

La douleur en soins palliatifs

Les médecines complémentaires et alternatives
pour diminuer les douleurs et améliorer la qualité
de vie

Revue de littérature étoffée

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science
HES-SO en soins infirmiers

Par

Raemy Liska

Promotion 2008-2011

Sous la direction de Madame Jessica Graber

Haute Ecole de santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

**« Pas d'idée sur la douleur. Chaque patient fait la sienne, et
le mal varie, comme la voix du chanteur, selon
l'acoustique »**

Alphonse Daudet, *La Douleur*

(Cité par Chauffour-Ader & Daydé, 2008, p.21)

Résumé

Malgré les techniques d'évaluation et de gestion médicamenteuse des douleurs cancéreuses en soins palliatifs, les douleurs persistent.

But : Le but premier de cette revue de littérature est d'identifier les ressources possibles pour gérer les douleurs persistantes en soins palliatifs. Un deuxième objectif est de démontrer que certaines médecines complémentaires et alternatives sont utiles et efficaces et qu'elles permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes en fin de vie.

Méthode : Ce travail est un recensement des connaissances et des écrits sur le thème des médecines complémentaires et alternatives. Les études ont été trouvées dans diverses banques de données (PubMed, Cochrane Library, Nursing Quarterly, BDSP) et synthétisées dans une grille.

Population cible : Adultes et personnes âgées (> 18 ans)

Résultats : Les résultats ont démontré qu'il existe des médecines complémentaires et alternatives efficaces pour les patients ayant un cancer avancé et souffrant de douleurs. Cependant, le principal frein à l'utilisation de ces thérapies est le manque de connaissances sur ce sujet des professionnels de la santé.

Conclusion : Les médecines complémentaires et alternatives ne sont que trop peu étudiées à l'heure actuelle. Il y a un besoin évident de recherches dans ce domaine et particulièrement pour cette population cible.

Mots clés : Pain, Palliative Care, End of life, Neoplasms, Quality of life, Complementary Medicine, Alternative Medicine.

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier ma directrice de Bachelor Thesis, Madame Jessica Graber pour son suivi, son encadrement, ses conseils constructifs et son soutien qui m'ont été d'une grande aide.

Je remercie, également, Monsieur Frédéric Fournier pour le temps qu'il m'a consacré et pour son aide précieuse au début de mon travail. Il a su pousser mon questionnement en vue d'élaborer cette revue de littérature.

Un grand merci à toute l'équipe des soins palliatifs de Châtel-Saint-Denis pour leur partage de connaissances et d'expériences. Grâce à eux, l'élaboration de cette revue de littérature m'a été plus facile.

Mes derniers remerciements s'adressent à mes camarades de classe pour leur soutien et leurs conseils tout au long de l'écriture de mon Bachelor Thesis.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
1. Motivations.....	8
2. Etat des connaissances.....	9
3. Définitions des termes du travail.....	11
3.1 La douleur.....	11
3.2 L'évaluation de la douleur.....	11
3.3 Le cancer.....	12
3.4 Les soins palliatifs.....	13
3.5 Les médecines complémentaires et alternatives.....	14
4. Problématique.....	16
4.1 Question de recherche.....	16
4.2 Objectifs et buts poursuivis.....	16
5. Cadre de référence.....	17
5.1 La théorie de l'Humaindevenant de Rose-Marie Rizzo Parse.....	17
5.1.1 <i>Le sens</i>	17
5.1.2 <i>La rythmicité</i>	18
5.1.3 <i>La transcendance</i>	18
5.2 La qualité de vie.....	19
6. Méthode.....	21
6.1 Argumentation de l'adéquation du devis.....	21
6.2 Critères d'inclusion.....	22
6.3 Critères d'exclusion.....	22
6.4 Résultats des stratégies de recherche.....	23
6.4.1 <i>Stratégie 1</i>	23
6.4.2 <i>Stratégie 2</i>	23
6.4.3 <i>Stratégie 3</i>	24
6.4.4 <i>Stratégie 4</i>	24
6.4.5 <i>Stratégie 5</i>	24
6.4.6 <i>Stratégie 6</i>	25
6.4.7 <i>Stratégie 7</i>	25
6.4.8 <i>Stratégie 8</i>	25
6.4.9 <i>Stratégie 9</i>	26
7. Résultats.....	27
7.1 Les médecines complémentaires et alternatives pour améliorer la qualité de vie.....	27
7.2 Soulager les douleurs avec les médecines complémentaires et alternatives.....	30

7.3	Les médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs.....	32
7.4	L'efficacité et les avantages des médecines complémentaires et alternatives.....	35
8.	Discussion.....	38
8.1	Analyse et critique des recherches sélectionnées.....	38
8.2	Discussion des résultats.....	39
8.2.1	<i>Les médecines complémentaires et alternatives pour améliorer la qualité de vie.....</i>	<i>39</i>
8.2.2	<i>Soulager les douleurs avec les médecines complémentaires et alternatives.....</i>	<i>41</i>
8.2.3	<i>Les médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs.....</i>	<i>43</i>
8.2.4	<i>L'efficacité et les avantages des médecines complémentaires et alternatives.....</i>	<i>44</i>
8.3	Réponse à la question de recherche.....	48
8.4	Limites de l'étude.....	48
9.	Conclusion.....	49
9.1	Implication et recommandations pour la pratique.....	49
9.2	Recherches futures.....	50
9.3	La méthodologie de recherche de Parse.....	51
9.4	Apprentissages.....	52
	BIBLIOGRAPHIE.....	53
	ANNEXES.....	56

INTRODUCTION

« La douleur est une des plus importantes et des plus anciennes préoccupations de l'Humanité. (...) Aujourd'hui, la douleur est d'actualité faisant grand bruit dans les médias, dénoncée pour être mieux soulagée...! » (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), 2009, p.124).

Le soulagement de la douleur constitue une composante essentielle de la qualité des soins dans les établissements de santé. Cependant, malgré toutes les techniques d'évaluation et de gestion médicamenteuse des douleurs en soins palliatifs, elles persistent. Dans son article, Saunders (1999) constate que 70% des patients souffrant d'un cancer ont des douleurs qualifiées de sévères en phase terminale et cela malgré la prise d'antalgiques.

Cette revue de littérature va permettre d'identifier les alternatives, en particulier les thérapies complémentaires et alternatives (CAM), que les professionnels de la santé peuvent mettre en place afin de pallier aux douleurs. Des études ont déjà été réalisées, montrant l'effet bénéfique que la médecine alternative et complémentaire peut avoir sur les douleurs des personnes en fin de vie. Dans leur article, Boegli & Cabotte (2006) expliquent que les 94 patients souffrant d'un cancer, qui ont reçu un massage quotidien, démontrent une amélioration des symptômes gênants. Le massage leur apporte une relaxation et améliore leur bien-être. 44% des participants ont déclaré qu'il agissait sur leur anxiété et 17% sur leurs douleurs.

Cette revue de littérature étoffée permettra d'identifier les diverses alternatives qui s'ouvrent aux soignants pour soulager au mieux les douleurs en milieu palliatif. Le but est aussi de démontrer que les médecines complémentaires et alternatives sont efficaces et utiles.

1. Motivations

Pour ce travail de Bachelor Thesis, j'ai choisi le thème des soins palliatifs car durant mes diverses expériences professionnelles j'ai souvent été confrontée à des situations de fin de vie. Je me suis posée beaucoup de questions concernant le soulagement des douleurs et la qualité de vie de ces patients. De plus, j'ai effectué mon stage final dans une unité de soins palliatifs. Lors de cette formation pratique, j'ai vécu une situation particulièrement difficile. Il s'agissait d'une femme de 79 ans qui souffrait d'un carcinome mammaire en phase terminale avec mastectomie totale. Elle présentait, également, un lymphoedème du membre supérieur droit. Cette dame avait de fortes douleurs à son bras droit. En effet, un simple effleurement semblait insupportable pour elle. Un traitement de méthadone avait été mis en place pour soulager les douleurs car la morphine lui provoquait beaucoup d'effets indésirables, en particulier des cauchemars et des hallucinations. Malgré de grandes doses de méthadone, les douleurs étaient toujours présentes, c'est pourquoi une rotation d'opiacés a été effectuée. Les traitements médicamenteux ne semblaient pas faire effet ; le médecin a essayé la méthadone, le fentanyl ou encore la kétamine avec un dosage toujours très élevé. L'équipe soignante se sentait désemparée et impuissante face à cette situation. Les derniers jours de vie de cette dame ont été très difficiles. Ses douleurs se sont généralisées et une simple caresse était insoutenable. Nous ne pouvions même pas la masser pour la soulager et les soins de confort étaient quasi impossibles car elle semblait très douloureuse au moindre mouvement. Cette patiente s'en est allée après deux semaines. Deux semaines de terribles souffrances, laissant le personnel soignant impuissant.

Cette situation m'a beaucoup touchée et fait réfléchir. Ma motivation pour ce travail de Bachelor Thesis a principalement été puisée dans cette situation.

Le traitement médicamenteux n'était pas efficace mais quelles autres ressources aurions-nous pu avoir ? Dans l'unité de soins palliatifs où j'ai effectué mon stage, il existe diverses thérapies complémentaires comme les massages, l'aromathérapie ou encore l'art-thérapie. Néanmoins, dans cette situation, nous ne pouvions pas faire appel à ces dernières. Comment aurions-

nous pu soulager les douleurs et améliorer la qualité de vie de cette personne ? Je pense qu'il est essentiel d'aborder cette thématique car j'ai pu remarquer que les douleurs sont difficiles à gérer dans ce milieu et que la douleur est ressentie différemment chez chaque individu. Il est, par conséquent, primordial, en tant que professionnel de la santé, de mettre tout en œuvre afin que les patients souffrent le moins possible. Pour cela, je pense qu'il est utile et nécessaire de trouver d'autres ressources non médicamenteuses et d'informer les soignants des alternatives possibles.

2. Etat des connaissances

La douleur est un problème majeur en soins palliatifs. Des statistiques démontrent « (...) que près de 50% des patients atteints de cancer souffrent de douleurs au cours de l'évolution de leur affection et que ce chiffre culmine à 80% pour les patients en fin de vie » (Muller, Metzger, Schwetta & Walter, 2007, p.257). Certains auteurs (Chauffour-Ader & Daydé, 2008) expliquent même que (...) la douleur concerne jusqu'à 90% des patients (ce chiffre est variable en fonction des études réalisées, mais tout à fait superposable, voire inférieur à la réalité rencontrée dans une unité de soins palliatifs où il est proche de 100%) (p.139).

En 2007, 16'022 décès sur 100'000 habitants étaient dus à une tumeur maligne. « Le nombre de nouveaux cas de cancer et celui des décès sont en constante augmentation étant donné le vieillissement de la population » (Office fédérale de la santé [OFS], 2010). De plus, comme le cite l'OFS (2010) le cancer est la deuxième cause de mortalité dans notre pays (26% en 2007), la première cause étant les maladies cardio-vasculaires.

Dans son article, Schaefer Bitros (2007), explique que la douleur affecte chaque personne différemment et qu'elle est, par conséquent, individuelle. De plus, la douleur est complexe car « elles mêlent quatre composantes indissociables : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale » (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs [SFAP], 2009, p.124). Il est évident que seule la personne qui se plaint peut exprimer et verbaliser l'intensité de ses douleurs. C'est pourquoi, des échelles d'évaluation

ont été mises en place afin de mesurer leur intensité et de pouvoir ainsi administrer au patient un traitement antalgique adéquat. Cabot, Le May & Besner¹ (2007), ont réalisé une revue de littérature qui démontre la validité et la fiabilité de ces outils d'évaluation. Ils expliquent que le soulagement de la douleur chez les personnes en fin de vie n'est pas toujours optimal malgré toutes les échelles d'évaluation qu'il existe à ce jour. Schaefer Bitros (2007) précise que certains facteurs tels que l'âge, la personnalité, la perception ainsi que la tolérance à la douleur et les expériences passées avec cette dernière doivent être considérés cette évaluation. Elle explique que certains facteurs peuvent influencer la manière dont la douleur peut affecter un individu. Par exemple, la peur, les soucis ou encore la sensation de mort imminente peuvent abaisser la tolérance à la douleur tout comme l'insomnie ou la fatigue. Au contraire, le repos, le sommeil, les conseils ou le soutien peuvent augmenter la tolérance à la douleur.

Wootton² (2004), démontre dans sa revue de littérature qu'il existe des alternatives médicamenteuses (fentanyl, kétamine, méthadone) à la morphine qui est l'antalgique principal en soins palliatifs. Ces traitements démontrent une antalgie équivalente à celle de la morphine.

Néanmoins, malgré les progrès de la médecine dans l'évaluation de la douleur et dans l'adaptation des traitements médicamenteux, les douleurs des personnes en fin de vie persistent. La réalisation de cette revue de littérature semble, par conséquent, pertinente afin de démontrer qu'il existe d'autres moyens pour pallier aux douleurs des personnes en milieu palliatif.

Afin de donner des soins de meilleure qualité, les infirmiers (ères) doivent connaître les traitements alternatifs possibles pour leurs patients.

¹ Annexe C p.84

² Annexe C p. 86

3. Définitions des termes du travail

Certains termes vont être expliqués afin de permettre au lecteur d'être guidé à l'intérieur de cette revue de littérature. Il s'agit des termes principaux du thème de ce travail soit la douleur, l'évaluation de la douleur, le cancer, les soins palliatifs et les médecines complémentaires et alternatives.

3.1 La douleur

Il est essentiel de différencier la douleur de la souffrance. La douleur a été définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en rapport avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme telle ». (L'International Association for The Study of Pain (IASP) cité par la SFAP, 2009, p.124.) Quant à la souffrance, elle est définie comme telle :

(...) expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de l'être (Formarier & Jovic, 2009, p.252).

Selon la Ligue Suisse contre le cancer (2008), les deux tiers des personnes atteintes d'un cancer ressentent des douleurs. Elle explique également qu'il existe différents types de douleurs :

- Douleurs directes: provoquées par la tumeur elle-même, par exemple lorsqu'elle appuie sur un nerf.
- Douleurs indirectes: apparaissent en cas de complications comme une infection ou suite à un traitement (chimiothérapie, intervention chirurgicale).
- Autres douleurs: les douleurs psychiques peuvent aussi déclencher des douleurs physiques.

3.2 L'évaluation de la douleur

Hadji cité par Formarier & Jovic (2009) définit l'évaluation comme telle: « Evaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé) et un référent pour produire l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions.» Formarier & Jovic (2009) précisent que « c'est

porter un jugement de valeur, à partir d'un outil de mesure, dans le but de prendre une décision. L'évaluation est un outil de communication permettant d'établir un diagnostic » (p.180).

Chauffour-Ader & Daydé expliquent qu'évaluer et prévenir la douleur est tout d'abord un témoignage des soucis d'une personne douloureuse qui attend des soignants qu'ils prennent soin d'elle. La douleur isole généralement les patients. « La démarche d'évaluation va leur permettre de mettre leur douleur en mots, en gestes... et de maintenir un lien dans la communication, que la douleur a parfois tendance à étouffer » (Chauffour-Ader & Daydé, 2008, p.55).

« Des échelles validées, c'est-à-dire donnant des résultats reproductibles, sensibles, fiables et spécifiques, sont à disposition des équipes de soins » (Chauffour-Ader & Daydé, 2008, p.62). Elles prennent en compte l'âge des patients ainsi que la capacité ou non à utiliser les outils d'évaluation proposés. Etant donné que la douleur est subjective, les échelles doivent être utilisées à chaque fois que cela est possible.

L'évaluation de la douleur est un concept argumenté en référence à la science infirmière et à la pratique professionnelle. Cette évaluation relève du rôle propre des infirmiers (ères). L'article R. 4311-2 du Code de la santé publique, cité par Chauffour-Ader & Daydé (2008), précise qu'un des buts des soins infirmiers est de « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage » (p.56).

3.3 Le cancer

Dans son ouvrage, Marieb (2005) explique que dans tous nos tissus se trouvent des mécanismes de contrôle. Leur rôle est de garder un nombre constant de cellules dans l'organisme. Cependant, lorsque les mécanismes normaux de régulation n'ont plus d'effet sur la division cellulaire, un cancer peut débuter. Les cellules vont, par conséquent, se reproduire de façon excessive et donner

naissance à une masse anormale, appelée néoplasme. On parle de tumeur bénigne si ces cellules restent localisées, c'est-à-dire qu'elles ne se propagent pas dans les tissus voisins. Au contraire, si elles s'infiltrent dans des autres tissus il y aura désorganisation de leur fonction et il s'agira d'une tumeur maligne. Les cancers sont donc des néoplasmes malins, c'est-à-dire des masses à croissance très rapide, qui peuvent engendrer la mort.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (1997), « le cancer peut, du seul fait de sa présence, entraîner des douleurs par :

- infiltration des tissus mous,
- envahissement des viscères,
- atteinte osseuse,
- compression nerveuse,
- lésion nerveuse,
- augmentation de la pression intracrânienne » (p.6).

L'évolution d'un cancer est variable, avec des périodes de rémission d'une durée plus ou moins longue et des rechutes possibles.

3.4 Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (texte de la loi du 9 juin 1999 (France) cité par Formarier & Jovic, 2009).

Une deuxième définition des soins palliatifs est expliquée ci-dessous. Il s'agit de la notion des soins palliatifs selon l'office fédérale de la santé publique (OFSP) :

Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Bien qu'ils soient introduits à un stade précoce, ils interviennent principalement au moment où le diagnostic vital est ou paraît engagé et où les soins curatifs ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins palliatifs visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel (office fédéral de la santé publique, 2010).

Cicely Saunders, infirmière, travailleuse sociale devenue médecin, est l'investigatrice des soins palliatifs modernes. En 1967, elle les a modélisés en Grande-Bretagne au St-Christopher's hospice. Cet hôpital prend en charge les personnes ayant un cancer en phase terminale. Elle organise les soins palliatifs selon deux principes :

- soigner le malade dans sa totalité
- la maladie est un phénomène complexe

Selon l'article de Clark (1999), Cicely Saunders explique que la douleur totale est à la fois la douleur morale, physique, spirituelle et sociale. Le seuil de tolérance de la douleur est différent pour chacun et varie en fonction de certains facteurs. Son idée principale est que si un facteur de la douleur (physique, émotionnel, spirituel ou social) est négligé, la douleur ne peut être soulagée. Par contre, si l'individu est libéré de ses souffrances physiques, il peut alors terminer sa vie en sujet, en acteur de décision. La douleur ne le prive pas du temps qu'il lui reste à vivre.

Cicely Saunders, cité par Clark (1999), explique qu'il y a trois composantes qui définissent la douleur totale :

- la composante physiopathologique
- la composante psychosociale
- la composante spirituelle et philosophique

Ces trois composantes qui s'entremêlent, subissent l'influence de divers éléments de la vie de la personne malade, tels que ses données biographiques, son soutien social et familial, ses croyances et ses valeurs. Les soignants doivent donc les prendre en compte dans leur prise en charge, en particulier aux soins palliatifs où les douleurs sont très présentes.

3.5 Les médecines complémentaires et alternatives

Le site WEB multiple sclerosis international federation définit le terme « alternatif » comme une approche différente de la maladie ou de la santé que celle de la médecine traditionnelle (système parallèle mais différent). Par exemple, une personne peut refuser totalement ou en partie la médecine

conventionnelle et opter pour des thérapies alternatives afin de traiter la maladie. Quant au terme « complémentaire », il l'explique comme étant une thérapie qui est utilisée en plus de la médecine habituelle. Par exemple, en faisant appel à de la méditation, de l'astrologie ou autre, tout en prenant des traitements de la médecine conventionnelle. « Le National Institutes of Health des Etats-Unis a regroupé ces deux notions sous le vocable de médecine complémentaire et alternative. (...) Elles font l'objet d'un regroupement particulier parce qu'elles diffèrent des méthodes et traitements enseignés dans les facultés de médecine » (multiple sclerosis international federation, s.d).

Dans leur ouvrage, Chauffour-Ader & Daydé (2008) expliquent que les traitements médicamenteux ne sont pas toujours efficaces pour pallier aux douleurs mais peuvent être optimisés par des moyens non médicamenteux. « Ces derniers peuvent également présenter le double avantage d'éviter une augmentation des doses de médicaments antalgiques en combinant les approches thérapeutiques, et de réduire ainsi les effets secondaires des médicaments » (Chauffour-Ader & Daydé, 2008, p.93).

