



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNÉE : 2025

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : ONCOLOGIE ET HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE

L'optimisation du parcours de soins dans le cancer de la vulve, le point de vue des professionnels de santé.

Présenté et soutenu publiquement le 1^{er} juillet 2025.

A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Mélanie Backer épouse Boistel

JURY :

Président du jury : Professeur PENEL Nicolas

Enseignant infirmier : Mr QUINDROIT Paul

Directeur de mémoire : Docteur KERBAGE Yohan

Tutrice professionnelle : Mme PARENT Anaïs

Le 01/07/25

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugene Avinée

59120 Loos

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mon mari et à mes enfants pour leur soutien indéfectible, leur patience et leur compréhension tout au long de cette aventure. Leur présence à mes côtés a été une source précieuse de motivation et d'équilibre.

Un immense merci à mon directeur de mémoire Yohan, pour son accompagnement, sa rigueur et sa disponibilité, ainsi qu'à Anaïs pour son écoute attentive et ses conseils éclairés.

Je souhaite également remercier chaleureusement l'équipe de mon lieu de stage pour leur accueil, ainsi que toutes les Infirmières en Pratique Avancée de Gustave Roussy pour leur disponibilité et leur engagement et plus particulièrement Delphine, pour son implication, sa générosité, son professionnalisme et son accompagnement.

Je remercie également l'ensemble des enseignants pour la qualité de leur enseignement et leur disponibilité, tout au long de ce parcours.

Un énorme merci aux Z'uzures, pour les joies, les peines, les fous rires, et surtout pour leur soutien plus que parfait. Votre présence a été un véritable pilier tout au long de cette aventure.

Enfin, je remercie chaleureusement mes collègues, (*gynéco un jour, gynéco toujours*) et mes amis pour leurs messages d'encouragement, leur bienveillance, et leur impatience de me retrouver qui est partagée.

Leur soutien m'a porté dans les moments les plus intenses de ce parcours.

« Les erreurs ne se regrettent pas, elles s'assument. La peur ne se fuit pas, elle se surmonte. L'amour ne se crie pas, il se prouve. »

Simone Veil.

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

GLOSSAIRE

IDE : Infirmier(e) Diplômée d'État

IDEC : Infirmier (e) Diplômée d'État et de coordination

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

TSM : Taux Standardisé Monde

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

TEP : Tomographie par Émission de Position

IDEL: Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Liberal(e)

BRCA : Breast Cancer 1 Ce sont des gènes suppresseurs de tumeurs qui agissent comme des gardiens du génome

HPV : Human Papilloma Virus

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PPAC : Plan Personnalisé Après Cancer

TNP : Traitement par Pression Négative

IST : Infection Sexuellement Transmissible

SOMMAIRE

I Introduction

- 1 Avant-propos
- 2 Introduction théorique
- 3 Cancers gynécologiques
- 4 Cancer de la vulve
- 5 Cancer de la femme âgée
- 6 Diagnostic

2 La chirurgie

- 1 La chirurgie vulvaire
- 2 La chirurgie ambulatoire

3 L'onco-gériatrie

- 1 L'impact du cancer de la vulve sur l'autonomie
- 2 Les répercussions psycho sociales
- 3 Éthique et vieillissement

4 Le parcours de soins

- 1 Le parcours de soins
- 2 Le plan personnalisé de soins au CHU de Lille

5 Le rôle IPA

- 1 Les compétences générales
- 2 Problématiques

II Méthodes

- 1 Type d'étude
- 2 Population étudiée
- 3 Recueil des données
- 4 Éthique et recherche

III Analyse et résultats

1 Caractéristiques des patientes

2 Analyse thématique

- 1 les difficultés de prise en soins
- 2 Intimité et pudeur
- 3 Les soins de supports
- 4 les problèmes systémiques
- 5 le rôle IPA

IV Discussion

1 Interprétation des résultats

2 Les limites

3 Les forces de l'étude

4 Les perspectives

V Conclusion

VI Bibliographie

I INTRODUCTION

1 AVANT - PROPOS

Infirmière depuis 15 ans, j'ai travaillé pendant 10 ans en chirurgie gynécologique et depuis 3 ans j'occupe le poste d'Infirmière Diplômée d'État et de Coordination (IDEC) en cancérologie dans le service de chirurgie gynécologie et sénologie au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Dans mon expérience, les patientes dans le service bénéficiant d'une chirurgie vulvaire ne semblaient pas avoir les notions suffisantes sur le déroulement des soins pré, per et post opératoire ainsi que les efforts de cicatrisation dans ce parcours de soins et ce malgré la mise en place de la consultation d'annonce médicale et paramédicale.

La reprise d'annonce est une des conditions transversales de qualité. Elle est rendue obligatoire dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé dans la pratique de la cancérologie(1).

Je me suis donc interrogée sur les améliorations à apporter au parcours de soins de ces patientes, notamment sur les différentes prises en soins en pré, per et post opératoires et particulièrement dans le cadre de l'après cancer.

Je me questionne également de longue date sur le vécu de ce cancer chez des patientes pour la plupart âgées.

Quelles étaient les questions qu'elles se posaient et si elles avaient l'opportunité d'obtenir des réponses nécessaires au fil de leur parcours ?

C'est dans ce cadre que j'ai souhaité identifier les professionnels de santé vers qui ces patientes pouvaient trouver leurs réponses et préciser le rôle d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en chirurgie dans le parcours de ces patientes et dans la prise en soins multidisciplinaire.

Question de recherche : *Quelle est la place de la pratique avancée en chirurgie gynécologique dans le parcours de soins des patientes atteintes de cancer de la vulve selon les professionnels de santé ?*

Objectif : *Définir le rôle de l'IPA dans le parcours de soins dans le cancer de la vulve selon les professionnels de santé.*

Objectif secondaire : *Examiner les problématiques liées à l'intimité dans ce type de cancer, spécifiquement chez la femme âgée, auprès des professionnels de santé ».*

2 INTRODUCTION THEORIQUE

En France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas de cancer a doublé en 30 ans, passant de 216 130 en 1993 à 433 136 en 2023 (2).

Cette augmentation s'explique principalement par le vieillissement de la population et, dans une moindre mesure, par une exposition croissante à certains facteurs de risque.

Chez la femme, le nombre de cas incidents de cancer a progressé de 91 840 cas en 1990 à 187 526 cas en 2023.

Cette augmentation de 104 % du nombre de cas toutes localisations confondues, se décompose en 30% pour l'augmentation et 27% pour le vieillissement de la population (3).

L'évolution des cancers

Chez la femme le taux standardisé monde (TSM) du cancer du col de l'utérus a diminué de 1,4% par an sur la période de 1990-2023 tandis que le TSM du cancer du poumon a augmenté de 5% par an sur cette même période.

Les TSM des cancers du sein sont toujours en augmentation avec en 2023, les niveaux les plus élevés depuis 1990 (3).

CHEZ LA FEMME

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE BAISSE

Localisation	Nombre de nouveaux cas et évolution		Variation annuelle moyenne des TSM
	1990	2023	1990-2023
Col de l'utérus	3 969	3 159 (-20 %)	-1,4 %

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE AUGMENTE OU SE STABILISE

Localisation	Nombre de nouveaux cas et évolution		Variation annuelle moyenne des TSM
	1990	2023	1990-2023
Lèvres, bouche, pharynx	1 587	4 072 (+ 157 %)	+ 1,6 %
Colorectal	13 897	21 370 (+ 54 %)	+ 0,2 %
Pancréas	1 617	7 668 (+ 374 %)	+ 3,3 %
Poumon	2 547	19 339 (+ 659 %)	+ 5,0 %
Mélanome de la peau	2 590	8 813 (+ 240 %)	+ 2,6 %
Sein	29 934	61 214 (+ 104 %)	+ 0,9 %
Foie	567	2 784 (+ 391 %)	+ 3,2 %

* Il s'agit ici de quelques localisations uniquement.

(3)

Évolution du nombre estimé des cas de cancers entre 1990 et 2023

3 LES CANCERS GYNECOLOGIQUES

Les cancers gynécologiques concernent majoritairement des femmes âgées de plus de 50 ans, et plus fréquemment après 60 ans. Les principales localisations sont le cancer de l'endomètre (plus de 8 000 nouveaux cas par an), de l'ovaire (plus de 5 000 nouveaux cas par an) et du col de l'utérus (plus de 3 000 nouveaux cas par an), représentant au total près de 17 000 nouveaux cas annuels en France (4).

En France, on estime que 6 400 nouveaux cas de cancer chaque année sont attribuables à une infection par les papillomavirus humains. Ces virus sont à l'origine de près de 100 % des

cancers du col de l'utérus, mais ils concernent aussi les hommes, plus d'un quart des cancers induits par les HPV les touchent directement.

Près de 80 % des femmes et des hommes seront exposés aux HPV au cours de leur vie. Ces virus regroupent environ 200 types différents, dont 12 sont reconnus comme à haut risque cancérogène.

Dans la majorité des cas, l'infection est asymptomatique et transitoire, disparaissant spontanément en quelques mois. Cependant, dans certains cas, le virus peut persister dans l'organisme et provoquer l'apparition de lésions précancéreuses susceptibles d'évoluer vers un cancer si elles ne sont pas détectées et prises en charge à temps (5).

Les papillomavirus humains se transmettent par contact direct entre les muqueuses ou la peau des zones génitales, généralement au cours de rapports sexuels, qu'il y ait ou non pénétration.

Tout individu, indépendamment de son orientation sexuelle ou de son genre, peut être exposé à une infection à HPV.

Bien que le préservatif constitue le principal moyen de prévention des IST, il n'offre qu'une protection partielle contre les HPV, en raison du mode de transmission par simple contact cutané (5).

Les infections à papillomavirus humains sont impliquées dans le développement de plusieurs types de cancers.

La majorité de ces cancers concernent le col de l'utérus (44 %), le cancer de l'anus (24 %) et de l'oropharynx (22 %) (5).

Comme dans le cas du cancer du col de l'utérus, les papillomavirus humains de types 16 et 18 sont impliqués dans près de 80 % des cas.

Ces sérotypes à haut risque sont notamment associés au développement de tumeurs épidermoïdes du col de l'utérus, de la vulve et du vagin. (6)

Le cancer du vagin représente environ 1 à 2 % des cancers. C'est le type de cancer gynécologique le moins fréquent, moins de 1 000 femmes sont diagnostiquées chaque année (162 nouveaux cas en 2018) et son incidence semble avoir diminué ces dernières années. Ce cancer touche principalement les femmes âgées (6).

Chaque année, environ 1 500 personnes sont diagnostiquées avec un cancer de l'anus lié aux papillomavirus humains, dont environ 1 100 femmes. Ces cancers représentent 90 % des cancers de l'anus. Le taux d'incidence de ce cancer est en hausse, en particulier chez les femmes de 50 à 60 ans, où cette augmentation est particulièrement marquée ces dernières années.

4 LE CANCER DE LA VULVE

Près de la moitié des cancers de la vulve se développent sur un lichen scléreux leucoplasique (LSA), tandis que 30 % sont associés à une maladie de Bowen. Seuls 20 % des cas apparaissent de manière primitive, sans lésion précancéreuse identifiée. L'atteinte multifocale représente une caractéristique fréquente des localisations vulvaires cutanéomuqueuses, qu'elles soient intra-épithéliales ou invasives, et concernerait plus de la moitié des patientes (7).

L'infection à papillomavirus, comme pour le cancer du col, le virus est impliqué dans l'oncogenèse du cancer de la vulve. Dans la majorité des cas il s'agit des HPV 16 et 18 (7).

Environ 90 % des cas correspondent à un carcinome épidermoïde, avec deux physiopathologies différentes :

- La première forme découle d'une néoplasie intra-épithéliale (cancer in situ), généralement provoquée par une infection au papillomavirus humain (HPV).
- La seconde forme concerne le plus souvent des femmes âgées et se développe à partir de lésions épithéliales bénignes, liées à une inflammation chronique ou à un lichen vulvaire.

Le lichen scléreux vulvaire est une maladie chronique qui entraîne des modifications progressives de la peau et des muqueuses de la vulve. Il peut provoquer d'importantes démangeaisons. La peau devient plus fragile, pâle voire nacré, puis s'épaissit et durcit progressivement, adoptant un aspect scléreux.

Ces transformations peuvent provoquer des fissures douloureuses, notamment lors des rapports sexuels. Dans certains cas, l'infection reste silencieuse et n'est découverte que lors d'un examen gynécologique de routine.

Le lichen scléreux touche majoritairement les femmes entre 50 et 60 ans, mais il peut survenir à tout âge, y compris chez les jeunes filles.

