisfaction corporelle des patients. Une possibilité résiderait dans l'échelle d'estime de soi de Rosenberg ou encore de la version française du *Body Esteem Scale* (BES) de Mendelson. Ces échelles permettraient à l'équipe soignante d'évaluer et de reconnaître les difficultés que peuvent rencontrer cette population. Il est important de noter que ces évaluations doivent faire l'objet d'un suivi au long cours, c'est-à-dire même durant la période de réhabilitation.

De manière globale, le soutien social est ressorti comme un point clé permettant de diminuer cette péjoration de l'image de soi. L'équipe soignante devrait veiller à intégrer la famille et les proches dans la prise en charge du patient et surtout évaluer les situations à risque d'isolement social. Une autre approche pourrait résider dans la création de groupes de pairs qui semble être bénéfique pour les patients. La FLAVIE, association suisse romande pour les victimes de brûlures, proposent d'ores et déjà des groupes de pairs pour cette patientèle. De plus, l'infirmière semble être une personne de soutien clé pour le patient. Si toutefois le patient présente un manque d'entourage ou que ces difficultés psychologiques semblent trop importantes, il est recommandé de le rediriger vers un service spécialisé telle que de la psychiatrie de liaison ou encore des services psychosociaux.

De plus, d'autres interventions bénéfiques pourraient être mises en place. Premièrement, les symptômes cicatriciels peuvent être diminués par plusieurs procédés. Une bonne gestion de la douleur par traitement pharmacologique ou non-pharmacologique semble nécessaire. De plus, afin de limiter les restrictions fonctionnelles, des exercices de rééducation doivent être instaurés au plus tôt. Ceux-ci permettraient de diminuer les restrictions fonctionnelles post-cicatrisation et donc favoriserait l'autonomie des patients, qui est un point central dans l'image de soi. Deuxièmement, les patients semblent ressentir le besoin d'acquérir une auto-gestion de leur maladie. C'est pourquoi, ils doivent obtenir des connaissances en lien avec les différents traitements cicatriciels possibles, l'évolution cicatricielle dite « normale » ou encore les facteurs protecteurs cutanés. Ces points théoriques doivent faire l'objet de thématiques d'éducation thérapeutique au patient, afin qu'il puisse intervenir dans sa prise en soins. De plus, la maîtrise du traitement au long terme de cette brûlure permettrait d'améliorer le sentiment d'auto-efficacité et donc l'image de soi. Il est du rôle de l'infirmière de favoriser l'empowerment du patient. A la clinique romande de réadaptation de la SUVA, un document permet de suivre les enseignements faits au patient notamment en termes de maquillage, du port et de la gestion des vêtements compressifs et des traitements cutanés disponibles.

Enfin, en ce qui concerne les difficultés psychologiques engendrées par les brûlures, des ateliers de gestion du stress ou d'apprentissage autour du coping semblent être nécessaires. Ceux-ci pourraient se dérouler lors de séances thématiques avec des groupes de pairs ou lors d'interventions psychiatriques individuelles.

6.2 Propositions pour la formation

Dans la formation Bachelor en soins infirmiers à la Haute école de santé du Valais, la thématique de prise en soins de grands brûlés est abordée durant une matinée et donc l'image de soi et les aspects psychologiques ne sont que vaguement abordés. Toutefois, cette prise en charge étant extrêmement spécifique, elle fait l'objet d'ores et déjà de formation continue notamment au CHUV. En effet, le CHUV propose une formation de soins aux grands brûlés sous forme d'un tronc commun pour les différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire durant 2 jours. Cette formation aborde notamment les différentes étapes de prise en charge d'un patient brûlé, passant de l'aigu à la réhabilitation et donc aux spécificités de chacune des étapes, en évoquant notamment les traitements cicatriciels ou les aspects psychologiques. De plus, les infirmiers bénéficient également d'une journée supplémentaire axée principalement sur les soins spécifiques infirmiers. Toute infirmière travaillant auprès de cette patientèle devrait pouvoir bénéficier de cette formation continue.

Il existe également une formation avancée ouverte également aux infirmières : le diplôme universitaire Brûlures de l'Université de Lyon. Cette formation se déroule sur année. La création d'une formation équivalente en Suisse devrait être envisagée permettant de faciliter l'accès à celle-ci.

En ce qui concerne le traitement cicatriciel des brûlures au niveau pratique, celui-ci n'est pas abordé dans la formation de base en soins infirmiers. La pratique autour de la gestion de greffes de peau n'étant pas uniquement utilisée pour les brûlures, celle-ci devrait être intégrée dans la formation de base en même temps que les enseignements liés à la gestion des plaies dites « complexes ».

Du côté de la formation continue, le *Certificate of Advanced Studies* (CAS) de la Haute école de santé de Genève « en prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation » qui aborde notamment la gestion de la cicatrisation des brûlures. Elle propose également un *Diploma of Advanced Studies* (DAS) « en Expertise en soins de plaies » qui se veut être la continuité du CAS précédemment mentionné. La présence d'une infirmière ayant effectuée cette formation, semble nécessaire dans les divers centres aigus et de réhabilitation des patients brûlés. Celle-ci permettrait de gérer les complications de cicatrisation et de diminuer l'impact inesthétique de celles-ci. De plus, cette infirmière pourrait réaliser les différentes éducations et enseignements thérapeutiques au patient brûlé, afin de favoriser son autonomie et donc son image de soi.

6.3 Propositions pour la recherche

Premièrement, étant donné qu'aucune étude utilisée dans cette revue de la littérature ne s'est déroulée en Suisse, il serait pertinent de mener des recherches similaires sur l'image de soi du grand brûlé. Ces recherches permettraient de vérifier l'obtention de résultats équivalents et donc une généralisation et transférabilité à la population suisse victimes de brûlures.

Deuxièmement, les facteurs impactant l'image de soi devraient faire l'objet d'études à grande échelle en Suisse mais également dans les autres pays limitrophes, afin d'obtenir un potentiel consensus sur ces données avec des pays se rapprochant plus du contexte culturel et socio-sanitaire de la Suisse.

Troisièmement, des études devraient porter sur la création ou la validation d'une échelle spécifique permettant de mesurer l'insatisfaction corporelle chez le grand brûlé, afin de faciliter le suivi au long cours.

Enfin, presque toutes les études analysées présentaient un devis quantitatif. Cependant, l'utilisation de devis qualitatif permet une meilleure approche de compréhension de l'expérience des grands brûlés. C'est pourquoi, il semble pertinent de réaliser des études qualitatives sur ce sujet.