« Malgré le peu de recherches effectuées (...), on estime que 30% à 50% des personnes atteintes de cancer utiliseraient une forme de thérapie parallèle ou complémentaire » (Brunner & Suddarth, 2006, p.440). Ils précisent qu'il y a de plus en plus de patients souffrant d'un cancer qui ont recours aux médecines complémentaires et alternatives (CAM), parfois moins coûteuses et plus respectueuses des aspects spirituels.

4. Problématique

4.1 Question de recherche

En s'appuyant sur ce qui précède, sur les bases théoriques de la littérature et en sachant que la douleur en soins palliatifs est une préoccupation actuelle, la question de recherche suivante a été formulée :

Malgré les techniques d'évaluation et de gestion médicamenteuse de la douleur cancéreuse en soins palliatifs, la douleur persiste.

Quelles alternatives s'offrent aux soignants pour gérer au mieux la douleur en soins palliatifs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients ?

4.2 Objectifs et buts poursuivis

Le but de cette revue de littérature est d'identifier les ressources possibles pour gérer les douleurs persistantes en soins palliatifs. Cette démarche permettrait de sensibiliser les infirmières aux diverses alternatives possibles pour leurs patients.

Un deuxième objectif est de démontrer que certaines médecines complémentaires et alternatives (CAM) sont utiles et efficaces et qu'elles permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes en phase terminale. En effet, les CAM, comme le massage, l'aromathérapie ou encore l'acupuncture peuvent atténuer les douleurs chez les patients en fin de vie. Certaines CAM semblent être, par conséquent, de bonnes ressources pour les professionnels de la santé.

5. Cadres de référence

Afin d'avoir une ligne conductrice et une structure tout au long de cette revue de littérature, un concept et un cadre de référence vont être définis et expliqués. Ils serviront de base à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats.

Il s'agit de la théorie de l'Humaindevenant et le concept de qualité de vie qui sont deux éléments complémentaires et indissociables.

5.1 La théorie de l'Humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse

Parse (2003), a développé une théorie de soin ayant pour but de découvrir le sens de l'expérience vécue d'un sujet et de préserver la qualité de vie telle qu'elle est perçue par celui-ci ou sa famille. Elle voit l'être humain comme une entité imprévisible, indivisible et toujours changeant. Dans son ouvrage, Parse (2003) a organisé cette approche selon trois axes hypothétiques :

1. L'humain en devenir structure sa réalité, donne un sens à ses expériences.
2. L'humain en devenir co-crée des modèles (patterns) rythmiques de relation.
3. L'humain en devenir transcende avec les possibles, avec ce qui n'est pas encore.

5.1.1 *Le sens*

Selon Parse (2003), le sens « apparaît avec le processus humain-univers et renvoie au sens de la vie ou au but de la vie ainsi qu'aux moments significatifs de la vie quotidienne. Les moments significatifs changent avec le vécu de nouvelles expériences» (p.57). L'être humain est ouvert, choisi librement en donnant un sens aux situations. Il existe en co-crétant la réalité, en exprimant ses valeurs et son imaginaire. Le patient structure sa propre réalité selon divers paradoxes :

- En imageant (réflexif - préréflexif, explicite - tacite)
- En mettant en valeur (confirmant - non-confirmant)
- En mettant en langage (en étant en mouvement - en étant immobile / en parlant - en étant silencieux)

5.1.2 La rythmicité

« Des patterns rythmiques non répétitifs sont à la fois révélés et dissimulés dans un processus fluide au fur et à mesure que les cadences changent avec la diversité des nouvelles expériences » (Parse, *ibid.*, p.57). L'humain en devenir co-crée des modèles de relation dans un processus mutuel avec l'environnement. Il rythme son quotidien avec des paradoxes :

- En révélant - en cachant
- En permettant - en limitant
- En se connectant - en se séparant

5.1.3 La transcendance

La transcendance consiste à tendre au-delà avec les possibles, c'est-à-dire les espoirs et les rêves envisagés dans les expériences multidimensionnelles. Les possibles se présentent comme des options à partir desquelles l'humain choisit des manières personnelles de devenir » (Parse, *ibid.*, p.58).

L'individu existe en donnant du pouvoir à ses décisions et ses initiatives dans le but de transformer, de bouger avec les possibles. L'humain est en constant changement et bouge avec les possibles en utilisant des paradoxes :

- En ayant du pouvoir (en poussant - en résistant / en affirmant - en n'affirmant pas / en étant - en n'étant pas)
- En générant la conformité - la non-conformité / la certitude - la non-certitude
- En transformant le familier et le non familier

Le but de l'infirmière vivant l'humain en devenir est d'être présente de manière vraie avec les gens alors qu'ils améliorent leur qualité de vie. (...) L'infirmière (...) respecte la perspective de chaque individu ou de chaque famille sur la qualité de vie et n'essaie pas de la changer pour la rendre cohérente avec sa propre perspective (Parse, 2003, p.106).

Le rôle de l'infirmier (ère) est d'offrir une présence vraie en étant témoin du vécu et des expériences de santé de la personne et de sa famille ainsi qu'en considérant sa qualité de vie. Être en présence vraie signifie co-construire avec

le patient selon son rythme, en étant attentif au moment présent et à ses valeurs prioritaires.

Le soignant doit avoir conscience que la qualité de vie est différente pour chaque personne et que chacun possède sa propre idée sur le sens qu'il donne à la santé et à la maladie.

L'infirmier (ère) est attentif (ve) et s'imprègne de ce qui est dit et non-dit, bouge avec la personne, dans une ouverture généreuse, dans la réalisation des espoirs et des rêves tout en soutenant les choix de l'individu. Le personnel soignant est, par conséquent, à l'affût des rythmes des patients et les aide à considérer les possibles.

5.2 La qualité de vie

L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (1994) définit la qualité de vie comme telle :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

Dans leur article, Peirera & Currat (2007) expliquent que la qualité de vie peut être influencée par de nombreux facteurs tels que les nausées, les douleurs, la fatigue, l'anxiété, l'angoisse ou encore la dépression qui ont des effets négatifs sur l'individu. Mis à part les facteurs physiques et psychologiques, il existe également une composante sociale comme le soutien de la famille, des amis, l'aspect financier, qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la qualité de vie.

Selon Peirera & Currat (2007) la qualité de vie représente l'expression entre l'accord ou le désaccord, entre les attentes d'un individu et son vécu présent, sa réalité immédiate. Plus l'écart est faible, plus la qualité de vie est perçue comme bonne. Par conséquent, plus la tension est haute, plus la qualité de vie est inadaptée. La capacité d'ajuster les espérances et les perspectives en

fonction des situations peut réduire cette pression et aider à améliorer le sentiment de qualité de vie.

Formarier (2009) précise qu'il est difficile d'avoir une définition précise de la qualité de vie. Cependant, elle explique

(...) que seule une personne (un patient) peut définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères purement subjectifs qui lui sont propres, situés dans 4 grands domaines (...) l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques) ; ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs) ; son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ; ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel (p.234).

Le concept de qualité de vie apparaît fréquemment dans les soins. La santé et la qualité de vie sont deux éléments bien souvent corrélés. En effet, dès l'instant où l'état de santé se détériore, la qualité de vie est, en général, également altérée. Un des rôles de l'infirmière est d'aider le patient à préserver une bonne qualité de vie telle qu'il la décrit.

Pour terminer, la douleur peut être mise en lien avec le concept de qualité de vie. En effet, comme l'expliquent Brunner & Suddarth (2006), les douleurs peuvent diminuer l'autonomie de la personne. Cette dernière peut être incapable de réaliser les actes de la vie quotidienne comme se vêtir ou se nourrir. De plus, si ses douleurs persistent, la personne peut se sentir fatiguée et en colère ce qui peut entraîner une dépression. Les douleurs perturbent la qualité de vie des patients.

6. Méthode

6.1 Argumentation de l'adéquation du devis

Afin de répondre à la question de recherche «Quelles alternatives s'offrent aux soignants pour gérer au mieux la douleur en soins palliatifs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients ?» le choix d'une revue de littérature étoffée a été faite. Elle va permettre de faire un recensement des actions déjà entreprises dans ce domaine et ouvrir une perspective pour l'amélioration de la qualité des soins et ainsi proposer des pistes d'action pour les professionnels de la santé, plus particulièrement les infirmiers (ères). Ce devis permettra d'avoir de meilleures connaissances concernant diverses thérapies complémentaires et alternatives. Cette méthode illustre ce qui a déjà été étudié jusqu'à présent, démontre la pertinence et la fiabilité des études entreprises et souligne les lacunes encore persistantes dans les travaux menés jusqu'à ce jour (Loiselle, 2007).

« Le cadre est la base conceptuelle d'une étude » (Loiselle, 2007, p.161). Il va permettre d'avoir une orientation pour le travail et sera utile pour fixer des limites pour l'analyse des recherches.

Les recherches ont été effectuées de juin 2010 à mai 2011 sur les banques de données électroniques suivantes :

- PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- CochraneLibrary (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>)
- Nursing Science Quarterly (<http://nsq.sagepub.com>)
- Banque de Données Santé Publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr>)

Des mots-clés (Termes Mesh) ont été utilisés afin d'optimiser les recherches dans les bases de données électroniques:

- [Pain]
- [Pain Measurement]
- [Palliative Care]
- [End of life]

- [Pain Intractable]
- [Neoplasms]
- [Quality of life]
- [Complementary Medicine]
- [Alternative Medicine]
- [Nursing]

6.2 Critères d'inclusion

Afin d'être au plus proche de la question de recherche, les critères d'inclusion suivants ont été retenus:

- Articles scientifiques publiés de 1995 à ce jour
- Langue : français ou anglais
- Population : adultes et personnes âgées (> 18 ans)
- Etudes traitant des douleurs liées au cancer et à la fin de vie
- Etudes réalisées en milieu hospitalier : aux soins palliatifs, en oncologie
- Articles en « full text » et gratuits

6.3 Critères d'exclusion

Afin de ne pas se perdre dans la lecture d'articles non-pertinents et avoir une réponse la plus adéquate possible à la question de recherche, voici les critères d'exclusion sélectionnés :

- Population : nourrissons, enfants, adolescents (< 18 ans)
- Etudes traitant d'autres douleurs telles que les douleurs chroniques, aiguës, liées à l'accouchement, etc.
- Personnes souffrant d'une autre pathologie que le cancer
- Etudes hors contexte hospitalier

6.4 Résultats des stratégies de recherche

Les différentes stratégies de recherche effectuées vont être développées dans ce sous-point. Sont présentées uniquement celles ayant donné des résultats. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte pour la sélection des articles scientifiques.

6.4.1 Stratégie 1

Recherche réalisée sur PubMed.

("Pain" [Mesh] AND "Quality of life" [Mesh] AND "Complementary Medicine" [Mesh])

14 résultats dont 1 retenu:

- Johnson, R. A., Meadows, R. L., Haubner, J. S & Savedge, K. (2003). *Human-Animal Interaction: a complementary/alternative medical (CAM) intervention for cancer patients.*

6.4.2 Stratégie 2

Recherche réalisée sur PubMed.

("Pain" [Mesh] AND "Palliative Care" [Mesh] AND "Quality of life" [Mesh] AND "Alternative Medicine" [Mesh])

18 résultats dont 2 retenus:

- Broom, A. (2009). *I'd forgotten about me in all of this': discourses of self-healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine.*
- Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, M., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad A. M. A., Platin, N., Kearney, N. & Patiraki, E. (2005). *Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey.*

6.4.3 Stratégie 3

Recherche réalisée sur PubMed.

(“Pain” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh])

3975 résultats dont 1 retenu:

- Magdalen Monroe, C. (2009). *The Effects of Therapeutic Touch on Pain.*

6.4.4 Stratégie 4

Recherche réalisée sur PubMed sans utiliser de Term Mesh.

(“Neoplasms” AND “Palliative Care” AND Complementary Medicine”)

335 résultats dont 3 retenus:

- Russell, E. (2003). *The effects of music therapy on the quality and Length of life of people diagnosed with terminal cancer.*
- Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, J. & Shott, S. (2006). *Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy.*
- Edzard, E. (2001). *Complementary therapies in palliative cancer care.*

6.4.5 Stratégie 5

Recherche réalisée sur PubMed sans utiliser de Term Mesh.

(“Pain” AND “End of Life” AND “Palliative Care” AND “Alternative Medicine”)

38 résultats dont 1 retenu:

- Pan, C., Morisson, S., Ness, J., Fugh-Berman, A. & Leipzig, R. (2000). *Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review.*

6.4.6 Stratégie 6

Recherche réalisée sur PubMed.

(“Pain” [Mesh] AND “Neoplasms” [Mesh] AND “End of Life” [Mesh])

1293 résultats dont 1 retenu:

- Clavarino, A., Correa-Velez, I., Eastwood, H. G & Barnett, A. (2003). *Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life.*

6.4.7 Stratégie 7

Recherche réalisée sur Nursing Quarterly.

(“Pain” [Mesh] AND “Palliative Care” [Mesh] AND “Neoplasms” [Mesh] AND “Complementary Medicine” [Mesh] AND “Quality of Life” [Mesh])

16 résultats dont 1 retenu:

- Beaty, B., Benton, K., Bryant, L. L., Corbin, L., Fairclough, D. L., Felton, S., Hemphill, L., Kutner, J. S., Mellis, B. K., Smith, M. C. & Yamashita, T. E. (2008). *Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial.*

6.4.8 Stratégie 8

Recherche réalisée sur Cochrane Library.

(“Pain” [Mesh] AND “Cancer” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh])

240 résultats dont 2 retenus:

- Bennett, M., Bagnall, A. & José Closs, S. (2009). *How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain: systematic review and meta-analysis.*
- Wilkinson, S., Barnes, K. & Storey, L. (2008). *Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review.*

6.4.9 Stratégie 9

La dernière stratégie de recherche a été de s'inspirer des bibliographies des études sélectionnées. Puis, chercher les recherches sur PubMed et regarder la pertinence de ces dernières.

1 étude retenue:

- Evans, B. (1995). *An audit into the effects of aromatherapy massage ad the cancer patient in palliative and terminal care.*

Pour chaque résultat des stratégies, les résumés ont été lus afin de veiller à la pertinence de l'étude. Les articles scientifiques ont ainsi pu être inclus ou exclus selon les critères cités précédemment. Treize études ont donc été retenues pour réaliser cette revue de littérature étoffée.

7. Résultats

Les études retenues ont été traduites et synthétisées dans des grilles de lecture (annexe B p. 58). Par la suite, les résultats ont été catégorisés et quatre thèmes principaux ont été ressortis afin de pouvoir répondre à la question de recherche :

1. Les médecines complémentaires et alternatives pour améliorer la qualité de vie
2. Soulager les douleurs avec les thérapies complémentaires et alternatives
3. Les médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs
4. L'efficacité et les avantages des médecines complémentaires et alternatives

Ces quatre thématiques ont été identifiées car ce sont les notions qui émergent le plus des treize études analysées. Ces thèmes vont être présentés et approfondis dans ce chapitre.

7.1 Les médecines complémentaires et alternatives pour améliorer la qualité de vie

Dans leur étude, Clavarino & al. (2003), expliquent que théoriquement il existe une relation entre la qualité de vie des personnes souffrant d'un cancer et l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives (CAM). Néanmoins, peu de données empiriques sont disponibles. Ils ont identifié trois dimensions principales de la qualité de vie : les symptômes physiques, les facteurs psychologiques (la détresse psychologique et le bien-être subjectif) et les facteurs sociaux (la satisfaction par rapport à la médecine conventionnelle et la nécessité d'un contrôle sur les décisions de traitement). Russell (2003) explique que la qualité de vie est complexe, multidimensionnelle, subjective et qu'elle englobe de multiples expériences. Quant à Molassiotis & al. (2005), ils nous démontrent que la majorité des patients ont recours aux CAM afin d'améliorer leur qualité de vie, plus particulièrement le bien-être physique pour 40.6% des patients et le bien-être émotionnel pour 35.2%. Nainis & al. (2006) mentionnent

que la relaxation, le massage, l'hypnose ou encore la musicothérapie peuvent être efficaces pour améliorer la qualité de vie.

Russell (2003), dans son essai randomisé, a remarqué que la qualité de vie était meilleure chez les personnes ayant des séances de musicothérapie et qu'elle a augmenté lorsque les séances se faisaient plus nombreuses. Les participants ont reçu au moins deux séances, puis une évaluation de l'état physique et de la qualité de vie a été réalisée. Quant à l'autre groupe qui n'a eu que les soins de confort habituels sans musique, a connu une baisse de la qualité de vie et cette dernière a encore diminué avec le temps. La musicothérapie permet également de mieux gérer les nausées, les vomissements, la confusion, la léthargie et les douleurs. Russell (2003) conclut en expliquant que la musicothérapie peut influencer positivement la qualité de vie des patients, même si le processus de la maladie continue et que la mort devient imminente.

Le but de la recherche de Clavarino & al. (2003) était de comparer les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales comme conséquences à la qualité de vie entre des personnes qui utilisent les CAM et celles qui ne l'utilisent pas. Ils expliquent que les utilisateurs des CAM ont une clinique différente. En effet, il est démontré que ces personnes ont une baisse du degré des symptômes et de la détresse psychologique. De plus, au cours de la recherche, la majorité des utilisateurs de médecines complémentaires et alternatives ont diminué les traitements conventionnels (principalement la chimiothérapie).

De plus, Clavarino & al. (2003) expliquent que le score de la douleur ainsi que le niveau d'anxiété sont restés plus élevés chez les utilisateurs des traitements complémentaires et alternatifs. Par contre, les douleurs ont diminué chez ces derniers et ont légèrement augmenté chez les non-utilisateurs au cours de la dernière année de vie. Concernant la fatigue, les personnes ayant eu recours aux CAM ont eu des niveaux similaires de fatigue par rapport aux non-utilisateurs. Clavarino & al. (2003) terminent en expliquant que leur recherche démontre que l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives peut influencer certaines dimensions de la qualité de vie à l'approche de la mort.

Magdalen Monroe (2009) démontre que le « therapeutic touch³ » peut atténuer les douleurs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients souffrant de fibromyalgie. Cependant, elle précise que l'étude contient des limites, dont la taille de l'échantillon. Sa revue de littérature illustre également l'efficacité de cette thérapie pour soulager les douleurs chroniques, les douleurs liées à l'arthrose ou à l'arthrite ainsi que les douleurs chez les grands brûlés. Elle précise néanmoins, que le « therapeutic touch » pourrait soulager tout type de douleur. Pour conclure, elle explique que cette thérapie peut réduire la douleur et, par conséquent, améliorer la qualité de vie.

Wilkinson & al. (2008), mentionnent que le massage ne va pas forcément apporter un bénéfice sur la qualité de vie des patients. En effet, dans leur revue systématique, une étude sur les massages démontre qu'ils sont statistiquement efficaces et un autre essai suggère que le massage n'apporte que peu de bénéfice pour la qualité de vie. Edzard (2001), précise que les massages procurent, néanmoins, une détente intense et agréable. De plus, il prouve, que la qualité de vie est améliorée chez les patients recevant régulièrement un massage associé à de l'aromathérapie⁴, en particulier des huiles essentielles de camomille. Plusieurs recherches prouvent le bénéfice des massages pour soulager les douleurs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie (Wilkinson & al. 2008 ; Beaty & al. 2008 ; Evans, 1995 ; Pan & al. 2000 ; Edzard, 2001).

Pan & al. (2000) ont abordé une autre médecine complémentaire et alternative : la stimulation nerveuse électrique transcutanée. Quinze patients ont reçu une séance hebdomadaire de stimulation nerveuse électrique transcutanée pendant six semaines. Les symptômes ont été évalués à l'aide du questionnaire de l'organisation européenne pour la recherche du traitement et de la qualité de vie du cancer. Pan & al. (2000) indiquent que cette thérapie peut améliorer la

³ The Therapeutic Touch = le toucher thérapeutique (technique non-invasive dérivée de l'ancienne pratique de l'imposition des mains → échange d'énergie)

⁴ Aromathérapie = huiles essentielles extraites de plantes aromatiques et de fleurs. Pendant le massage, elles sont absorbées par la peau et transportées dans le corps où elles sont davantage nécessaires.

qualité de vie globale des patients en fin de vie. Elle permet également la réduction des besoins en antalgiques.

En résumé, plusieurs études démontrent l'efficacité des médecines complémentaires et alternatives pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant d'un cancer en phase terminale. La musicothérapie, le toucher thérapeutique, le massage, l'aromathérapie et la stimulation nerveuse électrique semblent être bénéfiques pour ces patients.