5 UN CANCER DE LA FEMME AGÉE

C'est une maladie rare, dans le monde il y avait environ 48 000 cas recensés en 2022 causant 18 500 décès (7).

En France, le cancer de la vulve présente une incidence faible, estimée à un cas pour 100 000 femmes par an, ce qui représentait moins de 1 000 nouveaux cas en 2018. L'âge médian au diagnostic est de 77 ans. Cette incidence demeure globalement stable au cours du temps (8). Les manifestations du cancer de la vulve sont diverses et souvent peu spécifiques, comme c'est fréquemment le cas en cancérologie. Elles peuvent se traduire par des démangeaisons persistantes, l'apparition d'une petite plaie ou ulcération ou encore par des modifications de la peau de la vulve, qui peut devenir blanche, rugueuse ou épaissie. Ces signes persistent malgré une hygiène intime normale.

Lors de l'examen gynécologique qu'il s'agisse d'une forme primitive ou d'un cancer développé à partir d'une pathologie cutanée préexistante, la tumeur ne se présente pas comme une excroissance superficielle, mais comme une masse intégrée à l'épithélium. Elle tend à soulever ce dernier et présente fréquemment un aspect kératinisé (8).

6 LE DIAGNOSTIC

La découverte se fait selon un examen gynécologique complet ainsi que des aires ganglionnaires inguinales.

Des biopsies localisées et des imageries sont réalisées pour le bilan d'extension en cas de lésions T2, T3, T4 (9) et selon le stade FIGO(10).

Nouvelle classification FIGO 2021 des cancers de la vulve

Stade	Description
I	Tumeur localisée à la vulve
IA	Tumeur de taille \leq 2 cm et invasion stromale \leq 1 mm
IB	Tumeur de taille $>$ 2 cm et/ou invasion stromale $>$ 1 mm
II	Envahissement locorégional au tiers inférieur de l'urètre, du vagin et de l'anus, quelle que soit la taille
III	Envahissement locorégional aux parties supérieures du périnée, ou métastase ganglionnaire
IIIA	Extension aux deux tiers supérieurs du vagin, aux deux tiers de l'urètre, de la muqueuse vésicale, rectale, ou métastase ganglionnaire $<$ 5 mm
IIIB	Métastase ganglionnaire régionale $>$ 5 mm
IIIC	Métastase ganglionnaire avec rupture capsulaire
IV	Tumeur fixée à l'os, ou métastases ganglionnaires fixées ou ulcérées, ou métastases à distance
IVA	Tumeur fixée à l'os, ou métastases ganglionnaires fixées ou ulcérées
IVB	Métastases à distance

Fig0 : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique.

(11)

Le traitement, en fonction du stade, est principalement local et chirurgical, visant à obtenir des marges saines (10). D'autres options incluent la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RMCI) (11) et la curiethérapie interstitielle à bas débit pulsé (PDR) (12).

La radio-chimiothérapie exclusive, avec escalade de dose, constitue le traitement de choix pour les patientes présentant un cancer non résecable (13).

Selon le stade tumoral, la chirurgie peut être partielle ou radicale, et peut inclure ou non l'exérèse des lésions précancéreuses multifocales.

En cas de chirurgie étendue, la reconstruction peut faire appel à des techniques de lambeaux cutanés, notamment la transposition ou la rotation d'avancement en VY, une méthode fiable et facile à réaliser pour les pertes de substance périnéales postérieures et latérales.(12)

La réalisation du ganglion sentinelle est recommandée pour les tumeurs mesurant moins de 4 cm.

En cas d'absence de détection du ganglion sentinelle ou en présence d'une atteinte microscopique, un curage ganglionnaire inguinal, superficiel ou profond, est proposé.

2 LA CHIRURGIE

La chirurgie reste l'un des traitements les plus efficace contre le cancer (14). Elle englobe l'ensemble des interventions chirurgicales nécessaires pour les personnes atteintes de cancer. Le traitement chirurgical est le fruit d'une approche multidisciplinaire et la chirurgie oncologique a connu d'importantes évolutions ces dernières années.

1 LA CHIRURGIE VULVAIRE

Le traitement chirurgical du cancer de la vulve peut prendre plusieurs formes, en fonction de l'étendue de la lésion.

La vulvectomy totale radicale consiste à retirer l'ensemble de la vulve, incluant les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, les muscles superficiels ainsi que les tissus cellulograisseux jusqu'aux fascias profonds du plancher pelvien.

La vulvectomy partielle (latérale, antérieure ou postérieure) est indiquée dans les formes localisées, notamment au stade I. Elle permet de ne retirer qu'une portion de la vulve, selon la localisation de la tumeur(13).

En cas d'extension aux organes adjacents, une chirurgie élargie peut s'avérer nécessaire, incluant des interventions complémentaires sur les structures urinaires ou digestives.

Cette intervention chirurgicale comporte un risque élevé de complications post-opératoires, parmi lesquelles figurent principalement les désunions cicatricielles, la cicatrisation retardée et les surinfections. Ces complications sont en partie imputables à la proximité anatomique des voies urinaires et digestives, ainsi qu'à la fragilité des patientes, souvent âgées ou présentant un état de santé précaire.(13)

La chirurgie d'exérèse pouvant être particulièrement mutilante, une reconstruction est souvent proposée afin de restaurer la forme et la fonction de la vulve. Cette reconstruction peut être réalisée à l'aide de lambeaux cutanés, ou par transfert de tissus comprenant peau et muscle, prélevés au niveau de l'abdomen ou de la cuisse. Ces techniques permettent de favoriser la cicatrisation, de réduire les séquelles esthétiques et fonctionnelles et d'améliorer la qualité de vie des patientes (13).

2 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le recours à la chirurgie ambulatoire connaît une croissance constante depuis plusieurs années, représentant 35 % de l'ensemble des hospitalisations pour chirurgie dans le cadre du cancer selon les dernières données de 2022(14)

Le parcours ambulatoire constitue une alternative à l'hospitalisation complète, avec pour objectif de permettre au patient de rentrer à domicile le jour même de l'intervention.

Il nécessite une organisation structurée du parcours du patient.

Dans le cadre du cancer de la vulve, certaines interventions peuvent être réalisées en chirurgie ambulatoire, tandis que d'autres, plus complexes, nécessitent une hospitalisation conventionnelle, en fonction de la nature de la résection (partielle ou totale).

3 L'ONCO- GERIATRIE

Cette approche multidisciplinaire permet une prise en charge optimale et adaptée des patients âgés(15)

Elle répond à la nécessité d'adapter les traitements anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées.

D'ici 2050, la population mondiale des personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler, atteignant 2,1 milliards de personnes (16). Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050, pour atteindre 426 millions.

Dans le cadre du cancer de la vulve, les difficultés rencontrées lors du traitement chirurgical dépendent de l'étendue des lésions. Les complications associées aux interventions d'exérèse locale comprennent la désunion des plaies, les retards de cicatrisation et les infections. Ces troubles peuvent entraîner des dysfonctionnements affectant la sexualité ainsi que la continence urinaire et anale, provoquant douleurs et handicaps fonctionnels (17)

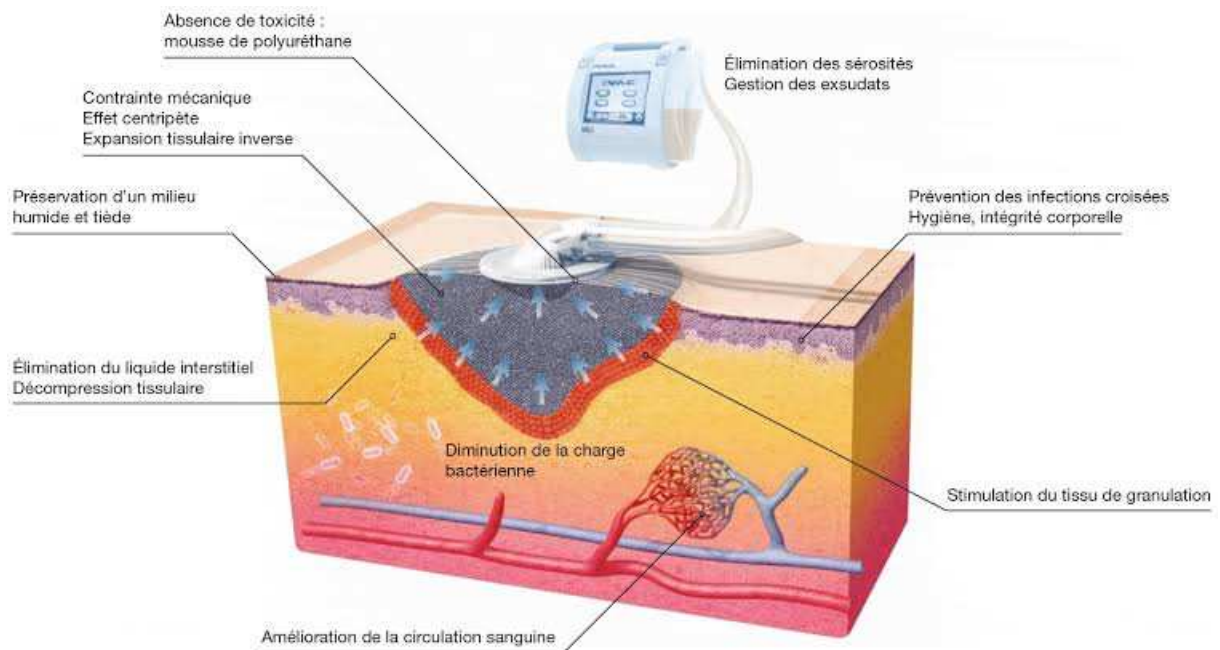
Le curage ganglionnaire inguinal peut également se compliquer de lymphocèles et provoquer un lymphœdème du membre inférieur.

1 L'IMPACT DU CANCER DE LA VULVE SUR L'AUTONOMIE DES PATIENTES

Le cancer de la vulve et ses traitements, notamment la chirurgie, ont un fort impact sur l'autonomie fonctionnelle des patientes. Que la chirurgie soit partielle ou totale, elle entraîne des conséquences profondes tant sur le plan physique qu'émotionnel(18).

La chirurgie invasive dans le cadre d'un cancer de la vulve entraîne des modifications corporelles importantes. La perte de certaines parties du corps affecte non seulement l'apparence physique, mais également des fonctions corporelles essentielles, comme l'hygiène intime. La gestion des soins post-opératoires, notamment en termes de cicatrisation et d'entretien de la zone opérée, devient un défi majeur pour de nombreuses patientes.

La cicatrisation est souvent longue et peut parfois se compliquer. Dans certaines situations, la cicatrisation peut être facilitée par un dispositif spécifique, le traitement par pression négative (TPN) (19). Réalisé à l'aide de pansements spécialisés tels que le V.A.C.®, ce traitement non invasif applique une pression négative, soit en continu (24h/24), soit de façon intermittente, directement sur la plaie. Cette pression favorise le nettoyage naturel de la plaie (détersion) et stimule la formation de tissu de granulation, contribuant ainsi à une cicatrisation plus rapide et plus efficace.



(20)

Lorsque la cicatrisation est lente ou compliquée, l'oxygénothérapie hyperbare peut également être indiquée. Ce traitement consiste à administrer de l'oxygène pur par voie respiratoire, sous une pression supérieure à celle de l'atmosphère, à l'intérieur d'un caisson hyperbare.

Les séances, d'une durée d'environ deux heures, peuvent avoir lieu une à deux fois par jour. Elles sont proposées en ambulatoire ou pendant une hospitalisation. Ce procédé permet une meilleure oxygénation des tissus, ce qui stimule le processus de cicatrisation et réduit les risques de complications (21).

2 LES REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES

Les modifications corporelles engendrées par une chirurgie vulvaire peuvent profondément altérer l'estime de soi et l'image corporelle des patientes. Elles peuvent ressentir un sentiment de vulnérabilité et de dévalorisation, parfois à l'origine d'un isolement social. Ce vécu est particulièrement difficile pour les patientes âgées, qui disposent parfois de ressources émotionnelles et psychologiques limitées pour y faire face(18).

« La vulnérabilité concerne chacun d'entre nous. Il n'y a donc pas de personnes qui seraient fragiles ou vulnérables et d'autres qui ne le seraient pas. Nous ne disposons pas des mêmes possibilités, de mêmes moyens ni de la même force pour y faire face. »(22)

L'impact n'est pas seulement individuel, mais il touche également la relation de couple et les interactions sociales. Le cancer de la vulve peut modifier l'intimité au sein du couple, particulièrement si la patiente a du mal à reconnecter avec sa sexualité après la chirurgie. Les femmes peuvent également éprouver des difficultés à partager leurs émotions avec leur entourage, souvent en raison de la stigmatisation liée à la localisation de la maladie et à la sensibilité des zones concernées (23).