7 Liste de références

- Ancelle, T. (2017). *Statistique, épidémiologie* (4e éd). Maloine.
- Ayhan, H., Savsar, A., Yilmaz Sahin, S., & Iyigun, E. (2022). Investigation of the relationship between social appearance anxiety and perceived social support in patients with burns. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 48, 816-823. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.08.020>
- Baumann, C., Mercier, M., Thilly, N., Dramé, M., Guillemin, F., & Joly, D. (2011, février). Recherche clinique et épidémiologique—Chapitre 7—Interprétation d'une étude interventionnelle. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23863/mod_resource/content/2/co/Module_RCE_11.html
- Bayuo, J., Wong, F. K. Y., Lin, R., Su, J. J., & Abu-Odah, H. (2023). A meta-ethnography of developing and living with post-burn scars. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), 319-328. [cul. https://doi.org/10.1111/jnu.12811](https://doi.org/10.1111/jnu.12811)
- Bédard, L., Déziel, J., & Lamarche, L. (2017). *Introduction à la psychologie sociale : Vivre, penser et agir avec les autres* (4e édition). Pearson ; Editions du renouveau pédagogique.
- Bergamasco, E. C., Rossi, L. A., da C.G. Amâncio, A., & de Carvalho, E. C. (2002). Body image of patients with burns sequelae : Evaluation through the critical incident technique. *Burns*, 28(1), 47-52. [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(01\)00065-1](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(01)00065-1)
- Berger, M. M., Raffoul, W., Maravic, P., Séchet, V., & Chioléro, R. (2004). Pourquoi deux Centres de Brûlés adultes en Suisse, dont un au CHUV? *Bulletin des médecins suisses*, 85(18), 938-943. https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/brul/documents/pourquoi_deux_centres_de_brules_adultes_en_suisse__dont_un_au_chuv.pdf
- Beyeler, S., Perrotin, L. B.-, Donnat, N., Jaggi, K., Jonniaux, S., Monnet, R. L., Lataillade, L., Lei, J., Schaerer, G., Séraphin, M.-A., Tarteaut, M.-H., Thévenot, O., & Victorion, M. (2006). L'image corporelle, un concept de soins. 22.

- Brewin, M. P., & Homer, S. J. (2018). The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(7), 1801-1810.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.04.007>
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C. O., Bare, B. G., Longpré, S., & Pilote, B. (2011). *Médecine et chirurgie : Soins infirmiers* (5e éd). De Boeck Éd. du Renouveau pédagogique.
- Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP). (2014). Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information.
https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- Centre d'information pour la prévention des incendies. (s. d.). Les blessures par incendie en Suisse. CIPI. Consulté 29 novembre 2022, à l'adresse <https://www.bfb-cipi.ch/fr/a-propos-du-cipi/brulures>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2019, juillet 11). Dates clés. CHUV.
<https://www.chuv.ch/fr/brulures/brul-home/un-reseau-dexperts/dates-cles>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2020). Rapport qualité 2020. CHUV.
<https://rapportsannuels.chuv.ch/qualite/2020/>
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping* (3e éd. revue et actualisée). Dunod.
- Chapelle, F. (2018). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0119>
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2020). A quantitative systematic review assessing the impact of burn injuries on body image. *Body Image*, 33, 47-65. Medline. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.008>
- Dany, L. (2020). *Psychologie du corps et de l'apparence : L'image corporelle dans tous ses états*. Presses universitaires de Provence.
- Dumont, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2000). French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm>

- Echinard, C., & Latarjet, J. (2010). *Les Brûlures*. Elsevier Masson.
- EUPATI. (s. d.). Attrition. EUPATI Toolbox. Consulté 11 juin 2023, à l'adresse <https://toolbox.eupati.eu/glossary/attrition/?lang=fr>
- Fischer, G.-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (3e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Ford, C. (2015, août 26). Understanding QQ Plots. <https://data.library.virginia.edu/understanding-q-q-plots/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation.
- Fortinash, K. M. ., Holoday-Worret, P. A. ., Brassard, Y., Morissette, D., Page, C., Bonin, J.-P., & Houle, D. (2013). *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie*. De Boeck Supérieur.
- Gandolfi, S., Auquit-Auckbur, I., Panunzi, S., Mici, E., Grolleau, J.-L., & Chaput, B. (2016). Validation of the French version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) questionnaire. *Burns*, 42(7), 1573-1580. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.04.011>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Haute Autorité de santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hébert, M., Parent, N., Simard, C., & Laverdière, A. (2018). Validation of the French Canadian version of the brief Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 50, 9-16. <https://doi.org/10.1037/cbs0000092>

- Huang, Y.-K., & Su, Y.-J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury : The mediating role of body image dissatisfaction. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(6), 1373-1380.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>
- Hwang, S.-M., & Lim, E. J. (2020). Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase. *Nursing Open*, 7, 1920-1927.
<https://doi.org/10.1002/nop2.582>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2011). Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Chapitre_3.html
- John, C., & Berney, A. (2021). Le patient brûlé : Accompagnement par le psychiatre de liaison. *Revue Médicale Suisse*, 17(725), 307-311.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.725.0307>
- Josse, É. (2014). Le traumatisme psychique chez l'adulte. De Boeck.
- Kieffer, L., Milhères, S., & Outrebon, S. (2019). Soins de plaies et cicatrisation : De la théorie à la pratique infirmière. Vuibert.
- L'Écuyer, R. (1994). Le développement du concept de soi : De l'enfance à la vieillesse. les Presses de l'Université de Montréal.
- Lewis, S. M., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., Harding, M., Brien, L.-A., Brassard, Y., Gousse, H., Lavertu, É., & Lemire, C. (2016). Soins infirmiers : Médecine chirurgie (2e édition, Vol. 2). Chenelière éducation.
- Li, L., Wu, X.-L., & Xu, L. (2018). Factors affecting self-perceived participation and autonomy among patients with burns : A follow-up study. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(8), 2064-2073. Embase.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.07.008>
- Meaume, S., Dereure, O., & Teot, L. (2005). Plaies et cicatrisations. Masson.
- Minitab. (2021a). En quoi consistent les techniques de bootstrap ? [Mtbconcept].
<https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/20/help-and-how-to/probability->

distributions-random-data-and-resampling-analyses/supporting-topics/resampling-analyses/what-is-bootstrapping/

Minitab. (2021b). Test d'autocorrélation avec la statistique de Durbin-Watson

[Mtbconcept]. <https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/20/help-and-how-to/statistical-modeling/regression/supporting-topics/model-assumptions/test-for-autocorrelation-by-using-the-durbin-watson-statistic/>

Mitz, V. (2011). Comprendre les cicatrices : Problèmes et vices de la cicatrisation. Éd. du Cygne.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Brûlures. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/burns>

Palmier, S., & Garulo, M. (2018). Plaies et cicatrisation : Guide pratique pour les IDE de l'évaluation au raisonnement clinique infirmier (2e éd. mise à jour). Lamarre.

Prudhomme, C., & Neveu, C. (2019). L'infirmière et les urgences (10e éd). Maloine.

Salter, M., & Ovion, L. (1992). Altération de l'image corporelle : Le rôle de l'infirmière. InterEd.