7.2 Soulager les douleurs avec les thérapies complémentaires et alternatives

Dans la revue systématique de Wilkinson & al. (2008), le but était d'évaluer la preuve de l'efficacité du massage et de l'aromathérapie pour réduire les symptômes physiques et psychologiques. Dix essais suggèrent que le massage peut réduire l'anxiété à court terme et peut avoir un effet bénéfique sur les symptômes physiques comme les douleurs ou les nausées. En effet, dans les quatre études utilisant la douleur comme évaluation des résultats, ces dernières semblaient atténuées. Il n'a toutefois pas été démontré si les huiles essentielles ont permis de renforcer l'effet du massage. Concernant les effets indésirables, seuls des réactions cutanées et des troubles digestifs sont ressortis. Wilkinson & al. (2008) précisent que les données sur les effets secondaires possibles sont rares.

Beaty & al. (2008), ont mentionné que des massages de trente minutes prodigués par des professionnels avaient un effet positif sur les douleurs et l'humeur des personnes ayant un cancer avancé. Les zones les plus fréquemment massées étaient le cou, le haut du dos, les bras, les mains, les jambes et les pieds. Les massages ont été adaptés selon les personnes ayant une fragilité cutanée, des limites de postures, des œdèmes, de l'ostéoporose ou encore des métastases osseuses. Beaty & al. (2008) ont comparé un deuxième groupe où des personnes ayant une expérience concernant les énergies ont imposé leurs mains en effectuant une très légère pression. Ce

« simple touch⁵ » a été effectué durant trois minutes sur plusieurs parties du corps (cou, épaule, bas du dos, mollets, talons, clavicules, bras, mains, rotules et pieds). Le « simple touch » a démontré des améliorations significatives concernant la douleur et l'humeur dans les résultats immédiats. Concernant le soulagement de la douleur, le massage a un effet durable contrairement au simple toucher. Evans (1995) explique que le temps de détente après un massage avec aromathérapie a été d'une heure pour 6% des participants, d'un jour pour 12.5% et de plusieurs jours pour également 12,5% des patients. Les massages avaient été réalisés en fonction des besoins et des disponibilités des personnes. Il précise également que 81% des personnes se sentaient mieux et très détendues suite au massage. Certains commentaires ont été relevés après les séances: « Un excellent complément aux soins fournis », « J'avais entendu parler de l'aromathérapie mais jamais connu de massage avant. Je pense que tout le monde trouverait cela bénéfique. Je le recommande donc comme un traitement régulier ».

Comme cité dans le point 7.1, Magdalen Monroe (2009) démontre l'effet bénéfique du toucher thérapeutique sur diverses douleurs et elle précise que le toucher thérapeutique devrait être considéré pour soulager tout type de douleur. Elle prouve que l'utilisation du toucher thérapeutique chez les grands brûlés est efficace pour diminuer l'anxiété et dans le traitement de la douleur en complément d'analgésiques. Certains cancers, comme le lymphoedème, provoquent de fortes douleurs où le personnel soignant ne peut même plus toucher le patient. Il existe donc des aspects similaires avec les grands brûlés qui ont des douleurs au moindre effleurement. Cette thérapie semble, par conséquent, être pertinente et efficace pour les personnes souffrant d'un tel cancer.

Pan & al. (2000) démontrent qu'une séance hebdomadaire d'acupuncture durant une à deux semaines peut soulager les douleurs. En effet, la douleur a été contrôlée durant au moins un mois chez pratiquement tous les participants ayant des douleurs légères ou modérées ainsi que chez 72% des patients

⁵ Simple touch = simple toucher (échange d'énergie)

atteints de douleurs intenses. Concernant les thérapies comportementales et de relaxation, 38% des personnes ont constaté que leurs douleurs avaient diminué. Toutefois, l'évaluation de la douleur était vague et les séances de relaxation individualisées. Pan & al. (2000) ont également démontré que la musicothérapie avait un léger effet positif sur le soulagement des douleurs. Les patients ont reçu deux séances de quinze minutes pendant deux jours. La douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle de notation graphique démontrant de petites différences positives dans l'utilisation de la musicothérapie en soins palliatifs. En 2003, Russell a effectué un essai randomisé des effets de la musique sur les symptômes physiques et la qualité de vie des patients en phase terminale. Sa conclusion est que la musicothérapie est la seule discipline, mis à part les rencontres avec l'aumônier, à fournir un soutien spirituel. Cette thérapie permet également une meilleure gestion des nausées, des vomissements, de la confusion, de la léthargie ainsi que des douleurs. Pan & al. (2000) ont également démontré un effet positif sur les douleurs grâce aux thérapies psychologiques. Un premier groupe recevait un traitement standard et le deuxième avait ce même traitement ainsi qu'une thérapie de groupe. Les personnes participant au groupe de soutien hebdomadaire ont connu une réduction significative des douleurs pendant plus de dix mois de suivi. Par contre, il n'y a aucune différence dans la fréquence et la durée des épisodes douloureux. Une réduction des douleurs a aussi été démontrée suite à des séances d'autohypnose.

7.3 Les médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs

Molassiotis & al. (2005) expliquent que dans la plupart des pays, environ un tiers des patients ont recours à une forme de CAM. La République Tchèque, l'Italie et la Suisse démontrent un niveau élevé d'utilisateur de médecines complémentaires et alternatives. A l'inverse, la Grèce montre un faible niveau d'utilisation. Edzard (2001) explique que 70% des services d'oncologie et de soins palliatifs en Grande-Bretagne utilisent régulièrement une forme de médecine complémentaire et alternative. Cependant, dans l'étude de Broom (2009), il est ressorti que les CAM ne sont pas souvent proposées dans les

services d'oncologie. Il est dit que les médecins pensent que c'est « la vulnérabilité » des patients qui souffrent d'un cancer qui les amène à utiliser des CAM. Toutefois, ces dires ont été contestés par les patients à l'unanimité. Selon Broom (2009), la perception de la valeur des CAM a été centrée sur la nécessité de contrôle (sentiment de puissance dans les processus de la maladie et des traitements) et la recherche de paix intérieure ou de détente. Molassiotis & al. (2005) indiquent que la majorité des patients ont recours aux CAM car ils veulent augmenter la capacité de leur corps pour combattre la maladie (50.7%), améliorer le bien-être physique (40.6%) et améliorer le bien-être émotionnel pour 35.2% des participants. Seulement 3.2% n'ont pas trouvé de bénéfice avec ces thérapies. Les patients ont tendance à être satisfaits de l'utilisation des CAM et ont également estimé que la thérapie utilisée a été efficace. Seulement 4.4% des participants ont signalé des effets indésirables (maux de ventre, d'estomac, de tête, nausées, démangeaisons, diarrhées et mauvais état de la fonction rénale). Ils semblaient être essentiellement transitoires et étaient liés à l'ingestion d'herbes ou de minéraux.

Molassiotis & al. (2005) ont expliqué que les personnes souffrant d'un cancer ont reçu l'information des CAM principalement par des amis (56.5%) ou de la famille (29.1%) et non pas par le personnel soignant. En effet, seulement 18.6% des patients ont reçu l'information par leur médecin et 3% par un(e) infirmier (ère). Les professionnels de la santé n'ont joué qu'un petit rôle dans la fourniture d'information liée aux médecines complémentaires et alternatives.

L'étude d'Edzard (2001) vise principalement à fournir des orientations au personnel soignant au sujet de certaines thérapies complémentaires couramment utilisées ainsi qu'à quantifier les secteurs de recherche pour des futures études concernant les CAM. Il démontre que l'hypnose peut être utile pour les personnes souffrant d'un cancer en soins palliatifs. Une étude récente résume tous les essais publiés sur l'hypnose. La conclusion est encourageante car il est démontré que cette thérapie peut soulager les douleurs, l'anxiété, les nausées et les vomissements.

Il constate également qu'un examen systématique comprenant 692 patients, démontre que l'enzymothérapie peut être une option thérapeutique efficace pour réduire les effets indésirables des traitements anticancéreux, améliorant

ainsi la qualité de vie. Cependant, la méthodologie employée semble avoir quelques défauts. Il précise que des recherches futures devraient être réalisées.

Edzard (2001) démontre que l'homéopathie est bénéfique aux personnes souffrant d'un cancer. Une étude a prouvé la réduction des effets indésirables de la radiothérapie. Il s'agissait de 66 femmes souffrant d'un cancer du sein et ayant comme effets secondaires des problèmes dermatologiques. La question de savoir si l'homéopathie a une place en soins palliatifs reste ouverte à l'heure actuelle. En effet, cette thérapie n'est, en général, pas adoptée par la médecine conventionnelle.

Quant à l'efficacité de la réflexologie, elle n'a pas été testée fréquemment. Cependant, les essais montrent qu'elle peut être utile pour réduire le stress. Edzard (2001) a ressorti une étude qui prouve l'amélioration des douleurs et de l'anxiété des patients traités par la réflexologie. Néanmoins, comme le signale l'auteur, la taille de l'échantillon était petite.

Plusieurs études démontrent l'efficacité d'une gamme de technique de relaxation, y compris des techniques de visualisation ou de la musique. L'effet semble efficace pour les douleurs et le stress ce qui permet d'améliorer la qualité de vie. Comme les résultats sont encourageants, il semble nécessaire de déterminer le type de relaxation qui s'avère le meilleur pour les personnes en fin de vie.

Edzard (2001) suggère que 57% des recherches concernant la guérison spirituelle (le reiki, le toucher thérapeutique) sont arrivées à une conclusion positive concernant l'efficacité de ces interventions. La guérison spirituelle diminuerait l'anxiété et améliorerait le bien-être chez les patients ayant un cancer. Cependant, comme signale l'auteur, des études supplémentaires sont nécessaires en raison des lacunes méthodologiques. Ces recherches permettraient de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de cette thérapie en soins palliatifs.

Pour terminer Edzard (2001) explique que l'acupuncture, l'aromathérapie et le massage s'avèrent efficaces et que ce sont des ressources possibles pour les professionnels de la santé.

L'étude d'Edzard (2001) nous démontre l'efficacité de certaines médecines complémentaires et alternatives que les infirmiers (ères) pourraient utiliser.

Pour terminer, des résultats prometteurs existent pour certaines médecines complémentaires et alternatives. Néanmoins, comme nous l'expliquent Broom (2009) et Molassiotis & al. (2005), les CAM ne sont pas souvent proposées en milieu hospitalier et les professionnels de la santé ne sont pas suffisamment informés sur le sujet. Il est impératif que le personnel soignant explore l'utilisation des CAM avec leurs patients atteints d'un cancer et les éduque au sujet des thérapies potentiellement bénéfiques pour eux.

7.4 L'efficacité et les avantages des médecines complémentaires et alternatives

Dans leur étude, Nainis & al. (2006) suggèrent que plus de 80% des patients atteints de cancer peuvent utiliser une thérapie complémentaire en supplément d'autres traitements médicaux standards. La relaxation, le massage, l'hypnose ou encore la musicothérapie ont été jugés efficaces pour réduire les symptômes et renforcer la capacité des personnes à faire face à la détresse. Broom (2009) explique que des avantages importants de l'utilisation des CAM sont démontrés dans la littérature. Ces thérapies jouent un rôle essentiel dans les besoins thérapeutiques et de soutien chez les patients atteints d'un cancer.

Pan & al. (2000) mettent l'accent sur le rôle des CAM dans le traitement palliatif de quatre symptômes importants que l'on retrouve dans la plupart des cancers en phase terminale, soit la douleur, les nausées, les vomissements et la dyspnée. Ils passent en revue les preuves de l'efficacité des CAM dans le traitement de ces symptômes. Ils en concluent que la stimulation nerveuse électrique transcutanée, l'acupuncture, le massage, les thérapies comportementales et de relaxation, la musicothérapie ainsi que les thérapies psychologiques s'avèrent efficaces.

Bennett & al. (2009) prouvent que les interventions éducatives dans la gestion de la douleur cancéreuse sont efficaces. Les interventions d'une durée de 15 à 60 minutes se faisaient en face à face avec un professionnel de la santé et étaient combinées avec un livret d'information que les participants pouvaient

emmener avec eux. Il en est ressorti que les brochures d'informations sont un des aspects les plus importants de l'éducation. L'analyse démontre que des interventions éducatives sur la douleur liée au cancer améliorent les connaissances et les attitudes des patients et permettent ainsi de réduire l'intensité des douleurs. Bennett & al. (2009) précisent que l'éducation peut avoir pris plusieurs semaines avant d'influencer les comportements complexes de la gestion de la douleur et que l'empathie, l'expertise du personnel soignant ainsi que les styles d'apprentissages des patients ont pu influencer les résultats. Ils terminent en expliquant que l'éducation à la douleur est efficace chez les patients souffrant de douleurs cancéreuses. Néanmoins, ils ne sont pas en mesure de déterminer quel type d'enseignement est optimal ou de préciser la durée de l'effet.

Nainis & al. (2006) ont testé les effets de l'art-thérapie⁶ sur les symptômes physiques et psychologiques communs aux patients souffrant d'un cancer avancé. Ils démontrent des réductions significatives dans huit des neuf symptômes mesurés par la ESAS (Symptom Edmonton Assessment Scale⁷). La nausée est le symptôme qui n'a pas changé suite à la session d'art-thérapie. Des différences significatives dans la plupart des domaines mesurés par la STAI (Spielberger Trait Anxiety-State Index⁸) ont également été relevées. Néanmoins, les réponses comme le regret, se sentir à l'aise, être inquiet n'illustrent aucun changement lorsque l'on compare les résultats avant et après la séance. Nainis & al. (2006) ont précisé que 90% des participants ont apprécié les séances, celles-ci les distrayaient et leur permettaient de se concentrer sur quelque chose de positif. Les sessions d'art-thérapie ont été qualifiées de calmantes et relaxantes pour 36% des patients. Seulement 6% des personnes ont estimé que ces séances ne leur avaient procuré aucun effet. Pour conclure, Nainis & al. (2006) expliquent que plusieurs sujets ont fait

⁶ L'art-thérapie est utilisée pour aider les patients ou leur famille à faire face aux symptômes, à mieux se connaître soi-même et à s'adapter à des expériences stressantes et traumatisantes.

⁷ SESA = mesure d'évaluation de symptômes physiques et émotionnels associés au cancer (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, manque d'appétit, bien-être et essoufflement).

⁸ STAI = mesure de l'anxiété. Elle permet de décrire l'état psychologique du patient au moment de la séance d'art-thérapie. Elle évalue aussi les sentiments d'appréhension, de tension, la nervosité et l'inquiétude.

remarquer que l'art-thérapie leur avait donné un sentiment de contrôle et leur avait permis d'exprimer leurs sentiments sans mots. Broom (2009) précise que les termes tels que la positivité, la puissance de l'esprit ou encore l'auto-responsabilité ressortent largement de sa recherche et qu'il y a une nécessité de contrôle ou d'auto-guérison chez les patients qui utilisent les CAM.

L'interaction et la thérapie entre l'animal et l'humain sont peu connues. Johnson & al. (2003) ont réalisé une étude afin de déterminer dans quelle mesure une brève visite d'un chien serait perçue comme bénéfique par le patient. Ils voulaient tester l'efficacité de cette thérapie et ressortir les avantages. Un premier groupe recevait la visite d'un chien et son maître. Le propriétaire de l'animal n'a pas interagi avec le patient durant ce temps de partage. Quant aux participants du deuxième groupe, ils pouvaient soit choisir d'avoir une visite amicale soit un temps de lecture en silence. Le visiteur a été chargé de mener une conversation sur les événements actuels sans discuter de l'état du patient, du traitement, du pronostic, de la philosophie de vie, de la religion ou encore sur des sujets liés à la santé. Quant aux séances de lecture, des magazines ont été sélectionnés. Ils ne contenaient pas d'articles sur le cancer, la santé, la religion, les médecines complémentaires et les animaux. Johnson & al. (2003) ont utilisé des questionnaires d'intervention pour évaluer dans quelle mesure les participants ont estimé utile la visite du chien, celle de l'ami ou le temps de lecture. Les patients ont rapporté que le chien les consolait, leur faisait se sentir heureux et leur donnait de l'énergie. Il le considérait comme leur confident et comme un ami en qui ils étaient attachés. Plusieurs commentaires sont ressortis des évaluations : « Il m'a changé les idées et égayé ma journée ! », « Le chien contribue à rendre les gens heureux ! ».

Les participants ont considéré la visite de l'ami comme quelque chose d'utile au traitement. Quant au groupe de lecture, ils ont vécu cette expérience comme un moment qui a aidé à passer le temps. Toutefois, Johnson & al. (2003) précisent que ce thème mériterait de plus amples recherches et un échantillon plus grand. De plus, cette étude a été réalisée en oncologie où le traitement est non palliatif.

8. Discussion

8.1 Analyse et critique des recherches sélectionnées

Une analyse critique de la méthode des articles sélectionnés est tout d'abord proposée. Puis, les résultats de cette étude seront discutés et mis en lien avec le cadre conceptuel. Pour terminer, la réponse à la question de recherche sera donnée et les limites de cette étude seront exposées.

Treize études ont été traduites et synthétisées dans des tableaux d'identification. Les recherches ont été menées entre 1995 et 2009. La majorité des études étaient actuelles et donc pertinentes pour le thème choisi. En effet, une seule a été réalisée avant 2000. De plus, les chercheurs venaient, pour la plupart, d'un milieu médical. Il y avait des infirmiers (ères) possédant un bachelors, un master ou un doctorat et ayant suivi des travaux de recherches. Ils avaient, par conséquent, la capacité et une certaine expérience pour mener de telles recherches et connaissaient la pratique médicale, les difficultés et les besoins. Pour le choix des études, la priorité a été donnée aux recherches qualitatives car la douleur n'est pas forcément quantifiable. Ce type d'étude permet, également, une meilleure perception des ressentis des patients et des infirmiers (ères).

La majorité des participants ont été recrutés dans un milieu hospitalier. Les échantillons de certaines études n'étaient pas suffisamment importants. C'est pourquoi, les auteurs ne pouvaient pas faire de généralisation ou être fiables à cent pour cent. Néanmoins, malgré la petite taille des échantillons, les résultats s'avéraient plus ou moins similaires. Les études semblaient tout de même pertinentes pour la réalisation de cette revue de littérature. Il faut juste garder à l'esprit que des recherches plus rigoureuses devraient être réalisées.

Les collectes de données ont été faites sous diverses formes : des questionnaires, des entretiens face à face à l'hôpital ou au domicile et des interviews par téléphone. Puis, les résultats ont été évalués à l'aide de différentes échelles d'évaluation.

Les participants ont donné leur accord de participation dans toutes les études. Le but et la méthode de récolte des données étaient expliqués aux patients et à sa famille par un chercheur. Les patients des études comprenant un groupe traitement et un groupe contrôle n'ont pas eu connaissance du groupe auquel ils appartenaient. Quant aux aspects éthiques (anonymat, respect, consentement...), la plupart des auteurs ont mentionné avoir fait appel à la commission d'éthique. Les études ont été approuvées par cette dernière.

8.2 Discussion des résultats

Ce sous-chapitre résume les principaux résultats de cette étude en les mettant en lien avec le cadre conceptuel (la théorie de l'Humaindevenant et le concept de qualité de vie) et la question de recherche à savoir : *Quelles alternatives s'offrent aux soignants pour gérer au mieux la douleur en soins palliatifs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients ?*.

8.2.1 Les médecines complémentaires et alternatives pour améliorer la qualité de vie

Comme développé dans les résultats, la majorité des chercheurs ont découvert que les médecines complémentaires et alternatives améliorent la qualité de vie des patients. En effet, les CAM en soins palliatifs visent à fournir un confort et à augmenter la qualité de vie des personnes. Les objectifs de ces thérapies peuvent être résumés comme suite : favoriser la détente, réduire le stress et l'anxiété, soulager la douleur et les autres symptômes physiques, réduire les effets indésirables des traitements anticancéreux conventionnels et améliorer le sommeil. Clavarino & al. (2003) ont démontré que durant la période de l'étude, le bien-être subjectif des participants était plus élevé chez les utilisateurs des CAM.

Russell (2003) définit la qualité de vie comme quelque chose de complexe, multidimensionnelle, subjective et qui englobe de nombreuses expériences. Quant à Parse (2003), elle explique que « la qualité de vie ne peut être décrite que par la personne ou les personnes qui la vivent, car elle représente l'incarnation de significations dans leur symphonie du devenir sans frontière »

(p.106). Par conséquent, c'est le patient qui prend des décisions, qui est acteur de sa vie et qui connaît la perspective de sa qualité de vie. Ces deux définitions se rapprochent et sont complémentaires. En effet, la qualité de vie est subjective et fait appel à de multiples dimensions.