Le cancer de la vulve, avec ses traitements lourds et invasifs, entraîne une perte d'autonomie fonctionnelle et émotionnelle significative, qui va au-delà de l'aspect physique de la maladie. Les impacts sont multiples, affectant l'hygiène, les soins post-opératoires, la sexualité, l'estime de soi et la dynamique des relations sociales et familiales.

« Au fond, plus la personne que nous côtoyons, dans un contexte professionnel où, on est affaiblie et manque dès lors de force pour faire face à sa fragilité et à sa vulnérabilité, plus notre vigilance éthique est requise pour qu'elle puisse se sentir malgré son état, exister en tant que sujet dans la relation et quelle puisse percevoir le souci permanent que nous avons de sa dignité. » (22)

3 LA TEMPORALITE

« C'est l'idée que la personne va se faire de l'écoulement du temps, ou plutôt des temps, objectifs et subjectifs.

Ce rapport est différent en fonction de l'âge, de la structuration psychique de la personne. » (22)

La prise en compte du rapport au temps dans la compréhension et la capacité à s'ajuster de la personne accompagnée devrait être considérée comme un outil essentiel à l'élaboration de tout projet la concernant, qu'il s'agisse d'un projet de vie, d'un projet thérapeutique ou d'un accompagnement en fin de vie.

Nos recherches sur les IPA implantées en service de chirurgie ont été peu fructueuses.

La plupart de mes collègues se sont tournés vers le suivi médical des patients une fois diplômés. Nous avons alors effectué des recherches au-delà des frontières françaises et dans les pays Anglo-saxons où la pratique avancée est plus ancienne et développée depuis plusieurs années. On peut constater que la pratique avancée a permis de prendre en soins des patients et spécifiquement en cancérologie(24).

La spécialité de la chirurgie oncologique et gynécologique est une approche particulière et la vulnérabilité des patientes doit être prise en compte, le fait d'être spécialisé est un atout majeur dans la prise en soins et permet un accompagnement personnalisé et une qualité de prise en soins(24).

La spécialité de la cancérologie est complexe, les intervenants sont parfois nombreux notamment dans le parcours du cancer et spécifiquement le cancer de la vulve, qui comme décrit au-dessus est un cancer de la femme âgée(25).

4 LE PARCOURS DE SOINS



(26)

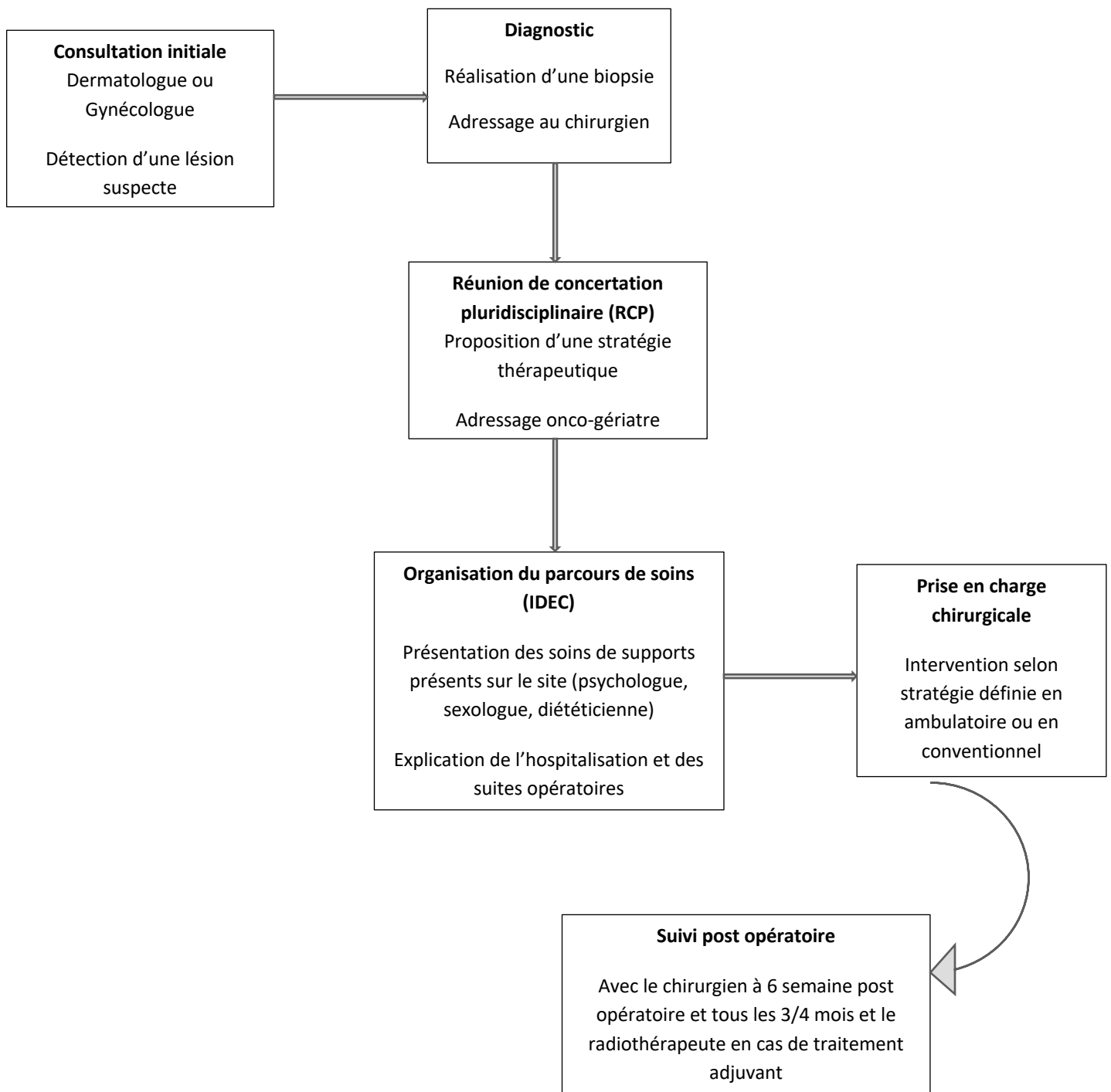
Le parcours de soins en cancérologie est défini par l'INCA (Institut National du Cancer). Il y a différents intervenants comme l'oncologue, le chirurgien, le radiothérapeute, le radiologue, l'infirmier, l'aide-soignant, le psychologue ou onco-psychologue, l'onco-gériatre, le sexologue, le diététicien, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmier libéral, et parfois les IPA(27). Tous ces intervenants gravitent autour de la patiente, parfois sur différents sites, selon les autorisations des établissements pour le traitement du cancer délivrées par les ARS (Agences

Régionales de Santé), ce qui parfois complexifie le parcours, le recours aux informations et le suivi des patientes (28).

1 LE PARCOURS DE SOINS EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

Le schéma ci-dessous représente le parcours de soins actuel en chirurgie gynécologique

Parcours personnalisé de soins au CHU de Lille actuellement :



5 LE ROLE IPA

1 COMPETENCES GENERALES

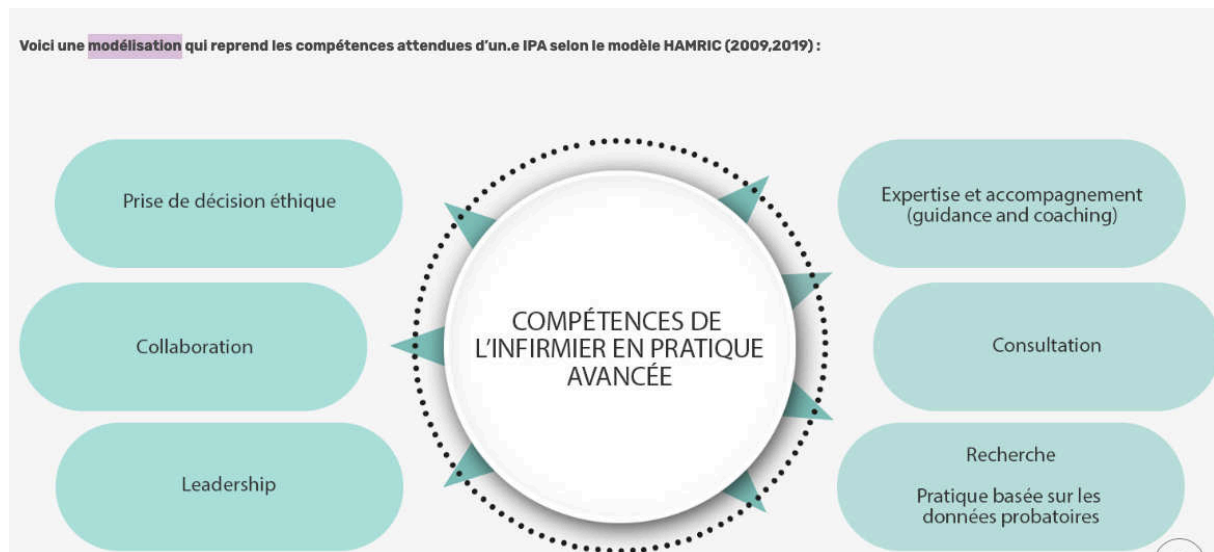
L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à l'Infirmière Diplômée d'État (IDE). Elle participe à la prise en soins globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. L'IPA apporte son expertise et collabore avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, en contribuant à l'organisation du parcours de soins, qui comprend les soins de premier recours, les médecins spécialistes et les établissements médico-sociaux. Son domaine d'intervention est défini par la spécialité choisie lors de son diplôme. Elle est compétente pour réaliser des entretiens, effectuer une anamnèse et un examen clinique. L'IPA peut également mener toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage jugée nécessaire (29).

L'IPA est autorisée à réaliser tout acte d'évaluation clinique et de conclusion, ainsi que les actes de surveillance clinique et para-clinique. Il adapte le suivi du patient en fonction des résultats des examens techniques, des investigations complémentaires, de l'environnement global, ainsi que de l'évaluation de l'adhésion et des capacités du patient à son traitement. Elle peut également effectuer des actes techniques et prescrire les examens de suivi et de prévention inscrits sur les listes officielles établies par arrêté ministériel(29).

L'IPA peut prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale figurant sur la liste établie par l'ANSM (article R.5121-202), des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre, des examens biologiques, L'IPA peut renouveler en les adaptant si besoin des prescriptions médicales selon la liste établie par arrêté du ministre. (30)

La mention onco-hémato permet le repérage et l'évaluation des fragilités du patient dans ses différentes composantes (psychologies, sociales, médicales, ...) tout au long du parcours, l'IPA identifie les difficultés de communication, les effets secondaires des traitements ainsi que les situations nécessitant des soins de support, en tenant compte de l'environnement global du patient. Il assure le renouvellement des prescriptions et l'adaptation des posologies des traitements de support, après évaluation de leur efficacité et des risques de toxicité, notamment concernant les effets indésirables et les complications systémiques liées aux cancers et à la radiothérapie. Il peut également prescrire des dispositifs médicaux, tels que des prothèses capillaires et mammaires. (31)

Selon le modèle HARMRIC (2009-2019), les compétences attendues d'un IPA, se déclinent selon le schéma suivant. Les décrets et compétences sont en pleines évolutions.



(32)

Le décret n° 2025-55 publié au *Journal officiel* du 21 janvier 2025 autorise désormais l'accès direct aux IPA pour le suivi médical, sans avoir besoin d'une consultation préalable avec un médecin.

Les IPA participent à la prise en charge globale des patients, en soutien aux médecins. Ils peuvent :

- Réaliser des actes techniques et assurer le suivi clinique et paraclinique,
- Prescrire des examens complémentaires, adapter ou renouveler des traitements,
- Mener des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage.

Ce que ça signifie :

- Les IPA sont désormais autorisés à faire des primo-prescriptions :
 - De médicaments nécessitant une ordonnance,
 - De dispositifs médicaux.

L'Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier.

La liste de produits et prestations que l'infirmier en pratique avancée est autorisé à prescrire dans le cadre du domaine d'intervention « Oncologie et hémato-oncologie » prévu au 1 de l'article R. 4301-2 du code de la santé publique. (33)

2 PROBLEMATIQUES

Nous vivons actuellement une période de transformation dans le domaine médical, notamment en ce qui concerne la prise en soins des patients et plus particulièrement des personnes âgées. Le virage ambulatoire est un élément clé à considérer, tout comme l'évolution constante des moyens médicaux et des techniques chirurgicales.

