

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Médecines complémentaires en soins palliatifs

Réalisé par Tauxe Laetitia

En collaboration avec Riso Katya traitant des médecines complémentaires en périnatalité.

Promotion Bachelor 06

Sous la direction de Seppey Christine

Sion, le 6 juillet 2009

Résumé

Ce Travail de Bachelor est une recherche qualitative dont le but est de définir comment les infirmières, au sein de leur rôle propre, proposent ou pratiquent des médecines complémentaires dans le contexte des soins palliatifs du Valais romand. Les milieux de soins étudiés furent le Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile, ainsi que le service de l'hôpital de Martigny. Neuf infirmières y participèrent en répondant à des entretiens semi-directifs. Suite à cette collecte de données, une analyse fut faite afin de mettre en évidence les éléments primordiaux, d'établir des liens entre le corpus de réponses et le cadre théorique préalablement construit et de procéder aux résultats.

En conclusion, j'ai pu observer que les médecines complémentaires n'étaient que rarement proposées au client à moins que l'infirmière n'y soit formée ou que la demande provienne de ce dernier. En revanche, toutes les infirmières sont ouvertes à ces approches qu'elles définissent comme bénéfiques et complémentaires de la médecine traditionnelle. De plus, elles considèrent l'accompagnement du client traité par une telle médecine comme faisant partie de leur rôle propre. Les médecines complémentaires les plus fréquemment rencontrées dans les milieux de soins palliatifs sont la phytothérapie, les médecines chinoises, les massages et l'homéopathie.

Mots-clés

Médecines complémentaires, soins palliatifs, accompagnement, rôle propre infirmier, autonomie, relation d'aide, interdisciplinarité, multidisciplinarité.

Remerciements

« Un voyage de mille lieues commence toujours pas un premier pas »

Lao Tseu

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont soutenue durant mes études d'infirmière ainsi que durant la réalisation de ce Travail Bachelor :

- Madame Seppey Christine, professeur à la HES-SO Valais, site de Sion, directrice de ce mémoire, qui m'a guidée avec compétences et disponibilité
- Katya, ma collègue de travail de diplôme, avec qui nous nous sommes encouragées et motivées
- Les infirmières des milieux de soins palliatifs de CFXB et de l'hôpital de Martigny qui se sont montrées disponibles et consciencieuses lors des entretiens
- Mes parents, pour leur soutien et leur aide durant toute ma formation ainsi que pour la confiance qu'ils ont su me donner
- Ma sœur, pour avoir accepté de faire la mise en page de mon mémoire avec patience et dévouement
- Mes chères amies, pour leurs encouragements durant mes études, pour l'aide apportée lors de ce travail, pour leur réconfort durant les moments difficiles



Image tirée de l'adresse URL : <http://media.photobucket.com/image/merci/pqsy4ka/merci.jpg>

Table des matières

1. Introduction	4
1.1 Question de départ.....	6
1.2. Motivations.....	7
1.2.1 Motivations personnelles.....	7
1.2.2 Motivations socioprofessionnelles	9
1.2.3 Motivations économiques et politiques.....	10
2. Compétences argumentées en regard de l'objet d'étude	11
3. Objectifs personnels d'apprentissage	16
4. Définitions des termes	17
4.1 Explications des termes utilisés.....	18
5. Problématique.....	20
5.1 Expériences professionnelles	20
5.2 Revue de la littérature	21
5.3 Question de recherche	23
5.4 Hypothèses	23
5.4.1 Hypothèse 1	24
5.4.2 Hypothèse 2.....	25
5.4.3 Hypothèse 3.....	26
6. Cadre théorique	27
6.1 Concept du rôle propre infirmier.....	27
6.1.1 Définition du rôle propre infirmier.....	29
6.1.2 Concept d'autonomie	33
6.2 Concept de la relation d'aide.....	34
6.3 Concept des soins palliatifs	35
6.4 Concept des médecines complémentaires	41
6.5 Conclusion du cadre théorique	44
7. Méthodologie	45
7.1 Explication et argumentation de la construction de l'outil d'investigation	46
8. Principes éthiques.....	49
9. Technique d'analyse.....	51
10. Analyse.....	52
10.1 Descriptif des entretiens	52
10.2 Portrait des participantes	53
10.3 Analyse des entretiens	55
10.4 Vérification des hypothèses	84
10.5 Synthèse	87
10.5.1 Résumé	87
10.5.2 Réponse à la question de recherche.....	87
11. Discussion	91
11.1 Validité interne de recherche.....	91
11.1.1 Choix du thème et du cadre théorique.....	91
11.1.2 Outils méthodologiques.....	92
11.1.3 Echantillon choisi.....	92
11.1.4 Analyse.....	92
11.2 Validité externe de la recherche	93
11.3 Réflexions et interrogations	93

12. Conclusion.....	98
12.1 Objectifs d'apprentissage	98
12.2 Facilités et difficultés de la réalisation	100
12.3 Apports personnels de la recherche.....	101
12.4 Apports professionnels de la recherche.....	101
13. Références bibliographiques et cyberographiques	104
13.1 Bibliographie	104
13.2 Articles/Revue/Brochures	106
13.3 Documents reçus au cours de la formation Bachelor à la HES-SO	108
13.4 Mémoires/Etudes.....	108
13.5 Cyberographie	110
13.6 Vidéographie	115
14. Annexes	116

1. Introduction

Cette introduction a pour but de présenter mon sujet ainsi que mes motivations générales. Au cours de la dernière année de ma formation d'infirmière niveau Bachelor, il m'est demandé d'élaborer un mémoire de fin d'étude appelé Travail de Bachelor¹. J'ai décidé de traiter des médecines complémentaires dans les soins palliatifs en collaboration avec Riso Katya, ma collègue de classe. Seule différence, Katya traitera des médecines complémentaires en milieu de soins périnataux.

Durant ma formation antérieure d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) et celle actuellement, j'ai pu suivre plusieurs cours – théoriques ou pratiques – traitant de diverses médecines complémentaires telles que la réflexologie, les massages, l'homéopathie, la phytothérapie, les médecines chinoises, la méthode Simonton et les médecines anthroposophiques². En revanche, dans mes formations pratiques³ ou durant ma pratique professionnelle⁴, je n'ai que rarement pu constater l'utilisation de ces approches complémentaires. De plus, j'ai décidé de centrer mon travail sur le Valais car, lorsque je serai diplômée, c'est dans ce canton que je chercherai un poste de travail.

Mes constats m'amènent à me poser diverses questions :

- pourquoi les médecines complémentaires sont-elles si peu pratiquées en milieu de soins palliatifs⁵ ?
- quelles sont les répercussions de telles approches sur la philosophie du service, sur l'équipe et les soins offerts ?
- que me permet d'entreprendre mon rôle d'infirmière par rapport à la pratique des médecines complémentaires ?

¹ Désormais, pour définir mon Travail de Bachelor, l'abréviation TB sera utilisée.

² Toutes ces méthodes seront décrites ultérieurement.

³ J'ai effectué mes formations pratiques à l'hôpital de Sierre en chirurgie, à l'hôpital de Sion en chirurgie, pédiatrie, soins continus de cardiologie et soins intensifs, au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana, à la Clinique Sainte-Claire à Sierre, au home les Tourelles à Martigny et au Foyer Valais de Cœur à Sion.

⁴ Je travaille certains week end et mes vacances (Pâques, Noël, été, etc.) depuis environ 3 ans au home St-François, à Sion.

⁵ Je note ici que ceci est ma propre représentation de l'application des médecines complémentaires et qu'en aucun cas je peux en faire une généralité.

Afin de répondre à cette dernière question, le référentiel de compétences infirmières⁶ me sera nécessaire. Quelques chapitres plus tard, j'argumenterai les compétences utiles à ce TB.

Les soins palliatifs sont le milieu de soins dans lequel s'inscrit ma recherche. Ce domaine a toujours attisé mon intérêt et mon plus grand respect. De prendre en compte le client dans sa globalité et dans sa dignité, de l'accompagner sur le chemin qui lui reste à vivre, de devoir et de pouvoir suivre son rythme de vie et de partager ses activités au quotidien, puis de le conduire jusqu'aux portes de la mort de la manière la plus confortable qui puisse être, m'a toujours fait voir les soins palliatifs comme un milieu de soins humble et rempli d'amour. C'est la raison principale pour laquelle j'ai voulu explorer le thème des médecines complémentaires au sein d'un tel milieu de soins.

Bref historique des soins palliatifs en Valais...

Dès 1991, deux structures spécialisées représentent ce domaine : l'hôpital de Gravelone accueillant des clients depuis 1991 et le Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile (CFXB) créé en 1992. Outre ces structures spécialisées, il est important de prendre en compte les hôpitaux, les centres médico-sociaux (CMS) et les établissements médico-sociaux (EMS) qui, eux aussi, prennent en charge des clients en situation palliative selon leurs moyens.

Afin de présenter davantage le CFXB, voici quelques informations. Le Centre François-Xavier Bagnoud procure des soins palliatifs à domicile pour les adultes. Ce centre fut créé en 1992 par l'Association François-Xavier Bagnoud (AFXB) et agit dans le Valais central. Il comprend une équipe de quatorze professionnels (médecins, psychologues, infirmières, accueillante-secrétaire) et de six bénévoles. Le financement du centre se fait grâce à l'association et à la recherche de fonds. Cependant, une convention portant sur le financement du centre a été signée en février 2008. Cette dernière associe le Département de la Santé du Valais, le Groupement valaisan des CMS et l'AFXB. Les prestations sont diverses : soins à domicile, équipe mobile, soutien psychologique, groupe de deuil, bénévolat et formation.

Depuis février 2002, un réseau de soins palliatifs Sion-Région-François-Xavier-Bagnoud (RESP) fut mis en place. Le but est de développer et de coordonner l'offre en soins palliatifs entre les différents agents gravitant autour de ce domaine spécifique.

⁶ P.E.C. Plan d'étude cadre Bachelor HES-SO en soins infirmiers, Evaluation des compétences – niveau 3^{ème} année bachelor, CORESLOC/juillet 2006/HEdS-FR/février 2008

En 2006, l'hôpital de Gravelone fut réaménagé en EMS et l'Unité de Soins Continus (USCO) ferma. En Valais, les services de soins palliatifs avaient trois emplacements : l'hôpital de Martigny (huit lits), l'hôpital de Sierre (quatre lits) et le Centre François-Xavier Bagnoud. A savoir qu'au 11 juillet 2008, il y eut comme projet de regrouper les soins palliatifs à Martigny et d'agrandir le service de quatre lits⁷. En effet, la priorité fut d'améliorer la qualité des soins et c'est pour cela qu'il fut important de regrouper cette discipline afin que le personnel soignant puisse conserver et développer ses qualifications. Concernant Sierre, le projet d'unité de soins palliatifs fut abandonné.

Mon Travail de Bachelor s'inscrit dans une approche qualitative, donc dans un paradigme naturaliste⁸. Afin d'analyser mes hypothèses allant répondre à ma question centrale de recherche, j'effectuerai huit entretiens semi-dirigés auprès d'infirmières travaillant soit à l'hôpital de Martigny, soit au Centre François-Xavier Bagnoud. Mon but sera de chercher comment les infirmières mettent en place des traitements complémentaires.

1.1 Question de départ

Ayant identifié les éléments principaux de ma recherche, je suis en mesure, dès à présent, de poser ma question de départ.

Sous quelles conditions les médecines complémentaires sont-elles mobilisées par le personnel soignant en milieu de soins palliatifs ?

⁷ Présidence du Conseil d'Etat. *Communiqué pour les médias. Planification hospitalière, Regroupement de disciplines au sein du RSV*. Canton du Valais, 11 juillet 2008, 2 pages

⁸ « Les chercheurs qui se réclament du paradigme naturaliste s'efforcent de comprendre l'expérience humaine telle qu'elle est vécue, grâce à la collecte et à l'analyse de données subjectives et narratives. Le déroulement des études est souple et susceptible d'évoluer sur le terrain ; ce paradigme est associé à la recherche qualitative ». LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Edition Polit et Beck, Québec, 2007, 591 pages, page 29

1.2. Motivations

L'utilisation des médecines complémentaires dans les soins palliatifs est un sujet auquel je porte un grand intérêt et mes motivations sont nombreuses. C'est la raison pour laquelle je les ai réparties en trois groupes : les motivations personnelles, les motivations socio-professionnelles et les motivations économiques et politiques. De plus, en fin de chapitre, je définis quelques médecines complémentaires afin que le lecteur et moi-même soyons sur « la même longueur d'onde » en ce qui les concerne.

1.2.1 Motivations personnelles

Comme je l'ai expliqué en introduction, le milieu des soins palliatifs m'a toujours fortement intéressée. Je pensais déjà axer mon travail sur ce thème depuis quelques mois, sans savoir vraiment ce qu'il en serait précisément. C'est en discutant avec Katya qui projetait d'effectuer son travail sur les médecines complémentaires en périnatalité, que l'idée de faire mon TB sur les médecines complémentaires en soins palliatifs m'est venue. Nous en avons discuté et conclu à un projet ensemble axé sur le début et la fin de vie. Nos possibilités de pratiques infirmières sont très larges mais c'est vrai qu'en y incluant la possibilité d'exercer des médecines complémentaires, notre autonomie croît encore davantage. Le fait de pouvoir intégrer des connaissances au sujet de ces approches alternatives et de voir lesquelles sont exercées fréquemment dans les soins palliatifs m'offre une ouverture d'esprit et augmente mon intérêt pour d'éventuelles futures formations.



Image tirée de l'adresse URL :
<http://www.phytobioeco.fr/images/phytotherapie.jpg>

Personnellement, j'ai déjà pu bénéficier de quelques-unes de ces médecines telles que l'homéopathie⁹, la phytothérapie¹⁰, les massages classiques¹¹ et la sophrologie¹². Ce fut une satisfaction à chaque fois. Je pense que prendre en charge un client qui émet le désir de se soigner par une médecine complémentaire ne peut que renforcer la relation de confiance soignant-soigné. En effet, j'ai pu lire dans divers ouvrages¹³ qu'un client touché par une maladie généralement difficile à soigner voire incurable, cherche un sens à son vécu et souhaite un traitement plus salutogène¹⁴, raison¹⁵ pour laquelle il se tourne vers les médecines complémentaires.

