



HAL
open science

Apports d'une étude réalisée en devis mixte dans le cadre d'une recherche SHS en oncologie : l'exemple de VIA

Franck Rexand-Galais

► **To cite this version:**

Franck Rexand-Galais. Apports d'une étude réalisée en devis mixte dans le cadre d'une recherche SHS en oncologie : l'exemple de VIA. 11ème Symposium du Réseau Sciences humaines et sociales du Cancéropôle Grand Ouest, Nov 2018, ANGERS, France. hal-02558595

HAL Id: hal-02558595

<https://hal.science/hal-02558595>

Submitted on 29 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Apports d'une étude réalisée en devis mixte dans le cadre d'une recherche en SHS en oncologie : l'exemple de VIA »
Franck Rexand-Galais

Présentation du 09 Novembre 2018

CGO Grand Ouest – Réseau SHS

VIA : une recherche en cours depuis 2017

- VIA = Vécu des Infirmiers et Aides-soignants dans un service d'oncologie thoracique.
- Trois référents :
 - José Hureaux, PH, Responsable de l'Hôpital de Jour-Semaine de Pneumologie, CHU Angers, Inserm UMR_S 1066/CNRS 6021
 - Benoit Maillard, Centre fédératif Douleur, soins de support, CHU Nantes, EA 4050
 - Franck Rexand-Galais, MCF en Psychologie clinique et pathologique, Université d'Angers, BePsylab
- Les résultats de l'études n'ont pas encore tous été traités : Premières données.

Rationnel

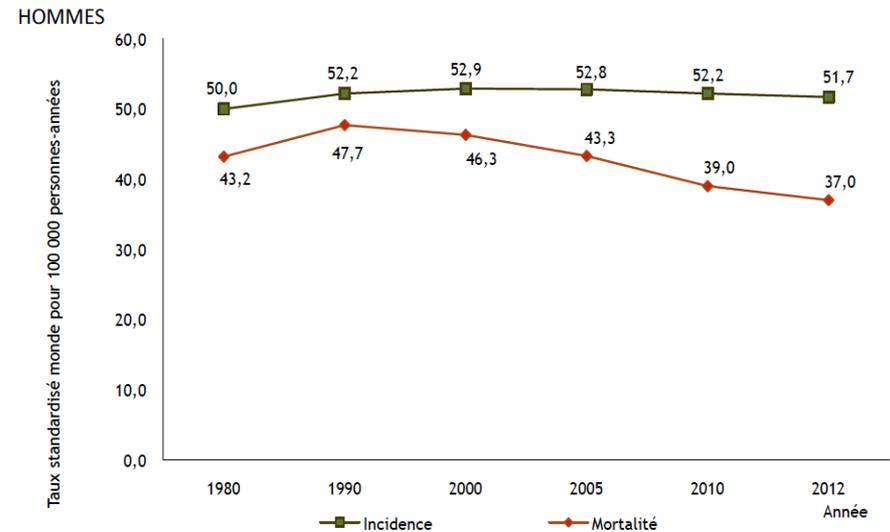
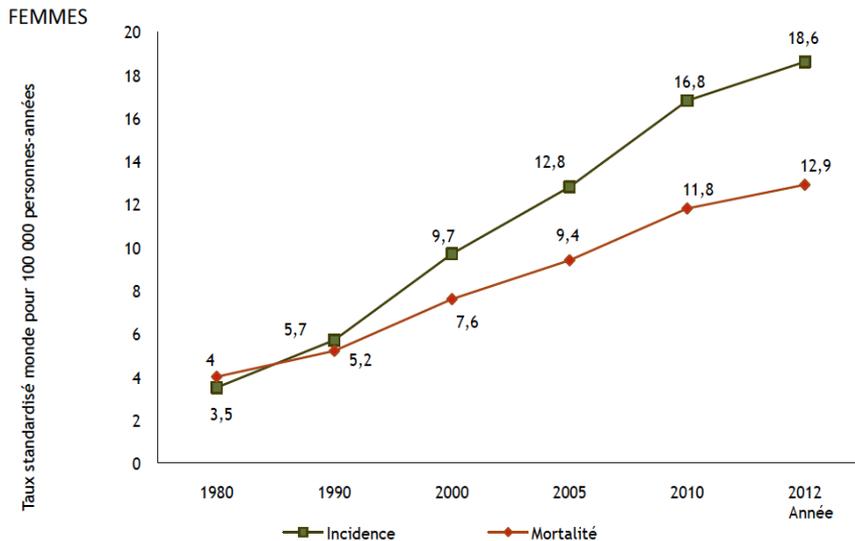
- Le cancer bronchique est actuellement la première cause de décès par cancer en France pour les 2 genres confondus. L'épidémiologie de cette maladie évolue.
- Chez l'homme, l'incidence du cancer du poumon est quasiment stable depuis 1980. Le taux d'incidence standardisée a augmenté de 0,1 % par an entre 1980 et 2012 (50 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 contre 51,7 cas en 2012). Une tendance à la baisse est constatée depuis 2005 (en moyenne - 0,3 % par an).