Le parcours de soins du cancer de la vulve, rarement médiatisé et touchant principalement des femmes âgées, demeure un sujet peu abordé hors du milieu médical, en raison de sa localisation intime. Au cours de mes stages, j'ai observé que l'annonce du diagnostic, ainsi que sa reprise, mobilisent beaucoup de temps. Toutefois, des aspects cruciaux tels que la vulnérabilité des patientes, les suites opératoires, le suivi post-chirurgical, l'intimité et l'après-cancer sont souvent évoqués de façon informelle, sans réel accompagnement émotionnel structuré.

De plus, il est important de prendre en compte la spécificité de la santé des femmes âgées et la temporalité propre aux personnes âgées.

Dans ce contexte, la question se pose : une IPA pourrait-elle améliorer le parcours de soins en exerçant son leadership clinique et ses compétences, notamment en ce qui concerne la gestion de la vulnérabilité, l'accompagnement après un cancer et le lien entre la ville et l'hôpital ?

II METHODE

1 TYPE D'ETUDE

Étude qualitative prospective monocentrique phénoménologique, de recueil d'informations auprès des professionnels de santé présent dans le parcours du cancer de la vulve en chirurgie gynécologique.

***Question de recherche :** Quelle est la place de la pratique avancée infirmière en chirurgie gynécologique dans le parcours de soins des patientes atteintes de cancer de la vulve selon les professionnels de santé ?*

***Objectif :** Définir le rôle de l'IPA dans le parcours de soins dans le cancer de la vulve selon les professionnels de santé.*

***Objectif secondaire :** Examiner les problématiques liées à l'intimité dans ce type de cancer et spécifiquement chez la femme âgée, auprès des professionnels de santé.*

2 CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE

-critères d'inclusions : personnels de santé femmes et hommes travaillant en chirurgie-gynécologique (chirurgiens, radiothérapeutes, IDE, psychologue, onco-gérialtre, gynécologue-sexologue depuis au moins 3 ans.

-critères d'exclusions : avoir moins 3 ans d'expériences dans le service ou en pratique.

Les entretiens ont été menés en présentiel ou en distanciel, en fonction des disponibilités des participants. Le recrutement s'est appuyé sur le réseau professionnel. Conformément aux principes éthiques de la recherche, chaque professionnel de santé a été informé de sa liberté de se retirer de l'étude à tout moment.

3 RECUEIL DES DONNEES

Un guide d'entretien a été réalisé (annexe 1) et validé par le directeur de mémoire.

Il a été testé auparavant et il a été modifié pour correspondre aux personnes interrogées selon leurs professions.

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés. Le consentement des professionnels de santé a été demandé oralement ainsi que son enregistrement et son exploitation.

L'identité des professionnels interrogés a été anonymisée ainsi que leur lieu d'exercice.

Les entretiens ont été codés selon le statut professionnel. Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes.

Une partie de l'analyse a fait l'objet d'une triangulation, par la mise en perspective des résultats avec ceux d'un autre chercheur.

Chaque entretien est enregistré oralement via l'application dictaphone de mon téléphone personnel pour aider à la retranscription des verbatims. Ils ont été retranscrits via l'application Turboscrib puis corrigés et mis en forme par mes soins.

Les données sont sécurisées et confidentialisées. Nombre atteint en cas de saturation des données.

Une grille COREQ a été réalisée (annexe 2).

Analyse des données

Dans le cadre de l'analyse des données issues des entretiens, j'ai choisi d'appliquer la méthode phénoménologique de Giorgi (1970), particulièrement pertinente pour explorer le sens des expériences vécues par les professionnels de santé.

Cette approche vise à faire émerger les éléments essentiels d'un phénomène à partir des discours recueillis.(34)

Elle repose sur cinq étapes successives :

1. Lecture globale de l'ensemble des retranscriptions pour appréhender l'essence du phénomène étudié.
2. Identification des unités de sens, à partir des propos des participants.
3. Analyse approfondie de ces unités, en tenant compte de leur portée psychologique et professionnelle.
4. Transformation des unités de sens en énoncés structurés, en lien avec les vécus exprimés.
5. Construction d'une structure d'expérience, reflétant la signification profonde du phénomène à un niveau général ou particulier.

Seuls les thèmes jugés fondamentaux sont conservés. Ils permettent de dégager des structures durables qui traduisent l'essence même du phénomène étudié.

4 ÉTHIQUE DE RECHERCHE

Chaque professionnel de santé a reçu une lettre d'information (annexe 3) relative à notre travail de recherche.

Notre étude ne concerne pas de données personnelles humaines, elle n'est pas soumise à la loi JARDÉ. Une demande a été soumise au DPO (Data Protection Officer) de Lille, qui a validé la démarche.

La déclaration a été enregistrée sous le numéro 2024-248. (Annexe 4)

III RESULTATS ET ANALYSE

1 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

L'échantillon est composé de 8 professionnels dont les caractéristiques sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Participants	Profession	Visio/Présentiel	Durée d'entretien	Lieu d'exercice	Genre
P1	Gynécologue/ sexologue	Visio	22,33 minutes	Hospitalier	Féminin
P2	Psychologue	Présentiel	12,36 minutes	Hospitalier	Féminin
P3	IDE 1	Présentiel	8,55 minutes	Hospitalier	Féminin
P4	Radiothérapeute	Visio	29,22 minutes	Libéral	Masculin
P5	Onco- gériatre	Visio	14, 15 minutes	Hospitalier	Féminin
P6	Chirurgien 2	Présentiel	7,32 minutes	Hospitalier	Masculin
P7	Chirurgien 1	Visio	22,44minutes	Hospitalier	Masculin
P8	IDE 2	Visio	10,43 minutes	Hospitalier	Féminin
		Moyenne	15,85 minutes		

Les entretiens ont été menés selon l'ordre présenté dans le tableau récapitulant les caractéristiques des professionnels interrogés. La durée moyenne des échanges était d'environ 15 minutes.

Au total, huit entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2025. En raison de contraintes géographiques liées au stage, quatre d'entre eux ont été conduits en visioconférence.

La retranscription des entretiens étant trop lourde pour apparaître en annexe de ce mémoire, elle est disponible via un lien (annexe 5).

L'analyse des entretiens et les catégorisations sont présentes dans les parties suivantes.

2- ANALYSE THEMATIQUE

Présentation et analyse des entretiens définit en 5 grands thèmes et 15 sous thèmes :

1 les difficultés de prise en soins

La cicatrisation

Pathologie de la femme âgée

Retard dans la prise en charge

Prise en soins globale

2 Intimité, pudeur et sexualité

Sujet tabou

Problème générationnel

3 Les soins de supports

L'adressage

La disponibilité

L'accessibilité

4 Les problèmes systémiques

Le manque de temps médical

Le manque de temps paramédical

Le manque de formation

5 Le rôle IPA

La formation continue

La disponibilité sur le parcours

Le leadership

THEME 1 : LES DIFFICULTES DE LA PRISE EN SOINS

La cicatrisation

Les difficultés liées à la prise en charge varient selon les pratiques propres à chaque service, reposant souvent sur une formation informelle acquise sur le terrain.

« Mais je vais rester très évasive par mon manque de connaissances, parce que j'ai pas non plus de connaissances sur tout le domaine, et j'ai pas envie de dire de bêtises. Après, ce n'est pas mon ressort, je trouve. » (P3, ligne 80-84).

Pour d'autres les habitudes de prendre en soins, les plaies complexes en consultation pansement en post opératoire n'est pas en soit la difficulté mais elle se joue dans la désunion de la cicatrice et l'appréhension des patientes vis à vis de cette désunion.

« Mais effectivement, en post-opératoire, quand on les revoit en consultation de pansement, il y a quand même pas mal de désunions au début des vulvectomies. Et les patientes sont quand même toujours un petit peu affolées à ce moment-là. » (P8, ligne 72-75)

Pathologie de la femme âgée

Pour la prise en soins onco-gériatrique les difficultés se trouvent en amont de la prise en soins ou dans le post opératoire et sur le retard diagnostique chez les personnes âgées. *« C'est un cancer qui fait très mal, et chez les personnes âgées, il y a une lenteur à la consultation. D'autant plus pour un problème gynécologique, j'ai l'impression qu'elles tardent d'autant plus à consulter, qu'il y a une certaine réticence. »*

« Et les personnes âgées s'altèrent sur la douleur. Donc elles arrivent dans un état général rarement correct. » (P5, ligne 60-66)

La pathologie vulvaire est une pathologie de la femme âgée, l'abord n'est pas identique à une femme plus jeune et le sujet de la surveillance de la cicatrisation après la chirurgie est considérée différemment. *« Après la chirurgie, ça peut être...Une cicatrisation qui évolue vers des synéchies où la patiente est parfois inconfortable au niveau de l'examen. Pour la surveillance, c'est parfois difficile. Et puis, il ne faut pas oublier qu'une grosse partie est liée à l'HPV, qui est aussi la surveillance du canal anal qui est à faire aussi. » (P7, ligne 83-85)*

Le retard de prise en charge

D'autres difficultés dans la prise en soins sont les suites de cicatrisation pour la poursuite des traitements adjuvants, qui est parfois retardée car la cicatrisation est incomplète ou

inachevée. Les traitements adjuvants doivent commencer dans les 6 semaines (35) après la chirurgie, pour ce qui concerne la radiothérapie, ce délai est parfois retardé par la cicatrisation lente « *Et en fait, c'est pas si évident, et non pas pour un défaut d'accessibilité aux soins, je les vois en temps et en heure, je pourrais largement les débiter en temps et en heure, que ce soit en radiothérapie et ou chez nous, et ou tout ensemble, mais en fait, on a des problèmes de cicatrisation, dans ce cas-là c'est pas moi qui m'en occupe* »(P4, ligne 78-83).

Le lien ville hôpital :

La difficulté de renvoyer au chirurgien et/ou aux IDEL qui sont dans le post opératoires en fonction des possibilités de chacun et dans le temps imparti pour la prise en soins optimale. « *Mais il y a certains chirurgiens que je connais un petit peu moins, qui voient les patientes, qui les adressent à leur infirmière de ville, mais par contre, s'il y a un trouble de cicatrisation qui m'empêche une mise en route, même si le chirurgien a dit que non, c'est tout, je le renvoie systématiquement.* » (P4, ligne 91-94).

C'est une complexité, Je ne peux pas irradier... Quand il y a des mèches, c'est impossible ou une effraction cutanée (P4, ligne 100 -101).

Les difficultés liées à la prise en charge s'expliquent également par la rareté de ce cancer, ce qui peut entraîner un manque de connaissances sur la pathologie ainsi que des risques de complications et de cicatrisation en dehors du milieu hospitalier.

« *Le cancer de vulve, c'est un cancer rare. Il y a très probablement un défaut de formation et finalement d'exposition à la pathologie* » (P7, ligne 54-55).

« *C'est vrai que déléguer les surveillances au domicile ou les soins par des équipes infirmières qui ne sont pas habituées à la pathologie, ce n'est probablement pas une bonne chose pour les patientes et pour nous.* » (P7, ligne 56-57).

Prise en soins globale :

La prise en soins n'est pas que dans les difficultés de cicatrisation, l'environnement des patientes est à prendre en compte également.

Mais ils nécessitent une adaptation au fur et à mesure dans l'avancement de la cicatrisation.

« *Ce sont des soins de cicatrisation qui sont compliqués et qui nécessitent une certaine expertise dans les soins et dans la façon de les faire. Je pense que c'est nécessaire de faire nous-mêmes l'examen quotidiennement pour vérifier l'avancement au minimum toutes les 48 heures mais au mieux quotidiennement.* » (P6, ligne 46-49).

Mais aussi dans la prise en soins globale. » *C'est parfois des patientes et récemment on en a eu une avec une, des prises en charge sociale compliquées et qui nécessite un "à côté" important et donc il faut les prendre en soin globalement, il n'y a pas que la cicatrisation même si c'est une part difficile.* » (P6, ligne 50-52)

THEME 2 : INTIMITE, PUDEUR ET SEXUALITE OU SANTE SEXUELLE

La retenue des soignants sur la sphère personnelle des patientes :

Dans le cadre d'un cancer gynécologique l'intimité peut se poser comme sujet inévitable et pourtant la pudeur de certains soignants ou le manque de formation ou la peur de mal faire, se retrouve chez tous les professionnels.