Mes représentations personnelles des médecines complémentaires sont que celles-ci sont toutes autant utilisées par une clientèle adulte qu'âgée. Je pense aussi que les personnes âgées

⁹ « *Traitement dans lequel on ingère un principe actif dilué selon des règles homéopathiques. Objectif: Stimuler les forces d'auto guérison et du système immunitaire* ».

Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-homoeopathie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹⁰ « *Thérapie visant à traiter et à prévenir les maladies par les plantes ou leurs composantes. Objectif: Traitement de maladies légères, troubles de l'humeur comme la nervosité, l'agitation, les refroidissements et les maladies de la peau* ». L'une des branches principales de la phytothérapie est l'aromathérapie et les huiles essentielles font partie d'un sous-groupe de cette branche.

Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹¹ « *Au moyen de diverses techniques de massage (pétrissage, caresses, tapotements, frottements), l'irrigation sanguine des muscles et du tissu conjonctif est stimulée et leur état de tension normalisé. Le massage a en outre un effet bénéfique sur le système lymphatique, via les zones réflexes aussi sur les organes internes. Objectif: Apaisement des douleurs, stimulation de l'irrigation sanguine, détente* ».

Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-klassische_massage.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹² « *Cette méthode trouve ses origines dans le training autogène, le yoga et le bouddhisme zen. Par une respiration consciente et une concentration ciblée, on cherche à atteindre un état de détente très profond. Les exercices de sophrologie peuvent être pratiqués aussi bien en position debout qu'assise ou couchée. Objectif: Diminution des angoisses, du stress et des troubles nerveux, prévention de l'insomnie* ».

Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-sophrologie_caycedienne.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹³ BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, Berne, 72 pages

BAREL, Yves, BUTEL, Marie. *Les médecines parallèles. Quelques lignes de force*. La documentation française, Paris, 1988, 303 pages

SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Edition du Seuil, Paris, février 2005, 327 pages

JEANNERET, Olivier, MONNIER, Jacqueline, DIEZI, Jacques. *Médecines plurielles*. Edition Médecine et Hygiène, Volume 40, No 1, Genève, 1996, 89 pages, Collection Cahiers médico-sociaux (CMS)

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

¹⁴ Cela sous-entend que la santé est une valeur positive, que la maladie est une occasion de connaissance, que le thérapeute prend le client dans sa globalité et que l'intervention tend à être minimale. À contrario, la pathogénèse est le fait de considérer la santé comme une absence de maladie, que l'état pathologique est à éliminer, que le thérapeute ne prend en compte que la pathologie et qu'il a tendance à l'interventionnisme.

¹⁵ D'autres raisons pourraient être la revendication du naturel, le refus du médical et des médicaments, la déception de la médecine allopathique, le bouche à oreille (thérapie d'essai), une médecine à la mode, une croyance en l'efficacité de ces thérapies, etc.

Les médecines «parallèles». La controverse et les vraies questions; acupuncteurs, homéopathes, phytothérapeutes, etc. s'expliquent. Hors-série trimestriel No 150, Paris, mars 1985, Edition Science & Vie, 160 pages, pages 66 à 77 et 148 à 157

ont intégré quelques médecines dans leurs habitudes de vie mais qu'elles les mettent rapidement de côté lorsque des traitements médicaux leur sont prescrits. À mon avis, ces personnes sont d'une époque où seul le médecin avait le pouvoir de savoir et de soigner. Les médecines complémentaires sont peut-être à la mode de nos jours mais je pense que seul un petit pourcentage de la population serait capable de les classer, de les différencier et de les définir.

1.2.2 Motivations socioprofessionnelles

Les médecines complémentaires sont, à mon avis, des approches favorisant la construction de la relation de confiance soignant-soigné par le fait qu'elles rappellent le client à sa nature propre, voire à ses convictions intimes et qu'elles permettent la recherche de sens à une maladie dont le traitement est parfois trop axé sur la pathogenèse. Il y a quelques années de cela, je pense que nous étions dans une société où la médecine allopathique était très présente et où seul le médecin avait le pouvoir de savoir et de décider de ce qui était bien ou non. Je pense qu'actuellement les mentalités sont en train d'évoluer et que les clients cherchent davantage à savoir précisément en quoi concerne leurs pathologies et leurs traitements. Cependant, aujourd'hui, les adultes se trouvant en fin de vie font plutôt partie de l'ancienne génération et ont peut-être mis de côté leurs convictions intimes dans le sens de suivre les prescriptions médicales à la lettre et ce, sans oser dire la manière dont ils auraient voulu qu'on les soigne. En milieu de soins palliatifs, il serait intéressant d'identifier si le besoin de faire recours aux médecines complémentaires est nouveau ou si le client a déjà fait appel à une telle approche lors de son traitement curatif. De plus, je me questionne sur la collaboration que peut avoir la médecine allopathique avec une médecine complémentaire. Du point de vue de l'équipe soignante disciplinaire, quelles réactions une telle collaboration peut-elle engendrer ?

Aussi, il est à noter que les services de soins palliatifs accueillent des clients ayant souvent une altération de l'état général et que cet état n'ira malheureusement qu'en régressant. Il est donc évident que certaines médecines complémentaires¹⁶ ne seront pas adaptables à cette clientèle. De ce fait, je voudrais découvrir lesquelles sont les plus mobilisées et les prendre en compte dans ce Travail de Bachelor. Selon chaque contexte, il convient d'identifier les besoins du client afin de proposer des médecines complémentaires ciblées pouvant diminuer

¹⁶ Par exemples : ostéopathie, régimes alimentaires, yoga, thérapie par la danse, etc.

les symptômes et apporter un mieux-être¹⁷. En fonction de cela, je m'intéresse au rôle propre infirmier et aux limites de l'autonomie que je pourrai avoir en tant que diplômée. Ce travail, une fois fini, me permettra aussi de partager mes connaissances des médecines complémentaires avec mes actuels(elles) ou futurs(es) collègues.

Mes représentations professionnelles sont que les médecines complémentaires ne sont que peu utilisées dans les divers milieux de soins. Cependant, je pense que les institutions, telles les homes ou les foyers, sont davantage ouvertes à ces pratiques comparées aux milieux de soins aigus.

1.2.3 Motivations économiques et politiques

Actuellement, les médecines complémentaires ne sont que partiellement prises en charge par les assurances. En effet, depuis le 1^{er} juillet 1999, six d'entre elles sont remboursées par l'assurance de base obligatoire si elles sont pratiquées par un médecin¹⁸. Il s'agit de l'acupuncture, de la médecine d'orientation anthroposophique, de la médecine chinoise, de l'homéopathie, de la thérapie neurale et de la phytothérapie¹⁹. En 2006, Couchepin Pascal, chef du département fédéral en charge de la santé publique, prit la décision que les personnes désirant faire recours aux médecines complémentaires devaient bénéficier d'une assurance complémentaire. Cependant, chaque caisse-maladie peut détenir sa propre liste de médecines pouvant être remboursées. Par cette décision, on sous-entend que bien des approches alternatives n'ont pas leur place en milieu de soins car elles n'ont pas de valeurs concrètes pour les caisses. Je trouverai donc intéressant d'identifier quels sont les projets politiques à ce sujet pour les années à venir.

Ayant toujours effectué mes formations pratiques en Valais et eu l'occasion de travailler au sein du Réseau Santé Valais (RSV), je m'intéresse aux médecines complémentaires étant mises en pratique. Deux questions m'interpellent : en tant qu'infirmière travaillant dans un service de soins palliatifs du Valais, où sont les limites de notre rôle au sujet des médecines

¹⁷ BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Berne, Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, 72 pages

¹⁸ KOCHER, Gerhard, OGGIER, Willy. *Système de santé suisse 2001/2002. Survol de la situation actuelle*. Edition Concordat des assureurs-maladie suisses, Suisse, 2001, 248 pages

¹⁹ Le lecteur pourra trouver en annexe A les définitions de chaque médecine complémentaires remboursées par l'assurance de base obligatoire.

complémentaires ? Comment peut-on proposer de telles approches avec nos collègues et les médecins ?

Je pense que les Travaux de Bachelor sont intéressants pour la pratique infirmière car ils amènent de nouveaux questionnements et, qui sait, peut-être amèneront-ils de réels changements. Par ce travail, j'essaierai d'amener mes actuels(elles) et futurs(es) collègues à une réflexion autour des médecines complémentaires. Par notre profession infirmière et la mentalité actuelle de notre société, je pense que nous ne laissons qu'une petite place à ces médecines autres qu'allopathiques au sein des milieux de soins.

2. Compétences²⁰ argumentées en regard de l'objet d'étude

Ayant intégré les neuf compétences, je pense que chacune d'entre elles va être mobilisée au cours de mon travail. Toutefois, certaines plus que d'autres. Je les décris ci-dessous :

C1 : Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

Cette compétence est fortement liée au rôle propre de l'infirmière qui est de prendre en compte l'histoire de vie et la situation actuelle de ses clients afin de leur procurer une prise en charge pertinente. Par l'anamnèse, le contexte se pose et les ressources peuvent alors être identifiées. L'infirmière se réfère fréquemment aux nouvelles connaissances et peut proposer des stratégies d'interventions diverses, par exemple en ce qui concerne la thérapeutique. Néanmoins, elle veille au quotidien à garantir le respect des dimensions légales, éthiques et déontologiques. Le lien avec mon thème est qu'en tant qu'infirmière, il faut être au clair avec son rôle et les limites qui s'imposent. Comment et jusqu'où peut-on proposer ou pratiquer une médecine complémentaire ?

C2 : Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiante conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins.

L'infirmière fait une offre en soins individuelle à chacun de ses clients. Elle est capable de poser un cadre afin d'optimiser la relation soignant soigné. Par mes recherches et lectures

²⁰ P.E.C. Plan d'étude cadre Bachelor HES-SO en soins infirmiers, Evaluation des compétences – niveau 3^{ème} année bachelor, CORESLOC/juillet 2006/HEdS-FR/février 2008

faites préalablement²¹, j'ai pu constater que les infirmières accompagnent les clients dans leur quête de sens et qu'elle détermine avec lui les ressources les plus adéquates.

L'étudiante réalise les soins requis.

L'infirmière identifie les médecines complémentaires pertinentes face au contexte posé. Les ressources sont déterminées avec le client et, par l'association d'une médecine complémentaire à un traitement allopathique, l'infirmière est capable d'évaluer les résultats. Elle réajuste au besoin les moyens mis en place et est capable de les argumenter sur des critères de qualité.

L'étudiante organise son travail en tenant compte du contexte.

L'infirmière détermine les priorités et est capable de faire face aux imprévus. Si l'infirmière référente du client n'a pas la compétence d'appliquer une médecine complémentaire, elle est capable de déléguer, de superviser et d'évaluer les résultats. Il est de son devoir d'assurer la continuité des soins et des traitements complémentaires. Par cette compétence, je vais pouvoir comprendre la prise en charge faite par des infirmières auprès de clients bénéficiant d'une médecine complémentaire.

C3 : Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

Selon la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP), les soins palliatifs « visent à soulager les symptômes sans exclure le recours à des mesures de réadaptation ou de sauvegarde de la vie, respectant en cela aussi bien la vie que la fin de vie » et leur but fondamental est de « valoriser le temps qui reste à vivre par le maintien de la meilleure qualité de vie possible »²². Grâce à cette compétence, je pourrai informer le client, lui expliquer avec des mots simples en quoi consistent différentes thérapies et en

²¹ SAUNDERS, Cicely, BAINES, Mary, DUNLOP, Robert. *La vie aidant la mort. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. 2^{ème} édition, Paris, Arnette Blackwell, 1995, 80 pages

COUVREUR, Chantal. *Nouveaux défis des soins palliatifs. Philosophie palliative et médecines complémentaires*. Edition De Boeck Université, Bruxelles, 1995, 202 pages

TAIROVSKA, Sophie. *L'infirmière réflexologue aux pieds du malade, réalité ou douce illusion*. Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, janvier 2008, Sion, 97 pages

LEBRET, Jean-Marc. *Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné*, 25 février 2007, 5 pages

Adresse URL : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf

Page consultée le 19 août 2008

GESCHWIND, Herbert. *Le rôle des soins palliatifs. Questions contemporaines*. Edition Harmattan, Paris, 2004, 283 pages

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

RIOULT, Catherine. *Stratégie soignante. Le toucher et la fin de vie*. Dossier Fin de vie, Euthanasie ou Soins Palliatifs, Périodique Soins, 2000, volume 648, pages 48-49

²² Ces deux informations proviennent de l'adresse URL suivante : <http://www.palliative.ch/fr/philosophy.php>, page consultée le 11 novembre 2008

quoi elles peuvent prévenir ou soulager les symptômes. Si le client veut absolument bénéficier d'une telle médecine complémentaire, l'infirmière doit être capable de prendre en compte le contexte afin d'évaluer la pertinence du désir. Elle accompagne le client sur le choix de la thérapie en tenant compte de la prévention d'éventuelles complications et de la promotion de sa santé, tout en considérant le contexte de soins palliatifs.

C5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

Cette compétence est en adéquation avec mon TB car je vais pouvoir mettre à profit les résultats de mes recherches aussi bien sur un plan personnel que professionnel.

L'étudiante utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique.

Afin de construire mon TB, j'ai recherché des études ou des mémoires traitant de thèmes semblables. J'ai déjà eu l'occasion d'en lire plusieurs²³ et ils m'ont beaucoup intéressée et appris. Katya en a aussi lu et nous avons pu échanger nos informations et nos avis. De plus, lorsque mon travail sera fini, mes résultats me serviront dans ma pratique professionnelle.

L'étudiante participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques.

En élaborant mon TB, je veillerai à respecter les principes éthiques de l'Association Suisse des Infirmières (ASI)²⁴ étant la justice, la bienfaisance/non malfaisance, la confidentialité, la vérité, la fidélité et la qualité de la vie.

