



ULR 2694



L'usage relationnel d'un outil électrophysiologique évaluant le confort des patients en fin de vie

UNE ETUDE QUALITATIVE

Chloé Prod'homme : PhD student
Directeurs : Pr Puisieux et Pr Sabot





Introduction

EST-CE QU'IL SOUFFRE ?

Souffrance - Douleur - Confort

Hétéro évaluation des soignants et des proches

Limites et incertitude

L'appui des outils électrophysiologiques

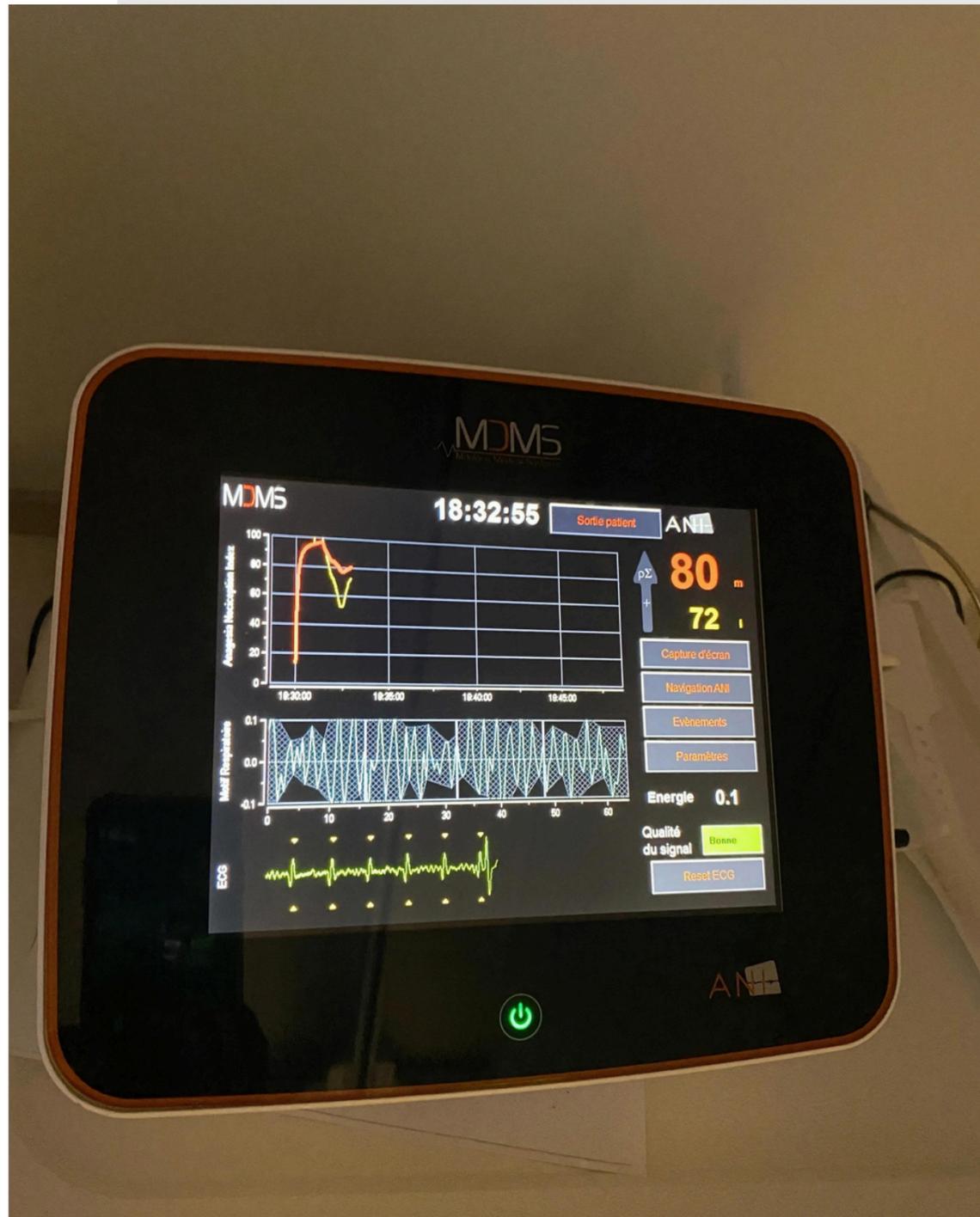
Analgesia nociception index

UN USAGE QUOTIDIEN AU SEIN DE LA
CLINIQUE DES SOINS PALLIATIFS

Technique non invasive

Evaluation de l'activité parasympathique à partir des récepteurs cardiaques

Développé et étudié initialement pour l'algo-anesthésie au bloc opératoire





Enjeux éthiques

UN FANTASME : OBJECTIVER LA SOUFFRANCE ?