A la question de l'existence de la vie intime pendant l'hospitalisation la réponse est : « *moi non* ». (P3, Ligne 131), « *Mais moi, ça va me gêner de poser la question si on ne me demande pas* ». (P3, Ligne 138-139)

Pour un autre professionnel, l'initiative de poser la question ne se fait pas spontanément : « *Alors, pas forcément, nous qui allons directement poser la question, mais c'est la patiente qui pose la question par rapport à sa vie intime. Nous, on est dans...C'est vrai que notre rôle, c'est vraiment la cicatrisation et on est autour de ça. Mais comme on discute avec les patientes, ça peut survenir à ce moment-là.* » (P8, Ligne 145-150)

Sujet tabou et problème générationnel :

C'est une pathologie de la femme âgée, et un sujet tabou de la part des soignants qui adapte cette question selon l'âge des patientes et en fonction de leur aisance à évoquer ces questions.

« *C'est une population plus âgée, donc, c'est une population qui n'a pas forcément la culture d'aller voir le psychologue. Cela dit, quand moi, je vais les voir, la question de l'intimité, elle ne se pose pas tellement pour moi, parce que moi, je vais poser les questions.* » (P2, ligne 91-94)

Mais c'est vrai que sur ces dames plus âgées, par exemple, la question de la sexualité ou des choses comme ça, elles vont plus vite la mettre de côté en disant, ce n'est pas de mon âge, ce n'est plus de mon âge ou je suis veuve. (P2, ligne 98-100)

Pour les radiothérapeutes et les chirurgiens la question de l'intimité est initiée lors de l'annonce ou du traitement adjuvant, ce qui guidera le post opératoire. « *Ouais, systématiquement. Au début, avant le traitement par radiothérapie-chimiothérapie, je leur demande s'ils ont une sexualité et comment elle est, s'il y a des pénétrations ou pas.* » (P4, ligne 193-194)

Pour l'onco-gériatre « *Et en fait, j'ai l'impression que des personnes, si on n'est pas derrière eux vraiment à bien faire attention au parcours de soins, s'il y a des symptômes, ils ne vont pas le dire. Ils ne vont pas trop se manifester. Et si on a des douleurs ou autre, si on ne pose pas les questions, on a du mal à avoir une information spontanément.* » (P5, ligne 148-151)

Pour les chirurgiens l'abord de cette question est évoqué au début de la prise en soins mais pas réitérer lors de la surveillance.

« *J'ai l'habitude de poser des questions de manière systématique, c'est quelque chose qu'on aborde en consultation la première fois, mais qu'on ne remet pas sur la table derrière, même si ça fait partie de mon interrogatoire systématique.* » (P7, ligne 70-71)

« *Alors, de manière habituelle, les patientes qui me disent ne pas avoir d'activité sexuelle, je repose la question dans la surveillance de manière rapide, mais souvent ça déclenche un petit rire gêné. "Vous savez, à mon âge, Docteur !", on en reste là. En disant que, voilà, si à l'avenir, il y avait un questionnement par rapport à ça, on a des choses à leur proposer.* » (P7, ligne 184-188)

« *Je pense que je ne le fais pas systématiquement et que ça vient plus en fonction du contexte de l'âge de la patiente, dans le cadre de la pathologie vulvaire si c'est plutôt des personnes âgées, je trouve que c'est moins problématique.* » (P6, ligne 59-60)

« *Mais je pense qu'en amont, il y a quand même les difficultés de... des patientes qui n'osent pas aborder le sujet, de thérapeutes qui n'osent pas aborder le sujet.* » (P1, ligne 137-138)

THEME 3 : LES SOINS DE SUPPORTS

Les soins de supports sont pour la prise en charge du cancer un ensemble de soins nécessaires aux personnes malades du cancer pour améliorer la qualité de vie.

L'adressage

Pour les difficultés du point de vue de la psychologue, le biais va se faire au niveau de la consultation d'annonce via le chirurgien ou l'IDEC en pré opératoire plutôt. *« Soit elles ne sont pas envoyées, soit les patientes ne font pas la démarche de venir »* (P2, ligne 88-89)

Ensuite par les IDE du service si le besoin est pressenti. *« Et ensuite c'est en fonction des infirmières, de qui prennent en charge les patients directement dans le service, qui vont me signifier qu'on l'a trouvé en difficulté et qu'on lui a proposé de me voir »* (P2, ligne 54-56).

« Et du coup, je pense qu'avoir des correspondants pour orienter, c'est essentiel » (P1, ligne 246).

La disponibilité

L'initiation des soins de support varie selon les intervenants, et ces soins sont rarement reproposés au fil du parcours.

« On a un service d'hospitalisation chez nous, dans notre centre, avec des médecins dédiés en soins oncologiques de support, qui s'en occupent. » (P4, ligne 56-58)

« Normalement on devrait initier, mais ce n'est pas fait, vraiment par nous, par manque de temps, par manque de moyens, surtout un manque de temps. » (P3, ligne 109-114).

« Il y a quand même des structures dans la région qui sont bien organisées sur les soins de support et je pense à.... Ils sont toujours déclenchés par nous. C'est toujours des propositions qu'on fait à la patiente. Souvent, pour les soins de support, ce qu'on remarque, c'est que tout se mélange un peu au début. Il y a eu la chirurgie, plus ou moins les traitements derrière.

Aborder les soins de support à ce moment-là, c'est important parce que ça permet que ça rentre une première fois en tête.

Mais souvent, si ce n'est pas la demande des patientes, c'est quelque chose qui est cheminant un petit peu et ça arrive plutôt entre la fin de la prise en charge et le premier rendez-vous de surveillance. » (P7, ligne 125-137)

L'accessibilité

L'accès aux soins de support varie selon les établissements, dans certains cas, ils sont disponibles sur le même site que les soins principaux, tandis que dans d'autres ils se situent à l'extérieur parfois à distance, ce qui en complique l'accès.

« Ensuite, franchement je ne pense pas que les médecins le fassent non plus, s'il y a des réseaux, etc., je ne pense pas que ce soit fait par les médecins. Et moi, si je suis en difficulté, je vais voir

l'infirmière coordinatrice, parce que, c'est vrai, ce n'est pas nous qui le faisons, et il faut vraiment du temps, je trouve, pour le faire. » (P3, ligne 114)

« Alors, nous, en consultation de pansement, c'est compliqué parce qu'ils ne sont pas forcément disponibles au moment où la patiente, elle, est présente.

Alors, nous, on donne toujours des petits conseils, mais c'est vrai qu'on ne les utilise pas de nous-mêmes. » (P8, ligne 120-122)

« C'est plutôt nous qui l'initions et puis en fonction des demandes qu'on a, on arrive à avoir quelques référents. Idéalement il faudrait qu'on arrive à les faire intervenir tôt en pré-op pour, ce qui n'est pas toujours possible en termes de délai et donc parfois plutôt en post-op pendant le séjour. » (P6, ligne 80-89).

THEME 4 : LES PROBLEMES SYSTEMIQUES

Le manque de temps médical

Les consultations de chirurgiens-oncologues durent en moyenne 30 minutes, le temps médical est optimisé pour répondre aux besoins des patients, mais parfois il semble trop court pour aborder certains sujets.

« Et qu'en fait, on n'a pas le temps. Parce que comme vous avez dit, pas de temps pour aborder le sujet en consultation, mais pas de temps aussi pour peut-être faire des suivis. » (P1, ligne 241-244)

« Oui, clairement, c'est le manque de temps médical qui ferait qu'on n'aborde pas ces questions-là en consultation. » (P6, ligne 119)

« J'ai l'impression que s'il y a une mauvaise coordination, ce ne sont pas des personnes qui, spontanément, vont revenir. C'est une génération qui ne veut souvent pas déranger et qui ne va pas se dire « en fait, on m'avait dit que j'aurais un rendez-vous et je n'ai pas de rendez-vous. Ils ne vont pas se manifester. Donc, ils peuvent être oubliés facilement, bah un peu plus facilement que d'autres. » (P5, ligne 140-146)

« C'est le contexte social global dont la surveillance derrière et puis la prise en charge de la cicatrisation et de la plaie post-op va pouvoir être compliquée s'il n'y a pas d'accès à une infirmière s'il n'y a pas d'aidant. » (P6, ligne 120)

Manque de temps paramédical

Dans les services hospitaliers, une surcharge de travail empêche parfois les paramédicaux de réaliser autre chose que les soins techniques urgents, au détriment du confort et de l'individualisation de la prise en charge.

« Oui, je pense que oui, c'est problématique, quand même, le manque de temps, c'est toujours... C'est toujours ça qui... C'est toujours ça qui nous embête, en fait. » (P8, ligne 190-192)

« Euh... Ben, elles sont de plus en plus rapides (les sorties d'hospitalisation), hein. Elle est restée qu'une journée d'hospita quand même. »

« Donc, à mon avis, elle va revenir, mais... Je sais pas. » (P3, ligne 173-175)

L'interdisciplinarité

C'est une démarche dans laquelle chaque professionnel apporte son regard, ses compétences et son expérience, pour construire ensemble une prise en charge cohérente, harmonieuse et centrée sur les besoins réels de la patiente.

« C'est-à-dire que du coup, si on dépiste une difficulté sexuelle, qu'est-ce qu'on en fait si on n'y est pas formé. » (P1, ligne 241-242)

« Je pense qu'il y a plusieurs choses. En effet, ici, comme on est un centre référence, on a des patientes qui viennent de loin. Donc, je pense qu'il y a des patientes qui ne font pas ou pour qui, c'est compliqué de faire la démarche de revenir, puisque ce n'est pas toujours évident. » (P2, ligne 146-149).

« Alors, est-ce qu'il faut qu'on informe mieux ? Mais effectivement, je pense qu'il y a des freins, mais je pense qu'ils sont surtout liés à un caractère générationnel. » (P2, ligne 150-151)

« On a évoqué la sexo, mais il y a plein d'autres choses. Il y a la prise en charge de la douleur, des patientes qui vont avoir des douleurs chroniques à ce niveau-là. Et l'envoyer chez la sexo alors qu'il y a des douleurs de base, ce n'est pas logique. » (P7, ligne 228-230)

« Je pense que vraiment, comme on l'a dit tout à l'heure, c'est un cancer qui revêt plein d'aspects. Et donc, par définition, il faut que ce soit des patientes qui soient prises en charge par différentes spécialités. C'est vraiment quelque chose de multidisciplinaire. » (P7, ligne 224-226)

Réorientation

La réorientation des patientes en dehors du milieu hospitalier peut être difficile, en raison notamment de la méconnaissance du réseau de soins et des difficultés d'accès aux consultations rapides.

« Si la dame s'effondre, qu'elle pleure, que ça ne va pas, on va l'adresser à des psychologues. Et malheureusement, à l'hôpital, ils sont surchargés, nos psychologues. » (P1, ligne 206-207)

« Après discussion avec elles, je les envois en consultation avec un gynéco -sexo » qui est en dehors de la clinique. » (P4, ligne 224-230)

« Je pense que... Si les gens veulent se réorienter, ils vont devoir chercher. C'est ce que je pense. » (P3, ligne 194)

THEME 5 : LE ROLE IPA

Pour les infirmières, avoir une IPA dans le parcours de soins est souvent perçu comme une opportunité pour renforcer la formation continue et intégrer les nouvelles pratiques.

La formation continue

« Eh ben, ça aiderait beaucoup. Et qu'elle puisse nous former, aussi, pour les week-ends, par exemple, quand elle n'est pas là. Mais ça aiderait beaucoup, parce que je pense que c'est vraiment utile pour accompagner les patientes, avant, après, et pendant. » (P3, ligne 206-208)

Disponibilité sur le parcours

« Alors, on a les internes, on a les chefs, mais on n'a pas cette personne référente qui peut être là du début jusqu'à la fin. Et ça, c'est vraiment un gros problème. » (P8, ligne 210-215).

« Je pense que ça pourrait être intéressant parce que l'IPA pourrait peut-être refaire des points à plusieurs étapes. Il y a des étapes importantes dans un parcours de soins. » (P2, ligne 183-184)

Dans le suivi des patientes ; le radiothérapeute n'est pas favorable » Pour moi, après les chirurgies... Non, moi, IPA, je verrai plus ça au moment de la prise en charge que de la surveillance. » (P4, ligne 371)

« C'est quelqu'un qui aura la connaissance de la pathologie, qui aura connaissance de la façon dont la chirurgie est faite, dont les traitements sont faits, les traitements adjuvants en particulier, capables de dire comment se passe une radiothérapie de vulve, comment se passe une curiethérapie de vulve, comment la chimio est proposée. » (P7, ligne 252-255)

Le leadership des IPA

Le leadership est une aptitude à orienter, coordonner et optimiser les pratiques de soins afin de renforcer la qualité et la continuité de la prise en charge des patients.