Sattar, R., Lawton, R., Panagioti, M., & Johnson, J. (2021). Meta-ethnography in healthcare research : A guide to using a meta-ethnographic approach for literature synthesis. BMC Health Services Research, 21(1), 50.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-06049-w>

Statistica. (2016a). Test de Duncan. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-duncan.html>

Statistica. (2016b). Test de Levene. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-levene.html>

Statistica. (2016c). Test de Shapiro-Wilk (W). <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-shapiro-wilk.html>

Statistique Canada. (2021, septembre 2). 3.2.3 Échantillonnage non probabiliste.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>

Survey Magazine. (2020). Qu'est-ce que l'auto-corrélation? soft-concept.com.

<https://www.soft-concept.com/surveymag/definition-fr/definition-auto-correlation.html>

Tehrani-neshat, B., Mohammadi, F., Tazangi, R. M., Sohrabpour, M., Parviniannasab, A.

M., & Bijani, M. (2020). A study of the relationship among burned patients'

resilience and self-efficacy and their quality of life. Patient Preference and

Adherence, 14, 1361-1369. Embase. <https://doi.org/10.2147/PPA.S262571>

Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E., Brien, L.-A., Houle, J., & Milhomme, D. (2019).

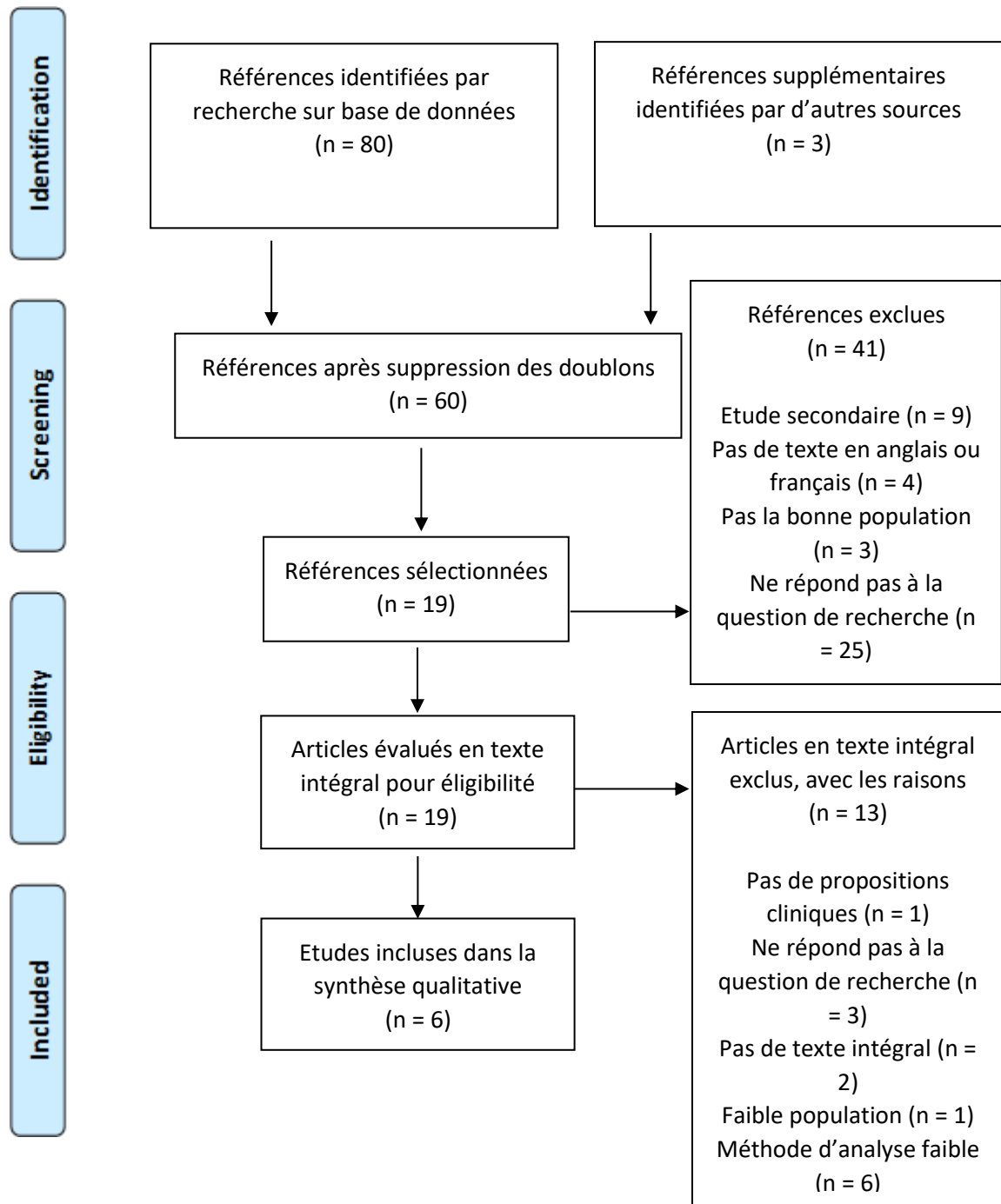
Soins critiques (2e édition). Chenelière éducation.

VOXCO. (s. d.). Types de biais de réponse : Comment les éviter? Consulté 11 juin 2023,