Rationnel

- Chez la femme, l'incidence du cancer du poumon est en forte augmentation depuis 1980. Le taux d'incidence standardisé croît de 5,3 % par an entre 1980 et 2012 (3,5/100 000 en 1980 contre 18,6/100 000 en 2012) et de 5,4 % par an entre 2005 et 2012. On considère que le risque cumulé de développer cette pathologie est équivalent chez les hommes et les femmes nés à partir de 1970.

Rationnel

[Figure 8] Évolution de l'incidence et de la mortalité [taux standardisé monde estimé] par cancer du poumon selon le sexe de 1980 à 2012

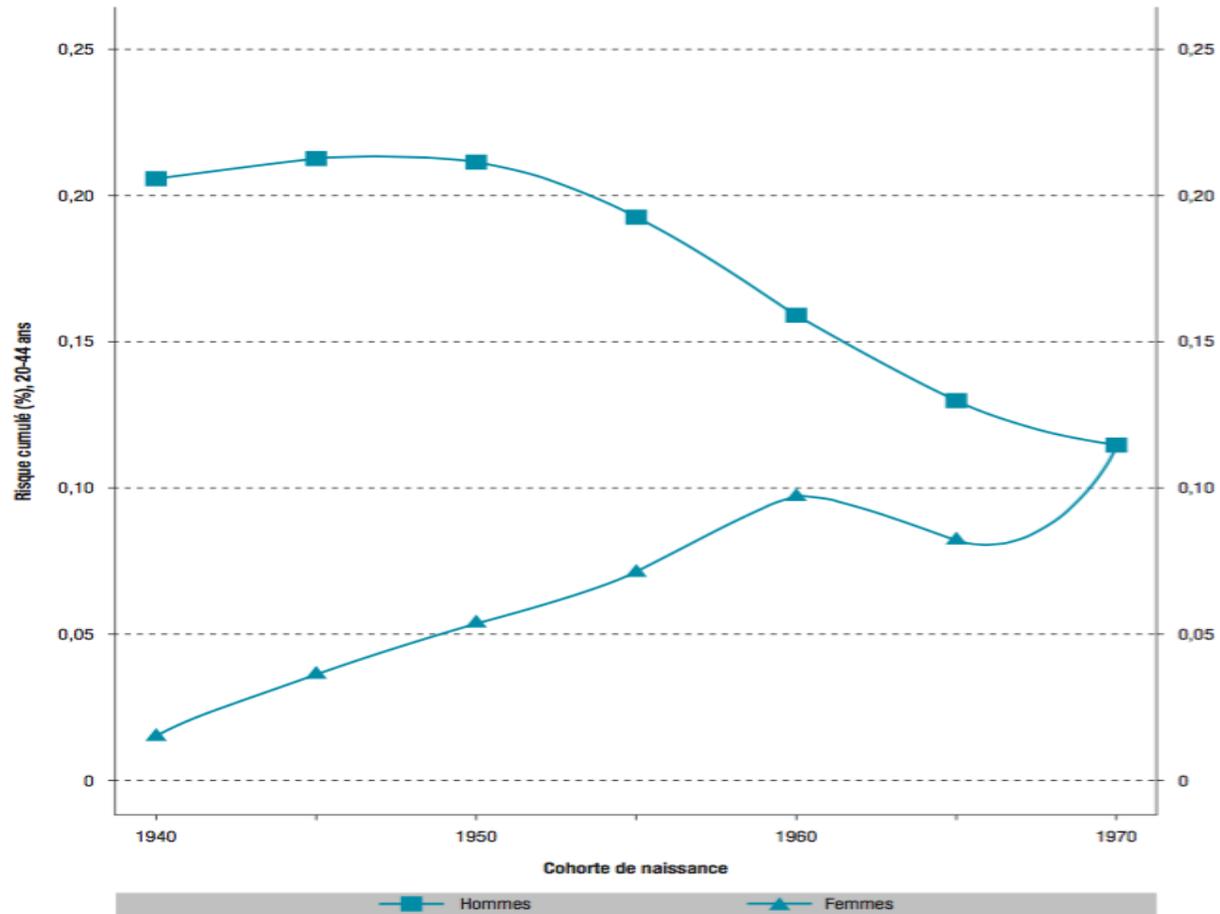


Sources: [Binder-Foucard F, 2013.]. Traitement: INCa 2013

Rationnel

Figure 2

Risque cumulé de cancer du poumon chez les hommes et les femmes âgés de 20 à 44 ans sur la période 1982-2012, France (données de six registres de cancer)



ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DU CANCER DU POUMON EN FRANCE CHEZ LES JEUNES ADULTES ENTRE 1982 ET 2012

// INCIDENCE TRENDS OF LUNG CANCER AMONG YOUNG ADULTS IN FRANCE FROM 1982 TO 2012

Julia Gilhodes^{1,2}, Aurélien Belot^{1,2,3}, Anne-Marie Bouvier^{4,5}, Laurent Remontet², Patricia Delafosse^{4,5}, Karine Ligier^{4,7}, Agnès Rogel¹ (a.rogel@invs.sante.fr)

Hypothèse

- L'évolution actuelle de l'épidémiologie du cancer bronchique, marquée par l'augmentation rapide du nombre de femmes parmi les patients, pourrait avoir un impact sur le vécu des infirmiers et des aides-soignants dans les services d'oncologie thoracique

Hypothèse

- Typiquement, la mort de patients jeunes constitue un problème pour le praticien. C'est le cas aussi des patients auxquels les soignants sont amenés à s'identifier. La proximité du professionnel avec certaines des caractéristiques biographiques personnelles du patient ou de sa famille sont fréquemment des facteurs d'identification et de projections pour les jeunes internes. Chez tous les soignants, l'identification au patient est source d'attachement à ce dernier, et, en cas de décès, le soignant est alors particulièrement affecté (Zolesio E. (2013). Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens in : Schepens F., Les soignants et la mort. Toulouse : ERES, p. 91-104.; 2013).