« Ça pourrait en tout cas dans l'accompagnement des patientes être un plus pour les réorienter pour celles qui peut-être auraient besoin et n'osent plus ou n'osent pas, même si on leur a signifié que c'était possible. Parfois on n'ose pas toujours. Donc de remettre l'info. » (P2, ligne 190-192)

« Ensuite, l'IPA, elle a aussi, à mon sens, un rôle de coordination et de formation. On parlait tout à l'heure de la prise en charge en réseau dans la région. » (P7, ligne 259-260)

« Pour aborder tous les sujets qu'on a peu de temps d'aborder et ça permet de coordonner tout ce qu'on fait nous avec les soins de support etc... et tout ce temps-là qu'on n'a pas forcément et puis l'expertise et puis le... disons le relationnel que l'IPA pourrait avoir etc ... » (P6, ligne 148-151)

IV- DISCUSSION

1 INTERPRETATION DES RESULTATS

Nos objectifs principaux pour cette recherche étaient, d'une part, de définir le rôle de l'IPA dans le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer de la vulve et d'autre part, d'explorer les problématiques liées à l'intimité dans ce type de cancer, en particulier chez la femme âgée.

Les résultats obtenus confirment la pertinence et la légitimité de l'intégration de la pratique avancée en chirurgie, et plus spécifiquement dans la prise en charge du cancer de la vulve. L'évaluation menée auprès des professionnels de santé met en évidence le rôle central que pourrait jouer l'IPA dans l'accompagnement global de ces patientes.

En premier point, cette étude permet de constater que les thèmes évoqués rejoignent les concepts infirmiers, notamment pour les infirmières interrogées. En effet, dans la prise en soins des patientes atteintes de cancer de la vulve, émergent des concepts infirmiers de clinique (36) et également celui du *caring*(37).

La démarche clinique infirmière constitue une compétence centrale et transversale qui fonde la spécificité de la pratique soignante. Elle mobilise des savoirs théoriques, pratiques et éthiques pour évaluer, analyser et répondre aux besoins de santé des personnes soignées dans leur globalité.

Le concept du *caring* dans la dimension éthique et clinique des soins infirmiers, « *Le caring s'exprime de manière différente selon les cultures mais est universel ; il procure les moyens les plus étendus et importants d'étudier et d'expliquer les connaissances en soins infirmiers et la pratique des soins infirmier* ». (37)

En formation, l'approche par situations cliniques contextualisées permet de développer les capacités de raisonnement clinique, essentielles à la prise de décision infirmière. Elle favorise l'autonomie professionnelle, le jugement critique et l'adaptation des interventions dans des situations complexes, en intégrant les dimensions relationnelle, éducative et préventive du soin.(36)

Les infirmières en gynécologie et particulièrement en onco-chirurgie ont une connaissance de la pathologie et des difficultés de cicatrisation à court moyen et long terme et les difficultés de prise en soins avec des durées de séjour plus courtes.

Les professionnels de santé expriment de fortes attentes quant à l'intégration d'une IPA dans le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer de la vulve. L'IPA serait un appui précieux pour un suivi global et individualisé, dans la pré- habilitation (coordination ville-hôpital...) la surveillance post-opératoire, et la prise en charge des cicatrisations complexes. Par sa formation et sa connaissance des traitements et des spécificités chirurgicales, l'IPA permettrait de renforcer le lien entre les différents temps du parcours, en tenant compte des dimensions biologiques, psychologiques et sociales, particulièrement importantes chez les patientes âgées, souvent fragiles. Elle jouerait également un rôle central dans l'anticipation et l'orientation des soins : en amont avec la pré-habilitation, pendant l'hospitalisation, puis dans le suivi post-opératoire et l'organisation du retour à domicile.

Dans un second temps, le déficit de formation à la santé sexuelle, notamment chez les soignants paramédicaux, constitue un obstacle majeur à la prise en charge globale des patientes. Ce manque se traduit par une connaissance insuffisante des enjeux liés à l'intimité et par une difficulté à aborder ces questions dans la pratique quotidienne. Si certains médecins évoquent occasionnellement ces thématiques, ces échanges restent souvent spontanés, peu approfondis et rarement intégrés dans une démarche de suivi régulier.

Par ailleurs, une problématique générationnelle renforce ce silence autour de l'intimité. Les patientes âgées expriment peu leurs préoccupations, ne se plaignent pas, et interrogent rarement les soignants sur cette dimension pourtant essentielle de leur santé.

Selon l'article paru dans la revue de référence de l'infirmière « SOINS » du mois de Mars 2025, la promotion de la santé sexuelle fait partie de la charte d'OTTAWA qui correspond à toute action visant à donner aux individus les aptitudes et compétences de vie pour prendre en compte leur propre santé(38).

La Vie Intime Sexuelle et Affective (VISA), des patients représente un enjeu majeur en termes de parcours de soins. La France a inscrit la santé sexuelle dans ses politiques de santé publique en formalisant la stratégie nationale (2017-2030)(39).

Dans un troisième temps, il est également important de mentionner qu'un professionnel de santé parmi les personnes interrogées s'est montré réservé quant à l'intégration d'une IPA dans le cadre du cancer de la vulve. Selon lui, la rareté de cette pathologie et son pronostic souvent défavorable à long terme limiteraient l'intérêt d'un accompagnement par une IPA, en particulier dans l'après-cancer, où il ne perçoit pas de réelle plus-value. Il estime que la présence

d'une IPA serait davantage justifiée en amont du parcours de soins ou dans des cancers présentant un meilleur taux de survie à cinq ans, tels que les cancers du col de l'utérus ou du sein.

La recherche AFTERGYN 2 (en cours), menée par le Centre BACLESSE et présentée lors des RIO (Rencontre Infirmière en Oncologie) 2025, illustre de manière concrète la plus-value apportée par l'IPA dans la phase de rétablissement. Elle met en évidence le rôle clé de l'IPA dans les cancers gynécologiques, dans l'accompagnement personnalisé des patientes, grâce à une approche holistique et une expertise en oncologie. Cet accompagnement représente un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie des patientes, dans les recommandations de l'INCA. C'est un enjeu prioritaire dans le soutien des patientes en phase de rémission et leur offrir un appui structuré dans cette étape souvent délaissée du parcours de soins. (40)

A ce jour nous n'avons trouvé que peu d'étude sur la présence d'une IPA en chirurgie en France, elles sont plutôt placées dans l'après cancer qui est une partie très importante mais la pré habilitation est tout aussi importante.

2 LES LIMITES DE L'ETUDE

Au départ, mon directeur de mémoire et moi avions prévu de réaliser une étude multicentrique entre le CHU de Lille et mon lieu de stage, Gustave Roussy. Une demande a été adressée au DPO du CHU de Lille, qui a donné son autorisation.

En revanche, la partie concernant Gustave Roussy s'est révélée plus complexe : ils ont exigé une demande propre auprès de leur DPO, puis un passage devant leur comité d'éthique, la désignation d'un salarié de leur établissement comme co-investigateur, ainsi qu'un contrat formalisant la collaboration entre le CHU de Lille et Gustave Roussy. Tous les documents devaient être fournis en double exemplaire. De plus, l'utilisation de leur dictaphone était imposée. L'étude pouvait démarrer, mais en cas de réponse défavorable des instances, l'exploitation des données aurait été impossible. Un accord de transfert de données (Data Transfer Agreement) et une demande auprès de l'IRB étaient également nécessaires.

Face à ces nombreuses démarches et après plusieurs échanges de mails depuis février, nous avons finalement décidé, avec mon directeur de mémoire, de recentrer le projet en une étude monocentrique.

J'ai pu interroger les différents personnels du CHU soit en présentiel soit en distanciel du fait du temps imparti pour la réalisation de ce mémoire. Peut-être aurait-il fallu interroger des professionnels de ville pour élargir encore les thèmes.

J'ai réalisé huit entretiens et atteint une saturation des données après le sixième, j'en ai réalisé deux supplémentaires pour m'assurer des mêmes idées.

Du fait de mon expérience au sein du CHU et auprès des professionnels, il est possible que des biais de déclaration soient intervenus dans l'analyse de notre étude.

3 LES FORCES DE L'ETUDE

Bien que cette étude soit monocentrique, elle souligne l'importance du rôle que peut jouer l'IPA en contexte chirurgical. Si cette conviction m'animait déjà, elle s'est trouvée confortée par les attentes exprimées des professionnels de santé rencontrés. Par ailleurs, l'analyse de la littérature scientifique internationale met en évidence les avancées significatives réalisées dans d'autres pays, où les infirmiers et IPA occupent une place déterminante, notamment dans le domaine des cancers gynécologiques.(41) Ces expériences démontrent clairement leur contribution positive à l'amélioration des parcours de soins et à la qualité de la prise en charge, en valorisant une approche globale, coordonnée et centrée sur les besoins des patientes.(42)

4 LES PERSPECTIVES

Dans le prolongement de cette recherche, une étude ultérieure pourrait s'intéresser au ressenti et aux attentes des professionnels de santé de ville engagés dans la prise en charge du cancer de la vulve.

De la même manière, recueillir les témoignages et attentes des patientes permettrait d'enrichir la compréhension de leur vécu et d'évaluer plus précisément leur qualité de vie après la maladie.

Selon les professionnels de santé interrogés, l'optimisation du parcours de soins pourrait être renforcée avec la coordination d'une IPA spécialisée en oncologie et hémato-oncologie, grâce à ses compétences élargies et à son expertise spécifique.

Le rôle de l'IPA aurait toute sa place tout au long du parcours pour le dépistage de fragilités des patientes, avec une évaluation des fragilités, une évaluation de la douleur et un traitement adapté, une explication de la chirurgie et des complications, une évaluation de l'environnement de la patiente et la mise en place des aides en pré opératoire.

Le déclenchement rapide des soins de supports via la mise en place d'un hôpital de jour en accord avec les patientes et ainsi permettre de dépister la dénutrition, les aides à déclencher et une évaluation de la compréhension de la pathologie et du suivi avec le PPS.

Lors de l'hospitalisation l'IPA pourrait être présente et réitérer les explications, s'assurer des modalités de sorties et mettre en place le PPAC en accord avec le chirurgien et être la personne référente sur le relai ville -hôpital si besoin et assurer le suivi de la cicatrisation.

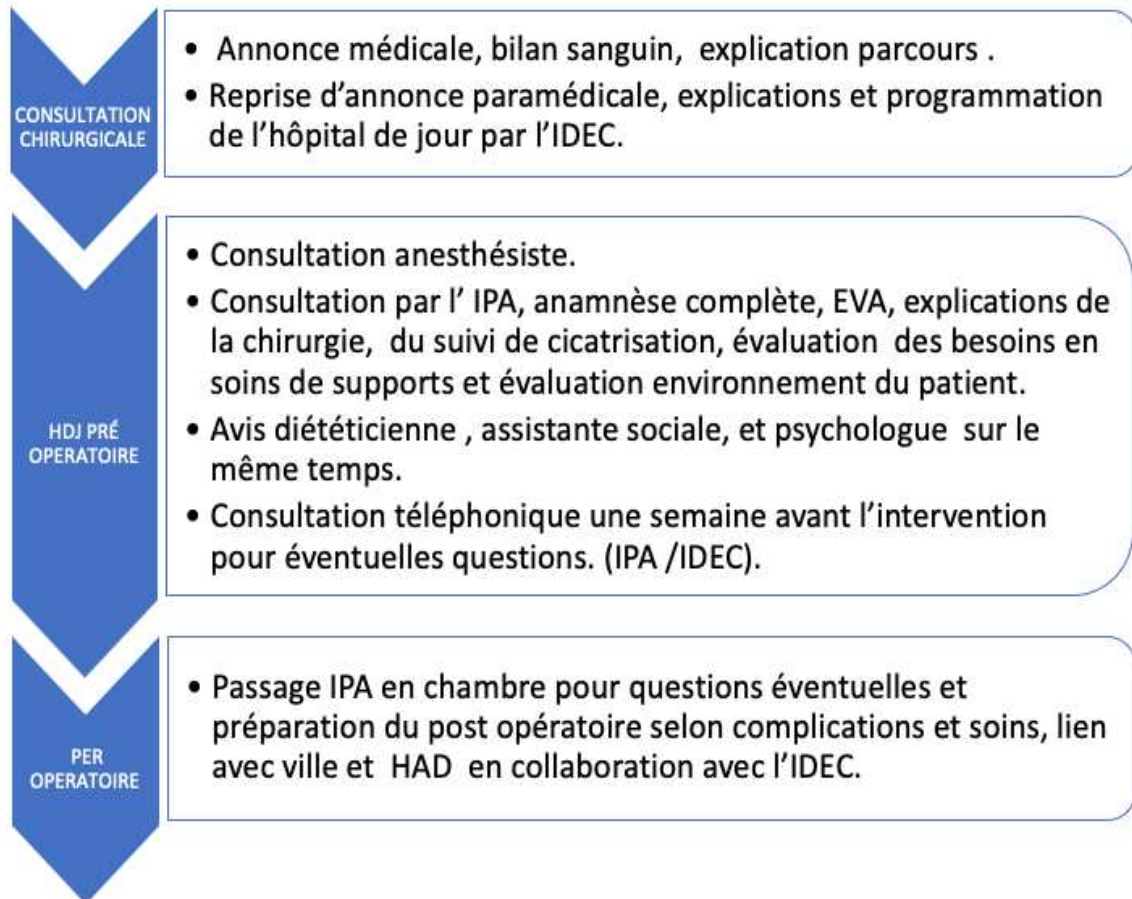
En chirurgie l'IPA intervient aux trois temps de la prise en soins : en pré opératoire, en per opératoire, et en post opératoire.