à l'adresse <https://www.voxco.com/fr/blog/types-de-biais-de-reponse-comment-les-eviter/>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(adapté de Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Hwang, S.-M., & Lim, E. J. (2020). Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase. *Nursing Open*, 7, 1920-1927. <https://doi.org/10.1002/nop2.582>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude descriptive transversale</p> <p>Quantitatif (QUAN)</p> <p>Disciplinaire</p> <p>Corée du Sud</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau 4</p> <p>C</p> <p>Paradigme</p> <p>///</p>	<p>n = 179 patients adultes grands brûlés du <i>H Burns Hospital</i> de Séoul</p> <p>Groupe aigu n=68</p> <p>Groupe réhabilitation n=111</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Non-probabiliste</p> <p>Echantillonnage par convenance</p> <p>G*Power 3.1 => échantillon minimale à 68 pour $\alpha = 0,05$</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Adulte ; grand brûlé selon critère de la société coréenne de chirurgie plastique et reconstructive ; en phase aiguë ou en réhabilitation</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Incapable de communiquer ; handicap mental</p>	<p>Identifier les différences de niveau des symptômes dépressifs, du soutien social et de la croissance post-traumatique entre la phase aiguë et de réhabilitation chez les grands brûlés</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>1) Y'a-t-il des différences dans les niveaux des symptômes dépressifs, du soutien social et de la croissance post-traumatique chez les grands brûlés selon les phases de prise en charge ?</p> <p>2) Y'a-t-il une corrélation entre les symptômes dépressifs, le soutien social et la croissance post-traumatique chez les grands brûlés selon leur phase de prise en charge ?</p> <p>3) Est-ce que les symptômes dépressifs et le soutien social des grands brûlés affectent leur croissance post-traumatique selon leur phase de prise en charge ?</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>///</p> <p>Variables</p> <p>VI : phase de la prise en charge (aigu et réhabilitation)</p> <p>VD : symptômes dépressifs, soutien social, croissance post-traumatique</p>	<p>Croissance post-traumatique</p> <p>Grands brûlés</p> <p>Dépression</p> <p>Soutien social</p>	<p>Du 11 mars au 3 mai 2019</p> <p>Questionnaires donnés au patient mais si problème visuel ou blessure aux mains => chercheur fait le questionnaire avec le patient</p> <p>Taux de retour des questionnaires de 100%</p> <p>Caractéristique : âge, genre, niveau d'éducation, difficultés financières et personnalité</p> <p>Brûlure : %total body surface area (TBSA), degré de brûlure, localisation et difficultés dans la vie dues aux brûlures</p> <p><i>Beck Depression Inventory</i> II ($\alpha=0,94$)</p> <p><i>Social Support Scale</i> in Korean ($\alpha=0,97$)</p> <p><i>Posttraumatic Growth Inventory</i> ($\alpha=0,90-0,92$)</p> <p>Ethique</p> <p>Approbation de l'Institut pour faire l'étude</p> <p>Consentement éclairé + Anonymat</p> <p>Utilisation des données uniquement pour cette étude et après destruction de celles-ci</p>	<p>Khi-2 et t-test pour homogénéité entre les 2 groupes (aigu et réhabilitation)</p> <p>T-test indépendant et corrélation de Pearson pour VD</p> <p>Analyse régressive pour facteurs associés à la croissance post-traumatique par phase de traitement</p> <p>Niveau de significativité établi à $p<0,05$</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS Statistics 25.0</p>	<p>Le groupe réhabilitation présente une dépression modérée ($M=20,55\pm 13,31$) et le groupe aigu une dépression légère ($M=15,93\pm 9,68$).</p> <p>Différence significative pour symptômes dépressifs ($t=-2,681$; $p=0,008$)</p> <p>Plus faible perception de soi pour groupe réhabilitation que groupe aigu ($t=2,812$; $p=0,0006$)</p> <p>Corrélation significative négative entre symptômes dépressifs et croissance post-traumatique pour groupe aigu ($r=-0,257$; $p=0,035$) et pour groupe réhabilitation ($r=-0,378$; $p<0,001$)</p> <p>Corrélation significative positive pour soutien social et croissance post-traumatique pour groupe aigu ($r=0,401$; $p=0,001$) et réhabilitation ($r=0,510$; $p<0,001$). MAIS selon analyse de régression significative que pour groupe aigu ($\beta = 0,355$; $t = 2,929$; $p = 0,005$) et pas pour groupe réhabilitation ($\beta = 0,427$; $t = 4,827$; $p < 0,001$)</p> <p>Conclusions</p> <p>Les soignants doivent également reconnaître les besoins psychologiques des patients en réhabilitation et gérer les symptômes dépressifs.</p> <p>Il faut également analyser le soutien social qui est un facteur clé pour la croissance post-traumatique.</p> <p>Utilisation d'une approche intégrée de soutien psychologique et infirmier pour améliorer la reconstruction post-traumatique</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Un seul hôpital => prochaines études sur plus grande population ; A cause du devis, pas d'inférence causale possible</p>

Brewin, M. P., & Homer, S. J. (2018). The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(7), 1801-1810. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.04.007>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Enquête en ligne à grande échelle Mixte Non-disciplinaire Royaume-Uni Niveau de preuve Niveau 2 B Paradigme ///	n = 1267 Groupe cicatrice n=1034 Groupe sans cicatrices n=186 Groupe s'occupant de cicatrisés n=47 85% de femmes 75% = âgé entre 31 et 60 ans Séparation du groupe cicatrisés selon étiologie en groupe brûlés (n=119) et groupe non-brûlés (n=915) Echantillonnage Non-probabiliste Echantillonnage par convenance Critère(s) d'inclusion >16 ans Critère(s) d'exclusion ///	Avoir une vision plus approfondie de l'expérience de vie de personnes vivant avec des cicatrices, avec plus grand focus sur leur avis concernant les soins et le soutien reçus durant et après leur traitement ainsi que les effets psychologiques liés à leur blessure ou à la cicatrisation qui s'ensuit. Utilisation de ces données pour développer un centre de soins de santé communautaire en ligne appelé « Talkscars ». Question(s) de recherche /// Hypothèse(s) /// Variables VI : cicatrices de brûlures VD : caractéristiques des cicatrices et leurs symptômes ; avis concernant les soins et soutien reçus ; effets psychologiques	Expérience de la cicatrice Brûlures Soutien	Questionnaire en ligne avec 62 questions (dichotomique, choix multiple et à réponse ouverte) Puis séparation des réponses du groupe cicatrisé en 2 groupes : groupe brûlé et groupe non-brûlé Ethique Anonymat	Analyse quantitative : concerne l'échantillon total. Student's t-test pour comparer la sévérité des cicatrices entre le groupe brûlé et non brûlé Analyse qualitative : concerne le groupe brûlé avec cicatrices. Afin d'explorer les avis concernant les soins et le soutien reçu durant et après leur traitement, ainsi que les effets psychologiques Logiciels Pas mentionné	Entre le groupe brûlé et non brûlé : pas de différence significative sur la sévérité des cicatrices et sur temps depuis l'apparition des cicatrices. Les brûlés ont une plus grande surface de peau atteinte en générale ($p<0,0001$) et des automutilations. Symptômes similaires mais plus de douleurs ($p=0,0004$) et de sensation de brûlure ($p=0,01$). 24% brûlés ont des difficultés dans les AVQ. Le soutien est recherché surtout chez les soignants (infirmier et pharmacien) (33%), chez les amis et familles (26%), en ligne (9%) ou n'est pas recherché (33%). Forme de soutien préférée = entretien face à face (1.42) puis méthode en ligne (1.98). 44% du groupe brûlé juge suffisant le soutien général. 36% groupe brûlé a un intérêt pour rencontre de pairs. 4 thèmes de besoin de soutien ont été mis en avant par les brûlés : support psychologique, avis sur le traitement des plaies, rencontre de pairs et acceptation et coping. 56% ont un impact sur leur confiance en soi. Différence significative entre les 2 groupes sur le sentiment d'isolement ($p=0,04$) et la sensation d'avoir plus d'attention non-voulue ($p=0,05$). Ces points ne semblent pas corrélés à la durée depuis l'apparition des cicatrices. Meilleur traitement selon patient = plaques de silicone (3,7) mais peu utilisé (10/119). Seulement 55% des brûlés déclarent avoir reçu des soins de plaies. Seul 24% des brûlés et 31% des non-brûlés voient un aspect positif dans leurs cicatrices. Préoccupations liées aux cicatrices : apparence (44%), impact négatif vie sociale (23%), expérience acceptation et coping des cicatrices (33%), difficultés acceptation des symptômes cicatriciels (10%), vulnérabilité (9%), effet survivant (55%) Conclusions Cicatrices brûlés = problématique en termes de douleurs. Cicatrisés disent avoir un manque de soutien de la part des soignants, 4 points clés du soutien susmentionnés. Impact psychologique important chez brûlés avec 6 préoccupations principales susmentionnées Limites de l'étude Echantillonnage de convenance ; principalement féminin ; faible distribution de l'âge ; faible distribution dans le temps depuis la cicatrice (>75% = >5 ans)

Ayhan, H., Savsar, A., Yilmaz Sahin, S., & Iyigun, E. (2022). Investigation of the relationship between social appearance anxiety and perceived social support in patients with burns. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, 48, 816-823.