²³ CHAVES, Gabriela. *Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même*, menée pour le Service de la Santé publique du l'Etat de Vaud, Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages

TAIROVSKA, Sophie. *L'infirmière réflexologue aux pieds du malade, réalité ou douce illusion*. Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, janvier 2008, Sion, 97 pages

DE CARVALHO NUNES, José Manuel. *Accompagner des mourants à l'hôpital*. Institut Kurt Bösch, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master européen en « Soins Palliatifs & Thanatologie », Sion, décembre 2004, 82 pages

FOLEY, Rose-Anna. *Médecine et spiritualité(s). Gestion des besoins existentiels dans une maison de soins palliatifs*. Mémoire en Sciences sociales, Anthropologie de la santé, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Lausanne, juillet 2005, 115 pages

FOLLONIER, Vinciane, FAVRE, Laure. *Les effets du Tai Chi sur le stress*. Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention d'un diplôme de physiothérapeute HES, filière physiothérapeute, Sion, 2008, 45 pages

MILLIOUD, Isabelle. *La mort accompagnée. De l'importance de la relation dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*. Institut Kurt Bösch, mémoire en vue de l'obtention du Master in Advanced Studies (MAS) en Soins Palliatifs et Thanatologie, Sion, octobre 2006, 142 pages

POTT, Murielle [et al.]. *Soins palliatifs en réseau : quelle autonomie pour les patients âgés ?* Ecole Valaisanne de Soins Infirmiers (EVS), Sion, septembre 2002, 99 pages

²⁴ KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Edition ASI-SBK, 1998 (réimpression 2002), Berne, 24 pages

BILLAUD, Françoise [et al.]. *L'éthique dans la pratique des soins*. Edition ASI-SBK, 2003, Berne, 40 pages
Les principes éthiques seront développés plus tard, dans la section méthodologie.

L'étudiante s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (Travail de Bachelor).

Je m'initie à une démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain : l'utilisation des médecines complémentaires dans un milieu de soins palliatifs. En effet, les médecines complémentaires sont fréquemment remises en question par les politiques et les assurances²⁵. De ce fait, je pense que cela influence fortement ces pratiques au sein des milieux de soins. Dans mon TB, mon intérêt se portera sur les infirmières mobilisant les médecines complémentaires.

L'étudiante participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement.

Les médecines complémentaires n'ont pas fait leurs preuves scientifiquement. Cependant, selon un sondage²⁶ de 2003, environ deux Suisses sur trois y font recours. En tant qu'infirmière, je dois être capable d'en identifier et de connaître les limites de mon rôle propre infirmier car les clients en traitement palliatif ont davantage tendance à se tourner vers ces médecines afin de trouver un sens à leur vécu²⁷. Au travers de mon TB, je vais pouvoir atteindre mes objectifs ainsi que développer des compétences qui me serviront dans ma pratique professionnelle.

C7 : Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio sanitaire

Cette compétence va me permettre d'explorer les aspects politique et économique étant en lien avec mon TB. En effet, je m'intéresserai aux prestations des caisses-maladie et à la politique suisse concernant les médecines complémentaires. Une partie de mon projet

²⁵ Conférer le chapitre 1.2.3 Motivations économiques et politiques.

²⁶ *Comment la médecine hi-tech réveille les pratiques ancestrales*. No 25, Edition Médecine, Allez Savoir ! février 2003, 8 pages

Adresse URL : http://www2.unil.ch/unicom/allez_savoir/as25/articles_pdf/as25_medecine.pdf, page consultée le 16 septembre 2008

De plus, selon la source ci-dessous, j'ai pu trouver qu'en France c'est 50% de la population qui y fait recours. Je note cependant que ce chiffre date de 1985 et je suppose que, depuis une vingtaine d'années, cette statistique a augmenté dans ce pays.

Les médecines «parallèles». La controverse et les vraies questions; acupuncteurs, homéopathes, phytothérapeutes, etc. s'expliquent. Hors-série trimestriel No 150, Paris, mars 1985, Edition Science & Vie, 160 pages, pages 4 à 11 et 148 à 157

²⁷ BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, Berne, 72 pages

BAREL, Yves, BUTEL, Marie. *Les médecines parallèles. Quelques lignes de force*. La documentation française, Paris, 1988, 303 pages

SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Edition du Seuil, Paris, février 2005, 327 pages

JEANNERET, Olivier, MONNIER, Jacqueline, DIEZI, Jacques. *Médecines plurielles*. Editions Médecine et Hygiène, Volume 40, No 1, Genève, 1996, 89 pages, Collection Cahiers médico-sociaux (CMS)

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

s'élabore en collaboration avec Katya et par le choix du thème, je pense affirmer préalablement mes valeurs professionnelles étant le respect, la dignité humaine, la préservation du rôle actif du client, la rapidité de l'intervention et la réceptivité²⁸. Afin de mobiliser les ressources mises à ma disposition et dans le but de répondre à ma question spécifique de recherche, je prendrai contact dans deux milieux de soins palliatifs du Valais romand. De plus, une médecine complémentaire appliquée à un client ne peut que se faire par le biais d'un projet commun, d'un projet interdisciplinaire ou multidisciplinaire. Mon TB répondra entre autres à cette question : comment l'application d'une médecine complémentaire est-elle organisée ?

C9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

Cette compétence va me permettre d'intégrer de nouvelles connaissances en matière de médecines complémentaires et de me tenir au courant de l'évolution des politiques socio sanitaires. À ce sujet, je serai capable d'intégrer de nouvelles connaissances à ma pratique, de prendre des initiatives et d'en évaluer les résultats. Dans mon TB, je vais fortement tenir compte du rôle propre infirmier qui est un atout de contribution au développement et à la visibilité de ma future profession. Ce TB, une fois fini, me permettra de m'auto-évaluer soit sur les connaissances acquises au sujet des soins palliatifs et des médecines complémentaires, soit sur ma démarche méthodologique. Je voudrais aussi spécifier que, d'un point de vue personnel, si une médecine complémentaire me correspond et que j'y adhère, cela me permet de préserver ma santé et donc aussi ma santé dans le travail.

²⁸ « *Le respect des valeurs, des priorités, des préoccupations et des forces. La dignité pour soigner la personne humaine et non le problème ou le diagnostic. La préservation du rôle actif par l'information, par l'implication du client dans les soins et les décisions, par la définition des objectifs et des moyens pour les atteindre. La rapidité de l'intervention par une réponse aux besoins du client. La réceptivité par les soins offerts tenant compte des souhaits, des valeurs, des priorités, des perspectives et des préoccupations du client* ».

Adresses URL :

http://www.rnao.org/Storage/20/1448_CCC_supplement_FR.pdf

http://www.hclm.qc.ca/wmfichiers/Depliant_soins_infirmiers_final.pdf, pages consultées le 11 novembre 2008

3. Objectifs personnels d'apprentissage

A présent, je vais décrire les objectifs d'apprentissage qui vont me permettre de développer et de mobiliser des compétences. Selon la taxonomie de Bloom²⁹, je vais pouvoir les formuler selon les différents niveaux :

Connaissance

- identifier les médecines complémentaires et celles mobilisées dans les services de soins palliatifs

Analyse

- construire un outil d'investigation pertinent dans le but d'interroger des infirmières pratiquant des médecines complémentaires en soins palliatifs et comprendre quelles sont les thérapies alternatives les plus fréquemment proposées dans ce milieu et quels sont les critères³⁰ en fonction du recueil de données

Synthèse

- rédiger les observations et les données collectées et ressortir les principaux éléments des entretiens et cela dans le respect des normes éthiques et déontologiques
- étudier les divers résultats obtenus, les comparer entre eux puis à la revue de la littérature

Evaluation

- évaluer les résultats de ces pratiques afin de pouvoir démontrer une validité de recherche
- apprécier l'utilisation des médecines complémentaires dans les soins palliatifs

²⁹ CANDAU, Debbie. «Mobiliser des compétences de haut niveau» traduit de « Bloom's taxonomy of Cognitive levels », for « Intel-Teach to the Future » Intel-ICT, 2001.

Adresse URL :

[http://www.epsilon.be/index.nsf/Fichiers/emat-6wxnvn/\\$FILE/Mobiliser_compétences_Bloom.doc](http://www.epsilon.be/index.nsf/Fichiers/emat-6wxnvn/$FILE/Mobiliser_compétences_Bloom.doc)

Page consultée le 11 novembre 2008

³⁰ Les critères de choix des médecines complémentaires peuvent être les habitudes de vie, les souhaits, les croyances, etc.

4. Définitions des termes

Afin de définir les termes, je rappelle ma question de départ :

Sous quelles conditions les médecines complémentaires sont-elles mobilisées par le personnel soignant en milieu de soins palliatifs ?

Médecines complémentaires³¹

« Recouvre une multiplicité de méthodes de traitement, de procédés de diagnostic et de médicaments. Certaines sont déjà le fruit d'une longue tradition, d'autres ont été développées dans un passé récent. Les médecines complémentaires sont pratiquées par des médecins, mais aussi par des thérapeutes et par du personnel infirmier. Comme l'indique le mot "complémentaire", la médecine complémentaire et la médecine académique se complètent mutuellement. Ce qui différencie avant tout la médecine complémentaire de la médecine académique, c'est une conception du monde. Elle appréhende l'être humain en tant que tout, alors que la médecine académique le considère comme une somme de différents processus. Pour la médecine complémentaire, le patient est une unité individuelle comprenant le corps, l'âme et l'esprit. C'est pourquoi elle accorde une grande importance, dans le diagnostic et dans la thérapie, à l'autorégulation et aux forces d'autoguérison, ainsi qu'à certains arrière-plans de vie ».

Soins palliatifs³²

« Cherchent à améliorer la qualité de vie du client et de sa famille par la prévention et le soulagement de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi qu'un traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychiques, sociaux et spirituels qui lui sont liés ».

Personnel soignant³³

« Individus délivrant des soins aux personnes qui ont besoin de surveillance ou d'aide du fait d'une maladie ou d'une incapacité. Ils peuvent délivrer ces soins à la maison, dans un hôpital,

³¹ Définition selon l'adresse URL : <http://www.jzk.ch/index.cfm/FR/30/Def.%20Komplement%C3%A4rmedizin>, page consultée le 25 novembre 2008

³² Définition donnée en 2002 par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Adresse URL : <http://www.sfap.org/pdf/I-A3-pdf.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008

³³ Définition selon le catalogue et index des sites médicaux francophones (CISMeF).

Adresse URL : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/indiv/soignant.html>, page consultée le 9 juillet 2008

ou dans un établissement. Bien que les soignants incluent les médecins, les infirmiers et les professionnels de santé en général, le concept fait aussi allusion aux parents, aux conjoints, aux autres membres de la famille, aux amis, aux membres du clergé, aux professeurs, aux ouvriers sociaux, etc. ».

4.1 Explications des termes utilisés

Médecines complémentaires

Au début de notre travail, Katya et moi-même utilisions le terme de « médecines parallèles ». Après quelques lectures et réflexions personnelles et communes, nous nous sommes aperçues que nous avions l’embarras du choix quant au vocabulaire. Les dénominations les plus fréquentes étaient « douces », « naturelles », « alternatives », « complémentaires » et « parallèles ». Sans nous être intéressées de plus près à tous ces différents termes, il nous était impossible d’en choisir un. Pour ma part, j’ai donc commencé à lire plusieurs ouvrages généraux³⁴, puis, plus spécifiques à chaque terme. Après assemblage de toutes les informations récoltées, nous avons pu conclure que :

- alternatives et douces rassemblaient les mêmes médecines et se confondaient. Le terme d’alternatif comprend l’option d’un système différent de la médecine allopathique.
- naturelles ne s’employaient plus car si une telle médecine se qualifiait ainsi, alors une autre se qualifiait d’artificielle.
- parallèles ne s’employaient que pour certaines médecines qui, justement, ne rentraient pas en collaboration³⁵ avec la médecine allopathique et donc qui étaient totalement indépendantes. J’ai aussi pu constater que, dès les années 1980-1990, ce terme est utilisé avec plus de minutie dans les différents ouvrages.

³⁴ LAPLANTINE, François, RABEYRON, Paul-Louis. *Les médecines parallèles. Le point des connaissances actuelles*. 1^{ère} édition, Presses universitaires de France, 1987, 127 pages, Collection que sais-je ?

ZIMMERMANN, Francis. *Généalogie des médecines douces. De l’Inde à l’Occident*. 1^{ère} édition, Presses universitaires de France, 1995, 190 pages, Collection Science, histoire et société

BAREL, Yves, BUTEL, Marie. *Les médecines parallèles. Quelques lignes de force*. La documentation française, Paris, 1988, 303 pages

SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l’ostéopathie*. Edition du Seuil, Paris, février 2005, 327 pages

BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, Berne, 72 pages

JEANNERET, Olivier, MONNIER, Jacqueline, DIEZI, Jacques. *Médecines plurielles*. Edition Médecine et Hygiène, Volume 40, No 1, Genève, 1996, 89 pages, Collection Cahiers médico-sociaux (CMS)

³⁵ Pour diverses raisons telles qu’une augmentation trop importante d’effets secondaires ou une incompatibilité.

- complémentaires s'associaient à la médecine allopathique et se retrouvaient en majorité dans les milieux de soins aigus ou chroniques de notre société. Cependant, ce terme est fréquemment associé à celui d'alternatif.

Après avoir fait ce tri, nous avons choisi la dénomination de « complémentaires » pour définir les médecines autres que celle allopathique car, ne voulant pas exclure cette dernière, c'est ce terme qui est le plus en corrélation avec ce que nous voulons rechercher au travers de nos TB respectifs. Nous réconfortant dans ce choix, un groupe d'infirmières de l'ASI nommé ISMAC³⁶, utilise le terme de « médecines complémentaires » et de « médecines alternatives » pour nommer ces pratiques non allopathiques.

Soins palliatifs

Déjà dans ma formation antérieure, je m'intéressais à l'aspect de l'accompagnement et de la mort. Mon travail de diplôme d'ASSC a porté sur l'euthanasie en regard avec l'association EXIT A.D.M.D.³⁷ Suisse romande. Depuis lors, des formations pratiques m'ayant permis d'observer et d'accompagner des clients mourants, je souhaite aujourd'hui élaborer mon TB en lien avec un service de soins palliatifs valaisan. Actuellement, je pense me diriger vers l'hôpital de Martigny ou l'association François-Xavier Bagnoud de soins à domicile.

Personnel soignant

Afin d'élaborer mon TB en étant précise et concise, il est nécessaire que je cible une population. Mon idée actuelle est de me centrer sur les infirmières³⁸ proposant ou exerçant de telles approches au sein d'un milieu de soins palliatifs. Ces dernières devront être diplômées depuis au moins une année et travailler depuis au moins une année dans un tel milieu. J'ai choisi de cibler une population de profession infirmière car j'en ferai également partie dans une année. De plus, en exigeant que les participantes travaillent depuis au moins une année dans un milieu de soins palliatifs, cela permet de m'assurer qu'elles aient acquis une expérience professionnelle et qu'elles connaissent les diverses pratiques proposées ou exercées.