- Soutenant la thèse qu'une identification ajustée au patient peut être un élément constitutif du soin de qualité, Catherine Marin indique les risques d'une identification inadaptée tant pour le professionnel que pour le patient qui se trouve au sein d'une confusion (Marin C. (2018). Empathie et vulnérabilité. Accueillir une détresse jusque-là sans mot », Jusqu'à la mort accompagner la vie, 2 (N° 133), p. 95-104)

Hypothèse

- Du côté du professionnel confronté à la maladie grave et à l'accompagnement jusqu'au décès, il existe un risque renforcé d'échouer dans ce travail complexe réalisé par le soignant.
- Laporte et Vonarx (Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux. Revue internationale de soins palliatifs 2015;30:149-56) ont identifié :
 - les conflits de rôles entre l'accompagnement des patients dans le soin et l'aide au lâcher-prise ;
 - les conflits entre professionnels quant à l'organisation de la prise en charge ;
 - L'élaboration nécessaire de la culpabilité et de sentiments intenses (notamment déception et frustration) éprouvés dans l'accompagnement à la mort sous peine de voir s'installer une fatigue professionnelle ;
 - la confrontation à sa propre finitude

Population

- Services d'oncologie thoracique du département 49 :
 - CHU
 - CH Saumur
 - CH de Cholet
 - Clinique Village Santé Trélazé

Méthode en devis mixte

- « Devis » = plan qui précise les différentes stratégies qui seront utilisées et les étapes qui seront suivies pour effectuer une étude de qualité (Burns et Grove, 2006).
- Un « devis mixte » combine, dans la même étude, des approches de recherche différentes et, plus spécifiquement, des langages et des paradigmes, ainsi que des stratégies quantitatives et qualitatives (Johnson et Onwuegbuzie, 2004).
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A. J. (2004). *Mixed methods research : A research paradigm whose time has come*. Educational researcher, 2004 ; 33 (7), 14-26.
- Burns, N., Grove, S.K. (2006). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique & Utilization* (5th edition). St. Louis : Elsevier.

Méthode en devis mixte

- Temps 1 :
 - Les soignants ont reçu un formulaire les incitant à décrire une situation répondant à la consigne : « Pourriez-vous relater une situation difficile où vous avez accompagné un patient dans le cadre d'une prise en charge jusqu'à la fin de vie ? ».
 - Ils répondent à la Ways of Coping Checklist et la Jefferson Scale of Physician Empathy.