Reconnaissance ou effacement du sujet souffrant ?

Quel norme, quel seuil pour les soins palliatifs ?

Mise en défaut de l'expertise soignante ?

Quel consentement à son usage ?

“normalement, on ne regarde pas des chiffres, on regarde notre patient”

Etude Mixte / Design convergent

Approbation par le CPP

Financement local et régional suite AAP

Equipe INTERDISCIPLINAIRE

Qualitative
phase

Quantitative
phase

PPI interprétation
based of 2
concomitant datasets

```
graph LR; A[Qualitative phase] --> C[PPI interprétation based of 2 concomitant datasets]; B[Quantitative phase] --> C;
```

OBSERVATIONNEL, UNICENTRIQUE, PROSPECTIVE

Phase quantitative

Médiane de survie des patients : 2 jours (IQ 1;4)

5 sous sédations, 19 sous antalgique et 16 sous hypnotiques

Diminution significative de l'ANI ($p < 0,001$) et majoration des score du CPOT ($p = 0,006$) au cours du soin douloureux

Absence de corrélation entre l'ANI et le CPOT

Design

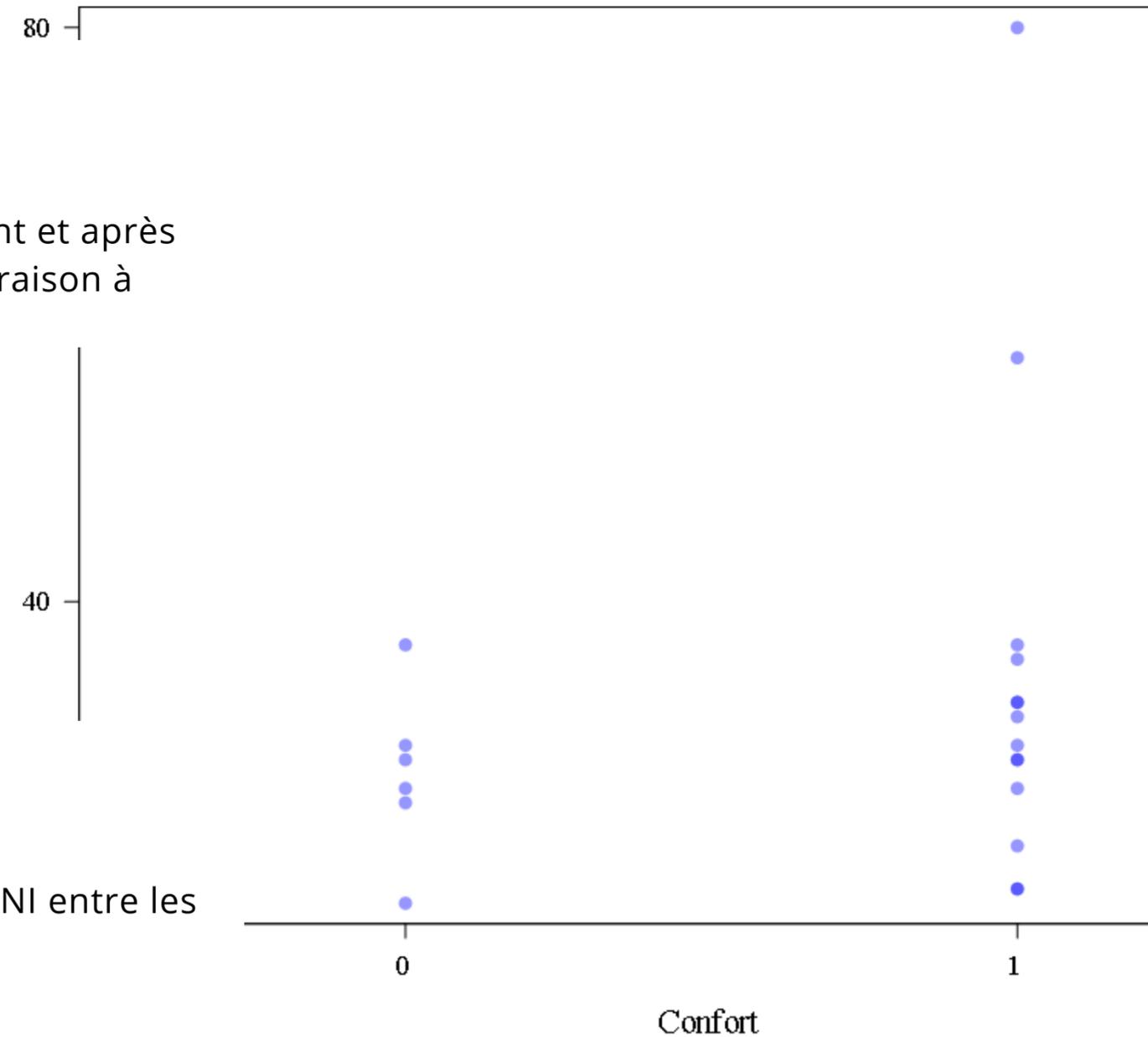
Etude de l'ANI avant, pendant et après un soin douloureux. Comparaison à l'aveugle avec le CPOT