³⁶ Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires. Le lecteur trouvera plus d'informations à ce sujet lorsque le concept du rôle propre infirmier sera développé.

³⁷ Association pour le droit de mourir dans la dignité.

³⁸ Les dénominations sont valables tant pour le personnel infirmier féminin que masculin.

5. Problématique

Le chapitre de la problématique s'est construit d'après les expériences professionnelles que j'ai pu vivre lors de mes formations pratiques et d'après la revue littéraire que j'ai faite. De plus, une rupture épidémiologique fut nécessaire afin de mettre de côté mes représentations. Après avoir expliqué et résumé la phase exploratoire, j'ai énoncé ma question de recherche ainsi que trois hypothèses.

5.1 *Expériences professionnelles*

Au cours de mes formations, j'ai pu suivre plusieurs cours portant soit sur les médecines complémentaires, soit sur les soins palliatifs.

A l'Ecole Professionnel de Santé Communautaire (EPSC) de Châteauneuf, chaque semaine, un cours d'une heure nous était donné sur les massages où nous nous exercions les uns sur les autres. Nous avons aussi dû créer un herbier expliquant une vingtaine de plantes de notre choix. Egalement, nous avons reçu des cours de base sur la fin de vie et la prise en charge des clients mourants.

A la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), plusieurs cours sur diverses médecines ont été donnés : médecines chinoises, méthode Simonton, médecine anthroposophique, autres approches corporelles. J'ai pu en conclure que cela était intéressant pour la pratique infirmière. Concernant les soins palliatifs, nous avons eu deux modules dont les thèmes étaient : « La fin de vie et la mort » et « Soins palliatifs, fin de cycle de vie ». Plusieurs représentants extérieurs sont venus nous donner des informations sur leur travail. Il y avait, entre autres, les pompes funèbres, l'équipe mobile de l'antenne FXB ou encore une femme pasteur. Ces cours furent très enrichissants car ils nous ont fait découvrir concrètement différents aspects des soins palliatifs et de la mort.

Actuellement, cela fait six ans que je suis entrée dans le milieu des soins. J'ai eu l'occasion d'exercer dans plusieurs homes du Valais, dans un foyer pour personnes handicapées, dans les hôpitaux de Martigny, Sion et Sierre, au Centre Médico-Social et dans des cliniques spécialisées³⁹. Si j'ai déjà souvent pris en charge des clients en traitement palliatif, je n'ai pu

³⁹ En parlant de cliniques spécialisées, je fais référence à la Clinique Sainte-Claire à Sierre (gériatrie) et au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) de Montana.

observer que peu l'utilisation de diverses approches complémentaires. Cependant, celle étant utilisée le plus fréquemment est la phytothérapie. En effet, j'ai pu la retrouver sous forme de pommades ou de gels, de tisanes et de jus. De plus, j'ai pu constater⁴⁰ que cette médecine était davantage utilisée dans les homes ou les cliniques que dans les hôpitaux. Les demandes étaient faites soit de la part du client qui avait l'habitude de boire une tisane favorisant le sommeil par exemple, soit de la part du personnel soignant voulant apporter un mieux-être.

5.2 Revue de la littérature

La littérature concernant les médecines complémentaires et les soins palliatifs est très dense. Beaucoup d'auteurs ont traité ces deux thèmes – sous forme d'études, de mémoires, de livres, d'articles, etc. – et ce, depuis bien des années. Au fil de mes lectures sur les médecines complémentaires et des années d'édition, j'ai pu voir l'évolution des mentalités et le changement des termes utilisés. Bien que les médecines complémentaires ne soient pas prouvées à ce jour, elles furent transmises et appuyées par ceux les ayant testées ou adoptées. Concernant les soins palliatifs, les bases sont assez semblables au fil des ans et ce qui évolue, c'est que l'on a acquis davantage d'informations à ce sujet et, donc, qu'il y a un enrichissement des connaissances⁴¹. Le rôle propre infirmier s'en trouve ainsi élargi et l'autonomie augmentée. J'ai aussi fait des recherches de mémoires ou de thèses traitant de ces deux sujets à la fois, mais je n'en ai pas trouvé.

Pour faciliter le résumé, les points clés et l'analyse de tous les ouvrages que j'ai pu lire, je me suis servie de fiches de lecture. Celles-ci contiennent les références de chaque livre, un résumé, les concepts et les idées-forces, les commentaires personnels et les liens que je peux faire avec d'autres informations. En synthétisant les idées-forces allant me permettre

⁴⁰ Je note ici que ceci est ma propre expérience de l'application des médecines complémentaires et qu'en aucun cas, je peux en faire une généralité.

⁴¹ Par exemples : les techniques de communication, la douleur globale/totale, les échelles d'évaluation, la prise en charge de la douleur, la sédation, etc.

SAUNDERS, Cicely, BAINES, Mary, DUNLOP, Robert. *La vie aidant la mort. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. 2ème édition, Paris, Arnette Blackwell, 1995, 80 pages

COUVREUR, Chantal. *Nouveaux défis des soins palliatifs. Philosophie palliative et médecines complémentaires*. Edition De Boeck Université, Bruxelles, 1995, 202 pages

RIOULT, Catherine. *Stratégie soignante. Le toucher et la fin de vie*. Dossier Fin de vie, Euthanasie ou Soins Palliatifs, Périodique Soins, 2000, volume 648, pages 48-49

GESCHWIND, Herbert. *Le rôle des soins palliatifs. Questions contemporaines*. Edition Harmattan, Paris, 2004, 283 pages

NEUENSCHANDER, H. [et al.]. *Médecine palliative en un coup d'œil. Un manuel à l'intention du corps médical*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 2000, Berne, 171 pages

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

d'argumenter la problématique, je cite celles étant revenues le plus souvent : la quête de sens, la philosophie des soins palliatifs et la dignité du client, la responsabilité du client, la douleur, la qualité de la vie, la spiritualité, l'espoir, la place qu'a le rôle propre infirmier et la relation entre l'infirmière et le client. En classant ces idées-forces, je m'aperçois qu'il y a trois catégories. La première est relative aux soins palliatifs (philosophie, dignité, qualité de vie), la deuxième concerne les soins infirmiers (rôle propre, relation soignant-soigné) et la troisième, le client (responsabilité, recherche de sens, qualité de vie, douleur, spiritualité, espoir). Donc, les termes allant me servir sont les suivants : les soins palliatifs, les médecines complémentaires, les soins infirmiers, le client. De plus, voulant me baser sur mes formations pratiques antérieures et sur mon futur lieu de travail, je souhaite limiter ma question de recherche dans le Valais romand.

En résumé, je définis les soins palliatifs comme étant un accompagnement du client en traitement palliatif, ainsi que de sa famille, où le corps médical doit chercher à améliorer la qualité de vie, à procurer du confort, à traiter la douleur et les souffrances et à apporter du soutien dans les aspects bio-psycho-socio-culturel et spirituel. Concernant les médecines complémentaires, connues pour apporter un mieux-être et pouvant répondre à une quête de sens, elles peuvent être une ressource pour le client et l'infirmière doit au moins pouvoir prendre l'initiative d'en parler avec ses collègues et les médecins, car je pense que ceci relève de son rôle propre.

Ayant ciblé et défini les termes que je vais utiliser, je peux à présent formuler ma question de recherche. Celle-ci découle de ma problématique :

- Comment l'infirmière peut-elle proposer ou pratiquer les médecines complémentaires dans le cadre de son rôle propre infirmier dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand ?

Lors de la formulation de cette question centrale de recherche, Katya et moi-même nous sommes interrogées sur le vocabulaire à utiliser. En effet, lors de la première ébauche, le terme « sous quelles conditions » remplaçait le « comment ». Suite à une discussion avec notre directrice de mémoire et après nous être concertées, le « comment » sous-entendait une question plus large et plus appropriée à notre désir de recherche. Notre argumentation de ce

choix est la suivante :

- « comment » tend à une question spécifique large, à une vision exploratoire.
- « sous quelles conditions » pose un cadre de processus hiérarchique (infirmière, médecin, direction, hôpital/centre, Valais, Suisse). Le risque serait de vouloir explorer des hypothèses en ne voyant que le verre à moitié vide, c'est-à-dire le négatif⁴².

Je définis le terme de « proposer » par le fait qu'une infirmière non spécialisée dans une médecine complémentaire informe le client qu'il existe des approches autres que la médecine allopathique et que, si c'est son choix, il peut y faire recours et obtenir l'aide du corps médical. Je définis aussi le terme de « pratiquer » par le fait qu'une infirmière spécialisée dans une médecine complémentaire prodigue à un client une approche choisie préalablement avec l'ensemble du corps médical et le client lui-même.

5.3 Question de recherche

Ma question de recherche fait suite à mes observations et à mes expériences professionnelles au sein de divers milieux de soins. Elle résulte de la problématique décrite ci-dessus et elle me permettra de réaliser une analyse sur la thématique posée.

Comment l'infirmière peut-elle proposer ou pratiquer les médecines complémentaires dans le cadre de son rôle propre infirmier dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand ?

5.4 Hypothèses

Les hypothèses proposées viennent de ma revue littéraire et de la formulation de la problématique.

⁴² Par exemples : le peu de pratique des médecines complémentaires, le manque de temps leur étant consacré, etc.

5.4.1 Hypothèse 1

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs ont intégré ces applications dans leur rôle propre.

Une étude de Gabriela Chaves, politologue-ethnologue, a été publiée en 2005 et est intitulée « *Image que la profession « infirmière » a d'elle-même* »⁴³. Selon cette dernière, le public ainsi que certains médecins définissent bien souvent le rôle de l'infirmière par le rôle médico-délégué. Quant à elle, l'infirmière définit son rôle propre en l'opposant au rôle médico-délégué. L'infirmière a un rôle propre et bénéficie d'une grande autonomie dans sa profession. Ce rôle, ainsi que les soins le constituant, ne se définissent pas aisément. Dans chaque ouvrage que j'ai pu lire, j'ai constaté qu'une médecine complémentaire était proposée et appliquée après qu'un diagnostic médical soit posé. Ce dernier est nécessaire afin de choisir une médecine complémentaire ne provoquant pas ou peu d'effets indésirables alors qu'elle est associée à une médecine allopathique. Selon Sophie Tairovska⁴⁴, certaines médecines complémentaires telles que la réflexologie plantaire⁴⁵, n'a pas d'effets secondaires et n'entrave pas les autres traitements. De ce fait, l'infirmière peut l'appliquer de manière autonome. Elle note cependant, qu'il serait quand même préférable d'obtenir l'accord du médecin avant de la pratiquer dans quelque institution. Je peux donc déjà remarquer qu'il y a des divergences au sein de la littérature voire même, au sein d'un même ouvrage.

Objectif de recherche : définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières ont intégré dans leur rôle propre l'application des médecines complémentaires.

⁴³ CHAVES, Gabriela. *Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même*, menée pour le Service de la Santé publique du l'Etat de Vaud, Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages

Adresse URL :

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Dossier_actualite/image_profession_infirmiere.pdf, page consultée le 16 août 2008

⁴⁴ TAIROVSKA, Sophie. *L'infirmière réflexologue aux pieds du malade, réalité ou douce illusion*. Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, janvier 2008, Sion, 97 pages

⁴⁵ Définition de la réflexologie plantaire : « *Méthode diagnostique et thérapeutique par des techniques de massages appliquées sur des zones du pied. Cette méthode se fonde sur la supposition que chaque structure du corps est reproduite dans une zone précise du pied. A l'aide de techniques de massages spéciales dans les zones de réflexes du pied concernées, il est possible de traiter des troubles dans les domaines correspondants du corps.* Objectif: Traitement de douleurs et de troubles fonctionnels ». Selon l'adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-fussreflexzonen_massage.htm, page consultée le 11 novembre 2008

5.4.2 Hypothèse 2

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs arrivent à mobiliser les compétences nécessaires à ces applications dans le contexte espace temps donné.

Selon l'étude de Gabriela Chaves citée plus haut, la profession d'infirmière est réputée pour être pénible. En effet, les infirmières se relaient et assurent une présence auprès des clients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cette prise en charge nécessite donc des horaires de jour et de nuit et est contraignante. De plus, elles accompagnent des clients sur le chemin de la guérison mais aussi de la mort. On ne mesurera jamais assez la complexité de la relation soignant-soigné dans divers contextes tels que pathologies, vieillesse, souffrances diverses, mort, deuil, etc. et ceci en prenant en compte les différents contextes de travail dans lesquels les infirmières doivent faire face : pénurie de collègues, surcharge de travail, stress, augmentation des demandes de soins, manque de connaissance sur la profession de la part du public et manque de reconnaissance, qualifications requises, davantage de responsabilités.

En soins palliatifs, je pense que la situation est délicate. Les clients ne s'intéressent pas naïvement⁴⁶ à telle ou telle médecine complémentaire. De plus, j'ose supposer que certaines séances doivent parfois être reportées en raison de la dégradation de l'état général du client. Bon nombre de facteurs influencent le corps et l'esprit en une journée et certaines médecines complémentaires, par exemple les régimes alimentaires ou la sophrologie, ne sont pas toujours adaptables aux divers contextes. En soins palliatifs, la recherche de confort et de non douleur est primordiale. Je pense donc que cela influence le contexte temps au niveau des soins de base et des soins techniques. Ainsi, un soin fondé sur une médecine complémentaire prendra probablement plus de temps ou pourra être partagé en séquences selon l'état du client.

Objectif de recherche : évaluer si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières peuvent mobiliser les compétences nécessaires à l'application de médecines complémentaires dans leur temps de travail.

⁴⁶ Ici, ce terme n'est pas employé péjorativement.

5.4.3 Hypothèse 3

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs assument leurs valeurs et leurs croyances personnelles et professionnelles au sein de leur équipe disciplinaire et face à leurs clients.

Bien des médecines complémentaires n'ont toujours pas fait leurs preuves et leur efficacité ne peut se démontrer que par les dires et ressentis des clients en ayant bénéficié. En ne proposant et en n'appliquant que peu les médecines complémentaires en soins palliatifs, je suppose que les infirmières craignent des préjugés de la part de leurs collègues ou de leurs clients. Elles se trouvent devant deux cas : désir de se positionner en proposant ou en pratiquant une autre médecine et crainte de se faire voir d'un mauvais œil et de ne pas être acceptées.

Objectif de recherche : définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières arrivent à identifier leurs besoins et à assumer leurs valeurs et leurs croyances au niveau personnel et professionnel en proposant et en appliquant des médecines complémentaires, cela face aux regards de leurs collègues et de leurs clients.