Méthode en devis mixte

- Temps 2 :
 - Les soignants sont reçus par un chercheur quelques jours plus tard. Après des questions portant sur le parcours de la personne (âge, ancienneté, expériences ...) et son rapport au registre émotionnel dans le cadre du service, les entretiens débutaient par une reprise de la question : « Pourriez-vous relater une situation difficile où vous avez accompagné un patient dans le cadre d'une prise en charge jusqu'à sa fin de vie ? ». Des questions ouvertes portant sur une exploration de l'événement, les émotions, leur traitement sont proposées puis des questions en lien avec l'accompagnement des patients jusqu'au décès = structuration du questionnaire conforme à une approche de type « psychologie de la santé (vécu, coping, défenses ...).
 - L'entretien se clôture par la passation du Maslach Burnout Inventory (MBI).

Méthode en devis mixte

- Temps 3 :
 - Questions sur le vécu en lien avec l'accompagnement des patients jusqu'au décès.
 - Reprise du protocole de Ronayne C. A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25:90-8)
 - = Approche phénoménologique
 - = Mobilisation du référent psychanalytique

Analyse en devis mixte

- Données quantitatives :
 - Analyse quantitative comparée : positionnement de la population étudiée
 - Maîtrise de certaines variables (ex. : MBI échelle de d' « épuisement émotionnel »)
 - Re-contextualisation de variables : ex. du coping centré sur le problème en situation générale (WCC) vs en situation de travail (Entretien)

Analyse en devis mixte

- Analyse catégorielle thématique. Suivant A. Bardin [L'analyse de contenu, 2013, 2^e édition), une analyse verticale avec relecture neutre et objective des entretiens pour extraire tous les thèmes abordés au cours des entretiens.
- L'analyse a été réalisée jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouveaux thèmes émergents aux cours des deux derniers entretiens. Un codage a pu ainsi être produit en unités d'enregistrement thématiques : personne concernée (= patient) / événement critique (contexte de l'événement) / personnes indexées (= famille, équipe, médecin ...) / ressenti (face au débordement-menace) / stratégies de coping / effet.

Analyse en devis mixte

- Une Analyse Cognito-Discursive (ACD) réalisée à l'aide du logiciel Tropes. Dans la lignée de l'analyse thématique et complétant l'Analyse Propositionnelle du Discours (APD) dont elle intègre les procédures, l'ACD met en perspective le discours exploré avec des bibliothèques sémantiques prédéfinies et analyse sur cette base les univers de références. L'ensemble des univers de références est désigné comme un « scénario » dans Tropes.

Analyse en devis mixte

- Pour produire son analyse, Tropes isole des référents dit « noyaux » (substantifs, pronoms, etc. regroupés sous forme de classe), car au fondement du discours, et des propositions exemplaires intégrant ces référents et témoignant du modèle argumentatif des locuteurs (notamment leur style discursif).

Analyse en devis mixte

- Cette analyse permet ainsi d'isoler des liens qui n'apparaissent pas nécessairement au moment de l'analyse thématique, voire de valider ceux-ci en retirant à l'analyste du discours sa subjectivité dans la production des unités et même de les invalider si la subjectivité de l'analyste a impacté son découpage du discours. En restituant l'univers de référence des locuteurs, mettant à plat sa structure argumentaire et ses styles, l'ACD permet de restituer sur la base de son discours comment l'information est perçue, traitée et interprétée par un locuteur ou un ensemble de locuteurs.

Premiers résultats

- **Population enquêtée :**
- 29 IDE et 4 AS soit respectivement 46 % et 11 % de la population de référence ont accepté de participer.
- La population enquêtée avait un âge moyen de 35,6 ans (écart-type 9,8 ans), une ancienneté moyenne dans la fonction de 6,8 ans (écart-type 3,2 ans) et une ancienneté moyenne dans l'exercice du métier de 13,1 ans (écart-type 3,2 ans).

Premiers résultats

- **Données quantitatives :**
- Résultats standards
- Les résultats qualitatifs ne sont donc pas sous influence d'une perturbation dans l'un des éléments constitutifs de l'empathie ou du « burn-out » ni à une stratégie défensive inadaptée.