Russell (2003) explique que les données de son étude appuient l'utilisation d'un traitement de musicothérapie, dès l'admission des patients en soins palliatifs ainsi qu'une fréquence élevée de celui-ci jusqu'aux derniers jours de vie. En effet, les résultats positifs étaient non seulement significativement plus élevés après la première séance mais les scores ont encore augmenté suite à une deuxième session de musicothérapie. L'analyse des besoins des patients indique la nécessité pour les musicothérapeutes de faire partie de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs. Ils sont complémentaires des soins prodigués et contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

Magdalen Monroe (2009) démontre que le « therapeutic touch » peut améliorer la qualité de vie en diminuant les douleurs. Cette hypothèse est étayée par quatre des cinq études retenues. En effet, comme nous explique l'auteure, l'étude sur la fibromyalgie comportait trop de limites pour soutenir l'utilisation de cette thérapie dans le traitement de cette pathologie. Par contre, le « therapeutic touch » peut être utile pour atténuer tout type de douleurs et ainsi offrir une meilleure qualité de vie. Néanmoins, l'auteure démontre la nécessité de poursuivre les recherches sur ce sujet. En effet, peu d'études sont disponibles à l'heure actuelle.

Pour reprendre l'article de Peirera & Currat (2007) cité dans le concept de qualité de vie, plusieurs facteurs peuvent influencer la qualité de vie des patients. En effet, les douleurs, les nausées, l'anxiété ou encore la dépression ont des conséquences négatives sur l'individu. Nous avons également pu le constater dans les diverses études. Cependant, comme plusieurs recherches nous le démontrent, les médecines complémentaires et alternatives peuvent agir sur la qualité de vie des patients.

Parse (2003) explique que l'infirmier (ère) doit respecter la perspective de la qualité de vie de chaque personne et ne doit pas tenter de la rendre similaire à

sa propre perception. Pour cela, l'infirmier (ère) doit être témoin des expériences vécues par le patient, c'est-à-dire être disponible et offrir une présence inconditionnelle. Il/elle doit, également, avoir un regard non jugeant et reconnaître les choix de l'autre.

8.2.2 Soulager les douleurs avec les médecines complémentaires et alternatives

Les résultats démontrent que les massages permettent un soulagement immédiat des douleurs. Néanmoins, Beaty & al. (2008) expliquent que des recherches antérieures ont rapporté que le massage pouvait soulager des douleurs chez les patients ayant un cancer, néanmoins, les limites des études (échantillon de petite taille, absence de groupes témoins adéquats) et les résultats contradictoires ont fait que ces recherches n'étaient pas fiables à cent pour cent. A l'heure actuelle, il y a peu d'essais randomisés publiés sur la massothérapie, en particulier dans cette population et, par conséquent, peu de comparaisons directes disponibles. Toutefois, les participants de l'étude de Beaty & al. (2008) ont confié que les massages associés à l'aromathérapie leur offraient un temps de répit, un confort, une détente, un moment de réflexion ainsi qu'un sentiment d'attachement à l'autre. Les auteurs de l'étude confient que plusieurs études qualitatives confirment les dires des participants à leur recherche.

Dans la revue systématique de Wilkinson & al. (2008), nous pouvons remarquer que les massages peuvent avoir un effet positif sur certains symptômes liés au cancer. Cependant, les auteurs signalent que tous les essais possèdent des limites méthodologiques. De plus, les recherches ont été réalisées dans des pays ayant des systèmes de santé différents, ce qui rend difficile la mise en commun des résultats. C'est pourquoi, des périodes de suivi sont nécessaires pour déterminer si les effets à court terme persistent et d'autres essais avec des échantillons plus grands sont aussi essentiels pour produire des preuves fiables. Des recherches devraient aussi être réalisées pour déterminer les avantages relatifs à l'ajout de certaines huiles essentielles, le nombre de massage le plus avantageux et les zones du corps à masser. Ces études

permettraient l'élaboration d'un consensus de traitement plus approprié, particulièrement pour les infirmiers (ères) travaillant en oncologie ou en soins palliatifs. En conclusion, des recherches de plus grande qualité méthodologiques sont nécessaires dans ce domaine. Ces études permettraient d'aider les infirmiers (ères) en soins palliatifs à prendre des décisions au sujet des thérapies complémentaires qui pourraient être bénéfiques pour leurs patients.

Selon Evans (1995), durant les massages, certains patients étaient détendus, tranquilles tandis que d'autres parlaient et exprimaient leurs espoirs et leurs craintes. Les participants ont exprimé que les massages associés à l'aromathérapie leur apportaient un bénéfice. Toutefois, l'évaluation a été difficile. Au début de l'étude, les séances étaient prévues le mardi de 10h à 14h, cependant, les patients étaient souvent occupés (toilette, repas...). Les séances ont donc été déplacées de 13h à 17h. Malgré la modification, il y avait encore des inconvénients (passage du personnel infirmier, formulaire incomplet...). Evans (1995) explique que cette difficulté d'évaluation est une limite à sa recherche.

Le « simple touch » peut réduire les douleurs. Toutefois, il est démontré que les massages sont plus efficaces que le « simple touch » pour diminuer les douleurs et améliorer l'humeur. Magdalen Monroe (2009) précise que les risques du « simple touch » n'ont pas été identifiés et que les mécanismes thérapeutiques ainsi que le mode d'action de cette thérapie devraient être explorés à l'avenir.

Pour terminer, nous pouvons mettre en lien la qualité de vie et les douleurs. La qualité de vie fait référence à divers aspects : l'état psychologique, l'état physique, le réseau social et les effets secondaires des traitements. En effet, comme nous avons pu le remarquer dans toutes les études, ces quatre éléments font partie intégrante de la qualité de vie. La douleur perturbe donc la qualité de vie car l'autonomie des patients peut diminuer à cause des douleurs. De plus, les douleurs peuvent altérer l'état psychologique de la personne en engendrant de la fatigue, de la colère, un abandon ou encore une dépression.

Tous ces facteurs ont des effets négatifs sur la qualité de vie des patients. C'est pourquoi, l'infirmier (ère) doit être attentif/ve à ces aspects néfastes et y remédier.

8.2.3 Les médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs

L'étude de Molassiotis & al. (2005) constitue une des plus grandes enquêtes à ce jour sur l'utilisation des CAM chez les patients souffrant d'un cancer et est la seule recherche disponible à l'échelle européenne. Elle fournit, par conséquent, les premières preuves de l'étendue de l'utilisation de ces thérapies, les types et les raisons de l'utilisation ou la non-utilisation, les avantages perçus, les dépenses et les effets indésirables constatés. Il est démontré que la CAM la plus courante est l'utilisation des plantes médicinales, bien que la diversité des plantes diffère des pays. En Espagne et en Serbie l'aloé vera est souvent utilisée alors qu'en Grèce c'est une pâte faite de feuille d'olivier et en Suisse, l'utilisation du gui est le plus courant.

Il est démontré que peu de patients ont utilisé des groupes de soutien (0.3% avant l'annonce du diagnostic du cancer et 1.8% à un moment donné depuis le diagnostic). Ces chiffres s'avèrent inférieurs aux statistiques présentées dans la littérature psychosociale. Toutefois, le manque de disponibilité de groupes de soutien dans de nombreux pays a été souligné. Molassiotis & al. (2005) expliquent que le rôle des médecins en tant que source d'informations a été faible et encore plus faible chez les infirmiers (ères). Les professionnels de la santé doivent être en mesure de renseigner leurs patients, même si le déficit de connaissances est reconnu. Il est impératif que les infirmiers (ères) explorent l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives avec leurs patients et les éduquent au sujet de ces thérapies potentiellement bénéfiques pour eux. Ils doivent, également, leur expliquer les preuves limitées de l'efficacité des CAM. De plus, dans l'étude de Clavarino & al. (2003), les patients ont signalé que les CAM ne sont pas souvent intégrées dans la prise en charge en soins palliatifs.

Russell (2003) explique que la musicothérapie devrait faire partie intégrante des soins en milieu palliatif. Cependant, cette thérapie a de la peine à trouver sa place dans les hôpitaux. L'auteur précise que beaucoup d'articles sont écrits dans la littérature, néanmoins, il y a un manque de données quantitatives. De telles études s'avèrent importantes afin de guider au mieux les soignants dans leur pratique.

Dans l'étude de Broom (2009), certains patients ont expliqué que les interventions biomédicales ne sont plus considérées comme un élément central de leurs espoirs pour la guérison. Il existe une tension entre les croyances des patients utilisant les CAM et les médecins. Cette tension est souvent centrée sur la personne utilisant les CAM qui veut avoir un contrôle de la situation. Elle utilise les médecines complémentaires et alternatives comme une puissance quasi spirituelle. De plus, les médecins ont tendance à dire que les personnes ayant un cancer sont vulnérables car elles se sentent menacées.

Selon Parse (2003), la personne existe en donnant du pouvoir à ses décisions et ses initiatives et ceci dans le but de transformer et de bouger avec les possibles. Elle explique, également, que l'individu choisit librement en donnant un sens aux situations vécues. En utilisant les médecines complémentaires, le patient a le pouvoir de s'affirmer, de faire des choix et de donner un sens à sa vie. Les professionnels de la santé doivent respecter les choix et les valeurs prioritaires de leurs patients. Ils doivent co-construire avec la personne en étant à l'affût des rythmes et en l'aidant à considérer les possibles.

8.2.4 L'efficacité et les avantages des médecines complémentaires et alternatives

L'étude de Nainis & al. (2006) a été la première à tenter d'évaluer, de manière empirique, les avantages de cette intervention sur la réduction d'un certain nombre de symptômes. Les résultats ont fourni de nouvelles preuves concernant l'efficacité de l'art-thérapie. Un constat surprenant de la recherche était la diminution de la fatigue. En effet, malgré une fatigue immédiatement après la séance et l'énergie utilisée durant cette dernière, les sujets ont décrit une réduction significative de la fatigue à la fin de la recherche. Cependant,

comme le précisent les auteurs, cette étude comprenait un certain nombre de limites. Tout d'abord, sans contrôle ni randomisation, les auteurs n'ont pas pu prendre en considération les variables qui auraient pu influencer les résultats. De plus, cette étude a été conçue pour évaluer le changement immédiat des symptômes après une séance d'art-thérapie plutôt que de déterminer la durée ou l'intensité de l'effet après plusieurs séances. Il serait utile de distinguer si les effets positifs peuvent s'étendre sur de longues périodes et à quelle fréquence elles devraient être données. Des recherches futures sont donc nécessaires pour identifier la durée de l'effet, les patients qui pourraient bénéficier du plus grand avantage ainsi que le nombre optimal de séances pour produire des effets à long terme.

L'étude pilote de Johnson & al. (2003) représente une première tentative du potentiel bénéfique d'une visite d'un chien chez des patients ayant un cancer. Plusieurs auteurs (Berryman, Howells, Lloyd-Evans) ont montré des réponses positives de personnes âgées qui interagissaient avec des animaux. Il a été démontré que les animaux étaient source de plaisir et de détente. Une diminution des dépressions et un meilleur moral ont aussi été prouvés. Cependant, nous ne savons pas dans quelle mesure ce type de CAM peut produire des réactions semblables à d'autres techniques telles que la musicothérapie, l'hypnose, le massage ou l'aromathérapie. Toutefois, l'étude a prouvé que l'interaction avec un animal procure une relaxation et des réponses similaires à celles trouvées avec ces autres thérapies.

Edzard (2001) démontre que les résultats de son étude sont prometteurs, notamment pour l'acupuncture, l'aromathérapie, l'enzymothérapie, l'homéopathie, l'hypnose et la relaxation. Les éléments de preuves de la recherche montrent que les CAM ont un potentiel considérable en soins palliatifs. Néanmoins, l'auteur signale que les affirmations disponibles à ce jour ne sont que des préliminaires. L'appui de cette preuve semble être un défi important à la fois pour le domaine de la médecine palliative et pour les médecines complémentaires et alternatives.

Pan & al. (2000) expliquent que malgré la rareté des essais contrôlés, il existe des données qui appuient l'utilisation de certaines médecines complémentaires et alternatives dans les maladies en phase terminale. Les techniques de relaxation, l'acupuncture et la stimulation nerveuse électrique peuvent atténuer les douleurs persistantes chez les patients en fin de vie. En termes de CAM divers obstacles existent. Tout d'abord, les études impliquant les CAM s'avèrent ne pas être souvent publiées dans des revues. En effet, de nombreux articles n'ont pas été identifiés par des méthodes de recherche mais par référence à une bibliographie ou par des experts. Puis, les résultats d'étude concernant les compléments alimentaires à base de plantes ne peuvent pas être reproductibles dans la pratique. Ces aliments ne sont pas soumis au contrôle de la Food and Drug (pureté et qualité des aliments). Cependant, Edzard (2001) explique que plusieurs remèdes à base de plantes peuvent être efficaces. Par exemple le millepertuis est bénéfique pour les dépressions légères à modérées, la valériane est un puissant hypnotique, le gingembre est efficace contre les nausées et vomissements ou encore le kava contre les angoisses. De plus, certaines plantes ont démontré des effets analgésiques similaires aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Edzard (2001) précise tout de même que les plantes médicinales n'ont pas été suffisamment testées chez des patients atteints d'un cancer et les connaissances quant aux éventuels effets indésirables sont incomplètes.

Plusieurs points forts de l'étude de Pan & al. (2000) ont été relevés : l'examen des symptômes très fréquents chez les patients en fin de vie, la clinique pertinente ainsi que la hiérarchie rigoureuse des preuves et des évaluations. De plus, l'étude est complète. En effet, six bases de données concernant la médecine, le cancer, le SIDA, les soins infirmiers et paramédicaux et la littérature du travail social ont été utilisées. Néanmoins, les auteurs précisent que cette recherche comporte diverses limites : le changement des terminologies dans le temps, la difficulté à trouver de la littérature sur les personnes en fin de vie, la limite des contenus des bases de données ainsi que la qualité et la quantité des données existantes. De plus, les études sur les CAM peuvent ne pas être faciles à trouver sur des bases recherches documentaires. Malgré les limites, cette recherche démontre qu'il existe des preuves concernant l'utilisation de certaines thérapies complémentaires et

alternatives chez des patients en fin de vie et dans les traitements des symptômes fréquents. Cependant, les études à venir nécessitent des échantillons plus grands, fiables et précis.

L'étude de Bennett & al. (2009) est, à ce jour, la plus grande méta-analyse concernant des patients recevant des interventions éducatives pour la gestion de la douleur cancéreuse. Les données actuelles suggèrent que les services qui soignent les patients souffrant de douleurs liées au cancer devraient systématiquement leur fournir une éducation afin d'améliorer leurs connaissances sur la gestion de la douleur et les analgésiques. Les infirmiers (ères) et les pharmaciens sont les personnes les mieux placées pour diriger ces initiatives. Réaliser une intervention éducative chez les patients qui ont déjà un traitement d'opioïdes peut-être plus efficace que l'augmentation du dosage. En effet, il a été prouvé qu'il y a une réduction moyenne, de l'intensité des douleurs, d'un point sur une échelle de 0 à 10. La prescription de gabapentine ou de paracétamol atteint une réduction moyenne de seulement 0.8 points et de 0.4-0.6 points dans des essais randomisés d'une durée d'une semaine. Selon les auteurs, des recherches qualitatives et quantitatives futures sont essentielles afin de comprendre comment l'éducation peut réduire la douleur cancéreuse et d'identifier les patients qui en bénéficieraient le plus. Des essais semblent aussi nécessaires pour déterminer le moment optimal de cette intervention éducative par rapport à l'intensité de la douleur. Bennett & al. (2009) terminent en expliquant que les interventions éducatives peuvent entraîner des avantages modestes mais significatifs dans la gestion de la douleur. Ces interventions sont probablement sous-utilisées à l'heure actuelle dans les services de soins palliatifs. Les professionnels de la santé utilisent davantage les traitements traditionnels.

En résumé, nous pouvons remarquer que différentes médecines complémentaires et alternatives sont efficaces pour améliorer la qualité de vie et diminuer les douleurs. Il s'agit, par conséquent, de ressources utiles et appropriées pour le personnel soignant. Il est donc essentiel que les infirmiers (ères) aient des connaissances au sujet des CAM afin de pouvoir renseigner leurs patients et leur proposer ces alternatives.

8.3 Réponse à la question de recherche

Les résultats des études sélectionnées ont permis de distinguer les médecines complémentaires et alternatives qui ont un effet positif sur les douleurs et la qualité de vie des patients. L'efficacité et les avantages des CAM ont, également, été exposés, bien que certaines études possédaient des limites. Les CAM sont donc une ressource pour les infirmiers (ères).

Le principal frein à l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives en soins palliatifs est le manque de connaissances du personnel soignant. Les CAM semblent encore trop méconnues et peu utilisées en milieu hospitalier bien qu'elles démontrent un réel bénéfice pour les patients.

La réponse à la question de recherche « *Quelles alternatives s'offrent aux soignants pour gérer au mieux la douleur en soins palliatifs et ainsi améliorer la qualité de vie des patients ?* » a pu être donnée.

8.4 Limites de l'étude

Plusieurs limites sont à prendre en considération pour cette revue de littérature. Par rapport à la méthode, le point faible de certaines études était la petite taille des échantillons. Toutefois, les chercheurs ont généralement obtenu des résultats similaires. De plus, aucune étude n'a été menée en Suisse. Cependant, les résultats sont certainement transférables d'un pays à l'autre. Il ne faut pas oublier que les cultures peuvent s'avérer différentes. Par contre, toutes les recherches possédaient une méthodologie correcte, soit un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et une conclusion.

Cette revue de littérature étoffée était une première expérience pour l'auteure. Ce travail a donc été réalisé par une novice dans le domaine de la recherche. Néanmoins, les critères méthodologiques ont été respectés au mieux. Une sélection d'un plus grand nombre d'articles aurait permis d'être plus complet et d'élargir la recherche. La langue a aussi été une limite importante. En effet, tous les textes scientifiques étaient en anglais et l'auteure ne maîtrise pas correctement cette langue.

9. Conclusion

Dans ce chapitre, des recommandations pour la pratique vont être exposées, puis, des possibilités de recherches futures seront développées. Pour terminer, l'auteure fera part de ses apprentissages.

9.1 Implication et recommandations pour la pratique

Quelques recommandations pour la pratique infirmière vont être exposées. Ces recommandations ne sont certainement pas exhaustives ni absolues. Elles peuvent servir, toutefois, à améliorer une partie de la qualité des soins.

Les résultats ont démontré une diminution des douleurs et une amélioration de la qualité de vie en utilisant les CAM en complément des analgésiques. Certaines études ont prouvé leur utilité et leur efficacité. De plus, les médecines complémentaires et alternatives s'avèrent bénéfiques pour d'autres symptômes tels que la fatigue, l'anxiété, les nausées et les vomissements. Ces thérapies semblent donc efficaces pour les symptômes tant physiques que psychologiques. Le rôle des CAM est de favoriser la détente, réduire le stress et l'anxiété, soulager les douleurs et les autres symptômes, réduire les effets indésirables des traitements et améliorer le sommeil. En synthétisant ces effets positifs, nous pouvons confirmer que les CAM apportent un bénéfice aux patients souffrant d'un cancer en soins palliatifs.

Les professionnels de la santé doivent être en mesure de renseigner leurs patients concernant les CAM. Cependant, les infirmiers (ères) n'ont pas ou que très peu de connaissances sur le sujet. Des formations et des cours sur les CAM sont, par conséquent, nécessaires pour le personnel soignant travaillant en soins palliatifs afin de donner des soins de meilleure qualité. De plus, il serait intéressant d'élargir la thématique dans tous les services hospitaliers et non seulement dans une unité spécifique.

Pour terminer, les infirmiers (ères) doivent avoir à l'esprit qu'il y a une part de mystère dans les douleurs en soins palliatifs et dans l'être humain en général.

En effet, Parse (2003) parle d'un postulat : le mystère qui demeure. Elle le définit comme l'inexplicable, comme ce qui ne peut pas être complètement connu de manière univoque. Laissons place au mystère si des douleurs persistent malgré un traitement d'antalgique et une thérapie complémentaire. Le rôle de l'infirmier (ère) est, dans ce cas-là, d'offrir la meilleure qualité de vie possible au patient par une immersion silencieuse⁹, par exemple ou en essayant de mettre d'autres méthodes en place.