Image tirée de l'adresse URL :
<http://www.paracelse-remedies.com/images/aromatherapiestage.jpg>

6. Cadre théorique

Afin de traiter ce sujet, je me base sur des références théoriques préexistantes. Ces dernières me serviront à analyser ma recherche. Dans ce chapitre, le lecteur trouvera les concepts suivants : le rôle propre infirmier, l'autonomie, la relation d'aide, les soins palliatifs, la souffrance globale et les médecines complémentaires. L'ordre de présentation ne présente guère d'importance. Cependant, les trois premiers concernent la profession d'infirmière et les trois derniers concernent le contexte que j'ai voulu poser dans ma recherche.

6.1 Concept du rôle propre infirmier

Deux rôles définissent la profession d'infirmière et renvoient à la représentation de compétence même de l'infirmière : le rôle propre et le rôle médico-délégué. Ma première hypothèse se portant sur le rôle propre qu'une infirmière peut avoir dans un service de soins palliatifs au sujet des médecines complémentaires, il est important que je définisse ce concept. Fortement lié au concept du rôle propre, le concept de l'autonomie fait partie intégrante de la profession infirmière. Mon hypothèse 1 est principalement concernée de même que, mais plus modérément, mes hypothèses 2 et 3.

Bref historique

C'est aux environs de 1978 que le rôle propre fut attribué à la profession infirmière : « *Depuis 1978, la formation des infirmières est centrée sur la prise en charge globale de la personne soignée. L'apprentissage des sciences humaines a pour objectif de présenter le malade dans son entité « personne » et d'éveiller chez les futures professionnelles leur intérêt pour prendre en considération la relation « corps-esprit » et dispenser des soins globaux aux personnes soignées* »⁴⁷. Avant cette date, le rôle de l'infirmière dépendait totalement du médecin : « *Le médecin dispense à l'infirmière une partie de son savoir, lui octroie l'exécution d'un nombre d'actes techniques (...). A cette époque, le rôle de l'infirmière, dicté par le médecin, se*

⁴⁷ MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique*. Edition Lamarre, Paris, 1995, 188 pages
Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>, page consultée le 17 août 2008

résumait à l'exécution d'une série d'actes techniques »⁴⁸. L'histoire de l'infirmière est vécue comme un poids. Il y a l'image de la femme associée aux soins, de la religieuse, des femmes guérisseuses, de l'auxiliaire médicale, etc. Aujourd'hui, on cherche à se séparer de ces représentations.

Supposer à présent qu'un certain pourcentage des infirmières ne saurait vraiment définir son rôle propre n'est pas valorisant alors que la profession cherche à se faire davantage connaître et reconnaître. Cependant, je pense qu'aujourd'hui, en Valais et au sein du RSV, nous sommes en bon cours d'évolution de ce point de vue mais aussi qu'il nous est plus facile d'exercer ce rôle. Diverses raisons me le font penser :

- les cours donnés aux étudiantes infirmières sont davantage axés sur le rôle propre
- la profession veut affirmer son autonomie au travers de son rôle propre
- les dossiers de soin étant informatisés (programme Phoenix⁴⁹), il est aisé de consulter la prise en charge globale et totale d'un client hospitalisé et de compléter les informations.

De plus, l'ASI crée en juillet 2006 un groupe d'intérêt commun pour les infirmières en médecines complémentaires. Celui-ci est nommé l'ISMAC, ce qui veut dire « infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires » et il comprend la Suisse romande et italienne. Un site Internet explique leurs buts, les compétences que doit avoir une infirmière spécialisée en médecines complémentaires, les projets et les nouveautés et offre la possibilité de les contacter ou de devenir membre. Je trouve intéressant de faire un bref résumé des visées et des compétences de ce groupe⁵⁰ :

L'ISMAC vise :

- la promotion, la sauvegarde et la défense des intérêts des infirmières
- le développement de la solidarité et de la collaboration entre les membres
- la reconnaissance par les assurances de l'infirmière spécialisée en médecine complémentaire et alternative

⁴⁸ WALTER, Béatrice. *Le Savoir Infirmier : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Edition Lamarre, Paris, 1992, page 93

Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>, page consultée le 17 août 2008

⁴⁹ Dossier informatisé du client.

⁵⁰ Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires

Adresse URL : http://www.ismac.ch/index_fichiers/Page950.htm, page consultée le 29 juillet 2008

- la reconnaissance de cette profession spécialisée par les médecins et les instances légales
- le développement des réseaux de collaboration avec les organes, les commissions de l'ASI et les autres organisations.

Les compétences de l'infirmière spécialisée en médecines complémentaires et alternatives sont :

- le partenariat avec le client : mobiliser les ressources personnelles et environnementales du client, respect mutuel, partage d'un but commun
- la promotion de la santé : aider le client à maintenir ou à améliorer sa santé au travers d'approches complémentaires et alternatives pouvant accroître ses ressources
- la prévention de la maladie : participer à la création de nouvelles ressources, aider à déceler les problèmes et à s'y adapter afin de maintenir sa santé
- le processus thérapeutique : évaluer l'état du client et l'informer, assurer une présence thérapeutique, guider le client vers une autre ressource adéquate
- l'accroissement de la qualité de vie du client : tenir compte dans les soins de la définition qu'a le client de la qualité de vie, adopter une conduite compatible avec les obligations légales, morales et éthiques de la profession d'infirmière
- l'engagement professionnel : mettre à jour ses connaissances, affirmer son identité professionnelle, expliquer son rôle à divers publics.

6.1.1 Définition du rôle propre infirmier

Pour comprendre le rôle infirmier dans un contexte suisse, j'ai choisi la définition et les normes de l'ASI. L'infirmière y est définie comme telle⁵¹ : « *Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne* ».

⁵¹ Orientation stratégique de l'ASI, 1998

Adresse URL :

<http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/frameset-f.htm>, page consultée le 18 août 2008

A présent, je relève les principales normes⁵² du rôle propre de l'infirmière selon l'ASI⁵³ :

- **1. Les soins : compétence d'établir pour chaque client un processus de soins permettant de déterminer, d'organiser et d'évaluer les interventions de soins**

Mots-clés : Travail en équipe, interdisciplinarité, promotion de la santé, relation de confiance avec le client et sa famille, enseignement, informations, soins documentés dans un langage professionnel, transmissions orales, identification des besoins et des ressources, diagnostics infirmiers, objectifs de soins, auto évaluation, encadrement du nouveau personnel, participation aux formations et aux développements professionnels.

- **2. Formation, recherche et innovation : responsabilité de développer ses propres compétences professionnelles et de contribuer à l'évolution de la profession infirmière et de la santé publique**

Mots-clés : Planification de formations continues internes ou externes et garantie d'une qualité de soins, soutien de projets de recherche, participation à la promotion de la santé publique et au développement des soins infirmiers.

Afin d'avoir une vision à caractère universel sur le rôle propre infirmier, je donne encore une définition selon l'OMS. De plus, je pense qu'il est intéressant d'être au clair avec ce rôle et de pouvoir le définir aisément.

L'OMS⁵⁴ définit les soins infirmiers comme tels : « *La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. [...] Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé* ».

⁵² Définition selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 60'000 mots et leurs 300'000 sens, Paris, édition mise à jour juin 2000, 2880 pages, 60'000 articles : « *Type concret ou formule abstraite de ce qui doit être* » ou « *Ensemble de règles d'usage, de prescriptions techniques, relatives aux caractéristiques d'un produit ou d'une méthode, édictée dans le but de standardiser et de garantir les modes de fonctionnement, la sécurité et les nuisances* ».

⁵³ Association suisse des infirmières et infirmiers. *Normes de qualité pour les soins infirmiers*. Berne : SBK, 2006, 15 pages

⁵⁴ Organisation Mondiale de la Santé

Adresse URL : <http://www.e-tud.com/encyclopedie-education/?130-infirmier>, page consultée le 18 août 2008

Par cette définition, je résume les compétences de l'infirmière :

- relation de confiance et d'aide auprès du client et de ses proches
- participation à la promotion et à la prévention de la santé
- plan de soins (diagnostics infirmiers, objectifs de soins, interventions)
- favorise l'autonomie et l'indépendance tout en suppléant aux besoins identifiés
- travail en équipe et en interdisciplinarité

Après avoir analysé ces deux définitions et relevé les principaux éléments du rôle propre infirmier, voici les caractéristiques du rôle propre infirmier :

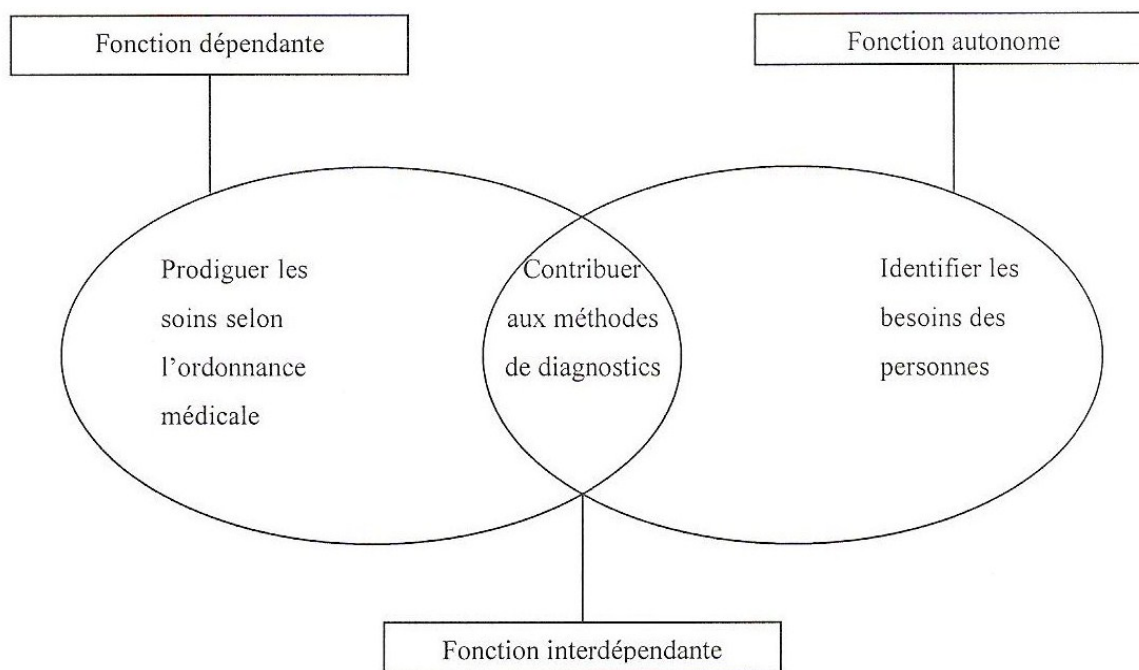
Tableau récapitulatif des éléments définissant les soins infirmiers⁵⁵
<ul style="list-style-type: none"> - Les soins infirmiers s'adressent à des individus, à des familles, à des groupes. - L'objet des soins infirmiers, ce sont les conséquences des problèmes de santé et les effets des traitements sur les clients. - Les soins infirmiers prennent en compte le contexte et l'environnement des clients. - Il est reconnu à l'infirmière un rôle autonome et un rôle en collaboration. - L'infirmière travaille selon le processus de soins infirmiers. - Les soins infirmiers s'adressent aux différentes dimensions de l'être humain (bio-pycho-socio-spirituel-culturel). - Les soins infirmiers ont trois dimensions : promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs/de réadaptation/palliatifs. - Les soins infirmiers ont une place partout dans la société. - L'infirmière travaille en partenaire avec les autres professions impliquées dans des services de santé. - D'autres rôles essentiels de l'infirmière sont : éducation à la santé, implication dans la santé publique et dans la politique de santé, recherche en soins infirmiers, gestion des systèmes de santé.

⁵⁵ Tableau tiré de RODUIT, Laure. *L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier ?* Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, janvier 2008, Sion, 161 pages, p. 31

Ayant retenu divers éléments de mes définitions du rôle propre infirmier, je me permets de reprendre ce tableau récapitulatif très complet de Roduit Laure car nos points-clés correspondent.

Selon le mémoire de fin d'études de Roduit Laure que j'ai complété par la lecture de deux ouvrages⁵⁶, j'ai aussi pu visualiser le modèle trifocal attribué aux diverses activités infirmières. L'infirmière a une fonction autonome définie par des actions relevant de sa responsabilité et représentée par l'élaboration d'un diagnostic infirmier. Elle a aussi un rôle médico-délégué, appelé fonction dépendante, défini par des actions prescrites par un médecin et représenté par le problème médical clinique. La troisième fonction est celle de l'interdépendance définie par « [...] L'infirmière "collabore" à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance »⁵⁷, c'est-à-dire lorsqu'il y a une collaboration afin de résoudre un problème clinique de soins. Cette dernière fonction englobe donc la fonction autonome et la fonction dépendante.

Ces trois rôles relèvent du modèle trifocal et la figure suivante peut l'illustrer⁵⁸ :



⁵⁶ BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste : un modèle conceptuel en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Maloine, Paris, 1992, 131 pages, p. 42-62

MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, pratiquer, enseigner et apprendre*. Edition Seli Arslan, Paris, 2002, 188 pages, p. 19-23

⁵⁷ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterEditions, Masson, Paris, 1997, p. 45

⁵⁸ Figure tirée de BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste : un modèle conceptuel en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Maloine, Paris, 1992, 131 pages, p. 42

Lors de mon analyse, ce modèle trifocal va me permettre d'identifier le rôle que les infirmières mettent en évidence pour proposer ou appliquer des médecines complémentaires. Les fonctions autonome, dépendante et interdépendante font partie du rôle propre infirmier et chaque professionnelle devrait pouvoir les citer et les expliquer. Ce concept va me permettre d'identifier les représentations et la pratique des participantes à ce sujet.

6.1.2 Concept d'autonomie

A présent, je vais expliquer le concept d'autonomie en me basant sur les cours⁵⁹ reçus lors d'un module intitulé « Devenir une praticienne réflexive ».

L'autonomie est « *une qualité dynamique de l'individu humain qui se singularise et assume son être propre dans sa rencontre avec autrui en y conservant son intégrité* ». En effet, être autonome signifie faire des choix, prendre des responsabilités, se situer, se donner des règles et se prendre en charge. Les attributs de l'autonomie sont le contexte, l'interdépendance, la responsabilité et l'individualité.