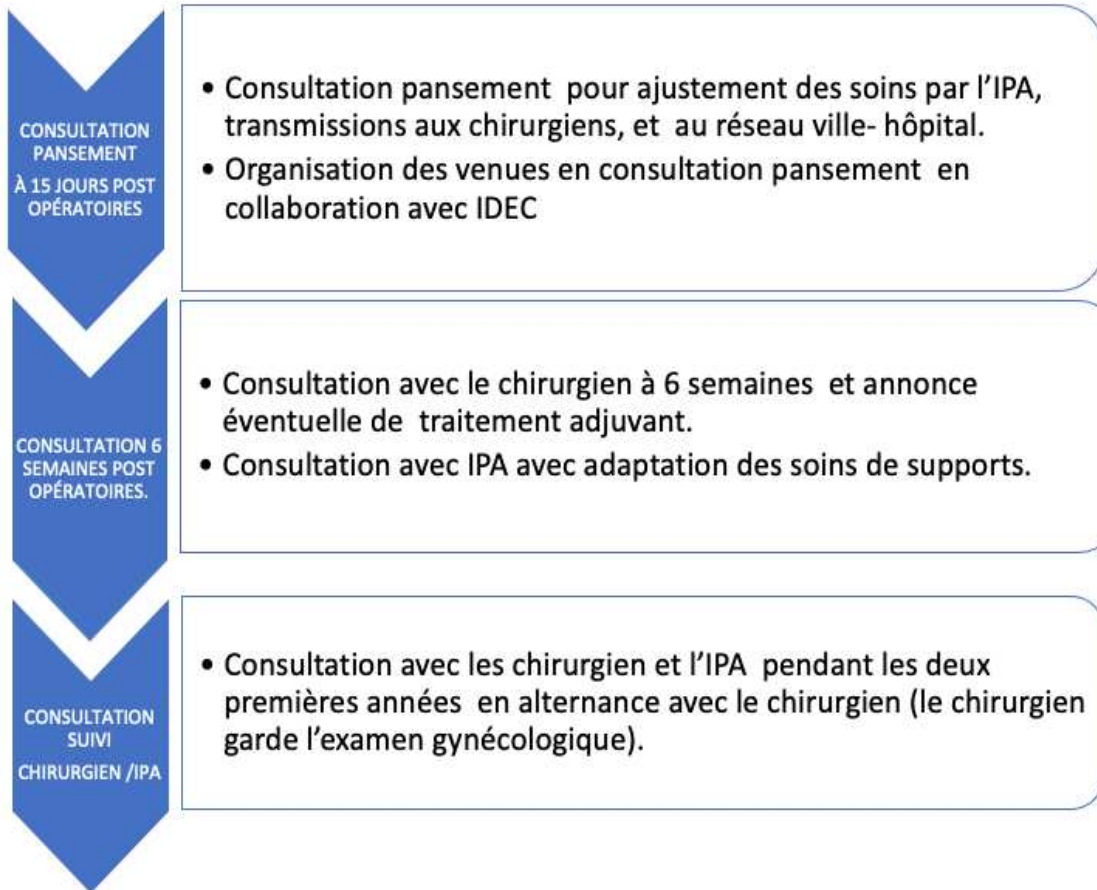
L'ajout de l'examen gynécologique aux compétences des IPA constituerait un apport notable dans la prise en charge des patientes. Actuellement, cette pratique est réservée aux professions médicales telles que les médecins et les sage-femmes. Une étude canadienne (43) a examiné la faisabilité de cette pratique par des infirmières dans le cadre d'un suivi gynécologique classique, en détaillant les étapes de formation et d'intégration de cet acte dans leur exercice quotidien. Depuis 2020, le Canada a introduit de manière novatrice cette pratique auprès des infirmières diplômées d'État, qui repose sur une formation théorique complétée par une formation pratique incluant un compagnonnage. Le maintien des compétences constitue un enjeu central, impliquant des mises à jour régulières des recommandations, des supervisions cliniques, ainsi que des formations complémentaires si nécessaire.

Le référentiel actuel des compétences IPA ne mentionne pas explicitement l'examen gynécologique. L'ajout de cet acte pourrait toutefois représenter une perspective d'évolution intéressante dans le cadre du suivi gynécologique des patientes. Cette omission contraste avec l'examen clinique en sénologie, dont la légitimité dans la pratique infirmière semble moins remise en question.

À l'issue de cette étude, une proposition de parcours de soins intégrant la fonction d'IPA a été élaborée et sera prochainement mise en place au sein du service de chirurgie gynécologique.

Parcours de soins avec IPA





VI CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mettre en lumière les particularités du parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer de la vulve, une pathologie rare et encore peu explorée dans la littérature paramédicale francophone. Les entretiens menés auprès de professionnels de santé soulignent la nécessité d'une prise en charge à la fois pluridisciplinaire, personnalisée et centrée sur l'humain.

Bien que la présence des IPA en chirurgie soit encore limitée, leur intégration dans ce type de parcours apparaît pertinente et attendue. Grâce à leur expertise clinique, leur rôle de coordination et leur proximité avec les patientes, les IPA peuvent contribuer de manière significative à la continuité et à la qualité des soins.

Les résultats de ce travail montrent également l'importance d'optimiser les différentes étapes du parcours, en amont comme en aval de l'hospitalisation. Une proposition d'intégration concrète d'un poste d'IPA a ainsi été formulée, avec une mise en œuvre prochaine dans le service de chirurgie gynécologique.

Cette démarche s'inscrit dans une volonté d'innovation organisationnelle, au service des patientes et de la coordination interprofessionnelle.

Enfin, cette étude ouvre des perspectives de recherche intéressantes comme de recueillir l'expérience des patientes et des professionnels de santé de ville permettrait d'élargir la compréhension du parcours. Par ailleurs, le développement de formations spécifiques à l'examen gynécologique, incluant un accompagnement pratique, ainsi que l'évaluation de l'impact d'une meilleure coordination sur la qualité de vie après cancer, constituent des pistes à explorer.

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. Les temps d'annonce de la maladie - Parcours de soins [Internet]. [cité 27 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Parcours-de-soins/Temps-d-annonce-de-la-maladie>
2. Cancer IND. Données globales [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/les-chiffres-du-cancer-en-france/epidemiologie-des-cancers/donnees-globales>
3. Panorama des cancers 2024.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/media/downloadable-files/2024-09/Panorama%20des%20cancers%202024.pdf>
4. Qu'est-ce que les cancers gynécologiques ? - Institut Curie [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://curie.fr/cancers-gynecologiques>
5. Cancer IND. Vaccination contre les cancers HPV [Internet]. 2025 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/prevenir-les-risques-de-cancers/vaccination-contre-les-cancers-hpv>
6. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2025 [cité 14 mai 2025]. Cancer du vagin. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancers-gyn-cologiques-rares/cancer-du-vagin.html/>
7. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2024 [cité 20 oct 2024]. Cancer de la vulve. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancers-gyn-cologiques-rares/cancer-de-la-vulve.html/>
8. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2025 [cité 6 févr 2025]. Cancer de la vulve. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancers-gyn-cologiques-rares/cancer-de-la-vulve.html/>
9. Définition classification TNM [Internet]. [cité 27 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/classification-TNM>
10. Referentiel-regional-Gynecologie-VF1-3.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/app/uploads/2024/06/Referentiel-regional-Gynecologie-VF1-3.pdf>
11. Gaillard AL, Renaud T, Brocard C, Deleau F, Petit A, Guyon F, et al. Cancers de la vulve : dernières actualités et nouvelle classification Figo 2021. *Imag Femme*. 1 mars 2023;33(1):1-8.
12. Vulvar-cancer-French.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://guidelines.esgo.org/media/2019/09/Vulvar-cancer-French.pdf>
13. Service de Chirurgie Sénologique, Gynécologique, Plastique et Reconstructrice - Paris

Professeur Fabrice Lecuru - Institut Curie - Cancers du sein, cancer de l'ovaire, cancer de l'endomètre, cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cancerologiegynecologique.com/?page=cancer-vulve-3>

14. Cancer IND. Chirurgie [Internet]. 2024 [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/traitements/chirurgie>

15. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2024 [cité 18 oct 2024]. Oncogériatrie. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/oncog-riatrie.html/>

16. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

17. Rahm C, Adok C, Dahm-Kähler P, Bohlin KS. Complications and risk factors in vulvar cancer surgery - A population-based study. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. juin 2022;48(6):1400-6.

18. Malandrone F, Bevilacqua F, Merola M, Gallio N, Ostacoli L, Carletto S, et al. The Impact of Vulvar Cancer on Psychosocial and Sexual Functioning: A Literature Review. *Cancers*. 23 déc 2021;14(1):63.

19. www.google.com [Internet]. [cité 14 mai 2025]. La TPN Thérapie par Pression Négative : objectifs et mode d'emploi ... Disponible sur: https://www.google.com/imgres?imgurl=https://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2019/01/tpn_therapie_par_pression_negative.gif&imgrefurl=https://www.actusoins.com/la-tpn-therapie-par-pression-negative-objectifs-et-mode-demploi.html&h=952&w=1777&tbnid=xEwnSYAmBtFk8M&source=sh/x/im/can/1&tbnh=164&tbnw=307&usg=AI4_-kQbutai-7i22hsxlTpv7DnKfCevog&vet=1&docid=FOIHhfMSeRvYZM&sfr=vfe

20. www.google.com [Internet]. [cité 18 mai 2025]. La TPN Thérapie par Pression Négative : objectifs et mode d'emploi ... Disponible sur: https://www.google.com/imgres?imgurl=https://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2019/01/tpn_therapie_par_pression_negative.gif&imgrefurl=https://www.actusoins.com/la-tpn-therapie-par-pression-negative-objectifs-et-mode-demploi.html&h=952&w=1777&tbnid=xEwnSYAmBtFk8M&source=sh/x/im/can/1&tbnh=164&tbnw=307&usg=AI4_-kQbutai-7i22hsxlTpv7DnKfCevog&vet=1&docid=FOIHhfMSeRvYZM&sfr=vfe

21. L'Oxygénothérapie au centre hyperbare du CHU de Lille [Internet]. Centre Hyperbare du CHU de Lille. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.centrehyperbare.chu-lille.fr/oxygenotherapie/>

22. Dupuis M, Gueibe R, Hesbeen W. Soins, éthique et vieillissement: du souci de la personne âgée aux enjeux pour la pratique. Paris: Seli Arslan; 2017. (Perspective soignante).

23. Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in

women with cancer. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* mars 2019;29(3):630-4.

24. Cook O, McIntyre M, Recoche K, Lee S. Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses: a qualitative systematic review. *JBI Evid Synth.* août 2017;15(8):2087.

25. 'Feeling someone is there for you' – experiences of women with vulvar neoplasia with care delivered by an Advanced Practice Nurse - Kobleder - 2017 - *Journal of Clinical Nursing - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13434>

26. Les premières étapes du parcours de soins [Internet]. [cité 8 avr 2025]. Disponible sur: <http://pediatrie.e-cancer.fr/parent/parcours/comment-va-se-passer-le-traitement/les-premieres-etapes-du-parcours-de-soins>

27. Chamboredon P. Infirmier en pratique avancée, un statut en plein essor. *Soins.* mai 2023;68(875):50-2.

28. Les autorisations de traitement du cancer - Traitements du cancer : les établissements autorisés [Internet]. [cité 4 août 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer>

29. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

30. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. 2021-1384 oct 25, 2021.

31. Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

32. LE MÉTIER [Internet]. UNIPA. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://unipa.fr/le-metier/>

33. Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

34. Fortin marie fabienne. *fondements et etapes de processus de recherche.* 4 edition. cheneviere;

35. *Vulvar-cancer-French.pdf* [Internet]. [cité 22 avr 2025]. Disponible sur: <https://guidelines.esgo.org/media/2019/09/Vulvar-cancer-French.pdf>

36. Jovic L. Clinique. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 27 mai 2025]. p. 104-8. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page->

37. Watson J. La place du caring en soins infirmiers. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* juin 2017;3(2):75-8.
38. Canada A de la santé publique du. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 2001 [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
39. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
40. DUPONT C. Centre François Baclesse. 2024 [cité 2 mai 2025]. Baclesse lance une étude sur la période de rétablissement après un cancer gynécologique. Disponible sur: <https://www.baclesse.fr/baclesse-lance-une-etude-sur-la-periode-de-retablissement-apres-un-cancer-gynecologique/>
41. Cook O, McIntyre M, Recoche K, Lee S. « Our nurse is the glue for our team » - Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* août 2019;41:7-15.
42. Senn B, Gafner D, Happ MB, Eicher M, Mueller MD, Engberg S, et al. The unspoken disease: symptom experience in women with vulval neoplasia and surgical treatment: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl).* nov 2011;20(6):747-58.
43. OIIQ [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Examen gynécologique effectué par une infirmière. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/examen-gynecologique?inheritRedirect=true>

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION	1
1 Avant - propos	1
2 Introduction théorique	2
3 Les cancers gynécologiques	3
4 Le cancer de la vulve	5
5 Un cancer de la femme âgée	5
6 Le Diagnostic	6
2 La chirurgie	7
1 La chirurgie vulvaire	7
2 La chirurgie ambulatoire	8
3 L'onco- gériatrie	8
1 L'impact du cancer de la vulve sur l'autonomie des patientes	9
2 Les répercussions psychologiques et sociales	10
3 La temporalité	11
4 Le parcours de soins	12
1 le parcours de soins en chirurgie gynécologique	13
5 Le rôle IPA	14
1 Compétences générales	14
2 Problématiques	16
II METHODE	17
1 type d'étude	17
2 Choix de la population étudiée	17
3 Recueil des données	17
4 Éthique de recherche	19
III RESULTATS ET ANALYSE	19
1 Caractéristiques des participants	19
2- analyse thématique	20
Thème 1 : les difficultés de la prise en soins	21
Thème 2 : intimité, pudeur et sexualité ou santé sexuelle	23
Thème 3 : Les soins de supports	24
Thème 4 : Les problèmes systémiques	26
Thème 5 : Le rôle IPA	28
IV- DISCUSSION	30
1 Interprétation des résultats	30
2 Les limites de l'étude	32
3 Les forces de l'étude	33

4 Les perspectives	33
<i>VI CONCLUSION</i>	37

Table des figures

Annexes

Résumé/ Abstract

Table des figures

Figures	Titres des figures	Pages
Figure 1	Incidence des cancers des femmes	Page 3
Figure 2	Classification des cancers de la vulve stade FIGO	Page 6
Figure 3	Vac thérapie	Page 10
Figure 4	Parcours de soins du cancer	Page 12
Figure 5	Parcours en gynécologie	Page 13
Figure 6	Modèle Hamric	Page 15

Annexes

Annexe 1

Questions pour entretiens : psychologue / onco-gériatre/ gynécologue médical/ sexologue

Bonjour, je suis Mélanie, étudiant(e) en Master IPA.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la place de la pratique avancée en chirurgie.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la place de l'Infirmière en pratique avancée dans le parcours du cancer de la vulve.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

L'entretien sera enregistré si vous êtes d'accord et sera anonymisé.

Les données sont enregistrées au DPO de Lille sous le numéro de référence 2024 -248

Selon le décret de compétence IPA 2018 629 du 18/07/2018 Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État

1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

- a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;*
- b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;*
- c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;*
- d) Prescrire -des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ; -des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ; -des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;*

e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
(Formation, sexo, chirurgie, baguage ...)
- Comment se déroule l'hospitalisation des patientes bénéficiant d'une chirurgie vulvaire dans vos services (parcours de soins) pré/ post hospitalisation à quel moment intervenez-vous ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en soins de ces patientes ? pouvez-vous les expliquer ?
(Visualisation cicatrice, soins infirmiers (lourds et longs) quels sont les soins que vous apportez ? Comment cela s'organise ?) pudeur, intimité ,tabous, femme agée,

- Le suivi comment s'organise-t-il ? une fois l'hospitalisation terminée ? (*HAD, relai ville -hôpital, suivi de cicatrisation, suivi si initié en hospitalisation...*)
- Les patientes vous posent elles des questions sur le retour à l'intimité ? / Posez -vous la question du retour à l'intimité ? / que lui répondez- vous ? *consultation dédiée, recours orientation*
- Quels serait selon vous les facteurs qui peuvent favoriser ou freiner la prise en soins des patientes ? (*Manque de temps médical, manque de formation sur les suivis de cicatrisation, questions sur l'intimité, difficultés de retour vers l'hôpital, difficulté de relais hôpital -ville,*

Le suivi de l'après cancer comment se déroule-t-il ?

-Qui organise le suivi de l'après cancer ?

Les patientes sont-elles orientées vers d'autres professionnels et à quel moment du parcours ?
(Inclus dans le parcours ou orientation)

Et que pensez-vous si une IPA était présente dans le parcours ?

- *Formule de politesse*

Questions pour entretien chirurgiens/ radiothérapeute /IDE

Bonjour, je suis Mélanie, étudiant(e) en Master IPA. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la place de la pratique avancée en chirurgie.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la place de l'Infirmière en pratique avancée dans le parcours du cancer de la vulve.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

L'entretien sera enregistré si vous êtes d'accord et anonymisé.

Les données sont enregistrées au DPO de Lille sous le numéro de référence 2024 -248

Selon le décret de compétence IPA 2018 629 du 18/07/2018 Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat

1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique;

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut

- Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;*
- Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;*
- Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;*
- Prescrire -des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ; -des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;*

-des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
(Formation, sexe, chirurgie, baguage ...)
 - Il y a une reprise d'annonce de la pathologie cancéreuse vulvaire avant l'hospitalisation / chirurgie ? par qui est-elle faite ?
 - Comment se déroule l'hospitalisation des patientes bénéficiant d'une chirurgie vulvaire dans vos services (parcours de soins) pré/ post hospitalisation à quel moment intervenez-vous ?
 - Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en soins de ces patientes ? pouvez-vous les expliquer ?
(Visualisation cicatrice, soins infirmiers (lourds et longs) quels sont les soins que vous apportez ?
Comment cela s'organise ?) pudeur, intimité, tabous
 - Le suivi comment s'organise-t-il ? une fois l'hospitalisation terminée ? (HAD, relai ville -hôpital, suivi de cicatrisation, suivi si initié en hospitalisation...)
 - Les soins de supports présents dans l'établissement/ le réseau quelles sont les démarches pour y accéder ? sur demande des patientes, du personnel ?
 - Précisions sur les soins de supports à quels moments ils interviennent ?
 - La surveillance est organisée par qui et à quel rythme.
- Posez-vous la question de l'existence de vie intime au moment du diagnostic ?
- Les patientes vous posent elles des questions sur le retour à l'intimité ? / Posez -vous la question du retour à l'intimité ? / que lui répondez- vous ? consultation dédiée, recours orientation
 - Quels serait selon vous les facteurs qui peuvent favoriser ou freiner la prise en soins des patientes ?
(Manque de temps médical, manque de formation sur les suivis de cicatrisation, questions sur l'intimité, difficulté de retour vers l'hôpital, difficulté de relais hôpital -ville

Le suivi de l'après cancer comment se déroule-t-il ?

-Qui organise le suivi de l'après cancer ?

Les patientes sont-elles orientées vers d'autres professionnels et à quel moment du parcours ?
(Inclus dans le parcours ou orientation)

Et que pensez-vous si une IPA était présente dans le parcours ?

- Formule de politesse

Annexe 2

Grille QOREC

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? Mélanie Backer (EIPA)
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i> aucun
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? étudiante EIPA
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? aucune
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? oui, relations professionnelles
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i> Objectifs de recherche en vue du mémoire IPA
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i> IDE depuis 10 ans en chirurgie gynécologie

N°	Item	Guide questions/description
<p>Domaine 2 : Conception de l'étude</p> <p>Cadre théorique</p>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>mémoire de recherche qualitative</i>
<p>Sélection des participants</p>		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige échantillonnage dirigé</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel en face à face et par mail</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 8
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? <i>aucune</i>
<p>Contexte</p>		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : professionnels de santé</i>
<p>Recueil des données</p>		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? <i>guide d'entretien fourni par les auteurs et testé sur deux professionnels</i>

N°	Item	Guide questions/description
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? 2 fois
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? enregistrement audio
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? enregistrement audio
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? environ 15 minutes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? oui
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 1 seule
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? oui
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminé par les données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? DRIVE sécurisé
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? non

Rédaction

N°	Item	Guide questions/description
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i> oui <i>selon le codage</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? non

Lettre d'information aux professionnels de santé

Bonjour, Mélanie Backer/Boistel, étudiante en Master IPA en seconde année à l'université de Lille.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur **l'optimisation du parcours de soins dans le cancer de la vulve, le point de vue des professionnels de santé.**

Il s'agit d'une recherche scientifique qualitative ayant pour but d'étudier les éventuels freins et leviers dans le parcours de soins dans le cancer de la vulve selon les professionnels de santé, et cibler les difficultés des professionnels liées à l'intimité dans ce type de cancer

et ainsi montrer qu'une IPA dans le parcours peut apporter une solution ?

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être professionnel de santé travaillant sur le parcours de chirurgie gynécologique et en radiothérapie, non débutant minimum 3 ans d'ancienneté.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-248 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : melanie.backer.etu@univ-lille.fr



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : L'effet d'une consultation par l'IPA dans le parcours de soins dans le cancer de la vulve, le point de vue des professionnels de santé
Référence Registre DPO : 2024-248
Responsable scientifique : M. Yohan KERBAGE Interlocuteur (s) : Mme Mélanie BACKER - BOISTEL

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 8 janvier 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5

Lien vers verbatims et grille de codage

https://drive.google.com/drive/folders/1zF2cVrn5kCnNiPFHbGxQLVrM6_0hXEdb



Auteure : Backer Mélanie épouse Boistel

Date de soutenance le 1^{er} juillet 2025

Titre du mémoire : Optimisation du parcours de soins dans le cancer de la vulve, le point de vue des professionnels de santé.

Mots-clés : cancer de la vulve, chirurgie, IPA, intimité, parcours.

Résumé :

Le cancer de la vulve est une pathologie rare qui touche principalement les femmes âgées, avec un âge. La prise en charge essentiellement chirurgicale, soulève plusieurs enjeux, notamment autour de la cicatrisation et l'abord de l'intimité avec les patientes.

Cette étude s'attache à explorer deux axes principaux, **la place potentielle de l'IPA** dans le **parcours** de soins des patientes atteintes **d'un cancer de la vulve** et les problématiques rencontrés par les professionnels de santé liées à **l'intimité**, particulièrement chez les patientes âgées.

Une **recherche qualitative prospective** a été menée auprès de professionnels de santé impliqués dans cette prise en soins.

Les résultats montrent la pertinence d'une **IPA** à chaque étape du **parcours** : avant, pendant et après l'intervention chirurgicale, dans le domaine de la cicatrisation et son approche pluridisciplinaire.

Ils révèlent également des difficultés récurrentes exprimées par les soignants : manque de temps, de formation spécifique en santé sexuelle et une retenue présente à aborder la sexualité dans le cadre des soins.

Abstract:

Title: Optimization of the care pathway in vulvar cancer from the perspective of healthcare providers.

Key- words: vulvar cancer, surgery, APN, intimacy, pathway.

Vulvar cancer is a rare disease that primarily affects elderly women, often at a vulnerable time in their lives. While treatment relies mainly on **surgery**, it raises important human concerns beyond the medical procedure itself, particularly around healing and the challenges healthcare providers face when addressing patient **intimacy**.

This study is to **define and enhance** the role of an **APN** in surgery within the **care pathway** for **vulvar cancer**, as well as the **challenges** encountered by **healthcare professionals**, especially those concerning intimacy.

This **prospective qualitative study** conduces among healthcare providers involved in the vulvar cancer

The results show us the **involvement of an APN** adds value **by improving care un vulvar cancer**, at every stage of the patient's journey, and **the expertise in holistic cares**. They also highlighted the pressing need for more time, specific training, and a **safe space to approach intimacy with sensitivity and respect**.

Directeur de mémoire : KERBAGE YOHAN