Résultats

- Exemple : Résultats comparés au MBI

Modalités	Moyenne constatée	Moyenne de référence (1)	Ecart-type constaté	Ecart-type de référence (1)
Épuisement émotionnel	14,08	13,57	6,20	7,57
Dépersonnalisation	3,20	3,30	4,37	3,74
Accomplissement personnel	37,20	36,86	6,71	8,37

- (1) : Le Ray-Landrein F, Gillet N, Colombat P, Dubourg P. Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho Oncologie* 2016;10:211-19.

Premiers résultats

- **Données qualitatives / quantitatives :**
- Hypothèse de départ partiellement invalidée :
 - Profil 1 = un homme entre 40 et 60 ans = 36 %
 - Profil 2 = une femme de moins de 40 ans = 27 %
 - Profil 3 = une femme entre 50 et 60 ans = 18 %
- Le profil central est : féminin (âge : 37 ans)
- Hypothèse à re-contextualiser cependant

Premiers résultats (Analyse thématique)

- Contexte 1 (36 % des cas) : une situation de désaccord dans la prise en charge, par ordre d'occurrence : médecin / soignant concerné, soignant concerné / reste de l'équipe, équipe palliative/médecin, médecin (dont médecin extérieur au service) / médecin, entre membres l'équipe). Dans le cadre de la prise en charge, le soignant est par exemple en désaccord avec le médecin sur ce qui peut être dit ou pas au patient, a le sentiment que son avis n'a pas été pris en compte dans l'organisation de la prise en charge. Il peut être confronté à une absence de convergence de deux avis médicaux. Lorsqu'il s'agit de collègues soignants, un désaccord a pu se mettre en place sur ce qui pouvait/devait être dit au patient. Cette situation est créatrice de dissonances dans l'accompagnement jusqu'au décès

Résultats (Analyse thématique)

- Verbatim exemplaire : « Une patiente arrive dans le service pour surdosage au paracétamol. Elle est douloureuse, perturbée et surtout très douloureuse. Vu les besoins en oxygène (9 L d'oxygène), réticence à la mettre sous morphine. Elle demande à être soulagée. Une sollicitation d'avis est faite aux Soins palliatifs : Morphine 30 mg. Le médecin du service refuse de suivre l'avis des soins palliatifs. Le médecin n'était pas en accord avec la prise en charge proposée. La patiente est douloureuse ++++. Je ressens un sentiment d'impuissance face au médecin. Je me sens mal. »

Résultats (Analyse thématique)

- Contexte 2 (27 %) : une situation de prise en charge contrainte perturbant le positionnement professionnel. Le caractère problématique de la situation a été identifiée en amont par le soignant mais aucune solution n'a pu être trouvée. Un premier cas de figure ressort : la personne prise en charge appartient le plus aux cercles de socialisation du patient. Elle est soit connue antérieurement même vaguement : une collègue d'un ancien service, une personne qui a fréquenté le même club de sport, une mère ayant des enfants dans la même école que celui ou ceux de la soignante ...). Soit elle est inconnue, mais la durée de la prise en charge va révéler l'existence d'une proximité indirecte via des réseaux amicaux communs.

Résultats (Analyse thématique)

- Le deuxième cas de figure est que la patiente présente des caractéristiques (propres ou liées à son entourage) voire qu'elle relève de stéréotypes qui perturbent le soignant dans son positionnement. Il s'agit alors majoritairement d'un professionnel de santé dont on suppose qu'il en sait davantage que soi sur la maladie et son issue ou d'une personne appartenant à un univers dissocié de l'univers d'appartenance du soignant mais bénéficiant soit d'une valorisation (catégorie socio-professionnelle élevée), soit d'une dévalorisation parce que l'on anticipe sur le fait que les conditions de prise en charge vont être difficiles voire compliquées pour des raisons socio-culturelles (par exemple, patient se présentant avec de membres de sa famille).

Résultats

- Verbatim exemplaire : « Il s'agit d'une collègue infirmière que j'avais croisé dans un service il y a plusieurs années. Pas de réel souvenir d'avoir pratiqué avec elle. On avait sans doute passé trop peu de temps ensemble pour avoir une complicité. Mais je l'identifiais bien dès son arrivée. Je ne souhaitais pas la prendre en charge ... On avait le même âge, j'avais un sentiment vague de connaissance et l'idée qui a été validée ensuite que nous avions des enfants du même âge ... Il n'y a pas eu d'autres solutions car elle est arrivée sur le temps du midi. Cette "collègue" est décédée dans l'année en cours en raison de métastases cérébrales d'une façon brutale car très rapide. J'ai le sentiment de n'avoir ni pu ni su l'accompagner. Je n'aurais pas vu cela se passe comme cela ».