Le **contexte** peut être familial, social (aux sens civique et amical), professionnel ou culturel. L'**interdépendance** aux différents âges de la vie en rapport à l'autre contient trois niveaux, soit la dépendance (symbiose et soumission), la contre-dépendance (développement de l'identité) et l'indépendance (détachement-liberté et rôle-statut). La **responsabilité** (conscience de soi) désigne les choix, les engagements (collaboration et participation) et le sens critique (valeurs et authenticité). L'individualité (croissance propre à chacun) fait sens dans la créativité et l'originalité.

Selon l'éthique des soins⁶⁰, l'autonomie est « *La capacité de définir ses objectifs personnels et d'agir en conséquence. Elle implique la liberté personnelle et l'autodétermination, le fait de donner soi-même un contenu spécifique à ses actes, le droit d'avoir et d'exprimer ses propres valeurs et opinions* ». Ce principe s'applique au regard que l'infirmière pose sur le client et au respect qu'elle lui offre en prenant en considération ses croyances et ses valeurs. Elle doit être consciente que, dans la relation soignant-soigné, elle a des devoirs mais aussi des droits. L'individualisation des soins est la conséquence de l'autonomie exercée dans les soins infirmiers.

⁵⁹ POLET-MASSET, A.-M. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Edition Lamarre, Paris, 1993, 128 pages

⁶⁰ BILLAUD, Françoise [et al.]. *L'éthique dans la pratique des soins*. Edition ASI-SBK, 2003, Berne, 40 pages

Le concept d'autonomie va me servir à comprendre les diverses raisons qui font que telles médecines complémentaires sont proposées à tel client. En effet, dans la relation qu'entretient l'infirmière avec le client, un processus d'interdépendance est mis en place. Il nécessite une collaboration et une reconnaissance de l'existence et du pouvoir propre de la personne dépendante. Cette relation sous-entend un contrat accordant deux rôles différents mais équilibrés.

6.2 Concept de la relation d'aide

La relation d'aide fait partie intégrante de la relation soignant-soigné. L'infirmière entretient avec le client une relation étant bénéfique au bien-être de ce dernier. Par ces liens, l'infirmière questionne, écoute, accompagne, informe, soigne et collabore et le client comprend, se renseigne, se sent rassuré et responsabilisé face à son traitement. Pour bien des médecines complémentaires⁶¹, une relation de confiance doit s'instaurer car le toucher est nécessaire. La communication entre l'infirmière et le client peut être verbale ou non verbale. Le silence peut avoir diverses raisons telles qu'un sentiment, la réflexion ou le simple besoin de se centrer sur soi-même. Cependant, c'est à l'infirmière d'évaluer si la communication est nécessaire ou non. Il est important que je définisse ce concept de la relation d'aide afin de pouvoir analyser mon hypothèse 3.

Faisant référence aux cours⁶² dispensés à la HES-SO, la relation d'aide fait partie du rôle propre infirmier et se définit, selon Carl Rogers⁶³, comme telle : « *C'est chercher à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* »⁶⁴. Les **buts** sont de diminuer les émotions

⁶¹ Réflexologie, phytothérapie (application de pommades), médecines chinoises (acupuncture, acupressure, méridiens), ostéopathie, reiki, etc.

⁶² GRANGER, Josiane. Cours : *Relation d'aide*, HEVS2, 2004, 14 pages et construit d'après la bibliographie suivante :

CARKHUFF, Robert R. *L'art d'aider*. Les éd. de l'homme, Montréal, 1988, 269 pages

HETU, Jean-Luc. *La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement*. Ed. revue et augm, Montréal, 1989, 188 pages

SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Edition Presses Universitaires de Lille, Lille, 1992, 205 pages

⁶³ Selon le Petit Robert des noms propres, dictionnaire illustré, nouvelle édition enrichie d'un atlas géopolitique et culturel, Paris, édition mise à jour en avril 2000, 2300 pages : « *Psychologue américain (1902-1987), auteur de travaux de psychopédagogie, de recherches sur la thérapeutique de la schizophrénie et d'une méthode de psychothérapie* ».

⁶⁴ Selon le guide du service infirmier en santé mentale (Paris, 1991), la relation d'aide se définit comme une « *Démarche dans laquelle les soignants établissent des liens personnels avec les patients en vue de les aider individuellement ou en groupe à prendre conscience de leurs difficultés et à les résoudre* ».

destructrices, d'aider la personne à identifier ses problèmes et à y faire face, de la soutenir et de l'accompagner, de la responsabiliser sans la culpabiliser, de lui présenter d'autres options au problème, de l'aider à communiquer et à chercher des ressources et de l'aider dans sa quête de sens du vécu. Les attitudes aidantes encourageant et favorisant l'expression sont, selon Carl Rogers, la compréhension empathique, l'authenticité, le respect chaleureux et, selon Robert Carkhuff⁶⁵, la spécificité, l'immédiateté et la confrontation. Il existe deux catégories de **techniques de communication** : verbale et non verbale. Selon Jacques Chalifour⁶⁶, il existe neuf moyens différents qui sont l'écoute active, la réitération, la reformulation, l'élucidation, la synthèse, le feedback, la révélation de soi et le partage d'avis et d'informations. La relation d'aide constitue trois **étapes** : 1. explorer le problème par l'écoute active, 2. définir des objectifs avec le client, 3. réaliser le programme par l'élaboration d'une stratégie. La relation d'aide résulte donc d'un travail amenant à une maîtrise de ces divers outils.

6.3 Concept des soins palliatifs

Afin de construire le concept des soins palliatifs⁶⁷, je me suis principalement basée sur le module « La fin de vie et la mort » (1^{ère} Bachelor) et le module « Soins palliatifs, fin de cycle de vie » (2^{ème} Bachelor). Celui-ci va me servir à pouvoir prendre en compte mes trois hypothèses dans un contexte de soins palliatifs. Je résume ci-dessous les points importants et les principaux thèmes de ce concept.

Historique des S.P.

La pionnière des S.P. est la doctoresse Cecily Saunders. Dans les années 1960, à Londres, elle crée et ouvre le Saint Christopher's Hospice. Les clients hospitalisés sont principalement atteints de cancer et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). C'est dans le même temps que la doctoresse Elisabeth Kübler-Ross décrit les étapes du deuil⁶⁸.

⁶⁵ Spécialiste des sciences sociales du 20^e siècle, historiquement connu pour son « aide de modèles ». Adresse URL : <http://carkhuff.com>, page consultée le 28 février 2009

⁶⁶ Auteur du 20^e siècle ayant une perspective holistique et humaniste de la relation d'aide.

Adresse URL :

http://archives.campagneoecumenique.ch/IMG/pdf/La_dignite_reponse_aux_besoins_humains.pdf, page consultée le 28 février 2009

⁶⁷ J'utiliserai désormais l'abréviation S.P. pour définir les soins palliatifs.

⁶⁸ Les étapes du deuil sont expliquées à la page 37.

En Suisse, la Société Suisse de Médecine Palliative naît en 1988. Certains de ses membres étant des infirmières, son appellation fut modifiée en « Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs »⁶⁹. Actuellement, en Suisse, il existe divers services de S.P. en milieu hospitalier ainsi que des fondations comme Rive-Neuve (Vaud), ou des centres comme la Chrysalide (Neuchâtel) ou François-Xavier Bagnoud (Valais)⁷⁰.

En 2002, la définition des S.P. par l'OMS est⁷¹ : « *Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision ainsi qu'un traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels qui lui sont liés* ».

Les valeurs et les principes fondamentaux des S.P. ont été édités par la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs et sont les suivants⁷² :

- contrôle des symptômes physiologiques, psychiques, sociaux et spirituels
- modèle de prise en charge bio-psycho-socio-spirituelle
- prise en charge par l'équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, assistance sociale, aumônerie, etc.)
- empathie et respect
- autonomie et dignité⁷³
- orientation systémique de la prise en charge, c'est-à-dire l'intégration de l'entourage du client
- disponibilité et continuité
- acceptation des limites de l'entourage ou de l'équipe soignante et prévention de l'épuisement professionnel

Faisant partie du rôle propre infirmier, l'accompagnement, selon Janine Pillot⁷⁴, se définit comme tel : « *Accompagner quelqu'un, ce n'est pas vivre à sa place, c'est savoir que l'on*

⁶⁹ Adresse URL : <http://www.palliative.ch>

⁷⁰ Afin de connaître tous les milieux de soins spécialisés dans les S.P. en Suisse, la SSMSP a une page Internet complète : <http://www.palliative.ch/fr/teams.php>, page consultée le 21 août 2008

⁷¹ Adresse URL : <http://www.sfap.org/pdf/I-A3-pdf.pdf>, page consultée le 11 février 2009

⁷² Adresse URL : <http://www.palliative.ch/fr/philosophy.php>, page consultée le 11 février 2009

⁷³ Un client en traitement palliatif peut encore vivre plusieurs temps. Il est donc important de ne pas limiter la prise en charge à la phase terminale mais au contraire, de mobiliser les ressources et d'améliorer sa qualité de vie.

⁷⁴ Psychologue clinicienne et présidente grenobloise de l'association « Ecoute Deuil ».

Adresse URL : <http://www.sosfindevie.org/mort/deuil.htm>, page consultée le 28 février 2009

*peut apporter quelque chose dans la pire des souffrances, par les soins, la présence, l'écoute, mais c'est aussi accepter la part d'inachevé, d'imperfection, d'insatisfaction dans nos attentes, sans en être détruit ni le vivre comme un échec personnel »*⁷⁵. Les attitudes composant l'accompagnement sont les suivantes⁷⁶ :

- Ecouter le client (plaintes, angoisses, peurs, révoltes, etc.) mais aussi les membres de l'équipe.
- Communiquer verbalement ou non avec le client, ses proches et l'équipe soignante. Afin d'établir une relation de confiance, il est nécessaire de répondre aux questions et aux besoins du client et de se baser sur ses connaissances et sur ce qu'il veut savoir.
- Réconforter le client par nos diverses attitudes, par le fait de rassurer sur le non abandon, par l'aide à la recherche de sens à sa vie (organisation des journées, objectifs, réalisation de projets, etc.).
- Respecter l'autre et son corps (douceur, intimité, pudeur, etc.), ses convictions (proposer des moyens pour que l'autre puisse être soulagé, ne pas vouloir pour l'autre), son mystère (sa vie passée), l'irréductible solitude au mourir (au moment de la mort, le client est seul ; le soignant n'aura pu l'accompagner que sur un court chemin).
- Etre compétent, soulager les symptômes, avoir acquis un savoir-faire, être responsable de ses formations et de ses connaissances.

Divergentes selon les auteurs, les étapes de fin de vie ou du deuil accompagnent le client. Ces dernières ne sont pas rigides et fluctuent selon les individus et les situations. Selon Elisabeth Kübler-Ross⁷⁷, les voici⁷⁸ :

1. l'état de choc ou le déni : survient lors de l'annonce du diagnostic, c'est un mécanisme de défense.
2. la colère ou la révolte : c'est le temps du pourquoi et des plaintes. Le client, impuissant devant la situation, peut se montrer agressif.

⁷⁵ Selon le document de BOLES, J.M., LEMAIRE, F. : « Fin de vie en réanimation », page 176. Adresse URL : http://books.google.com/books?id=Deo9hX1bPwgC&pg=PA176&lpg=PA176&dq=Accompagner+quelqu'un+ce+n'est+pas+vivre+%C3%A0+sa+place&source=bl&ots=seIEqk7hEb&sig=YYbe8dzhB0nWPtvBCESVAM1zQmM&hl=fr&ei=A7W7SYOpGI-LsAboweTpDg&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result, page consultée le 14 mars 2009 et selon l'ouvrage suivant : JACQUEMIN, Dominique [et al.]. *Manuel de soins palliatifs. Centre d'éthique médicale*. Edition Dunod, Paris, 2001, 773 pages, chapitre 6, page 124

⁷⁶ Ibid ouvrage du bas de page 75.

⁷⁷ Psychiatre, thanatologue, pionnière des soins palliatifs, 1926-2004

Adresses URL :

<http://www.outré-vie.com/inities,visionnaires,mystiques/inities/ekrmort.htm>

<http://www.elisabethkublerross.com>, pages consultées le 28 février 2009

⁷⁸ Adresse URL : http://82.127.61.4/telechargement/dossier_clinique/Nouv.Mod%208%20CADCI.pdf, page consultée le 28 février 2009, pages 19-20

3. le marchandage ou la négociation : c'est une période d'ambivalence et de prise de conscience que la mort est proche.
4. la dépression ou la tristesse : c'est une période de repli sur soi, de pleurs. Le client est à la quête de sécurité et de bien-être.
5. l'acceptation : le client veut donner un sens à son vécu bien qu'il ne soit pas prêt de mourir.
6. le decathexis : c'est une période d'espoir concernant la "vie d'après".

En posant mon hypothèse 3⁷⁹, je me suis demandé quels étaient les besoins d'une infirmière travaillant dans un service de S.P. D'après un ouvrage⁸⁰ sur le deuil, j'ai trouvé quelques réponses à ma question. Parmi ceux expliqués :

- obtenir de la reconnaissance, soit salariale, soit statutaire
- être valorisée dans sa profession et dans ses attitudes
- se positionner et échanger entre professionnels, travailler en interdisciplinarité/multidisciplinarité avec des objectifs/buts communs
- exprimer sa souffrance dans un climat de confiance
- être soi-même en défendant ses valeurs
- être à l'écoute de ses besoins, se donner du temps et de l'espace
- disposer d'espaces de parole, communiquer avec ses pairs
- etc.



⁷⁹ Hypothèse 3 : Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs assument leurs valeurs et leurs croyances personnelles et professionnelles au sein de leur équipe et face à leurs clients.