Population

20 patients consécutifs non communicants en fin de vie

Objectif principal

Montrer une variation de l'ANI entre les différentes phases



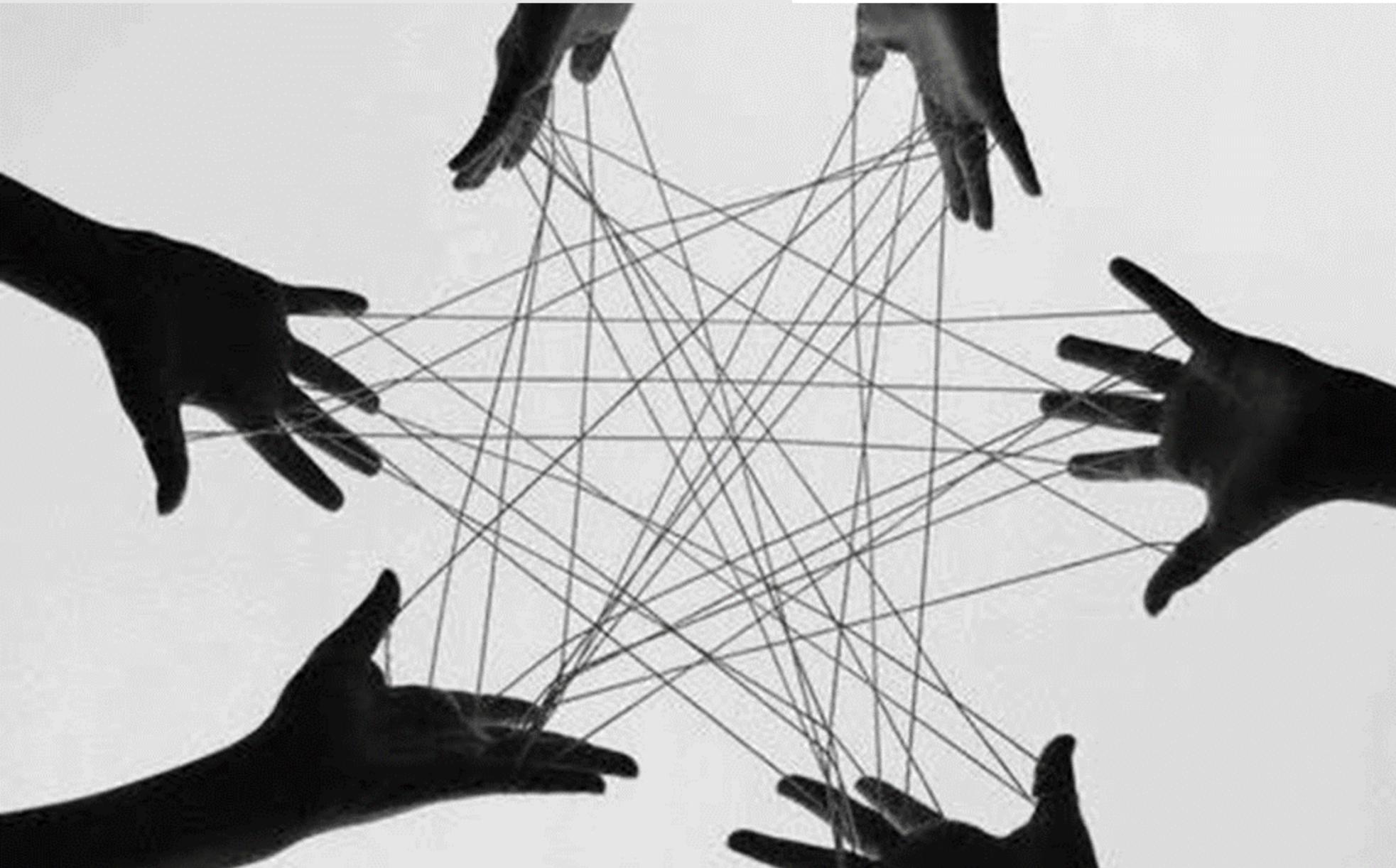
BI CENTRIQUE, COMPREHENSIVE, PAR ENTRETIENS