<https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.08.020>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude descriptive QUAN Disciplinaire Turquie Niveau de preuve C Niveau 4 Paradigme ///	n = 106 adultes brûlés consultant en ambulatoire dans une clinique d'un centre national de grands brûlés M âge = 45,17±15,19 50,9% d'hommes et 49,1% de femmes 3 patients ont refusé de faire l'étude Echantillonnage Non-probabiliste Echantillonnage par convenance Critère(s) d'inclusion > 18 ans Critère(s) d'exclusion ///	Déterminer l'anxiété d'apparence sociale d'individus après une brûlure et les facteurs l'affectant Examiner la relation entre l'anxiété d'apparence sociale et le soutien social perçu Question(s) de recherche /// Hypothèse(s) /// Variables VI : variables sociodémographiques VD : anxiété d'apparence sociale et soutien social perçu	SAAS MSPSS Wallace Rule of 9 Brûlures Anxiété d'apparence sociale	Novembre 2018-2019 Etude pilote avec 10 patients ensuite inclus dans l'étude Interviews en face à face lors des jours de changement de pansements Formulaire d'informations personnelles : âge, genre, statut civil, niveau d'éducation, profession avant la brûlure, revenu, tabagisme, alcool, personne avec laquelle il vit, lieu où a lieu la brûlure, type de brûlure, degré de brûlure prédominant, %TBSA, zones touchées, sévérité de la brûlure, amputation conséquent à celle-ci, temps depuis l'accident et expérience préalable de la brûlure) <i>Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) (α= 0,96)</i> <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (α=0,95)</i> Ethique Comité d'éthique Consentement éclairé Pas de conflits d'intérêts	Shapiro-Wilk + Q-Q plot => analyse distribution normale Test de Levene => homogénéité de la variance T-test à échantillon indépendant pour comparer entre groupes variables démographiques / ANOVA si > 3 groupes / Test de Duncan si ANOVA significative Corrélation de Pearson pour relation entre échelles Régression linéaire multiple pour les VI affectant le SAAS Durbin-Watson pour autocorrélation Niveau de significativité p<0,05 et p<0,1 à l'analyse de régression pour interpréter les variables Logiciels IBM SPSS V25	Pas de différence de SAAS selon âge, genre, emploi, niveau de revenu, personne avec laquelle vit le patient, tabagisme et consommation d'alcool (p>0,05) SAAS plus haut chez célibataire que marié et plus haut lors de niveau d'éducation haut que ceux sans éducation (p<0,05). SAAS plus haut chez brûlé de la face, tête ou cou (p<0,05). SAAS plus haut chez groupe brûlure > 7 jours que ceux de moins de 7 jours (p<0,05). SAAS 2 fois plus haut chez patient amputé à cause de la brûlure (p<0,05) Pas de différence significative de SAAS selon lieu de l'accident, étiologie de la brûlure, degré de brûlure, %TBSA, sévérité de la brûlure et expérience préalable de la brûlure. MSPSS haut (68,34±18,08) (sachant que max = 84) Aucune relation significative entre le SAAS et MSPSS (p>0,05) Conclusions Les brûlés ont une anxiété d'apparence sociale modérée. Facteurs augmentant la SAAS : célibataire, haut niveau d'éducation, brûlures visage-tête-cou, amputation causée par la brûlure, >1 semaine depuis la brûlure Soutien familial et amical => aucun effet sur l'anxiété d'apparence sociale => soignants ont des responsabilités dans le soutien psychosocial. Les soignants doivent orienter les brûlés avec haute anxiété d'apparence sociale, à des consultations d'unité de liaison Limites de l'étude Basée sur auto-évaluations de patients ; échelle SAAS ne permet pas une approche dichotomique de l'anxiété d'apparence sociale

Tehranineshat, B., Mohammadi, F., Tazangi, R. M., Sohrabpour, M., Parviniannasab, A. M., & Bijani, M. (2020). A study of the relationship among burned patients' resilience and self-efficacy and their quality of life. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1361-1369. Embase.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S262571>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude descriptive transversale	n = 305 patients brûlés d'un grand hôpital de brûlés	Explorer la relation entre la résilience et l'auto-efficacité des patients brûlés et leur qualité de vie	Qualité de vie Résilience CD-RISC Auto-efficacité	1) Visite de l'hôpital pour rechercher les patients consentant selon l'échantillonnage de la population totale 2) Questionnaires : <i>Connor-Davidson Resilience Scale</i> (CD-RISC) ($\alpha=0,87$) <i>Strategies Used by People to Promote Health</i> (SUPPH) ($\alpha=0,91$) <i>Burn Specific Health Scale-Brief</i> (BSHS-B) ($\alpha=0,94$) Ethique Consentement écrit + confidentialité + anonymat En accord avec déclaration d'Helsinki révisée Possibilité de partir quand ils le souhaitent Approuvé par comité d'éthique local Pas de conflits d'intérêts	Analyse descriptive avec moyenne et écarts-types Analyse inférentielle avec corrélation de Pearson et régression linéaire Niveau de significativité $p<0,05$ Logiciels SPSS 22	Corrélation négative entre le %TBSA et la qualité de vie ($p<0,001$; $-r=0,39$) Corrélation négative significative entre %TBSA et la résilience ($p<0,001$; $-r=0,28$) Corrélation négative significative entre %TBSA et auto-efficacité ($p<0,001$; $-r=0,31$) Corrélation positive entre résilience et auto-efficacité ($p<0,001$; $r=0,31$), entre résilience et qualité de vie ($p<0,001$; $r=0,58$) et entre auto-efficacité et qualité de vie ($p<0,001$; $r=0,63$). La régression linéaire montre une plus forte corrélation entre l'auto-efficacité et la qualité de vie des patients, en comparaison avec les autres variables ($p<0,001$; $\beta=0,63$). Conclusions Les facteurs de résilience et l'auto-efficacité jouent un meilleur rôle dans le développement de la qualité de vie. Il faudrait créer un environnement favorisant l'empowerment. Il faut également enseigner des compétences au patient comme la gestion de sa maladie et les capacités de gestion du stress. Limites de l'étude Possibilité de tendance du participant à sélectionner les scores les plus élevés dans l'échelle de Likert. Biais de désirabilité sociale => chercheur tend à l'éviter en expliquant les objectifs de l'étude et le caractère anonyme et confidentiel et en augmentant la taille de l'échantillon. Les patients qui n'étaient pas capables de remplir les questionnaires, ont vu leurs questionnaires remplis par leur partenaire ou un autre membre de leur famille