⁸⁰ BACQUE, Marie-Frédérique. *Le Deuil à vivre*. Edition Odile Jacob, Paris, mai 2000, 282 pages, troisième partie, chapitre V, pages 191 à 212

En fin de vie, les derniers sens à disparaître sont l'ouïe et le toucher. De ce fait, les médecines complémentaires ayant trait au toucher sont donc tout à fait adéquates dans un service de S.P. et ce, durant la phase palliative⁸¹ ou celle terminale⁸². Parmi les concepts faisant partie des S.P., celui de la souffrance revient fréquemment. De plus, parmi mes lectures effectuées, j'ai souvent pu retrouver que le client se tournant vers une médecine complémentaire recherche un sens à sa pathologie et à son vécu⁸³. Les raisons⁸⁴ de ce détournement de la médecine allopathique peuvent être diverses : refus ou déception de la médecine allopathique et de ses médicaments, croyances en l'efficacité d'autres thérapies, revendication du naturel, médecines complémentaires à la mode, quête de sens⁸⁵, etc. Je pense que, poussé par des motivations autant diverses que personnelles, le client qui décide de faire appel à une médecine complémentaire essaie alors de trouver une solution à sa souffrance. Je développe donc le concept de souffrance globale/totale⁸⁶ ci-dessous :

La souffrance globale⁸⁷ comprend les quatre aspects de l'être humain, à savoir bio-psycho-socio-spirituel. Ces derniers interagissent entre eux et s'influencent positivement ou non. La souffrance exprimée par la personne malade est individuelle et ne peut être jugée par d'autres intervenants. L'aspect relationnel peut en être influencé par la manière que le client a de la communiquer. Une pathologie donne naissance à de multiples souffrances telles la douleur, la modification de l'image corporelle, le déséquilibre du quotidien, les conséquences psychiques, les humiliations, la vulnérabilité, la marginalisation, la remise en question du sens de la vie, les souffrances de l'entourage, etc. Selon Robert Twycross, médecin en soins palliatifs, « la

⁸¹ L'objectif du client est de vivre en gardant son autonomie, en ayant le moins de symptômes possibles et de garder contact avec la vie sociale. Cette phase peut durer longtemps.

⁸² C'est lorsque l'état général du client se détériore vite et où la mort est quasiment visible. Cette phase dure en moyenne 48h.

⁸³ BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, Berne, 72 pages

BAREL, Yves, BUTEL, Marie. *Les médecines parallèles. Quelques lignes de force*. La documentation française, Paris, 1988, 303 pages

SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Edition du Seuil, Paris, février 2005, 327 pages

JEANNERET, Olivier, MONNIER, Jacqueline, DIEZI, Jacques. *Médecines plurielles*. Edition Médecine et Hygiène, Volume 40, No 1, Genève, 1996, 89 pages, Collection Cahiers médico-sociaux (CMS)

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

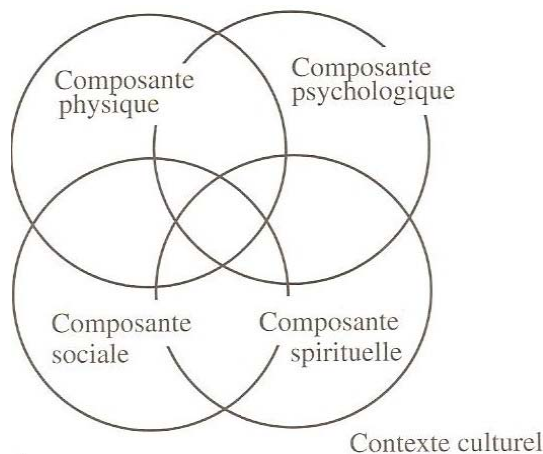
⁸⁴ *Les médecines «parallèles». La controverse et les vraies questions; acupuncteurs, homéopathes, phytothérapeutes, etc. s'expliquent*. Hors-série trimestriel No 150, Paris, mars 1985, Edition Science & Vie, 160 pages, pages 66 à 77 et 148 à 157

⁸⁵ Les médecines complémentaires sont reconnues pour prendre en charge le client dans sa globalité (bio-psycho-socio-spirituel) et ainsi favoriser la quête de sens à la pathologie.

⁸⁶ JACQUEMIN, Dominique [et al.]. *Manuel de soins palliatifs. Centre d'éthique médicale*. Edition Dunod, Paris, 2001, 773 pages, chapitre 6, pages 115 à 125

⁸⁷ Le lecteur pourra trouver en annexe B. a) une partie du concept de la souffrance globale.

douleur totale, c'est à la fois la douleur morale, physique, spirituelle et sociale. Le seuil de tolérance de la douleur est différent pour chacun et il varie en fonction de certains facteurs » (1981). Dans cet ouvrage, une différence est faite entre la douleur totale qui est tout ce qui est physique et la souffrance globale qui est l'ensemble des événements liés à la souffrance. Claude Jasmin, écrivain, cite: « *J'ai appris la douleur dans les livres, mais on ne m'avait rien dit de la souffrance, car la souffrance a une autre dimension que la douleur, elle conteste l'homme et lui montre sa fragilité. Cette souffrance, je l'ai souvent rencontrée, je n'y étais pas préparé. Désespérance d'une angoisse qu'il est si difficile, voire impossible, de faire partager par les autres. La souffrance ajoute à la douleur physique une dimension de solitude »*. Un schéma représente les composantes de la souffrance globale et j'ajoute à la suite des exemples les constituant :



La composante physique

- d'origine nociceptive, viscérale ou neurogène
- autres symptômes tels que nausées, vomissements, constipation, dyspnée, inappétence, fatigue, etc.

La composante psychologique

- pertes multiples, autonomie
- image de soi modifiée
- dépendance graduelle
- vécu de la maladie
- émotions liées au processus de deuil
- désarroi et désespoir face à la progression de la maladie
- isolement, solitude

La composante spirituelle

- perte de sens, être sans but
- ne plus être en relation, perdre le contact avec soi et le Divin
- perte de confiance
- sentiment flou et incertitude
- sentiment de devenir un objet
- être coupable de mourir, de laisser sa famille, de choses faites au cours de sa vie, etc.

La composante sociale

- relation avec la famille (responsabilités, conflits, pertes de contacts, ruptures, etc.)
- problèmes financiers, gestion héritage, successions
- changement de rôles au niveau de la famille, de la société, des amis
- relation aux objets (maison, biens, animaux, etc.)

6.4 Concept des médecines complémentaires

Il existe de très nombreuses médecines complémentaires venant de plusieurs cultures de par le monde. Je me suis davantage intéressée aux médecines complémentaires se pratiquant dans les soins palliatifs et j'en ai relevé quelques-unes étant possibles⁸⁸ : homéopathie, réflexologie plantaire, phytothérapie⁸⁹, kinésiologie, reiki, sophrologie, Fleurs de Bach, méthode Simonton, médecines chinoises⁹⁰ et les massages classiques. Parmi ces médecines complémentaires, beaucoup nécessitent le toucher⁹¹, raison pour laquelle elles peuvent se pratiquer autant dans

⁸⁸ BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, Berne, 1998, 72 pages

Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden.htm, page consultée le 11 novembre 2008

En annexe B b), le lecteur pourra trouver des suppléments d'informations concernant chaque médecine complémentaire citée ici.

⁸⁹ La phytothérapie comprend l'aromathérapie qui est l'une de ses branches principales et les huiles essentielles étant un sous-groupe de cette dernière.

Adresses URL :

<http://www.medecines-douces.com/annuaires/phytocad.htm>,

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-aromatherapie.htm, pages consultées le 15 mars 2009

⁹⁰ Les médecines chinoises incluent l'acupuncture, l'acupressure, les méridiens et d'autres techniques.

Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm,

<http://www.medecinechinoise.ch/>,

<http://www.sionneau.com/index.php?&page=mc>, pages consultées le 15 mars 2009

⁹¹ Je parle ici du toucher mais je n'en exclus pas pour autant les autres médecines pré-citées.

la phase palliative que terminale. En effet, les deux derniers sens à disparaître chez les clients en traitement palliatif sont l'ouïe et le toucher.

Ne voulant pas être sélectives dans l'observation des médecines complémentaires, Katya et moi-même avons établi un tableau⁹² sur les généralités de ces approches. Chacune de nous a construit son tableau en fonction du milieu étudié grâce à l'évolution de nos connaissances. Lors de la synthèse, nous nous efforcerons de faire ressortir les points respectifs de chacun des milieux de soins afin de permettre une comparaison. De plus, suite à nos entretiens respectifs, nous reprendrons ce tableau et développerons davantage les médecines complémentaires utilisées par les services de soins palliatifs et de maternité.



Image tirée de l'adresse URL :
<http://carmenimage.files.wordpress.com/2007/02/41-arbre-de-vie-2-110-x-90-cm-n.jpg>

Afin d'illustrer le concept des médecines complémentaires, j'ai choisi une image de l'arbre de vie qui peut les représenter. A mes yeux, le tronc peut évoquer la médecine allopathique ou les soins traditionnels de notre société et les branches, les chemins diversifiés que les médecines complémentaires peuvent offrir.

⁹² Items du tableau pris dans le module intitulé « Oncologie », cours du 11 mars 2008 « Mode de vie, médecines complémentaires et cancer ».

Thérapie	Philosophie	Explications/Critères	Méthodes ⁹³	Avantages	Risques/Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Médecines complémentaires en soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Quête de sens Responsabilité du client Spiritualité Confiance en la nature (humaine et/ou environnementale) Engagement libre et consenti du client 	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière prend en compte les croyances et les valeurs du client, ainsi que ses habitudes de vie, ses symptômes, ses besoins et ses envies. L'infirmière se base sur l'anamnèse faite au préalable sur le client pour un premier tri des médecines complémentaires étant adéquates à la situation. L'infirmière a la compétence de poser un diagnostic infirmier ce qui lui permet de faire part à l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'au client de la possibilité d'un traitement complémentaire. Une décision en équipe est nécessaire avant la proposition d'une médecine complémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Fleurs de Bach Homéopathie Kinésiologie Massages Médecines chinoises Méthode Simonton Phytothérapie Réflexologie plantaire Reiki Sophrologie Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Approche salutogène Prise en charge bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle Prise en compte des ressources personnelles et des représentations individuelles Permettent au client de trouver un sens à son vécu, de rechercher une maîtrise spirituelle et de favoriser l'expression des sentiments Responsabilité du client Rôle actif du client dans son traitement Médecines pouvant être associées entre elles ou avec une médecine allopathique Peu d'effets secondaires Prise en charge par les assurances (selon les médecines complémentaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de résultats et de preuves scientifiques Choix du thérapeute, diplômé ou non Charlatanisme Effets secondaires dus à l'association d'une médecine allopathique et d'une complémentaire Pas de prise en charge par les assurances (selon les médecines complémentaires)

⁹³ En annexe B. b), le lecteur pourra trouver une définition de chaque médecine complémentaire citée dans ce tableau.

6.5 Conclusion du cadre théorique

Ayant fait des recherches sur les concepts dont j'aurai besoin pour analyser mes hypothèses, je conclus ce chapitre par un dernier paragraphe⁹⁴ reprenant les points-clés.

Le rôle propre infirmier bénéficie d'une large autonomie au sein d'un service de soins palliatifs⁹⁵. Beaucoup de médecines complémentaires nécessitent le toucher et promeuvent le confort et une vision holistique du client - au même titre que la philosophie des S.P. -. Le toucher, inscrit dans le rôle propre infirmier⁹⁶, est une forme de communication et un outil d'accompagnement permettant au client en situation palliative de lutter contre l'angoisse, le stress et la douleur et de ressentir un apaisement, du calme et un bien-être. De plus, il aide à construire ou à restaurer une relation de confiance, à se découvrir mutuellement et entraîne une communication interpersonnelle. La relation d'aide s'en trouvera facilitée et la relation soignant-soigné n'en sera donc que meilleure.

⁹⁴ RIOULT, Catherine. *Stratégie soignante. Le toucher et la fin de vie*. Dossier Fin de vie, Euthanasie ou Soins Palliatifs, Périodique Soins, volume 648, pages 48-49

⁹⁵ Pour affirmer cela, je me base sur la définition du rôle infirmier selon l'ASI et sur le concept des soins palliatifs où les valeurs et les principes fondamentaux sont expliqués.

⁹⁶ Le toucher se retrouve dans les soins de base, les soins techniques ou, par exemple, lors d'une discussion où l'infirmière peut poser la main sur l'épaule du client.

7. Méthodologie

Afin de comprendre au mieux la construction de mon outil d'investigation, je rappelle ci-après ma question centrale, mes objectifs de recherche ainsi qu'en mots-clés, le cadre théorique.

Comment l'infirmière peut-elle proposer ou pratiquer les médecines complémentaires dans le cadre de son rôle propre infirmier dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand ?

Objectif de recherche 1 : définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières ont intégré dans leur rôle propre l'application des médecines complémentaires.

Objectif de recherche 2 : évaluer si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières peuvent mobiliser les compétences nécessaires à l'application de médecines complémentaires dans leur temps de travail.

Objectif de recherche 3 : définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières arrivent à identifier leurs besoins et à assumer leurs valeurs et leurs croyances au niveau personnel et professionnel en proposant et en appliquant des médecines complémentaires, cela face aux regards de leurs collègues et de leurs clients.

Cadre théorique

- Rôle propre infirmier et autonomie
- Relation d'aide
- Soins palliatifs et souffrance globale
- Médecines complémentaires

7.1 Explication et argumentation de la construction de l'outil d'investigation

Suite à ma question de recherche et au cadre théorique, c'est naturellement que mon Travail de Bachelor s'inscrit dans une approche qualitative, donc dans un paradigme naturaliste⁹⁷. En effet, au moyen d'entretiens, je vais interagir avec les participantes et tenir compte de la subjectivité. L'outil d'investigation va me permettre de décrire et d'explorer la pratique des médecines complémentaires au sein d'un service de soins palliatifs.

Je procèderai à l'élaboration d'entretiens car ils ont les avantages suivants⁹⁸ :

- authenticité des réponses recueillies
- respect du cadre de référence du participant grâce à la faible directivité⁹⁹
- analyse de sens et d'un problème précis
- reconstitution individuelle des éléments
- l'enquêteur doit laisser une grande place de parole à l'enquêté, il a tout à apprendre
- réajustement possible en cours de route

Suite au choix de procéder par entretien, je dois décider d'une structure semi-dirigée ou dirigée¹⁰⁰. En ayant compris ces définitions, je pense construire des entretiens semi-dirigés car ils me semblent correspondre davantage à ma manière de fonctionner et, ainsi, je ciblerai le discours sur mes questions principales en mettant en évidence un ou des indicateurs et j'éviterai donc une discussion plus libre et échangiste.

⁹⁷ « Les chercheurs qui se réclament du paradigme naturaliste s'efforcent de comprendre l'expérience humaine telle qu'elle est vécue, grâce à la collecte et à l'analyse de données subjectives et narratives. Le déroulement des études est souple et susceptible d'évoluer sur le terrain ; ce paradigme est associé à la recherche qualitative ». LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Edition Polit et Beck, Québec, 2007, 591 pages, chapitre 1 (pages 16, 22)

⁹⁸ Ibid ouvrage du bas de page 97.