9.2 Recherches futures

Cette étude a traité des médecines complémentaires et alternatives pour soulager les douleurs en soins palliatifs. Néanmoins, comme l'expliquent Pan & al. (2000), il manque des recherches dans ce domaine. Les CAM comme traitements complémentaires de la douleur ne sont que trop peu étudiées à l'heure actuelle. C'est pourquoi, des recherches futures sont nécessaires.

Des études sur les effets que procurent les massages aux personnes en fin de vie devraient être réalisées avec un plus grand échantillon et moins de limites méthodologiques. En effet, le massage est une méthode peu coûteuse et relativement facile à pratiquer. Cela permettrait aux infirmiers (ères) de prendre des décisions adéquates sur les thérapies complémentaires potentiellement bénéfiques pour leurs patients.

Par les stratégies de recherche employées, aucune étude Suisse n'a été trouvée. Néanmoins, Molassiotis & al. (2005) ont réalisé une recherche où participaient des patients d'un hôpital Suisse. C'est pourquoi, une recherche en Suisse devrait également être réalisée afin de visualiser les besoins de la pratique dans l'utilisation des CAM dans notre pays.

⁹ Immersion silencieuse = processus d'un silence qui ne bloque pas l'envoi et la réception des messages. C'est un espace profond dépourvu de paroles et riches en symboles.

9.3 La méthodologie de recherche de Parse

Comme l'expliquent Doucet & Bournes (2007), la méthode de recherche de Parse est différente des méthodes qualitatives. En effet, il s'agit d'une méthode phénoménologique-herméneutique qui a été créée pour être compatible avec l'ontologie de la théorie de l'Humaindevenant. La source d'informations se trouve dans les expériences universelles décrites par les participants. Les phénomènes à l'étude sont toujours des expériences de santé comme l'espoir, la joie, la tristesse, le chagrin, le contentement et la souffrance. Les participants doivent être capables de décrire le sens de leurs expériences avec des mots, des symboles, de la musique, des métaphores, des poésies, des photographies, des dessins ou encore des gestes. Les descriptions sont obtenues grâce à un dialogue chercheur-participant. Cela consiste donc en une présence vraie et non une entrevue comme pour les recherches qualitatives. Le chercheur va au rythme de la personne et bouge avec elle. Les résultats des données des patients permettent d'obtenir des structures synthétisées de l'expérience vécue. « L'interprétation heuristique tisse la trame de la structure avec la théorie (...) et au-delà au travers de transposition structurale et de l'intégration conceptuelle afin d'améliorer la compréhension des phénomènes et étendre les savoirs sur les expériences humaines » (Parse, 2003, p.135).

De telles recherches permettent de démontrer, avec plus de précision, les ressentis des patients. En effet, la présence vraie permet aux participants de s'exprimer comme ils le désirent, de se sentir écoutés et entourés. Les patients peuvent parler du sens qu'il donne aux situations vécues. La recherche méthodologique de Parse semble donc positive pour la recherche infirmière. Dans le cas de cette revue de littérature, de telles recherches permettraient de ressortir le vécu des patients face aux douleurs persistantes et à leur qualité de vie en soins palliatifs. Cela permettrait de percevoir leurs réels besoins et leurs attentes.

Les études qualitatives ont certains avantages tels que la rapidité du fait de la petite taille des échantillons, l'exploitation d'un sujet sans a priori et elles permettent d'appréhender toutes les facettes d'un problème. De plus, elles

permettent d'explorer en profondeur la conscience des individus. Dans une étude qualitative, il s'agit de « faire parler » et d'écouter alors que pour une étude quantitative il s'agit de « faire répondre » et d'amener le participant à donner son opinion face à une liste qu'on lui soumet. Cependant, un des désavantages majeurs des études qualitatives s'avère être le manque de crédibilité qui tient à la petite taille de l'échantillon. De plus, les personnes questionnées peuvent ne pas être représentatifs du thème étudié et il est donc impossible de les généraliser.

Nous pouvons remarquer que les études ayant un devis qualitatif, dont la méthodologie de Parse, comportent de nombreux avantages. De plus, elles permettent d'être au plus près de la réalité, des ressentis et des besoins des patients. Les connaissances infirmières sont donc améliorées grâce aux méthodes de recherche spécifiques à la discipline.

9.4 Apprentissages

Cette revue de littérature m'a permis de développer un thème qui m'intéresse, m'interpelle et m'a donné des pistes pour ma future pratique infirmière. En effet, mon projet professionnel est de travailler dans une unité de soins palliatifs. J'ai pu constater l'efficacité et les effets positifs des médecines complémentaires et alternatives chez ce type de patient. De plus, ce travail m'a démontré l'importance de mettre le patient au centre des soins.

Revenons à ma situation de départ décrite dans mes motivations. J'ai, actuellement, quelques pistes pour mieux gérer de telles situations. En effet, nous aurions pu faire appel à un professionnel qui pratique le « therapeutic touch » du fait que nous ne pouvions plus toucher la patiente ou encore pratiquer des techniques de relaxation.

Pour terminer, la réalisation d'une revue de littérature a été enrichissante mais loin d'être facile. C'était une première expérience pour moi. J'ai pu développer mon esprit critique et mes capacités d'analyse et d'argumentation. En tant qu'infirmière Bachelor, je pourrai amener des connaissances en lien avec la recherche en soins infirmiers sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage :

Beck, C.T., Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. & Polit, D. F. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI

Brunner & Suddarth. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : Généralité*. Bruxelles : de Boeck.

Chauffour-Ader, C. & Daydé, M-C. (2008). *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Doucet, T-J & Maillard Strüby, F-V. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse : L'école de pensée de l'Humaindevenant*. Marly : Aquilance.

Formarier, M. & Jovic L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.

Marieb, E-N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris : Pearson Education.

Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2007). *Soins infirmiers et douleur*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson

Organisation mondiale de la Santé. (1997). *Traitement de la douleur cancéreuse : deuxième édition*. Genève : Auteur.

Rizzo Parse, R. (2003). *L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Bruxelles : De Boeck Université.

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP): Collège des acteurs en soins infirmiers. (2009). *L'infirmière et les soins palliatifs*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.

Articles:

Boegli, M. & Cabotte, E. (2006). Des moments d'apaisement et de réconfort. *culture des soins*, 4, 44-47.

Bournes, D-A & Doucet, T-J. (2007). Review of research related to Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, 20, 16-32.

Clark, D. (1999). *Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967*. *Social science & medicine*, 49, 727-736.

Schaefer Bitros, B. (2007). Advocating for Management of Cancer Pain. *JAOA : supplement* 7, 12, 4-8.

Office fédérale de la statistique Suisse. (2010). *Mortalité, cause de décès – données indicateurs*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> [Page consultée le 8 avril 2010].

Etudes :

Beaty, B., Benton, K., Bryant, LL., Corbin, L., Fairclough, DL., Felton, S., Hemphill, L., Kutner, JS., Mellis, BK., Smith, MC. & Yamashita, TE. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *An intern med*, 16, 369-379.

Bennett, M., Bagnall, A. & José Closs, S. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain: systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143, 192-199.

Broom, A. (2009). 'I'd forgotten about me in all of this': discourses of self-healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine. *Journal of sociology*, 45, 71-87.

Cabot, I., Le May, S., & Besner, G., (2007), *Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer*

Clavarino, A., Correa-Velez, I., Eastwood, H., G & Barnett, A. (2003). Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliative medicine*, 17, 695-703.

Curat, T. & Peireira, J. (2007). *Evaluation de la qualité de vie en soins palliatifs*. *Palliative.ch*, 4, 32-36.

Edzard, E. (2001). Complementary therapies in palliative cancer care. *Cancer*, 91, 2181-2185.

Evans, B. (1995). An audit into the effects of aromatherapy massage and the cancer patient in palliative and terminal care. *Complementary Therapies in Medicine*, 3, 239-241.

Johnson, R, A., Meadows, R, L., Haubner, J, S. & Savedge, K. (2003). Human-Animal Interaction: a complementary/alternative medical (CAM) intervention for cancer patients. *American Behavioral Scientist*, 47, 55-69.

Magdalen Monroe, C. (2009), The Effects of Therapeutic Touch on Pain. *Journal of holistic nursing*, 27, 85-92.

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, M., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad A. M-A., Platin, N., Kearney, N. & Patiraki, E. (2005). Use of complementary and alternative

medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*, 16, 655-663.

Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, J. & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 162-169.

Pan, C., Morisson, S., Ness, J., Fugh-Berman, A. & Leipzig, R. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20, 374-387.

Russell, E. (2003). The effects of music therapy on the quality and Length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of music therapy*, 2, 113-137.
Wootton, M., (2004), *Morphine is not the only analgesic in palliative care literature review*

Wilkinson, S., Barnes, K. & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 430-439.

Polycopiés :

Mooser, F. (2006). *La cellule et lien avec la cellule cancéreuse*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Vuichard, P. (2008). *Autour du cancer*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Documents électroniques:

Ligue Suisse contre le cancer. (2008). *Douleurs*. [Page WEB]. Accès : http://www.liguecancer.ch/fr/vivre_avec_le_cancer_/les_symptomes_associes/douleurs/ [Page consultée le 21 avril 2010].

Multiple sclerosis international federation (s.d). *Définition de la médecine alternative et complémentaire* [Page WEB]. Accès : http://www.msif.org/language_choice.html [Page consultée le 19 mai 2011].

Office fédérale de la santé publique. (2010). *Les soins palliatifs en bref*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/06421/index.html?lang=fr>.

ANNEXES

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, en respectant les règles et les normes de l'école. Les références utilisées sont nommées et clairement identifiées selon les directives. »

Liska Raemy

Annexe B : Grilles d'analyse des recherches

Grille 1

Clavarino, A., Correa-Velez, I., Eastwood, H., & Barnett, A., (2003), Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life.

Etude qualitative longitudinale

Problématique et visée de l'étude	<p>En théorie, il existe une relation entre la qualité de vie des personnes souffrant d'un cancer et l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (CAM), cependant il existe peu de données empiriques. Des études démontrent que les utilisateurs de médecine complémentaire ont une clinique différente. Par exemple, une baisse du degré des symptômes, de la détresse psychologique...</p> <p>But : comparer les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales comme conséquences à la qualité de vie entre des personnes ayant un cancer qui utilisent la médecine alternative et celles qui ne l'utilisent pas.</p>
Echantillon	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes souffrant d'un cancer • Agé de 20 ans ou plus • Durée de survie entre 3 et 18 mois (évalué par le médecin) • Habiter en grande métropole, région de Brisbane • Fonction cognitive adéquate (comprendre le questionnaire d'entrée, signer le formulaire de consentement → les personnes ayant des tumeurs cérébrales et les métastases cérébrales ont été exclues) <p>→ 16 hôpitaux, 111 participants</p>
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<p>Des interviews ont été réalisées toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à quelques jours de leur mort.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 597 entrevues réalisées (moyenne de 5.4 interview par personne) • Les entrevues ont été réalisées la plupart de face à face (hôpital ou domicile) • 21% des entrevues par téléphone et 5% par écrit (complétées par les participants et envoyées) <p>Les 3 principales dimensions de la qualité de vie couramment identifiées dans la littérature ont été mesurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les symptômes physiques • Les facteurs psychologiques (détresse psychologique et bien-être subjectif)

	<ul style="list-style-type: none"> Les facteurs sociaux (satisfaction par rapport à la médecine conventionnelle et la nécessité d'un contrôle sur les décisions de traitement)
Résultats	<p>Parmi tous les participants, 53 (48%) ont utilisé au moins une forme de médecine alternative et complémentaire pendant la période de l'étude. Seulement 6 (11%) ont consulté régulièrement un médecin spécialiste en CAM.</p> <p>Au cours de l'étude, les utilisateurs de CAM ont été plus susceptibles d'avoir diminués les traitements conventionnels (principalement la chimiothérapie) que les non-utilisateurs.</p> <p>En moyenne les personnes ayant eu recours à la CAM ont eu des niveaux similaires de fatigue par rapport aux non-utilisateurs. Le score de la douleur ainsi que le niveau d'anxiété sont restés plus élevés chez les utilisateurs de CAM. Par contre, ils ont diminué chez les personnes utilisant les CAM et légèrement augmenté chez les autres au cours de la dernière année de vie.</p> <p>En moyenne, les personnes qui utilisent les CAM ont signalé une baisse de la satisfaction de la médecine traditionnelle. Alors que ceux qui n'utilisent pas les CAM ont signalé une baisse de la satisfaction de cette médecine traditionnelle seulement durant les derniers mois de vie.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>L'utilisation des médecines alternatives et conventionnelles est commune à tous les participants dans leurs derniers mois de vie. L'étude démontre une plus grande utilisation des plantes médicinales qui ne sont pas toujours inoffensives et qui peuvent interférer avec les traitements traditionnels du cancer. La majorité des personnes se soignait elle-même et ont signalé que les CAM ne sont pas souvent intégrés dans la prise en charge dans les unités de soins palliatifs du Queensland.</p> <p>Les douleurs ont fortement augmenté dans les 3 derniers mois de vie chez les personnes n'utilisant pas les CAM alors qu'elles sont restées inchangées ou ont légèrement diminué chez l'autre groupe de personnes. Durant la même période, le bien-être subjectif était plus élevé chez les utilisateurs des CAM.</p> <p>Plusieurs limites à cette étude doivent être reconnues. L'échantillonnage peut avoir été influencé par plusieurs facteurs tels que l'exhaustivité des données de l'échantillonnage, la sélectivité des médecins en invitant les participants et la considération prise par ceux-ci au moment de décider de participer ou non à l'étude.</p> <p>Pour conclure, cette étude démontre que l'utilisation des CAM peut influencer certaines dimensions de la qualité de vie à l'approche de la mort.</p>
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette étude me démontre que les médecines alternatives et complémentaires ont une influence sur la qualité de vie des personnes en soins palliatifs. Concernant la douleur, elles peuvent avoir un effet bénéfique.</p> <p>Je peux en déduire que les CAM peuvent être utiles pour le bien-être des personnes en fin de vie.</p>

Grille 2

Magdalen Monroe, C., (2009), The Effects of Therapeutic Touch on Pain.

Revue de littérature

Problématique et visée de l'étude	<p>But : examiner la situation actuelle du toucher thérapeutique dans la littérature afin de déterminer s'il peut atténuer la douleur</p> <p>Objectif : mieux comprendre comment le toucher thérapeutique peut être utilisé</p> <p>Le toucher thérapeutique est une technique non invasive dérivée de l'ancienne pratique de l'imposition des mains (échange d'énergie). L'existence des champs d'énergie n'a pas encore été prouvée scientifiquement, par conséquent, la recherche doit être effectuée sur les effets physiologiques du toucher thérapeutique.</p>
Echantillon	<p>En raison des limites des recherches concernant le toucher thérapeutique, l'étude ne pouvait pas avoir une population spécifique ou un type de douleur.</p>
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<p>Une recherche approfondie a été menée sur des bases de données (MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, Psychlit, PubMed) afin de trouver des articles de recherche publiés entre 1997 et 2007. Les bibliographies des articles identifiés ont permis d'avoir d'autres références et donc des études complémentaires.</p> <p>Mots clés : le toucher thérapeutique, le toucher de guérison, la douleur chronique, la douleur, les traitements de la bioénergie, la thérapie complémentaire et alternative</p> <p>La recherche a été limitée aux articles publiés en anglais.</p> <p>Sept recherches ont été faites entre 1997 et 2004 et cinq ont été incluses pour cette revue de littérature (éléments de preuve pertinents qui répondent à la question de recherche).</p>
Résultats	<p>Etude 1 : <u>Les effets du toucher thérapeutique sur la réduction de la douleur chronique et de l'anxiété chez des personnes âgées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 95 participants dont 90 qui ont terminé l'étude • Les effets du toucher thérapeutique ont été mesurés sur 3 variables : la douleur, l'anxiété et le cortisol salivaire. • Résultats : le toucher thérapeutique réduit les douleurs musculo-squelettiques chroniques ainsi que l'anxiété chez les personnes âgées. Par contre, pas d'effet sur le cortisol salivaire. • Sur la base des résultats de cette étude, un traitement de 20 minutes a été administré pendant 3 jours à des personnes âgées souffrant de douleurs chroniques. Les douleurs intenses ainsi que l'anxiété ont diminué. <p>Etude 2 : <u>L'efficacité de la thérapie du toucher afin de diminuer la douleur des aînés souffrant d'arthrite dégénérative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 108 participants dont 82 qui ont eu la totalité des traitements (6) • Résultats : Les personnes ayant eu le toucher thérapeutique ont eu une plus grande réduction de la douleur que celles qui ont eu une simple relaxation musculaire (contact main-personne). La baisse significative des douleurs a été observée à chaque

	<p>traitement suivant. Une recherche plus approfondie a démontré que la relaxation musculaire de contact produit une réduction plus importante de la douleur que le toucher thérapeutique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclusion : cette étude confirme le bénéfice d'utiliser le toucher thérapeutique ou la relaxation musculaire. <p>Etude 3 : <u>Les effets de la thérapie du toucher chez des patients atteints d'arthrose du genou :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le but était de voir les effets du toucher thérapeutique sur la douleur, la mobilisation et le bien-être général des patients atteints d'arthrite du genou. • 31 participants dont 25 qui ont terminé l'étude • Résultats : il a diminué de manière significative les douleurs, amélioré la mobilisation, l'adaptation, l'humeur et la santé en général. • Conclusion : confirme l'utilisation de cette thérapie pour les personnes souffrant d'arthrose du genou <p>Etude 4 : <u>Les effets du toucher thérapeutique sur la fibromyalgie et la qualité de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 groupes : 1^{er} groupe où le toucher thérapeutique est ajouté à leur plan de traitement et le 2^{ème} où il ne l'est pas (15 participants) • Résultats : cette thérapie a diminué significativement la douleur dans le 1^{er} groupe et la qualité de vie a été améliorée • Limites: petite taille de l'échantillon ce qui ne permet pas de recommander l'utilisation de cette thérapie pour traiter la fibromyalgie. Par contre elle peut être utile pour atténuer les douleurs et améliorer la qualité de vie. • Conclusion : des recherches plus approfondies devraient être faites <p>Etude 5 : <u>L'effet du toucher thérapeutique sur la douleur et l'anxiété des patients brûlés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le but était de voir si cette thérapie augmenterait le soulagement de la douleur obtenu par des analgésiques, réduirait l'anxiété et influencerait la fonction immunitaire chez des personnes hospitalisées pour des brûlures. • 99 participants dont 81 qui ont terminé toutes les évaluations • Les patients ont reçu 5 jours de traitement suivi par l'évaluation des résultats le 6^{ème} jour. Cette thérapie a duré entre 3 et 12 jours. • Résultats : cette thérapie semble être efficace dans le traitement de la douleur en complément d'analgésiques et dans la diminution de l'anxiété.
Discussion et implication pour la pratique	<p>Le toucher thérapeutique peut réduire la douleur. Cette hypothèse est étayée par 4 des 5 études. L'étude sur les douleurs due à la fibromyalgie a trop de limites pour soutenir l'utilisation de cette thérapie. Par contre, elle démontre bien la nécessité de poursuivre les recherches.</p> <p>Les risques du toucher thérapeutique n'ont pas été identifiés. C'est pourquoi, il est sans danger de recommander le toucher thérapeutique pour atténuer les douleurs malgré les limites de la recherche.</p> <p>Les mécanismes thérapeutiques et le mode d'action de cette thérapie devraient être explorés à l'avenir.</p> <p>Dans l'ensemble, le toucher thérapeutique devrait être considéré dans le traitement des douleurs, en particulier l'arthrose, les douleurs musculo-squelettiques et les brûlures.</p>

Commentaires, liens avec la question de recherche	J'ai conscience que l'on ne parle pas explicitement des douleurs cancéreuses. Cependant, je pense que cette méthode peut aussi être utilisée pour d'autres types de douleurs. D'ailleurs les auteurs le précisent à la fin de l'article. Cette thérapie n'est que très peu pratiquée. Je pense qu'elle est bien dans le sens où l'on ne touche pas le patient. Certains cancers provoquent de grandes douleurs au simple toucher ou à l'effleurement. L'« imposition des mains » pourrait donc être bénéfique chez ces patients.
---	--

Grille 3

Beaty, B., Benton, K., Bryant, LL., Corbin, L., Fairclough, DL., Felton, S., Hemphill, L., Kutner, JS., Mellis, BK., Smith, MC. & Yamashita, TE., (2008), Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial.