Huang, Y.-K., & Su, Y.-J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(6), 1373-1380. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude longitudinale en 2 vagues</p> <p>QUAN</p> <p>Non-disciplinaire</p> <p>Taiwan</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau 2</p> <p>B</p> <p>Paradigme</p> <p>///</p>	<p>n = 111 survivants de l'explosion du Formosa Fun Coast Water Park en 2015 (n= 117 au T1 et n=11 au T2)</p> <p>Moyenne %TBSA = 50,25±19,06</p> <p>70% survivants ont >40% TBSA</p> <p>M âge = 24,23±4,23</p> <p>62,2% de femmes</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Non-probabiliste</p> <p>Recommandé par médecin du Burn Center of Linkou Chang Gung Memorial Hospital ou admis suite à des annonces sur internet</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Parle couramment chinois ; pas de problèmes cognitifs ou de dysfonctions neurologiques ; avoir rempli les 2 sondages</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>///</p>	<p>Investiguer l'association entre la gravité de la brûlure et les ajustements psychosociaux après celle-ci (syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et dépression), plus particulièrement à travers le rôle médiateur du <i>Body Image Dissatisfaction</i> (BID).</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>///</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>///</p> <p>Variables</p> <p>VI : sévérité des brûlures (association entre %TBSA et durée d'hospitalisation) + variables socio-démographiques</p> <p>VD : SSPT et symptômes dépressifs</p> <p>Médiateur : BID</p>	<p>SSPT</p> <p>BID</p> <p>Insatisfaction image corporelle</p> <p>Survivants de brûlures</p> <p>Sévérité des brûlures</p> <p>Durée d'hospitalisation</p>	<p>T1 (2017) : envoi du questionnaire aux participants qu'ils doivent ensuite retourner</p> <p>T2 (2018) : recontactés pour compléter le sondage (les manquants ont été contactés par téléphone)</p> <p>Attrition de 6 personnes entre T1 et T2 modifiant uniquement l'âge</p> <p>Questionnaire démographique : âge, genre, années d'étude, durée d'hospitalisation (en jours), %TBSA</p> <p>Score composé de sévérité des brûlures (CBSS)</p> <p><i>Chinese Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5</i> (Chinese PDS-5) ($\alpha=0,93$)</p> <p><i>Chinese Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9) ($\alpha=0,90$)</p> <p>Version modifiée (+1 item) du <i>Satisfaction with Appearance Scale</i> (SWAS) ($\alpha=0,89$)</p> <p>Ethique</p> <p>Consentement écrit</p> <p>Approuvé par l'Institutional Review Board of Chang Gung Medical Foundation</p> <p>Pas de conflits d'intérêts</p>	<p>Tous les tests étaient bilatéraux</p> <p>Corrélation de Pearson pour explorer les relations entre les variables ($r=0,10$ faible ; $r=0,30$ modérée ; $r=0,50$ forte)</p> <p>Analyse de régression linéaire avec les données du T1</p> <p>Effet médiateur significatif si l'intervalle de confiance à 95% bootstrap corrigé n'incluait pas de 0</p> <p>Niveau de significativité de $p<0,05$</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS 18.0</p>	<p>Corrélation significative positive entre %TBSA et durée d'hospitalisation ($r=0,52$; $p<0,001$)</p> <p>CBSS est associée au BID du T1 ($r=0,33$; $p<0,001$) et aux symptômes dépressifs du T2 ($r=0,19$; $p<0,05$) mais pas aux symptômes du SSPT du T2 ($r=0,15$).</p> <p>La sévérité des brûlures n'était pas corrélée aux symptômes dépressifs du T1 ($r=0,13$)</p> <p>Le BID du T1 joue un rôle significatif avec les SSPT du T1 et du T2 ($r=0,65$ au T1 et $r=0,59$ au T2 ; $p<0,001$) et avec les symptômes dépressifs ($r=0,54$ au T1 et $r=0,57$ au T2 ; $P<0,001$)</p> <p>Le %TBSA n'est pas associé significativement aux symptômes du SSPT ($r=0,12$ au T1 ; $r=0,08$ au T2)</p> <p>BID rôle médiateur significatif dans la relation entre CBSS et symptômes dépressifs du T2 ($ab=0,06$; à intervalle de confiance à 95%) après contrôle des données du T1.</p> <p>BID rôle médiateur significatif dans la relation entre CBSS et symptômes de SSPT du T2 ($ab=0,04$; à intervalle de confiance à 95%) après contrôle des données du T1</p> <p>Conclusions</p> <p>BID joue un rôle important dans le développement et le maintien de mauvais ajustements psychosociaux longtemps après la brûlure</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Échantillon prédominé par jeunes survivants avec brûlures plus graves que la population générale des brûlés ; ne prend pas en compte la période juste après la blessure ; à cause de la longue période de suivi, les effets de la gravité de la brûlure sur les symptômes de SSPT n'étaient pas significatifs</p>