Résultats (Analyse thématique)

- Contexte 3 (20 %) : une situation de débordement dans la prise en charge. Au cours de la situation, le soignant est confronté à un contexte qui le déborde physiquement d'abord de façon imprévisible et brutale : la chute d'un patient que le soignant n'arrive pas à relever, des syncopes successives, l'agressivité soudaine du patient ... Le débordement peut aussi être d'emblée psychique : mort soudaine au cours d'un transport, sidération immédiate devant l'attitude ou les propos d'un proche du patient ...

Résultats (Analyse thématique)

- Le débordement peut être enfin cognitif : le soignant éprouve le sentiment que sa charge de travail est trop importante, il ne se sent pas en mesure d'accompagner correctement le patient et est alors envahi par un sentiment de mal-être. Dans 30 % des cas, le contexte 3 relève d'un débordement émotionnel du soignant sans lien immédiat apparent avec une prise en charge vécue comme non contrainte. Le soignant va par exemple pleurer devant le patient en raison de tensions qui lui sont propres, fréquemment dans le cadre d'un échange verbal ; la sensibilité du soignant paraît alors accentuée sous l'effet de ses tensions (différents avec la cadre ou le médecin, différents dans l'équipe, difficultés conjugales et familiales).

Résultats (Analyse thématique)

- Verbatim exemplaire : « Un monsieur de 60 ans sort d'une chimio. Néo pulmonaire. Sa Prise en charge est très insuffisante au niveau douleur et il présente une souffrance morale. Le patient va exprimer son désir de mourir à son épouse. Son épouse est plus jeune et seule face à la situation. Le patient est décédé soudainement alors que je l'accompagnais à un soin. Brutalement. Je me suis identifiée à sa femme et j'ai eu honte des conditions de son décès. Je n'aurais jamais voulu cela pour eux. J'en ai voulu au médecin de ne pas avoir interrompu le soin, de ne pas avoir permis qu'il meure sereinement ».

Résultats (Tropes)

- Tropes (Sc1) associe « désaccord » / « dissonance » et permet en outre d'isoler que le patient lui-même peut être la cause de la dissonance. La référence sémantique « déni » qui n'avait pas été identifiée dans l'analyse thématique ressort ainsi, ex. : « le patient est dans le déni. Face à lui, je me sens mal ».
- Tropes produit en outre une distinction entre l'accompagnement et les conditions du décès en repérant que les soignants produisent une vision qualitative du décès et pas seulement de l'accompagnement (ex. : « son décès a été serein », « les conditions de son décès ont été catastrophiques, il n'y a eu aucune sérénité » ... Dans leur conception de l'agonie, « soudain » s'oppose à « serein ».

Résultats (Tropes)

- Tropes (Sc3) permet d'objectiver statistiquement ce que l'analyse thématique et l'entretien complémentaire avaient permis d'envisager. En première position, ressort la figure de l'homme âgé, qu'il soit entouré ou pas : « j'ai été touché par la dimension affective entre cet homme âgé et son petit-fils », « j'avoue que je pense à mon père à travers eux », « je me dis que ces hommes pourraient être mon père » ... Cette occurrence est suivie de celle de la femme-mère : qu'elle soit la mère mourante, la mère du mourant ou de la mourante, la femme mère de famille et épouse du mourant : « je suis sensible à la situation des mères qui laissent leurs enfants. Ma mère est morte quand j'avais ... ». Les enfants arrivent ensuite comme troisième thème signifiant, ne renvoyant pas cette fois aux propres parents du sujet mais à une situation clairement identificatrice comme les trois premières propositions exemplaires permettent de le penser : « les patients ayant des enfants en bas âge me touchent » (verbatim d'une enquêtée mère de jeunes enfants), « nous avons des enfants du même âge », « son aîné avait l'âge que le mien va bientôt atteindre »

Conclusion

- Devis mixte :
 - Quali/quantitative : Renforcement de la valeur interne de l'étude (Clinique « armée »)
 - Approche pluri-paradigmatique : Renforcement de l'intérêt inter/transdisciplinaire
 - Sur le plan de la valorisation de la recherche : Dispositif apportant une réponse au 1/1 (étude/publi), sans tronçonnage et permettant des publications connexes dans le cadre de protocoles validés.