Essai randomisé

Problématique et visée de l'étude	<p>But : évaluer l'efficacité du massage par rapport au simple toucher</p> <p>Objectif : évaluer l'efficacité du massage pour diminuer la douleur et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer avancé</p>
Echantillon	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 380 adultes atteints d'un cancer avancé ayant eu une douleur au moins modérée (4 ou+/10) une semaine avant l'inscription • Espérance de survie d'au moins 3 semaines • 15 centres de soins palliatifs des Etats-Unis <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massage de professionnel un mois avant l'inscription • Traitement anticoagulant • Plaquettes à moins de 10'000 • Instabilité au niveau de la colonne vertébrale
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • 2 groupes randomisés • réalisée entre novembre 2003 et octobre 2006 • 1^{er} groupe : les participants ont reçu jusqu'à 6 massages (effleurage, pétrissage...) de 30 minutes durant 2 semaines. Les massages ont été prodigués par des professionnels (massothérapeutes). Les zones les plus fréquemment massées ont été le cou, le haut du dos, les bras, les mains, les jambes et les pieds. Les massages ont été adaptés selon les personnes ayant une fragilité

	<p>cutanée, des limites de postures, des œdèmes, de l'ostéoporose ou encore des métastases osseuses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ème} groupe : les professionnels ont imposé leurs mains sur les patients pendant 3 minutes à plusieurs endroits du corps (cou, épaule, bas du dos, mollets, talons, clavicules, bras, mains, rotules et pieds) en effectuant une légère pression. Ce groupe permettait de contrôler le temps d'attention donné et le toucher. Le simple toucher a été prodigué par des personnes ayant une expérience concernant les énergies. • Les données de l'étude ont été recueillies par un entretien face à face ou un questionnaire • Des échelles ont été utilisées pour les résultats pour mesurer la douleur, l'humeur, la qualité de vie, les symptômes émotionnels, etc.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats principaux : changement durable du niveau de douleur. • 298 participants ont été inclus dans l'analyse des résultats immédiats et 348 dans l'analyse des résultats sur une durée. • Les deux groupes ont démontré une amélioration immédiate de la douleur et de l'humeur. • Le simple toucher a montré des améliorations statistiquement significatives concernant la douleur et l'humeur dans les résultats immédiats. L'amélioration immédiate de la douleur et de l'humeur chez les patients ayant reçu des massages est significative. • Les groupes montrent statistiquement et non cliniquement une amélioration significative des douleurs. • La fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire ont légèrement diminué dans les deux groupes. • Les deux groupes ont démontré une amélioration significative des symptômes émotionnels, de la détresse psychique et de la qualité de vie à travers des évaluations hebdomadaires.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Le massage semble avoir des effets immédiats bénéfiques sur la douleur et l'humeur chez les patients atteints d'un cancer avancé. • Le groupe du massage et celui du simple toucher montrait statistiquement et non cliniquement l'amélioration significative de la douleur et de la qualité de vie en l'absence de hausse de la consommation d'analgésiques. • Il n'y avait pas de différences significatives dans les effets indésirables ou de mortalité chez ces patients. • Cette étude fournit un modèle prometteur pour des futurs essais cliniques dans les soins palliatifs. • Des recherches antérieures ont montré que le massage pouvait soulager des douleurs chez des patients cancéreux mais les limites des études (échantillon de petite taille, absence de groupes témoins adéquats) et les résultats contradictoires ont fait que ces recherches n'étaient pas fiables. L'effet du massage le plus cohérent a été la réduction de l'anxiété. A l'heure actuelle, il y a peu d'essais randomisés publiés sur la massothérapie, en particulier dans cette population et par conséquent peu de comparaison directe disponible. • Cette étude suggère une amélioration immédiate pour la douleur et l'humeur mais il n'est pas clair si ces avantages peuvent être bénéfiques pendant plusieurs heures ou jours. Cette question est importante pour la recherche future. • Un petit échantillon de patients a été interrogé après l'étude et a indiqué que le massage offre un temps de répit, un confort, une détente, un moment de réflexion ainsi qu'un sentiment d'attachement à l'autre. Plusieurs études qualitatives le confirment.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude, qui a été effectuée dans plusieurs cliniques, démontre que le massage peut être plus efficace que le simple toucher pour diminuer la douleur et améliorer l'humeur (effet immédiat).
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette étude me montre que les massages peuvent être une ressource pour les soignants. Le simple toucher ou l'imposition des mains a aussi un effet bénéfique comme j'ai pu également le voir dans mon étude N°2. Je pense qu'aux soins palliatifs, il est essentiel de travailler en collaboration avec le physiothérapeute afin d'offrir aux personnes toutes les possibilités thérapeutiques pour atténuer leurs douleurs. Durant mon stage, j'ai pu remarquer qu'on utilisait parfois le massage mais pas assez car cette étude me démontre qu'il peut avoir des effets vraiment bénéfiques. C'est aussi un moment d'échange qui peut permettre d'exprimer leurs sentiments.</p>

Grille 4

Johnson, R, A., Meadows, R, L., Haubner, J, S. & Savedge, K., (2003), Human-Animal Interaction: a complementary/alternative medical (CAM) intervention for cancer patients.

Modèle quasi-expérimental

Problématique et visée de l'étude	<p>But : déterminer dans quelle mesure une brève visite d'un chien et de son maître (professionnel) serait perçue par le patient comme bénéfique et vérifier la fiabilité des instruments développés pour identifier les avantages de ces visites.</p>
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • 30 participants (12 hommes et 18 femmes) • Moyenne d'âge : 54 ans • Critères de sélection : âgés de plus de 18 ans, hospitalisés dans l'unité d'étude du cancer où le traitement est non palliatif, capable de lire et d'écrire en anglais
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutes avec soit un chien et son maître, soit avec une personne (visite amicale) ou alors un temps de lecture en silence de magazines sélectionnés • Lors de la séance avec un chien et son maître, ce dernier n'a pas interagi avec le patient. Lors de la visite amicale avec une personne, le visiteur a été chargé de mener une conversation sur les événements actuels sans discuter de l'état du patient, du traitement, du pronostic, des membres de la famille, de la religion, de la philosophie de vie, de la politique ou sur des sujets liés sur la santé en général. Lors de la séance de lecture calme, des magazines ont été sélectionnés et donnés au patient. Les magazines ne contenaient pas d'articles concernant le cancer, la santé, la religion, les médecines complémentaires et les animaux. • Les chercheurs ont élaboré des questionnaires d'intervention pour évaluer dans quelle mesure les participants ont estimé utile la visite du chien, celle de l'homme ou la lecture. • Le questionnaire des deux visites avait 21 items. Celui de la lecture en silence en avait 17 car il n'était pas possible de créer des parallèles dans les libellés.

Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont rapporté que le chien les consolait, leur faisait se sentir heureux et leur donnait de l'énergie. Ils ont également considéré le chien comme un confident et comme un ami en qui ils se sentent attachés. Quelques commentaires qui sont ressortis des évaluations: « Il m'a changé les idées et égayé ma journée ! », « Le chien contribue à rendre les gens heureux ! ». • Les patients ont aussi considéré la visite de l'ami comme quelque chose d'utile au traitement. • Les personnes du groupe de lecture ont vécu cela positivement, comme quelque chose qui a aidé à passer le temps.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude pilote représente une première tentative du potentiel bénéfique d'une visite de chien pour des patients cancéreux. • Plusieurs auteurs ont montrés des réponses positives de personnes âgées qui interagissaient avec des animaux (Berryman, Howells, Lloyd-Evans). Il a été démontré que les animaux étaient source de plaisir et de détente. Une diminution des dépressions et un meilleur moral ont aussi été démontrés. • Cette étude mériterait de plus amples recherches et un échantillon plus grand. On ne sait pas dans quelle mesure les effets positifs de la possession d'un animal chez les aînés peut s'étendre dans le milieu hospitalier avec des activités assistées par l'animal. • Nous ne savons pas dans quelle mesure ce type de CAM peut produire des réactions semblables à d'autres techniques telles que la musicothérapie, l'hypnose, le massage ou l'aromathérapie. Bien que la recherche a montré que l'interaction avec un animal procure une relaxation et des réponses similaires à celles trouvées avec ces autres techniques.
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette étude me démontre que l'animal peut avoir un effet bénéfique sur les personnes souffrant d'un cancer avancé bien que la recherche n'est pas très évoluée dans ce domaine. Cette étude me montre une autre piste pour détendre et relaxer une personne ayant des douleurs. C'est une technique qui n'est pas utilisée couramment en Suisse. Je pense que cela peut être une autre ressource pour les soignants.</p>

Etude 5

Broom, A., (2009), 'I'd forgotten about me in all of this': discourses of self-healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine.

Problématique et visée de l'étude	<p>Cet article montre les expériences d'un groupe restreint de patients atteints de cancer qui sont utilisateurs de médecines complémentaires.</p> <p>Des avantages importants de l'utilisation des CAM sont démontrés dans la littérature. Ces CAM jouent un rôle dans les besoins de soutien et thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer.</p>
-----------------------------------	---

Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • 20 participants (6 hommes et 14 femmes) • Agé entre 30 et 70 ans • Les participants ont été trouvés dans 2 services d'oncologie en Australie
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont été recrutés au moyen d'affiches placées dans les salles d'oncologie. Quarante patients ont répondu à l'étude et 20 ont donc été sélectionnés pour cette étude. Ils ont été choisis car ils utilisaient de façon régulière et intense les CAM. • Ils ont été interviewés dans leur maison pendant environ deux heures. • Avec la permission des participants, leurs entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. • La méthodologie s'appuie sur les interprétations de recherches qualitatives, en se concentrant sur une compréhension en profondeur des expériences des participants. • L'analyse des données était fondée sur quatre questions adaptées par Charmaz (approche de l'analyse sociale)... Des thèmes ont émergé ainsi des entrevues. • L'étape finale a consisté à rechercher dans la littérature des outils qui pourraient être utilisés pour donner un sens aux thèmes qui ont émergé.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • En grande partie, les participants ont exprimé que les CAM n'étaient pas souvent proposées dans les services d'oncologie. • Leur perception de la valeur des CAM a été centrée sur la nécessité de contrôle (sentiment de puissance dans les processus de la maladie et des traitements) et la recherche de paix intérieure ou de détente. • Au sein de la communauté médicale, ils disent que c'est la « vulnérabilité » des patients cancéreux qui les amènent à utiliser des CAM. Cela a été contesté par l'unanimité des patients. Ce terme est considéré comme potentiellement destructeur en termes de relation médecin/patient. → nécessité de contrôle ou d'auto-guérison • Les termes tels que positivité, puissance de l'esprit, auto-responsabilité ressortent énormément.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions biomédicales, pour certaines personnes, ne sont plus considérées comme un élément central de leurs espoirs pour la guérison • Nous pouvons voir une tension entre les croyances des patients utilisant les CAM et les médecins. → puissance pour le patient des approches quasi-spirituelles • D'autres recherches seraient nécessaires pour confirmer les résultats obtenus.
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Je peux remarquer que les CAM sont importantes pour les patients. Elles peuvent les aider et ils les emploient comme une ressource. Cependant, elles ne sont pas souvent proposées à l'hôpital. Le Reiki, la positivité, l'auto-guérison peuvent être des ressources pour les soignants.</p>

Grille 6

Russell, E., (2003), The effects of music therapy on the quality and Length of life of people diagnosed with terminal cancer

Essai randomisé

Problématique et visée de l'étude	La littérature est riche en descriptions qualitatives de la musicothérapie dans le traitement de divers cancers en stade terminal. Bien que la qualité de vie soit complexe, multidimensionnelle, subjective, elle englobe de nombreuses expériences. But : évaluer les effets de la musique sur la qualité de vie, la durée de vie dans les soins, le statut physique et la relation à la mort avec une musique.
Echantillon	Critères d'inclusions : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient ayant un cancer en phase terminal (pronostic de 6 mois ou moins de la durée de vie), recevant des soins palliatifs ▪ Adultes qui vivaient à domicile et qui sont nouvellement admis en hôpital ▪ Capable de répondre aux questions concernant la qualité de vie
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80 participants ▪ Les participants ont été placés au hasard dans deux groupes. Un groupe où ils recevaient des soins palliatifs habituels et un autre groupe où de la musicothérapie (fait par des professionnels) avait été mis en place en plus des soins palliatifs. ▪ Les groupes ont été équivalents sur la base du sexe et de l'âge. ▪ La qualité de vie a été mesurée par « the Hospice Quality of life Index-Revised → mesure d'auto-rapport remis à chaque visite. ▪ Tous les sujets ont reçu au moins deux visites avec une évaluation de l'état physique et de la qualité de vie.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualité de vie était meilleure chez les personnes ayant la musicothérapie et elle a augmenté lorsqu'ils ont eu plus de séances. L'autre groupe a connu une baisse de la qualité de vie et cette dernière a diminué avec le temps. ▪ Il n'y a pas de différence significative pour la qualité de vie dans les résultats selon l'âge ou le sexe des participants. ▪ Le musicothérapeute a été la seule discipline mise à part l'aumônier à fournir un soutien spirituel. La musicothérapie permet aussi de mieux gérer les nausées, les vomissements, les douleurs, la confusion et la léthargie. ▪ Les résultats n'indiquent aucune relation entre le temps de la mort et la dernière visite effectuée par le musicothérapeute. ▪ Conclusion : la musicothérapie peut influencer positivement la qualité de vie, même si le processus de la maladie des patients continue et la mort devient imminente.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats étaient non seulement significativement plus élevés après la première séance de musicothérapie mais les scores ont encore augmenté après la séance de musique d'une seconde thérapie alors que le score de l'autre groupe a baissé. ▪ Ces données appuient l'utilisation d'un traitement thérapeutique avec la musique dès l'admission des patients en soins palliatifs et sa disposition avec une fréquence élevée tout au long de leur durée de vie restante.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des besoins des patients indique la nécessité pour les musicothérapeutes de faire partie de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs. Ils sont complémentaires des soins prodigués. • La musicothérapie a de la peine à trouver sa place dans les hôpitaux et les soins palliatifs au cours des dernières décennies. Il y a beaucoup d'articles dans la littérature. Cependant, il y a un manque de données quantitatives des études. De telles études sont importantes afin de mieux guider les soignants dans leur pratique.
Commentaires, liens avec la question de recherche	Cette étude me montre que la musicothérapie pourrait être une ressource pour les soignants. Elle diminuerait les douleurs et d'autres symptômes de fin de vie. La thérapie par la musique est peu connue dans les institutions, cependant elle pourrait être bénéfique pour les patients.

Grille 7

Pan, C., Morisson, S., Ness, J., Fugh-Berman, A. & Leipzig, R., (2000), Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review.

Revue systématique

Problématique et visée de l'étude	<p>La médecine complémentaire et alternative ainsi que les soins palliatifs sont deux grands mouvements sociaux qui ont pris de l'ampleur et ont attiré l'attention du public et la profession médicale au cours des dix dernières années.</p> <p>Cette revue systématique met l'accent sur le rôle des CAM dans le traitement palliatif de trois symptômes importants que l'on retrouve dans la plupart des cancers en phase terminale : la douleur, les nausées et la dyspnée.</p> <p>But : passer en revue les preuves de l'efficacité des CAM dans le traitement de la douleur, des nausées et vomissements ainsi que la dyspnée chez les patients en fin de vie.</p>
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Sur 107 articles répondant aux critères d'inclusion, 86 ont été exclus pour diverses raisons : patients n'étant pas en fin de vie, l'étude ne comprenait pas de CAM, les patients n'étaient pas des adultes, les personnes n'ont pas eu les symptômes recherchés • 21 études prises en compte • 12 ont été directement accessibles via la recherche documentaire • 11 essais comparatifs randomisés, 2 étaient non-randomisés et 8 séries de cas
Méthode de la récolte de données et de	<ul style="list-style-type: none"> • 6 bases de données : MEDLINE, CINAHL, CancerLit, AIDSLINE, Social Work Abstracts et PsycLit • Les articles ont été sélectionnés et exclus sur la base du titre, du résumé, s'il impliquait principalement des personnes souffrant de maladies chroniques non fatales ou des personnes mourantes. Lorsque les informations n'étaient pas disponibles ou manquaient

l'analyse	<p>de clarté dans le titre ou le résumé, le texte intégral a été obtenu à des fins d'examen. La langue n'a pas été un critère d'exclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été évaluées et examinées indépendamment par deux auteurs. Les désaccords ont été résolus par la discussion, par médiation et par consensus.
Résultats	<p><u>La stimulation nerveuse électrique transcutanée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Essai randomisé de 15 patients qui ont reçu une séance hebdomadaire pendant 6 semaines • Symptômes évalués à l'aide du questionnaire de l'Organisation européenne pour la recherche du traitement et de la qualité de vie du cancer • La qualité de vie globale a été améliorée et la réduction des besoins en antalgiques a été démontrée <p><u>L'acupuncture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 92 patients âgés entre 19 et 70 ans avec des douleurs abdominales invasives ou métastatiques • Traités localement pendant de façon hebdomadaire et pendant 1 à 2 semaines • Les douleurs ont été évaluées à l'aide du système de notation de l'organisation mondiale de la santé pour la douleur légère, modérée ou sévère • La douleur a été contrôlée pendant au moins un mois chez pratiquement tous les patients ayant une douleur légère ou modérée et chez 72% des patients atteints de douleurs intenses <p><u>Le massage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Essai randomisé, 28 patients atteints d'un cancer • Massage suédois de 10 minutes • La douleur a été évaluée par l'échelle analogique visuelle (VAS) → 0 à 10 • Résultats : soulagement immédiat de la douleur mais cet effet diminue une heure après le massage <p><u>Les thérapies comportementales et de relaxation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces approches sont souvent utilisées pour traiter la douleur mais peu d'études ont été réalisées chez des patients mourants. • 58 patients atteints de cancer avancé qui ont reçu une séance de relaxation ont constaté que la douleur a été réduite dans 38% des cas • Toutefois, l'évaluation de la douleur était vague et les séances de relaxation ont été individualisées <p><u>La musicothérapie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Essai randomisé de neuf patients atteints d'un cancer en phase terminal • Les patients ont été exposés à trois interventions (bruit de fond et musicothérapie) → pendant 15 minutes, deux fois par jour pendant deux jours • La douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle de notation graphique

	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude démontre des petites différences positives dans l'utilisation de la musicothérapie dans la douleur en soins palliatifs <p><u>Les thérapies psychologiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Essai randomisé, 58 femmes ayant un cancer du sein avancé • Un groupe ayant un traitement standard et un autre groupe ayant ce même traitement standard plus une thérapie de groupe (réunions hebdomadaires avec un groupe de soutien) • Le 2^{ème} groupe a connu une réduction significative des douleurs pendant plus de dix mois de suivis. Par contre, aucune différence dans la fréquence et la durée des épisodes douloureux. • L'autohypnose a démontré aussi une réduction des douleurs.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Malgré la rareté des essais contrôlés, il y a des données qui appuient l'utilisation de certaines CAM dans les maladies en phase terminale. Les techniques de relaxation, l'acupuncture et la stimulation nerveuse électrique peuvent améliorer la douleur persistante chez des patients en fin de vie. • En termes de CAM plusieurs obstacles existent : <ul style="list-style-type: none"> - les études impliquant des CAM sont moins susceptibles d'être publiés dans des revues. De nombreux articles (12 sur 21) n'ont pas été identifiés par des méthodes de recherche mais par référence dans la recherche d'articles ou par des experts. - les résultats d'étude concernant les compléments alimentaires à base de plantes ne peuvent pas être reproductibles dans la pratique. Ces aliments ne sont pas soumis au contrôle de la Food and Drug (pureté et qualité des aliments). • Certains points forts de cette revue : <ul style="list-style-type: none"> - complet → six bases de données sur la médecine, le cancer, le SIDA, les soins infirmiers et paramédicaux et de la littérature du travail social - examen des symptômes très fréquents chez les patients en fin de vie → cliniquement pertinents - hiérarchie rigoureuse des preuves en utilisant une approche et des évaluations adéquates • Plusieurs limites à cette étude : <ul style="list-style-type: none"> - changement des terminologies dans le temps - difficulté à trouver de la littérature sur les personnes en fin de vie - limité par le contenu des bases de données, la qualité et la quantité de données existantes sur ce sujet - les études sur les CAM peuvent ne pas être faciles à trouver sur des recherches documentaires de routine • Malgré les limites, cette étude démontre qu'il existe des preuves concernant l'utilisation de certaines thérapies alternatives et complémentaires chez des patients en phase terminale et dans le traitement des symptômes qui sont très fréquents chez ces patients. En plus de l'utilisation d'analgésiques pour la gestion de la douleur, il serait intéressant, selon cette étude, d'utiliser les massages, la relaxation, l'hypnose ou encore la stimulation nerveuse électrique transcutanée. • Les études à venir nécessitent des échantillons plus grands, fiables et précis.