Phase qualitative

Cadre conceptuel

Optique socio constructiviste, approche issue de la théorisation ancrée

Contexte des soins palliatifs comme une activité sociale, avec des acteurs multiples dans un réseau de système ; telle une micro-société.



Objectif principal

Explorer la perception des proches et des professionnels soignants de l'utilisation de l'outil ANI en unité de soins palliatifs chez leurs proches ou patients

Méthode

Avis favorable CPP n° 23.01788.000207

Déclaration CNIL

Lettre d'information et recueil non opposition

Anonymisation des données

Prise en charge des déplacements

Professionnels de santé :
2 structures utilisant l'ANI depuis moins
d'un an ou plus de 5 ans
Pluriprofessionnels
Recherche d'un corpus diversifié
Proches aidants :
Consécutifs
Endeuillés depuis plus de 6 sem et
moins de 3 mois
Majeurs
au sein des deux structures
Exploration des refus à la participation

Population

Entretiens compréhensifs
Face à face
Individuel ou à 2
Guide d'entretien construit par
équipe interdisciplinaire
Exploration représentation
souffrance, investissement
dans l'évaluation, et rapport à
l'usage de l'outil
Jusqu'à suffisance des données

Recueil des données

Théorisation ancrée
Au fur et à mesure du recueil
Différents codages
(thématiques puis
conceptualisant)
Critères RTARG
Cristallisation, ami critique et
retour de la réflexion des
membres

Analyse des données

Professionnel de santé (n = 14)		
Catégorie professionnelle	Médecin	4
	Infirmier	6
	Aides- Soignants	4
Age	Médiane (IQ)	38.5 (32 ; 50)
Sexe (M/F)		1/13
Expérience professionnelle	Médiane (IQ)	10.5 (7 ; 16)
Expérience avec l'ANI (ans)	Médiane (IQ)	1.75 (0.5 ; 4)
Centre (1/2)		8/6
Proche aidant (n = 14)		
Statut	Enfants	9
	Parents	2
	Conjoints	3
Age	Médiane (IQ)	56.5 (45 ; 70)
Sexe (M/F)		8/6
Délai depuis le décès (mois)	Médiane (IQ)	3.25 (2 ; 4)
Catégorie professionnelle	Retraité	4
	Sans emploi	2
	Profession indépendante	1
	Cadre supérieur	4
	Ouvrier	3

ECHANTILLON

Analyse

28 entretiens

5 non inclus

Durée moyenne 37 min (25-55min)

4 médecins, 6 IDE, 4 AS, 8 enfants, 3 conjoints, 2 parents

15 sur le lieu de travail, 5 dans le bureau du chercheur, 1 en visio, 7 au domicile

Analyse

4 catégories conceptualisantes, 20 secondaires, représentant 1134 codes
3 principales présentées aujourd'hui :

p6 : "On se dit bah voilà, ils mettent des choses en place. Pour essayer qu'elle souffre le moins possible alors qu'on pourrait se dire qu'elle est dans un état où.... « Est-ce qu'elle souffre ou est-ce qu'elle ne souffre pas ? » Et là on continue, encore, à l'aider et c'est ça qui apaise, ouais, d'avoir toute cette équipe autour."

**Un soin
supplémentaire
dans une clinique
de la confiance**

"Moi en fait j'étais attiré sur les courbes, en fait, tout le monde était attiré parce que c'est vrai qu'on voit les courbes bouger, après on se dit ça dégringole, oh elle n'est pas bien, alors que ça peut être qu'un signe vraiment très court sur une période donnée."

**Une intrusion
anxiogène dans une
clinique
particulière**

"Il y a une réaction, donc je me dis y a quelque chose qui se passe. Je ne peux pas le voir parce qu'il est figé, mais quelque part, il y a quelque chose qui se passe parce que l'appareil nous le montre. Il y a quelque chose quoi."