Li, L., Wu, X.-L., & Xu, L. (2018). Factors affecting self-perceived participation and autonomy among patients with burns: A follow-up study. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 44(8), 2064-2073. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.07.008>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude longitudinale QUAN Disciplinaire Chine Niveau de preuve C Niveau 4 Paradigme ///	n = 213 patients brûlés d'un centre de brûlés Attrition = 1 au 3 ^{ème} mois Echantillonnage Méthode de Fang et al. pour évaluer un échantillon cible de 77-113 Non-probabiliste Echantillonnage par convenance Critère(s) d'inclusion Patients sortis de l'hôpital ; brûlures ; TBSA > 10% ; 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré ; >18 ans ; parlant chinois Critère(s) d'exclusion Brûlures auto-infligées	Evaluer l'autonomie et la participation perçue par des patients brûlés à Fujian, en Chine, à 1 mois et 3 mois après leur sortie de l'hôpital Identifier les facteurs clés influençant ces paramètres Question(s) de recherche /// Hypothèse(s) /// Variables VI : variables sociodémographiques et caractéristiques de la brûlure VD : acceptation du handicap, espoir et participation perçue	WHO model of participation Participation perçue Autonomie Barthel Handicap Acceptation du handicap Espoir Brûlure	Questionnaire à 1 mois (T1) et 3 mois (T2) après la sortie de l'hôpital. Si difficulté à les comprendre, questionnaire fait avec l'investigateur. Si manque de réponses à la réception, demande au patient de compléter. <i>Impact of Participation and Autonomy (IPA)</i> ($\alpha=0,81-0,91$) <i>Acceptance of Disability Scale Revised (ADS-R)</i> ($\alpha=0,83$) <i>Herth Hope Index (HHI)</i> ($\alpha=0,85$) <i>Modified Barthel Index (MBI)</i> Echelle visuelle analogique (EVA) <i>Demographic data and Disease Condition Questionnaire (DDCQ)</i> : âge, sexe, profession statut financier, niveau de scolarité, lieu de résidence, étiologie brûlure, compliance aux soins et sévérité brûlures Ethique Consentement éclairé Approuvé par comité d'éthique	Moyenne et écart-type pour IPA, ADS-R et HHI T-test pour comparer IPA, ADS-R et HHI entre T1 et T2. ANOVA pour identifier variables affectant IPA Corrélation de Pearson pour analyser relation entre IPA, ADS-R et HHI. Régression linéaire multivariable pour identifier principaux facteurs affectant l'IPA Niveau de significativité établi à $p<0,05$ Logiciels Epidata 3.0 pour gérer les données SPSS 20.0 pour analyse statistique	Moyenne IPA : T1=2,13 ; T2= 2,03 ($p=0,000$) avec plus haut score pour autonomie à l'extérieur (T1=3,18 et T2=2,97) et score le plus bas pour autonomie à l'intérieur (T1=0,66 et T2=0,5). Le score moyen d'acceptation du handicap était au T1=72,44 et T2=75,83. Score moyen du HHI T1=31,57 et T2=32,77 soit un passage d'un score moyen à élevé Pas de différence significative selon le genre pour l'IPA ($p>0,05$). Score IPA avec différences significatives pour les variables suivantes : profession, situation financière, niveau d'éducation, résistance familiale, étiologie brûlure, compliance à la brûlure, niveau d'AVQ et douleur ($p<0,05$) Corrélation négative significative entre IPA et ADS-R et entre IPA et HHI ($p<0,01$) Restrictions perçues par les patients du T2 semblent affectées par 18 variables mais les principales sont : statut financier, douleur, niveau d'AVQ, acceptation du handicap et espoir => responsables de 77,5% de la variance ($p=0,010 - p =0,000$) Conclusions La participation sociale perçue des patients brûlés est principalement déterminée par le statut financier, la douleur, le niveau d'AVQ, l'acceptation du handicap et l'espoir. Les soignants doivent détecter une faible participation sociale et implémenter des mesures pour éviter les facteurs affectant négativement celle-ci (ex : traitement douleur, exercices de rééducation, groupe de pairs, interventions psychologiques, maintien du contact social et assistance psycho-sociale) Limites de l'étude Unique centre ; biais de complaisance même si anonymat ; limitation dans le temps de 1-2 mois

Annexe III : Glossaires

Glossaire méthodologique

(Coefficient) alpha de Cronbach (α) : Indice de la cohérence interne des énoncés d'une échelle de mesure (Fortin & Gagnon, 2022, p. 460).

Analyse de contenu : Technique d'analyse qualitative utilisée pour le traitement des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les tendances qui s'en dégagent (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459).

Analyse de régression : Procédure statistique qui examine la relation prédictive entre une variable dépendante et une variable indépendante (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459).

Devis quantitatif : Ce devis signifie que des données numériques seront collectées et soumises à l'analyse statistique (Fortin & Gagnon, 2022, p. 36).

Analyse de la variance (ANOVA) : Test statistique paramétrique qui consiste à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation au sein de chaque groupe (intragroupe) avec celle qui existe entre les groupes (intergroupe) (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459).

Attrition : L'attrition correspond à la perte des participants pendant un essai clinique ; elle est également connue sous le nom de taux d'abandon (EUPATI, s. d.).

Autocorrélation : En statistique descriptive, une autocorrélation positive signifie que des données successives prennent des valeurs semblables. Par ailleurs, une autocorrélation négative se marque par des données dont les valeurs successives sont très différentes (Survey Magazine, 2020).

Biais : Toute influence qui intervient dans la relation valide entre des variables et pouvant conduire à une interprétation erronée des résultats d'une étude (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459).

Biais d'attrition : Un biais d'attrition peut survenir quand des individus randomisés sont écartés de l'analyse. Les sujets inclus mais non analysés correspondent soit à des perdus de vue, soit à des données manquantes, ce qui rend dans les 2 cas le critère de jugement manquant (Baumann et al., 2011).

Biais d'acquiescement : Lorsque les participants au sondage se sentent enclins à répondre positivement aux questions pour plaire au chercheur, il en résulte un biais

d'acquiescement. Les réponses des répondants seraient principalement « Oui » ou « Très satisfait », même si ce n'est peut-être pas le véritable reflet de leur opinion (VOXCO, s. d.).

Biais de confirmation : Tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions (Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP), 2014, p. 3).

Biais de désirabilité sociale : Effet induit par un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsqu'on est interrogé, observé, etc...(Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP), 2014, p. 2).

Biais de réponse extrême : Les répondants répondent aux questions du sondage avec des réponses à l'extrémité de la liste des options. Cette réponse peut être l'un ou l'autre des extrêmes – positif ou négatif. Le biais extrême a une plus grande possibilité de se produire sur une question qui offre une échelle telle qu'une échelle de notation de 1 à 5 ou une échelle d'accord-désaccord (VOXCO, s. d.).

Bootstrap : Le bootstrap est une méthode d'estimation de la distribution d'échantillonnage fondée sur le prélèvement de plusieurs échantillons avec remise à partir d'un échantillon unique. On appelle ces échantillons répétés des rééchantillonnages. Chaque rééchantillonnage est de la même taille que le l'échantillon d'origine (Minitab, 2021a).

Cohérence interne : Forme de fidélité qui évalue jusqu'à quel point les énoncés (items) compris dans un test multidimensionnel réussissent à mesurer uniquement les aspects variés d'une même caractéristique et rien d'autre (Fortin & Gagnon, 2022, p. 460).

Codage : Processus par lequel les données originales sont transformées en symboles ou en codes compatibles avec l'analyse assistée par ordinateur ou d'autres types d'analyses (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459).

Corrélation : Etude de la liaison entre 2 variables quantitatives (Ancelle, 2017, p. 328).

(Coefficient de) corrélation de Pearson (r) : Statistique servant à déterminer l'existence d'une relation linéaire entre 2 variables continues (Fortin & Gagnon, 2022, p. 460).

Critères d'inclusion : Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partie de la population accessible, ce qui le rendra admissible à participer à l'étude (Fortin & Gagnon, 2022, p. 251).

Critères d'exclusion : Les critères d'exclusion sont les caractéristiques qui servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de la population cible en raison de leurs différences. Ces caractéristiques sont susceptibles de fausser les résultats et d'interférer avec leur interprétation (Fortin & Gagnon, 2022, p. 252).