Commentaires, liens avec la question de recherche	Cette revue systématique me permet de constater que certaines CAM sont utiles dans les situations de douleur en fin de vie bien que cette étude comporte plusieurs limites.
---	---

Grille 8

Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, J. & Shott, S., (2006), Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy.

Problématique et visée de l'étude	<p>But : déterminer l'effet de l'art-thérapie (séance d'environ une heure) sur la douleur et les autres symptômes communs aux patients adultes hospitalisés pour un cancer.</p> <p>Plusieurs études suggèrent que plus de 80% des patients atteints de cancer peuvent utiliser une thérapie complémentaire en supplément d'autres traitements médicaux standards. La relaxation, le massage, l'hypnose ou encore la musicothérapie ont été jugés efficaces pour réduire les symptômes, améliorer la qualité de vie et renforcer leur capacité à faire face à la détresse.</p> <p>L'art-thérapie est utilisée pour aider les patients ou leur famille à faire face aux symptômes, à mieux se connaître soi-même et à s'adapter à des expériences stressantes et traumatisantes.</p>
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont été recrutés dans des unités d'oncologie dans un hôpital universitaire sur une période de quatre mois • Sur 63 patients au début de la recherche, 50 personnes ont terminé l'étude • Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic : cancer - plus de 18 ans - capacités cognitives intactes - en mesure de communiquer en anglais
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • La SESA (Symptom Edmonton Assessment Scale) a été utilisée pour mesurer les symptômes physiques et émotionnels associés au cancer. Le taux de gravité de neuf symptômes (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, manque d'appétit, bien-être et essoufflement) sur une échelle de 0 à 10 a été calculé. • La STAI (Spielberger Trait Anxiety-State Index) a permis de mesurer l'anxiété. Elle permet de décrire l'état psychologique du patient au moment de la séance d'art-thérapie. Elle évalue les sentiments d'appréhension, de tension, la nervosité et l'inquiétude. • Puis, à la fin de chaque séance, trois questions ouvertes ont été posées afin de d'avoir leur impression sur cette dernière : Aimerais-il à nouveau faire de l'art-thérapie si l'occasion se présentait ? De quelle manière l'art-thérapie modifie le bien-être général ? Sont-ils à l'aise pour faire de l'art ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Un art-thérapeute professionnel a donné à chaque participant une séance d'environ une heure. Il leur a proposé plusieurs fournitures d'art-thérapie : argile, cartes, plumes, feutres, charbon de bois, peintures, vitrail, magazines, perles, fils, crayons... • Le contenu des séances a été individualisé en fonction des « buts du sujet » allant de la distraction à la perception de problèmes psychologiques.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a eu des réductions statistiquement significatives dans huit des neuf symptômes mesurés par le SESA. La nausée est le symptôme qui n'a pas changé suite à la session d'art-thérapie. • Il y a aussi eu des différences statistiquement significatives dans la plupart des domaines mesurés par la STAI. Néanmoins, les réponses telles que le regret, sentir à l'aise, être inquiet ne démontrent aucun changement lorsque l'on compare les résultats avant et après la séance. • 46 patients soit 92% ont déclaré qu'ils aimeraient à nouveau faire de l'art-thérapie • 45 participants soit 90% ont dit que la séance les distraitait et que cela leur a permis de se concentrer sur quelque chose de plus positif • 18 sujets soit 36% ont déclaré que l'art-thérapie a été calmante et relaxante • 6 personnes soit 12% l'ont trouvée productive et utile • 12 participants soit 24% estimaient que c'était une activité agréable • 3 sujets soit 6% ont dit que la séance ne leur a fait aucun effet • 48 personnes soit 96% étaient à l'aise face à l'art • 2 patients soit 4% ont déclaré ne pas être à l'aise avec la création artistique • Plusieurs sujets ont fait remarquer que faire de l'art leur a donné un sentiment de contrôle et leur a permis d'exprimer leurs sentiments sans mots.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a été la première à tenter d'évaluer, de manière empirique, les avantages de cette intervention sur la réduction d'un certain nombre de symptômes. Les résultats ont fourni de nouvelles preuves concernant l'efficacité de l'art-thérapie. • Un constat surprenant de l'étude était la diminution de la fatigue. Malgré la fatigue immédiatement avant la séance et l'énergie utilisée durant celle-ci, les sujets ont décrit une réduction significative de la fatigue à la fin de l'intervention. • Cette étude comprenait un certain nombre de limites. Tout d'abord, sans contrôle ni randomisation, ils n'ont pas pu prendre en considération les variables qui auraient pu influencer les résultats de cette étude. Elle a été conçue pour évaluer le changement immédiat des symptômes après une séance d'art-thérapie plutôt que de déterminer la durée ou l'intensité de l'effet après plusieurs séances. Il serait utile de voir si les effets positifs peuvent s'étendre sur de longues périodes et également à quelle fréquence elles devraient être données. • Des recherches futures sont nécessaires pour identifier les patients qui pourraient bénéficier du plus grand avantage, la durée de l'effet ainsi que le nombre optimal de séances nécessaires pour produire des effets à long terme.

Commentaires, liens avec la question de recherche	Je peux constater que l'art-thérapie est efficace pour soulager les symptômes liés au cancer. C'est une alternative qui peut s'offrir aux soignants afin de soulager les douleurs. L'art-thérapie permet aux patients d'exprimer leurs sentiments ce qui peut diminuer les douleurs. En effet, certaines douleurs sont psychologiques.
---	--

Etude 9

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, M., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad A. M-A., Platin, N., Kearney, N. & Patiraki, E., (2005), Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey.

Etude descriptive transversale

Problématique et visée de l'étude	L'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (CAM) ont augmenté au cours des 15 dernières années. Néanmoins, nous n'avons que peu d'informations concernant l'utilisation des CAM chez les patients ayant un cancer. But : évaluer l'utilisation des CAM chez les patients souffrant d'un cancer à travers un certain nombre de pays européens.
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Quatorze pays (Espagne, Israël, Turquie, Ecosse, Grèce, Suisse, Suède, Italie, République Tchèque, Serbie, Danemark, Belgique, Islande, Angleterre) • 956 patients dans plusieurs hôpitaux • Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - patients adultes des deux sexes ayant reçu un diagnostic d'un cancer - au courant de leur diagnostic - capable de comprendre les questions - étaient prêts à participer à l'étude
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • 18 sociétés nationales d'oncologie, tous membres de la Société européenne de soins infirmiers en oncologie ont été contactés pour une éventuelle collaboration. Quinze ont accepté de participer. Une personne clé, basée sur l'intérêt ou l'expérience concernant les CAM, de chaque société a été désignée. Cette personne devait traduire le questionnaire dans la langue de son propre pays. • Recueil de données à l'aide d'un questionnaire (basé sur celui développé par Swisher et al. et partiellement modifié pour cette étude). Il comprenait 27 questions (données démographiques, cliniques, questions sur le recours aux CAM...) • Les données ont été analysées par le Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la plupart des pays, environ un tiers des patients ont recours à une forme de CAM. La Suisse, la République Tchèque et l'Italie démontrent un niveau élevé des recours aux CAM et au contraire, la Grèce montre un faible niveau d'utilisation. • Les CAM les plus fréquemment utilisées étaient similaires dans la plupart des pays. Il s'agit des plantes médicinales (dans 13 des 14 pays), l'homéopathie, les vitamines et les minéraux, les tisanes médicinales, les thérapies spirituelles et les techniques de relaxation. • Les patients ont tendance à être satisfaits de l'utilisation des CAM et ils ont également estimé que la thérapie utilisée a été efficace. • La majorité des patients ont recours aux CAM car ils veulent augmenter la capacité de leur corps pour combattre la maladie (50.7%), améliorer le bien-être physique (40.6%) ou améliorer le bien-être émotionnel (35.2%). Seuls 31 patients (3.2%) n'ont pas trouvé de bénéfice avec ces thérapies. • Une analyse multi variée a démontré que le profil type de l'utilisateur des CAM était des jeunes femmes avec un niveau d'instruction plus élevé. • La source d'information a principalement été donné par des amis (56.5%), la famille (29.1%) et les médias (28.4%). Les médecins (18.6%) et les infirmières (3%) n'ont joué qu'un petit rôle dans la fourniture d'information liée aux CAM. • Quatorze patients (4.4%) ont signalé des effets secondaires (maux de ventre, d'estomac, de tête, nausées, démangeaisons, diarrhées et mauvais état de la fonction rénale). La plupart semblaient être transitoires et ils étaient tous liés à l'ingestion d'herbes ou de minéraux. • Les patients qui n'ont pas eu recours aux CAM ont dû écrire pourquoi. La majorité (43.3%) a déclaré qu'ils étaient satisfaits de traitement classique reçu. 34.7% ont déclaré n'avoir jamais pensé à l'utilisation des CAM et 15.1% qu'ils ne croyaient pas en leur efficacité.
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude constitue une des plus grandes enquêtes à ce jour sur l'utilisation des CAM chez les patients cancéreux et est la seule étude disponible à l'échelle européenne. Elle fournit donc les premières preuves de l'étendue de l'utilisation de ces thérapies, les types et les raisons de l'utilisation ou la non-utilisation, les avantages perçus, les dépenses et les effets secondaires constatés. • Il est démontré que la CAM la plus courante est l'utilisation de plantes médicinales, bien que la diversité des plantes utilisées diffère selon les pays (Espagne et Serbie utilisent l'aloé vera alors que la Grèce une pâte faite de feuille d'olivier ou encore la Suisse qui utilise le plus souvent du gui). • L'utilisation des médecines complémentaires et alternatives est considérablement plus faible dans la présente étude que les enquêtes se rapportant des Etats-Unis. Les études américaines montrent une plus grande utilisation qui est bien souvent au-dessus de 40%. • L'Italie a été le pays où les CAM étaient les plus utilisées, cependant la source de données a été d'une unité de soins palliatifs, ces résultats peuvent ne pas être exactes. • Seul un petit nombre de patients ont utilisé des groupes de soutien (0.3% avant le diagnostic du cancer, 1.8% à un moment donné depuis le diagnostic). Ces chiffres sont inférieurs au taux rapporté dans la littérature psychosociale. Cependant, le manque de disponibilité de groupes de soutien dans de nombreux pays a été souligné.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle des médecins en tant que source d'informations a été faible et encore plus faible chez les infirmières. Les professionnels de la santé doivent être en mesure de donner des informations à leurs patients, même si le déficit de connaissances est reconnu. • Il est impératif que les professionnels de la santé explorent l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives avec leurs patients atteints d'un cancer, les éduquent au sujet des thérapies potentiellement bénéfiques pour eux. Ils doivent aussi leur expliquer les preuves limitées de l'efficacité des CAM.
Commentaires, liens avec la question de recherche	Cette étude me démontre bien que les CAM ne sont pas suffisamment connues par le personnel de santé. Il y a un manque de connaissances des infirmières en particulier. Je remarque encore que les CAM sont bénéfiques pour une majorité de patients. Bien que la Suisse démontre un niveau élevé de l'utilisation des CAM, je pense que nous pouvons faire encore mieux de ce point de vue, élargir nos connaissances.

Etude 10

Evans, B., (1995), An audit into the effects of aromatherapy massage ad the cancer patient in palliative and terminal care.

Problématique et visée de l'étude	<p>L'aromathérapie est de plus en plus connue. Elle consiste en l'utilisation d'huiles essentielles extraites de plantes aromatiques et de fleurs. Pendant le massage, elles sont absorbées par la peau et transportées dans le corps là où elles sont davantage nécessaires.</p> <p>But : évaluer les effets physiques et psychologiques de l'aromathérapie chez les patients atteints d'un cancer en soins palliatifs</p>
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • 69 patients (42 femmes et 27 hommes) souffrant d'un cancer • 112 traitements donnés au total
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Sur une période de six mois, un jour par semaine durant 4h un professionnel a fait des massages avec des huiles essentielles. Ces massages ont été faits au lit du patient pour un meilleur confort et de la musique a été mise durant la séance. • Les patients ont été choisis car ils avaient des douleurs ou parce qu'ils voulaient se détendre. Les huiles ont été choisies en fonction de la présentation des symptômes et ont été diluées. En effet, leur arôme pouvait être insupportable chez des personnes en phase terminale. • Les principales zones de massage sont le visage, les mains, les jambes et les pieds ainsi que d'autres parties d'un corps à la demande des patients. • Un questionnaire a été rempli par les patients après chaque séance.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant le massage certains patients étaient détendus, tranquilles tandis que d'autres parlaient et exprimaient leurs espoirs et leurs craintes. • Les massages ont été faits en fonction des besoins et des disponibilités des patients. • Réponses aux questionnaires :

	<ul style="list-style-type: none"> - comment ils se sentaient avant et après le massage : 81% se sentaient mieux, très détendus - le temps de détente : 1h = 6%, plusieurs heures = 62%, 1 jour = 12.5% et plusieurs jours = 12,5 % - manière qu'il a été le plus bénéfique : apaisant/calmant, procure de la détente, donne un sentiment de bien-être - Pour 81% des participants le massage devrait être donné plus d'une fois par semaine - 81% des patients ont trouvé la musique utile • Certains patients ont ajouté d'autres commentaires : <ul style="list-style-type: none"> - « Un excellent complément aux soins fournis. » - « Je pense que c'est une très bonne chose, très bénéfique pour les muscles tendus et la douleur. » - « J'avais entendu parler de l'aromathérapie mais jamais connu de massage avant, je pense que tout le monde trouverait cela bénéfique. Je le recommande comme un traitement régulier. »
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation a été difficile. Au début, les séances étaient prévues le mardi de 10h à 14h, cependant, les patients étaient souvent occupés (toilette, repas...). Les séances ont donc été déplacées de 13h à 17h. Même avec la modification il y avait encore des inconvénients (passage du personnel infirmier, formulaire incomplet). • Les patients ont exprimé un bénéfice à travers ces massages et l'aromathérapie.
Commentaires, liens avec la question de recherche	L'aromathérapie est aussi une ressource pour les soignants. Elle peut également soulager les douleurs comme en démontrent certains témoignages.

Grille 11

Bennett, M., Bagnall, A. & José Closs, S., (2009), How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain: systematic review and meta-analysis.

Revue systématique et méta-analyse

Problématique et visée de l'étude	But : quantifier le bénéfice du patient basé sur des interventions éducatives dans la gestion de la douleur cancéreuse ainsi que de comparer cette intervention avec d'autres interventions pour la gestion de la douleur cancéreuse. Les objectifs secondaires sont de mieux comprendre la relation entre l'éducation, y compris le type et la durée, et les résultats de la douleur améliorée.
-----------------------------------	---

Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - informations, instructions et conseils de comportement en matière de gestion de la douleur cancéreuse avec des moyens verbaux, écrits, des supports audio/vidéos enregistrés ou assistés par ordinateur qui sont donnés par un professionnel de la santé. - Conception expérimentale avec un groupe de comparaison (essais randomisés) • Critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> - les études qui ont utilisé des méthodes psycho-comportementales telles que la méditation, la relaxation ou des techniques pour promouvoir des changements dans les comportements de santé. • 21 essais de six pays avec 3501 participants ont été inclus dont 19 études randomisées où la taille de l'échantillon global variait de 30 à 1256 patients
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Six bases de données électroniques principales (MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, ASSIA et AMED) • Recherches aussi effectuées dans Cochrane Library, DARE, sites WEB NICE, Journal of Clinical Oncology et Journal of Patient Education and Counseling de 1997 à 2007 • Etudes réalisées jusqu'au 30 novembre 2007 • Les données ont été extraites par un critique et vérifiées une seconde fois par un formulaire standardisé
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la majorité des études, l'intervention était un face à face avec un professionnel de la santé de 15 à 60 minutes combiné avec un livret d'information que les participants pouvaient emmener avec eux. Dans sept études, l'information a été donnée par une infirmière, dans une étude elle a été donnée par un chercheur. Le reste des études ne précisent pas qui a rendu l'information. • L'analyse démontre que des interventions éducatives sur la douleur liée au cancer améliorent les connaissances et les attitudes et elles permettent de réduire l'intensité de cette douleur. • Les brochures d'informations sont un des aspects les plus importants pour l'éducation au patient. • L'éducation peut avoir pris plusieurs semaines avant d'influencer les comportements complexes de la gestion de la douleur. • L'empathie et l'expertise du personnel soignant et les styles d'apprentissage des patients sont susceptibles d'influencer les résultats. • Cette méta-analyse démontre un avantage certain quant aux interventions éducatives chez des patients souffrant de douleurs cancéreuses mais elle n'est pas en mesure de déterminer le type d'exposition optimale ou de préciser la durée de l'effet.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude est la plus grande méta-analyse concernant des patients recevant des interventions éducatives pour la gestion de la douleur cancéreuse, à ce jour. • Les données actuelles suggèrent que les services qui soignent les patients souffrant de douleurs cancéreuses devraient systématiquement leur fournir une éducation afin d'améliorer leurs connaissances sur la gestion de la douleur et les analgésiques. Les infirmières et les pharmaciens sont les personnes les mieux placées pour diriger ces initiatives. • Les médecins peuvent être surpris d'apprendre que pour les personnes souffrant de douleurs cancéreuses qui sont déjà sous opioïdes, « prescrire » une intervention éducative peut-être plus efficace (réduction moyenne supplémentaire en intensité de la

	<p>douleur sur une échelle de 0 à 10 d'environ 1 point) que l'ajout de médicaments. Par exemple, la prescription de gabapentine ou de paracétamol atteint une réduction moyenne de 0.8 points et 0.4-0.6 points dans des essais contrôlés randomisés dans une durée d'une semaine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un besoin évident de recherche qualitative et quantitative afin de comprendre comment l'éducation peut réduire la douleur cancéreuse ainsi que d'identifier les patients qui en bénéficieraient le plus. Des essais sont aussi nécessaires pour déterminer le moment optimal de cette intervention éducative par rapport à l'intensité de la douleur. • Les interventions éducatives peuvent entraîner des avantages modestes mais significatifs dans la gestion de la douleur cancéreuse. Ces interventions sont probablement sous-utilisées à l'heure actuelle dans les services de soins palliatifs. Les professionnels de la santé utilisent plutôt les traitements traditionnels tels que les médicaments.
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette étude me montre que les interventions d'éducation à la douleur peuvent être efficaces. Cependant, elle ne détaille pas les interventions faites. Elle démontre aussi que les brochures d'informations aux patients peuvent leurs être bénéfiques. Cette recherche signale que les traitements d'analgésiques traditionnels sont beaucoup utilisés et que les CAM sont au contraire mises de côté alors qu'elles sont aussi efficaces.</p>

Grille 12

Wilkinson, S., Barnes, K. & Storey, L., (2008), Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review.