**Le détournement de
l'objet : un lien
relationnel**

Un soin supplémentaire dans une clinique de la confiance

- améliorer la discrimination d'une situation de confort ou d'inconfort
- aider à déterminer la cause d'un inconfort
- éviter le surdosage médicamenteux et rester proportionné
- lever un doute, et rassurer les professionnels de santé ou les proches.
- libérer son attention de l'évaluation du confort
- arbitrer entre des évaluations différentes parmi l'équipe

Un dispositif Médical supplémentaire

P10 : "Moi je trouve que c'est une aide supplémentaire, ce n'est pas... Je ne vais pas me baser que sur ça."

Un accompagnement favorisé par un lien de confiance

p26 : "on fait confiance, on se dit c'est un outil de travail pour eux"

Une absence de consentement explicite

p15 : Ça ne pouvait pas lui faire de mal je pense. C'était seulement enregistrer comment elle se sentait donc bon bah oui OK, autant le faire quoi.

Une intrusion anxiogène dans une clinique particulière

p24 : Je pense que ça doit être certainement un bon système qui peut vous aider au jour le jour mais je pense que c'est un système qui doit être dans le PC des infirmiers.

Une hyper médicalisation

P10 : Quand vous rentrez dans une chambre où il y a une batterie d'appareils, c'est toujours anxiogène, on se dit ouh là là, elle est branchée de partout, c'est vrai que c'est un coup de massue de se dire elle est appareillée de partout. Le mieux c'est de rentrer dans la chambre où y'a rien

L'attirance du regard vers l'écran

P4 : Que je me suis dit que peut-être ça pouvait être aussi un frein à notre façon d'évaluer nos patients. Parce que du coup, il y a cet écran et que la première chose qu'on fait quand on rentre dans une chambre, c'est regarder l'écran qui est là...

Une hypervigilance anxieuse

p23 : Moi en fait j'étais attiré sur les courbes, en fait, tout le monde était attiré parce que c'est vrai qu'on voit les courbes bouger, oh elle n'est pas bien ! ... bah c'est ça devient une obsession.

Une pronostication du mourir

p28 : On savait très bien que la mort était là, imminente et on se disait, ça veut dire quoi en fait que les capteurs ils ne captent pas en fait ? Ça veut dire que ça va arriver là, incessamment sous peu ?

Le détournement de l'objet : un lien relationnel

- Découvert au hasard
- Non reconnu par les professionnels de santé interrogés
- Entraîne parfois des incompréhensions

Un reflet d'un vécu intime

P11 : L'ANI peut nous donner, un aperçu de ce qui se passe à l'intérieur de, à l'intérieur de la tête du patient.

Légitimer l'accompagnement

p6 : Moi, je suis pas du tout expressive et encore moins quand j'ai pas de... j'ai pas de retour. Oui, là le fait... Je te l'avais même dit quand, quand je suis rentrée, que... Que bah voilà que je lui ai parlé, que ça m'avait fait du bien et effectivement de voir que j'ai eu une réaction ! Pas physique parce qu'elle m'a pas serrée la main, elle m'a pas... Mais voilà, j'ai quand j'étais là et que je discutais, je voyais une réaction.

Un lien qui se poursuit

p5 : Même une fois il a été débranché, j'ai demandé à ce qu'on me le mette quoi. J'avais plus rien de... Et bien je n'arrivais pas à voir, du coup... parce qu'ils ne le mettaient pas tout le temps. Moi, je pense qu'il faut demander déjà au moins avant de le débrancher. Moi j'aurais bien aimé qu'il ne le débranche pas.



Conclusion

LES MULTIPLES USAGES D'UN OUTIL

Importance de l'accompagnement dans l'acceptation

A qui appartient la mesure ?

Les nouveaux appareils type ANI GUARDIAN

Limites et forces de l'étude



Merci

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à l'ensemble des participants à cette étude et aux professionnels des services de soins palliatifs du CHU de Lille et du CH de Loos. Merci aux étudiantes Manon Denié et Flore Dusautois. Merci à l'équipe du CIC du CHU de Lille et à l'équipe de chercheurs de METRICS. Sincères remerciements à mes directeurs les Pr Sabot et Pr Puisieux.



Contact

N'hésitez pas à me contacter par e-mail pour toute opportunité ou collaboration.



0362943512



chloe.prod-homme@univ-lille.fr



www.plateforme-recherche-findevie.fr/chercheurs/prodhomme-chloe