(Devis mixte ou) Méthodes mixtes (MM) : Méthodologie qui intègre les méthodes qualitatives (QUAL) et les méthodes quantitatives (QUAN) en recherche et en évaluation, afin de répondre de façon optimal à des questions de recherche (Fortin & Gagnon, 2022, p. 464).

Écart-type (s) : Mesure de dispersion symbolisée par α ou s selon qu'elle a été évaluée à partir de l'ensemble d'une population ou à partir d'un échantillon (Fortin & Gagnon, 2022, p. 461).

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisi pour participer à une étude. Il est représentatif s'il rend compte de la diversité de la population au sein de laquelle il a été tiré et s'il en reproduit les principales caractéristiques (Fortin & Gagnon, 2022, p. 461).

Échantillonnage : Processus par lequel une portion de la population est choisie pour représenter la population entière (Fortin & Gagnon, 2022, p. 461).

Echantillonnage non-probabiliste : Méthode qui consiste à sélectionner des unités dans une population en utilisant une méthode subjective (c'est-à-dire non aléatoire) (Statistique Canada, 2021).

Échantillonnage par convenance ou accidentel : Echantillonnage dans lequel les sujets sont choisis en fonction de leur disponibilité et de leur emplacement (Fortin & Gagnon, 2022, p. 461).

Échelle de Likert : Echelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (Fortin & Gagnon, 2022, p. 462).

Devis descriptif simple (ou étude descriptive) : Devis qui consiste à décrire les caractéristiques d'un échantillon sur la base d'un ensemble de variables qui s'y rattachent (Fortin & Gagnon, 2022, p. 461).

Étude transversale : Type d'étude où des données sont recueillies sur la fréquence d'un événement ou d'une condition de santé dans une population à un moment précis dans le temps (Fortin & Gagnon, 2022, p. 462).

Étude longitudinale : Type d'étude où le chercheur suit des sujets dans le temps et prend des mesures à des intervalles déterminés (Fortin & Gagnon, 2022, p. 462).

Fidélité : Précision et constance des mesures obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (Fortin & Gagnon, 2022, p. 463).

Fréquence : Rapport de l'effectif observé pour une classe d'une variable sur le total des individus étudiés pour cette variable. On l'appelle aussi fréquence relative. La fréquence cumulée est la somme des fréquences relatives de plusieurs valeurs ou classes d'une variable, inférieures ou égales à une valeur seuil (Ancelle, 2017, p. 330).

Homogénéité (d'un échantillon) : Similarité des caractéristiques individuelles des participants à une étude (Fortin & Gagnon, 2022, p. 463).

Inférence : En recherche, conclusion tirée des résultats probants d'une étude en tenant compte des méthodes utilisées pour générer ces résultats (Fortin & Gagnon, 2022, p. 464).

Intervalle de confiance (IC) : Intervalle qui correspond à une gamme de valeurs dans laquelle devrait se trouver le paramètre de la population (Fortin & Gagnon, 2022, p. 464).

Médiane (Md) : Valeur qui se situe au milieu d'une distribution et qui divise une distribution de fréquences d'une variable en deux parties égales contenant chacune 50% des données (Fortin & Gagnon, 2022, p. 464).

Méta-ethnographie : Approche systématique qui synthétise les données de plusieurs études afin d'obtenir de nouvelles informations sur les expériences et les points de vue des patients et des professionnels de la santé (Sattar et al., 2021).

Puissance ($1-\beta$) : Capacité d'un test statistique à détecter une différence significative qui existe réellement ; c'est la probabilité de rejeter correctement l'hypothèse nulle (Fortin & Gagnon, 2022, p. 465).

Q-Q plot : Le Q-Q plot, ou quantile-quantile plot, est un outil graphique qui nous aide à évaluer si un ensemble de données provient de manière plausible d'une distribution théorique telle qu'une distribution normale ou exponentielle (Ford, 2015).

Signification statistique : Terme indiquant que les résultats d'une analyse de données d'un échantillon ne sont pas le fruit du hasard, à un niveau de probabilité précisé (Fortin & Gagnon, 2022, p. 467).

Statistiques descriptives : Statistiques utilisées pour caractériser la forme, la tendance centrale et la variabilité au sein d'un ensemble de données souvent dans le but de décrire les caractéristiques d'un échantillon ou d'une population (Fortin & Gagnon, 2022, p. 467).

Test bilatéral : Test d'hypothèse qui présente deux zones de rejet de l'hypothèse nulle (Fortin & Gagnon, 2022, p. 467).

Test de Duncan : Ce test post-hoc (ou test de comparaisons multiples) peut être utilisé pour déterminer les différences significatives entre les moyennes des groupes dans une analyse de variance (Statistica, 2016a).

Test de Durbin-Watson : Le test de Durbin-Watson permet de vérifier la présence d'une autocorrélation dans les erreurs d'un modèle de régression (Minitab, 2021b).

Test de Levene (homogénéité des variances) : Pour chaque variable dépendante, une analyse de variance est réalisée sur les écarts absolus des valeurs aux moyennes des groupes respectifs. Si le test de Levene est statistiquement significatif, l'hypothèse d'homogénéité des variances doit être rejetée (Statistica, 2016b).

Test de Shapiro-Wilk (W) : Le test de Shapiro-Wilk (W) est utilisé pour tester la normalité. Si la statistique W est significative, il faut alors rejeter l'hypothèse selon laquelle la distribution correspondante est normale. Le test W de Shapiro-Wilk est le test de normalité le plus utilisé parce que c'est un test puissant par rapport à de nombreux tests alternatifs (Statistica, 2016c).

Test du khi-deux (χ^2) : Statistique inférentielle non-paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques (Fortin & Gagnon, 2022, p. 467).

T-test (t de Student) : Test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (μ_a et μ_b) relativement à une variable aléatoire continue (Fortin & Gagnon, 2022, p. 467).

T-test à échantillon indépendant : Le test t pour échantillons indépendants sert à comparer les manières d'évoluer d'une variable continue dans deux groupes indépendants (Fortin & Gagnon, 2022, p. 389).

Validité interne : Degré selon lequel les changements survenus dans la variable dépendante sont le résultat de l'action de la variable indépendante (Fortin & Gagnon, 2022, p. 468).

Validité externe : Degré auquel les résultats d'une étude peuvent être généralisés à des personnes ou à des contextes en dehors de la situation expérimentale (Fortin & Gagnon, 2022, p. 468).

Variable : Expression quantitative d'un concept ou d'un construit (Fortin & Gagnon, 2022, p. 468).

Variance (s^2) : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la moyenne des carrés des écarts (Fortin & Gagnon, 2022, p. 468).

Glossaire général

Croissance post-traumatique : Processus d'attribution de sens par lequel la souffrance devient un moyen de croissance personnelle. Les changements dans la vie cognitive et émotionnelle qui en découlent amèneraient le sujet traumatisé à dépasser son niveau de fonctionnement psychologique avant traumatisation (Tedeschi & Calhoum, 1995, cité par Josse, 2014, p. 119).