Revue systématique

Problématique et visée de l'étude	<p>Le massage et l'aromathérapie ont été signalés comme les CAM les plus couramment utilisés au Royaume-Uni. Les huiles essentielles sont utilisées comme moyen potentiel pour d'améliorer le bien-être des patients. Des preuves anecdotiques suggèrent que les personnes atteintes d'un cancer trouvent un bénéfice avec les massages pour réduire l'anxiété, le stress, les douleurs, la tension musculaire et la fatigue.</p> <p>But : évaluer la preuve de l'efficacité du massage chez les patients atteints d'un cancer pour réduire les symptômes physiques et psychologiques, améliorer leur qualité de vie.</p> <p>L'objectif était d'évaluer les preuves du massage et de l'aromathérapie dans l'amélioration du bien-être physique et psychologique chez des patients atteints d'un cancer.</p>
-----------------------------------	--

Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - essais contrôlés randomisés avec des personnes adultes ayant reçu un diagnostic de cancer et qui reçoivent des soins en hôpitaux. - les massages ont été prodigués par des professionnels - massages pour la manipulation des tissus • Critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> - massages visant un effet physique spécifique localisé sans but systématique tel que le massage de la prostate à des fins d'échantillonnage
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de données électroniques : Cochrane Library, MEDLINE (à partir de 1966), CINAHL (à partir de 1982), British Nursing Index (à partir de 1994), EMBASE (1980), AMED (à partir de 1985), PsycINFO (à partir de 1887) SIGLE (à partir de 1980), CancerLit (à partir de 1975) et Dissertation Abstracts International (à partir de 1861). La recherche a été effectuée à l'aide de mots clés. • L'évaluation de la fiabilité et de la validité des outils d'évaluation étaient fondée sur les informations fournies dans chaque rapport. • Les questions abordées ont été : <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que le massage réduit les symptômes physiques ? - Est-ce que le massage réduit les symptômes psychologiques comme l'anxiété ? - Est-ce que le massage améliore-t-il la qualité de vie ? - Est-ce que les massages produisent des effets secondaires ?
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Dix essais remplissaient les critères d'inclusion et leurs résultats suggèrent que le massage peut réduire l'anxiété chez les patients atteints de cancer à court terme et peut avoir un effet bénéfique sur les symptômes physiques tels que les douleurs et les nausées. Cependant, les résultats de l'étude ne son pas concluant à cent pour cent. Considérant que l'amélioration de la douleur et les nausées ont été trouvés dans au moins quelques-uns des essais cliniques, sur ceux-ci, les résultats des symptômes psychologiques ont été mitigés. • Les résultats pour la qualité de vie ont été aussi équivoques, avec une étude menant à une amélioration statistiquement significative et une autre où il n'y a pas eu de changement de rapport. • Est-ce que le massage réduit les symptômes physiques ? : <ul style="list-style-type: none"> - Dans les quatre études utilisant la douleur comme mesure des résultats, il y avait une tendance statistiquement significative des niveaux de douleur. Cependant, ils ne pouvaient pas déterminer si les huiles essentielles ont renforcé l'effet du massage. • Est-ce que le massage réduit les symptômes psychologiques comme l'anxiété ? : <ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des études montrent que le massage et l'aromathérapie peuvent avoir des avantages à court terme sur le bien-être psychologique. L'effet sur l'anxiété a été appuyé par des preuves limitées.

	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les massages améliorent la qualité de vie ? : <ul style="list-style-type: none"> - Cette question n'a pas pu être répondue. Un essai suggère que le massage est bénéfique alors que l'autre dit le contraire. • Est-ce que les massages produisent des effets secondaires ? : <ul style="list-style-type: none"> - Bien que les données sur les effets secondaires possibles soient rares, il faut surveiller les troubles digestifs et les réactions cutanées. Ce sont les deux seuls effets indésirables ressortis des essais.
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les essais ont des limites méthodologiques. • Des périodes de suivi sont nécessaires pour déterminer si les effets à court terme persistent. Des essais avec des échantillons plus grands sont nécessaires pour produire des preuves. Les essais ont été réalisés dans des pays ayant des systèmes de santé différents, ce qui rend, également difficile la mise en commun des résultats. • Des recherches devraient être réalisées pour déterminer les avantages relatifs à l'ajout de certaines huiles essentielles pour le massage, le nombre le plus avantageux de massages et les zones du corps à masser. Ces études permettraient l'élaboration d'un consensus de traitement plus approprié. Cela est particulièrement important pour les infirmières travaillant en oncologie et en soins palliatifs. • La conclusion générale de cette recherche est, en conséquence, qu'aucune des conclusions définitives sur l'efficacité du massage dans les soins au patient souffrant d'un cancer peuvent être tirées en raison des limites méthodologiques des essais. C'est pourquoi, des études de plus grande qualité méthodologique sont nécessaires dans ce domaine. Cela permettrait d'aider les infirmières à prendre des décisions au sujet des thérapies complémentaires qui pourraient être bénéfiques pour les patients en soins palliatifs.
<p>Commentaires, liens avec la question de recherche</p>	<p>Je peux remarquer que les massages associés à l'aromathérapie peuvent avoir un effet positif sur certains symptômes liés au cancer comme la douleur. Cependant, cette étude a beaucoup de limites. Concernant la qualité de vie, il n'y a pas de preuves scientifiques.</p>

Grille 13

Edzard, E., (2001), Complementary therapies in palliative cancer care.

Problématique et visée de l'étude	<p>La médecine complémentaire devient un aspect important des soins palliatifs. Une enquête par questionnaire a suggéré que 70% des services d'oncologie et de soins palliatifs en Grande-Bretagne utilisent régulièrement une forme de médecine complémentaire et alternative. Plusieurs CAM, telles que l'acupuncture, l'aromathérapie, l'homéopathie, l'hypnose, le massage, la réflexologie et les techniques de relaxation sont fréquemment utilisées en complément au traitement</p> <p>But : cette étude vise principalement à fournir des orientations au personnel soignant au sujet de certaines thérapies complémentaires couramment utilisées ainsi qu'à identifier les secteurs de recherche pour des futures études concernant les CAM.</p>
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de données électroniques (essais cliniques, revues systématiques, essais randomisés...)
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs thérapies complémentaires ont été identifiées comme particulièrement efficaces chez des personnes souffrant de cancer en soins palliatifs. Des études ont été trouvées et analysées. Les commentaires ont été ensuite discutés. • Les thérapies complémentaires et alternatives fréquemment utilisées ont été choisies. Il s'agit de l'acupuncture, l'aromathérapie, l'enzymothérapie, l'homéopathie, l'hypnose, le massage, la réflexologie, la détente et la guérison spirituelle.
Résultats	<p><i>L'acupuncture :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les revues systématiques suggèrent que l'acupuncture soulage les douleurs au niveau des dents et du bas du dos. Bien que ces deux zones puissent sembler hors de propos pour des soins contre les effets indésirables du cancer, ils peuvent servir d'exemple pour les douleurs neuropathiques en général. Ainsi, on peut imaginer que cette thérapie pourrait soulager les douleurs neuropathiques chez les patients ayant un cancer. • Une autre étude de 183 participants atteints de cancer, a démontré que 47% des personnes traitées par acupuncture ont moins de douleurs. <p>→ Ces résultats sont encourageants mais devraient être confirmés par d'autres études futures. L'acupuncture est une thérapie sûre et peu coûteuse.</p> <p><i>L'aromathérapie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré sa popularité, très peu d'essais ont été réalisés à ce jour. Les quelques études ne démontrent pas une baisse de l'anxiété avec cette thérapie. • Une autre étude de 103 patients recevant régulièrement un traitement d'huile de camomille démontre une amélioration de la qualité de vie chez ces personnes.

L'enzymothérapie :

- Un examen systématique comprenant 692 participants atteints d'un cancer démontre que l'enzymothérapie peut être une option thérapeutique efficace pour réduire les effets indésirables des traitements anticancéreux, améliorant ainsi la qualité de vie. Cette thérapie semble être bien tolérée. Cependant, la méthodologie employée semble avoir quelques défauts. Par conséquent, des recherches futures semblent justifiées.

L'homéopathie :

- Cette thérapie n'est en général pas adoptée par la médecine conventionnelle, cependant l'homéopathie prétend traiter la personne à part entière. De plus, plusieurs essais cliniques ont suggéré aussi que cette CAM est bénéfique aux personnes ayant un cancer.
- Une étude randomisée comprenant 66 femmes souffrant d'un cancer du sein a démontré une réduction des effets indésirables dermatologiques des radiothérapies. Le traitement d'homéopathie a été donné durant huit semaines.
- La question de savoir si l'homéopathie a une place en soins palliatifs reste ouverte à l'heure actuelle.

L'hypnose :

- Plusieurs essais cliniques ont démontré que cette thérapie peut être utile pour les personnes souffrant de cancer en soins palliatifs. En particulier pour soulager les douleurs, les nausées et les vomissements.
- Une étude récente a résumé tous les essais publiés concernant l'hypnose. La conclusion était encourageante car il était démontré que cette thérapie était utile pour contrôler l'anxiété, la douleur, les nausées ainsi que les vomissements chez les patients souffrant d'un cancer.

Le massage :

- Il ne fait aucuns doutes que les massages procurent au corps une détente intense et agréable.
- Un essai randomisé ne démontre aucune amélioration significative des symptômes chez les patients cancéreux recevant régulièrement un massage. Cependant, l'étude comprend des limites, notamment la petite taille de l'échantillon.

La réflexologie :

- L'efficacité de la réflexologie n'a pas été testée fréquemment. Les données des quelques essais démontrent qu'elle peut être utile pour réduire le stress.
- Une étude a démontré une amélioration des douleurs et de l'anxiété lorsque les patients atteints d'un cancer sont traités par cette thérapie. Cependant, la taille de l'échantillon était petite. D'autres études sont nécessaires pour définir son utilité.

La détente :

- Plusieurs études démontrent l'efficacité d'une gamme de technique de relaxation, y compris des techniques de visualisation ou de la musique. L'effet est bénéfique pour les douleurs, le stress ce qui permet d'améliorer la qualité de vie chez les personnes souffrant d'un cancer.
- Comme les résultats sont encourageants, il faudrait déterminer le type de relaxation qui est le meilleur pour ce type de patient.

	<p><i>La guérison spirituelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diverses formes de guérisons spirituelles existent, par exemple le reiki ou encore le toucher thérapeutique. • Une étude récente a démontré que 57% des recherches sont arrivées à une conclusion positive concernant l'efficacité de ces interventions. Elles suggèrent que le toucher thérapeutique a aidé à diminuer l'anxiété et améliorer le bien-être chez les personnes souffrant d'un cancer. • Néanmoins, des études supplémentaires sont nécessaires en raison des lacunes méthodologiques. Ces recherches permettraient de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de la guérison spirituelle aux soins palliatifs.
Discussion et implication pour la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Des résultats prometteurs existent pour certaines CAM (l'acupuncture, l'aromathérapie, l'enzymothérapie, l'homéopathie, l'hypnose, la relaxation). Les CAM utilisées en soins palliatifs visent à fournir un confort et à augmenter la qualité de vie des patients. Les objectifs de ces traitements peuvent être résumés comme suite : favoriser la détente, réduire le stress et l'anxiété, soulager la douleur et les autres symptômes, réduire les effets indésirables des traitements anticancéreux conventionnels et améliorer le sommeil. • Plusieurs remèdes à base plantes peuvent être aussi efficaces tels que le Millepertuis (traitement pour les dépressions légères à modérées), la Valériane (hypnotique), le gingembre (antiémétique) ou encore le Kava (puissant anxiolytique). Un certain nombre de plantes a démontré avoir des effets analgésiques similaires aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Cependant, les plantes médicinales n'ont pas été suffisamment testées chez des patients atteints d'un cancer et les connaissances quant aux éventuels effets secondaires sont incomplètes. • Les éléments de preuves ci-dessus montrent que les CAM ont un potentiel considérable en soins palliatifs. Cependant, la plupart des éléments de preuves disponibles à ce jour ne sont que des préliminaires. L'appui de cette preuve semble être un défi important à la fois pour le domaine de la médecine palliative ainsi que pour les médecines complémentaires et alternatives.
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette étude illustre encore une fois l'efficacité des CAM. Néanmoins, les résultats ne sont pas fiables à 100% étant donné les défauts de la méthodologie. Certaines des études que j'ai trouvées et synthétisées ont été réalisées quelques années plus tard et elles montrent l'utilité et l'efficacité des CAM.</p> <p>Cette recherche me démontre les objectifs des CAM (favoriser la détente, réduire le stress et l'anxiété, soulager la douleur et les autres symptômes, réduire les effets indésirables des traitements anticancéreux conventionnels et améliorer le sommeil).</p>

Annexe C : grille de synthèse des revues de littérature

Grille 1

Cabot, I., Le May, S., Besner, G., (2007), *Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer.*

Revue de littérature

Problématique et visée de l'étude	<p>Le soulagement de la douleur chez les personnes en fin de vie n'est toujours pas optimal. Des instruments sur l'évaluation de la douleur ont été élaborés pour les patients cancéreux en soins palliatifs. Cependant, on constate un manque d'uniformité de l'utilisation des instruments dans la pratique. Peu d'études ont été faites afin de comparer leur utilisation.</p> <p>But : présenter une revue critique des différents outils d'évaluation de la douleur destinée à une clientèle souffrant de cancer</p>
Echantillon	<p>Sujets des deux sexes L'étendue de l'âge varie entre 18 et 99 ans</p>
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	<p>Critères de sélection des articles</p> <p>Les études potentiellement visées par cette revue de littérature ont été identifiées dans les bases de données suivantes : CINHALL, Medline, Health and Psychosocial Instruments et Dissertations Abstracts.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tous les sujets de l'échantillon ou la plupart d'entre eux étaient atteints de cancer 2. au moins une mesure d'évaluation de la douleur était mentionnée dans l'article 3. l'outil d'évaluation de la douleur utilisé était suffisamment décrit pour permettre de classer le type d'échelle utilisée et les dimensions évaluées 4. les données concernant les propriétés psychométriques de l'outil utilisé dans la recherche devaient être présentées clairement <p>Caractéristiques des articles sélectionnés</p> <p><i>Caractéristiques retenues :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'auteur et la date de l'étude 2. le devis de recherche 3. les outils d'évaluation de la douleur utilisés 4. la description de l'échantillon et de ses caractéristiques (taille, diagnostic et sexe des sujets, lieu de l'étude) 5. les résultats concernant la validité et la fidélité 6. les résultats concernant l'utilité de la mesure

<p>Résultats</p>	<p>Echelle visuelles analogies de l'intensité de la douleur cancéreuse : Les écrits montrent une validité des critères et une fiabilité, mais il existe certaines évidences quant à une présence d'une difficulté de compréhension et d'utilisation par les patients par rapport à d'autres échelles de douleur</p> <p>Echelle numérique de l'intensité de la douleur cancéreuse : Cette revue critique montre la fiabilité et la validité de cette échelle en plus d'indiquer des propriétés psychométriques très similaires à celles de l'échelle visuelle analogue. La validité de critère de l'échelle numérique est démontrée.</p> <p>Echelle verbales descriptives de l'intensité de la douleur cancéreuse : La validité de l'outil a bien été démontrée. Cette échelle est facile à comprendre et à utiliser mais elle peut être moins fiable chez des personnes illettrées et chez des patients possédant un vocabulaire plus limité. De plus, les patients doivent choisir un mot même si aucun des mots proposés ne correspond à leur niveau de douleur.</p> <p>Echelle des visages d'intensité de la douleur : La validité de cette échelle a été démontrée. Sa simplicité et sa validité facilitent son utilisation clinique. Cependant, un auteur a pu remarquer que certains patients de sexe masculin éprouaient de la difficulté à évaluer leur intensité de douleur car le visage qui correspond à l'intensité la plus élevée présentait des larmes. Il en est déduit que les patients pourraient sous-estimer une intensité de douleur élevée avec cette échelle.</p> <p>Outils multidimensionnels supplémentaires d'évaluation de l'intensité de la douleur cancéreuse : Le BPI, le Rotterdam Symptom Checklist, Head and Neck Cancer Questionnaire, Mc Gill Pain Questionnaire, le Edmonton Symptom Assesment System ont tous été démontrés fiables et valides.</p> <p>→ Ainsi, de nombreux outils d'évaluation de la douleur peuvent être utilisés dépendamment du type de clientèle, de leurs caractéristiques mais aussi des valeurs pratiques de l'outil.</p>
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<p>Les instruments d'évaluation de la douleur peuvent être différenciés par l'objet de leur mesure et par leur structure. Ainsi ils peuvent être le sujet de mesure d'interférence avec la vie quotidienne, de soulagement de la douleur, de mesures de localisation dans le temps et par rapport au patient et peuvent être effectuées par le patient lui-même.</p> <p>Certains cliniciens sont portés à croire que cette mesure représente le changement dans la perception de la douleur suite à des traitements, et donc une différence de douleur pré et post traitement. L'infirmière dans sa pratique est davantage sensible à l'évaluation du soulagement des douleurs.</p> <p>On mentionne que les infirmières seraient les professionnelles de santé qui apporteraient une valeur plus juste de cette évaluation, étant d'ailleurs l'avocate du patient. De plus, cette évaluation est d'autant plus importante lorsque les patients ne peuvent communiquer directement.</p>

Commentaires, liens avec la question de recherche	Cette revue de littérature me permet de voir qu'il existe des outils d'évaluation de la douleur cancéreuse valable et fiable. Cependant, bien que la douleur soit évaluée de façon adéquate, elle persiste toujours.
---	--

Grille 2

Wootton, M., (2004), *Morphine is not the only analgesic in palliative care: literature review*

Revue de littérature

Problématique et visée de l'étude	Aucune étude détaillée concernant les alternatives à la morphine aux soins palliatifs n'a été publiée à ce jour. Il y a un réel besoin de mettre en évidence les pratiques actuelles accessibles aux infirmières étant donné que ce sont les professionnels de santé les plus impliqués avec les malades en phase terminale. But : mettre en évidence les alternatives pharmaceutiques à la morphine, actuellement disponible, utilisées dans une unité de soins palliatifs
Echantillon	Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> · Articles portant sur des patients ayant un cancer dans une unité de soins palliatifs · Articles concernant l'utilisation de la morphine, de la méthadone, le fentanyl et la kétamine · Articles publiés entre 1990 et 2000 → 16 articles répondant parfaitement aux critères d'inclusion ont été choisis pour réaliser cette revue de littérature
Méthode de la récolte de données et de l'analyse	Les recherches ont été effectuées sur des bases de données : MEDLINE, CINAHL Les mots-clés utilisés étaient « gestion de la douleur », « douleur cancéreuse », « morphine ».
Résultats	La méthadone : Son utilisation est bénéfique car elle est efficace contre les douleurs cancéreuses et son coût est relativement faible. Une étude a démontré que sur 34 patients ayant subi une rotation des opioïdes à la méthadone (en raison de la toxicité de la morphine) que tous les patients avaient obtenu une analgésie équivalente et cela sans aucune toxicité. Une autre étude de 45 patients qui n'avaient jamais pris d'opiacés et qui ont reçu de la méthadone démontre qu'ils avaient un bon niveau d'antalgie avec peu d'effets secondaires

	<p>Le fentanyl : Le fentanyl a un effet rapide sur les douleurs cancéreuses et provoque peut d'effet secondaire. Lors d'une étude randomisée, l'équipe a constaté que le fentanyl est moins constipant que la morphine et qu'il fournit une antalgie équivalente. Une étude randomisée afin de comparer le patch transdermique de fentanyl et la morphine en continue a été effectuée. Il a été constaté que la majorité des patients ont préféré le patch de fentanyl.</p> <p>La kétamine : Une étude de cas a été effectuée et a démontré que l'utilisation d'une perfusion en continue de kétamine chez un patient souffrant de douleurs cancéreuses a eu un début d'action rapide, un bon niveau d'analgésie, peu d'effets secondaires et a été bien toléré par le patient. Une autre décrit deux patients présentant une augmentation de la douleur non soulagée par l'augmentation de morphine. Dans les deux cas de la kétamine a été administrée montrant un niveau satisfaisant d'analgésie.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Des preuves appuyées sur des études rétrospectives démontrent que la méthadone peut être une alternative sûre et efficace à la morphine. De plus, elle est peu coûteuse. Il faudrait effectuer plus de recherches afin de voir si la méthadone peut être acceptée de façon universelle comme alternative à la morphine en soins palliatifs.</p> <p>C'est le fentanyl qui a été soumis au plus grand nombre de recherches. Les preuves démontrent qu'il a une action rapide, qu'il est bien toléré et que son effet analgésique est équivalent à celui de la morphine. Cependant, dans certains cas de cancers avancés, l'utilisation du patch transdermique semble inappropriée. En effet, le niveau de douleur augmente rapidement. En termes de coût, le fentanyl est comparable à la morphine.</p> <p>Les médecins peuvent être réticents quant à l'utilisation de la kétamine en raison de ses propriétés anesthésiques. Cependant, il a été démontré qu'une faible dose de kétamine peut procurer une analgésie efficace avec peu d'effets secondaires chez des patients où la douleur n'était pas contrôlée.</p> <p>→ Chaque alternative possible à la morphine doit être soumise à d'autres recherches. Il y a une difficulté de financement et d'autorisation du comité d'éthique de mener des études auprès de cette clientèle particulière. D'autres études pourraient permettre aux médecins qui travaillent en soins palliatifs de prescrire des médicaments autres que la morphine aux patients dont la douleur n'est pas efficacement soulagée.</p> <p>→ Afin de donner une meilleure qualité des soins, les infirmières doivent être au courant des traitements alternatifs que peuvent bénéficier leurs patients. Cette revue de littérature donne un point de départ aux infirmières.</p>
Commentaires, liens avec la question de recherche	<p>Cette revue de littérature me permet de voir qu'il existe d'autres analgésiques que la morphine. Elle démontre qu'il existe de multiples traitements médicamenteux, cependant, malgré cela, les douleurs persistent.</p>