⁹⁹ La faible directivité se retrouve particulièrement dans les entretiens semi-directifs. Le lecteur pourra s'apercevoir au paragraphe suivant que c'est ce type même que j'ai choisi.

¹⁰⁰ Semi-dirigé : « Entretiens exploratoires lors de connaissances moyennes du sujet ». Dirigé : « Entretiens principaux ou complémentaires lors de bonnes connaissances du sujet ou sur ses caractéristiques ». BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Edition Nathan Université, Paris, 1992, pages 61-65

Echantillon : l'échantillonnage sera raisonné¹⁰¹ car je veux étudier une population ciblée avec des caractéristiques propres. Mes entretiens seront faits avec des participantes volontaires car, en exigeant certaines valeurs professionnelles, cela pourrait créer des biais à ma recherche. De plus, ma recherche étant qualitative, je vais étudier de plus près l'exemplarité. Le milieu de soins choisi est donc celui de soins palliatifs et, en Valais romand, le service S.P. de l'hôpital de Martigny et celui de CFXB de Sion sont désignés¹⁰².

Taille de l'échantillon : huit¹⁰³ entretiens semi-dirigés. En effet, ce nombre est un critère de faisabilité mais aussi un obstacle à la conclusion d'un aspect quantitatif au sujet des médecines complémentaires dans les soins palliatifs. Etant donné que ma recherche se limite au Valais romand, j'ai décidé de cibler l'hôpital de Martigny et le Centre François-Xavier Bagnoud, tous deux spécifiques aux soins palliatifs de cette région. Je compte aussi organiser ces entretiens de la manière suivante : quatre participantes pour l'hôpital de Martigny et quatre autres au Centre François-Xavier Bagnoud. Je spécifie ici qu'en aucun cas je ne recherche à faire de comparaisons entre ces deux milieux de soins palliatifs.

Population : des infirmières diplômées.

Limites de la population : mes critères d'inclusion sont que les participantes soient des infirmières diplômées depuis au moins un an et travaillant dans un service de soins palliatifs depuis au moins un an. Du fait d'exiger que les participantes travaillent depuis au moins une année dans un milieu de soins palliatifs permet de m'assurer qu'elles aient acquis une expérience professionnelle et qu'elles connaissent les diverses pratiques proposées ou exercées dans leur service.

Afin de construire ma grille d'entretien, je me suis intéressée à plusieurs mémoires présentant de tels outils ainsi qu'aux cours reçus durant le module « Méthodologie ». En m'en inspirant, j'ai pu construire ma propre grille¹⁰⁴ et développer mes questions, mes relances et faire

¹⁰¹ « Méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle le chercheur sélectionne les participants d'après le jugement qu'il se fait des personnes les plus représentatives ou les plus en mesure de livrer une grande quantité d'information ».

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Edition Polit et Beck, Québec, 2007, 591 pages, chapitre 12 (page 269)

¹⁰² J'ai obtenu l'accord des deux lieux afin de pouvoir les mentionner dans mon TB.

¹⁰³ Le nombre de huit me permet d'essayer d'atteindre le seuil de saturation des données.

¹⁰⁴ Le lecteur pourra trouver cette grille d'entretien en annexe C.

références aux divers cadres théoriques. Ma recherche étant empirique, j'ai posé mes interrogations dans un esprit d'exploratrice à la quête de découvertes.

Je tiens à préciser ici que lors de la construction des questions d'entretiens, j'ai préféré le terme de « patient » à celui de « client ». En effet, le terme de « client » est utilisé depuis peu de temps¹⁰⁵ et je ne voudrais pas confronter les infirmières participantes à cette appellation encore peu connue des milieux de soins.

Après avoir détaillé mes questions d'entretiens avec ma directrice de TB, j'ai contacté l'infirmière cheffe d'unité de soins palliatifs de Martigny, de même que celle du Centre François-Xavier Bagnoud de Sion. Je leur ai donc demandé s'il y avait des infirmières volontaires¹⁰⁶ – correspondant aux critères préalablement établis – acceptant d'être interrogées. Après avoir reçu des réponses, des rendez-vous ont été fixés avec les futures participantes. Les huit entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur totalité.

¹⁰⁵ Auparavant, les termes de « bénéficiaire de soins » ou « patient » étaient utilisés.

¹⁰⁶ Est valable tant pour le personnel infirmier féminin que masculin.

8. Principes éthiques

Tout au long de mon TB, j'ai veillé à respecter les principes éthiques élaborés par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). Ces principes s'appliquent à toutes recherches faites auprès d'une population cible et à chaque activité dont le but est de développer un savoir ou d'augmenter les connaissances sur un thème et ayant comme objectif le bien-être des clients et une meilleure qualité des soins. Concernant leur rôle dans la pratique des soins infirmiers, ils servent à expliquer le fondement des soins donnés.

Les principes éthiques¹⁰⁷ de l'ASI sont les suivants et, suite à chacun, j'argumente mes actions entreprises pour les faire respecter :

Respect de la dignité de la personne

- Autonomie : droit aux informations nécessaires pour prendre une décision quelle qu'elle soit, droit de refuser la participation, droit de se retirer de la recherche à n'importe quel moment.

J'ai envoyé une lettre d'informations aux ICUS des services en demandant des participantes volontaires. Lors des entretiens, j'ai fait signer à ces dernières une lettre de consentement éclairé et les ai informées de leur droit de se retirer à tout moment de mon TB.

- Vérité : droit à des informations précises et complètes, droit de n'être ni abusé ni induit en erreur.

Au début de chaque entretien, j'ai expliqué le contenu de ma recherche et ai répondu aux éventuelles questions.

- Fidélité : droit que les engagements soient tenus et les obligations respectées.

Un service m'a demandé de leur envoyer une copie de mon TB lorsqu'il sera fini, je répondrai donc à cette demande. J'ai respecté mes obligations ainsi que les droits des participantes.

- Confidentialité : droit à la confidentialité des informations données ou à la divulgation des informations données seulement avec l'accord du participant.

J'ai préservé l'anonymat des participantes et n'ai révélé à aucun moment des informations ne leur étant pas souhaitables. De plus, j'ai demandé l'accord aux ICUS des services afin de pouvoir nommer les lieux dans mon TB.

¹⁰⁷ KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Edition ASI-SBK, 1998 (réimpression 2002), Berne, 24 pages
BILLAUD, Françoise [et al.]. *L'éthique dans la pratique des soins*. Edition ASI-SBK, 2003, Berne, 40 pages

Faire le bien / Ne pas nuire

- Bienfaisance : apporter un bien-être ou du moins un mieux-être, avoir le souci de faire du bien.
- Non-maléficienne : avoir le souci de ne pas faire de mal.

Lors de mes entretiens, mes objectifs étaient clairs et j'ai gardé ma position de chercheuse. De plus, m'étant entretenue avec neuf infirmières de deux milieux de soins différents, je ne me suis permise à aucun moment de faire des comparaisons entre les lieux, ceci dans le but d'éviter des dévalorisations.

La justice

- Équité : droit à chacun d'être informé et traité comme la personne précédente sans être avantagé ou défavorisé selon sa (ses) caractéristique(s).

Les participantes étaient volontaires et je les ai toutes informées de la même manière (lettre, consentement éclairé, réponses aux questions). J'ai pris en compte leurs dires en ayant le souci de ne pas les déformer, raison pour laquelle les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone et retranscrits intégralement.



Image tirée de l'adresse URL :
<http://www.sceptiques.qc.ca/dictionnaire/userfiles/image/aromatherapie.jpg>

9. Technique d'analyse

Dans un premier temps, ma recherche s'est effectuée en fonction de l'acquisition de nouvelles connaissances sur les médecines complémentaires utilisées dans les soins palliatifs par le biais de livres, revues, articles ou sources cyberographiques. Puis, ayant approfondi ma problématique et formulé mes hypothèses, j'ai élaboré des entretiens semi-dirigés. Lors de la recherche empirique, j'ai programmé des entretiens semi dirigés auprès de huit infirmières travaillant dans un service de soins palliatifs et proposant ou pratiquant des médecines complémentaires.

Dans un deuxième temps et suite à mes entretiens effectués, je les ai retranscrits intégralement. De là, je vais comparer les diverses réponses afin d'en faire ressortir les points communs de même que les distinguer dans le but de faire ressortir les points divergents. Puis, je vais évaluer si cela est possible de classer et de regrouper par catégorie les éléments principaux de chaque question. Suite à ce classement, je définirai plus précisément chaque catégorie.

Dans un troisième temps, je veillerai à préciser le contexte des situations, à identifier les diverses représentations des participantes (subjectivité), à préciser tous les aspects afin de tendre à une objectivité, à relever les points communs et ceux divergents ainsi qu'à faire des liens afin de mettre en évidence les principaux éléments relevés. Cette troisième étape mettant en relation les éléments et recherchant le sens sera présentée dans le rapport final du TB.

10. Analyse

10.1 Descriptif des entretiens

Le TB demande une méthodologie rigoureuse. Afin de procéder à mes entretiens concernant le service de S.P. de l'hôpital de Martigny faisant partie du Réseau Santé Valais, j'ai dû présenter un document détaillant brièvement mon TB à la directrice du RSV afin d'obtenir son aval. Suite à son accord, j'ai envoyé une lettre d'informations¹⁰⁸ aux ICUS¹⁰⁹ des deux services de soins palliatifs. Mon échantillonnage fut raisonné et cumulatif¹¹⁰. Le CFXB m'a répondu rapidement, le pré-test et quatre entretiens ont été fixés sur deux jours de la semaine suivante. Le service de S.P. de l'hôpital de Martigny ne me donnant pas de nouvelles après deux semaines, je les ai rappelés et quatre entretiens ont ensuite été planifiés sur une après-midi. Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail et durant les heures de travail des participantes. Sur les deux lieux, on m'a mis à disposition une pièce calme et, durant les entretiens, je n'ai jamais été dérangée par une tierce personne. Suite à cette organisation et lors de chaque entretien, les participantes¹¹¹ - diplômées de Suisse, de France et d'Espagne - ont signé le formulaire de consentement éclairé¹¹² et n'ont eu aucune objection à se laisser enregistrer sur magnétophone afin que je ne déforme pas leurs propos. La durée des entretiens a varié entre quinze et trente-cinq minutes. Après chaque journée, j'ai retranscrit les dires afin de pouvoir procéder à l'analyse.

Afin d'évaluer la pertinence de ma grille d'entretien, j'ai donc effectué un pré-test. Celui-ci s'est très bien déroulé et je n'ai pas eu à modifier mes questions, raison pour laquelle je l'ai intégré à l'analyse. Pour une raison de rigueur scientifique, je tiens à préciser ceci : une participante avait seulement neuf mois d'expérience dans le service de S.P. alors que, selon mes critères, elle devait en avoir douze au minimum. Cependant, vu le nombre restreint de personnel de ce service, sa pratique antérieure dans un centre de S.P. et les éléments positifs

¹⁰⁸ Le lecteur pourra trouver ce document administratif en annexe D. a).

¹⁰⁹ Infirmière Cheffe d'Unité de Soins

¹¹⁰ « Dans cette approche, on demande aux premiers membres de l'échantillon de donner le nom d'autres personnes qui répondent aux critères d'amissibilité ».

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Edition Polit et Beck, Québec, 2007, 591 pages, chapitre 12, p. 267

¹¹¹ Mes entretiens se sont effectués auprès d'infirmières et d'infirmiers mais, cependant, je n'ai pu conclure à des effets de genre. Ayant toujours utilisé le féminin dans mon TB, cette dénomination demeure alors.

¹¹² Le lecteur pourra trouver ce document administratif en annexe D. b).

apportés, j'ai estimé qu'elle avait suffisamment de pratique et de connaissances pour que je puisse l'inclure dans mon analyse.

A présent, je m'auto-évalue. Durant mes entretiens, j'ai toujours gardé en tête que j'étais en position de chercheuse et donc que l'exploration était au premier plan. Je n'ai jamais voulu induire d'interprétations, sinon de demander des précisions sur les dires. Cependant, je suis davantage intervenue dans deux entretiens car les participantes n'étaient pas de langue maternelle française et avaient de la peine à saisir le sens de mes questions. Grâce à plusieurs reformulations de ma part et aux relances, elles ont pu me répondre adéquatement. De plus, j'ai veillé à respecter les principes éthiques et la protection des données en envoyant une lettre d'informations, en faisant signer le formulaire de consentement éclairé et en respectant l'anonymat. En conclusion, je crois vraiment avoir su garder ma place d'exploratrice, avoir su être à l'écoute des participantes et avoir su respecter l'éthique liée au TB.

10.2 Portrait des participantes

Lors de ma question concernant la conception des médecines complémentaires, les infirmières ont fait la part des choses entre ce qu'elles considéraient comme médecines non allopathiques et celles qu'elles avaient rencontrées au sein de leur service par le biais de divers clients. Etant donné que je recherche les médecines complémentaires pratiquées dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand, je n'ai pas pris en considération leurs conceptions mais bien les faits réels observés sur le terrain.

Afin d'avoir une description plus nette des participantes à mon TB, je les présente dans un tableau, en respectant au maximum l'anonymat.

	Quelle(s) pratique(s) proposée(s) ou pratiquée(s)?	Un accompagnement a-t-il déjà été fait et pour quelles médecines complémentaires ?
Infirmière 1	Aucune.	Oui : phytothérapie, acupuncture, médecines chinoises, drainages lymphatiques, réflexologie, reiki, massages.
Infirmière 2	Aucune.	Oui : homéopathie, acupuncture, médecines chinoises, médecine anthroposophique, phytothérapie, personnes qui ont le don, spagirie ¹¹³ , reiki, massages.
Infirmière 3	Le reiki ¹¹⁴ est proposé et pratiqué par l'infirmière elle-même.	Oui : homéopathie, acupuncture, massages énergétiques (chakras), compléments alimentaires, reiki, la foi.
Infirmière 4	Aucune.	Oui : fleurs de Bach, huiles essentielles, massages relaxants.
Infirmière 5	Elle propose de la réflexologie qui est pratiquée par une collègue formée.	Oui : aromathérapie, reiki, homéopathie, réflexologie, massages, huiles essentielles.
Infirmière 6	Aucune.	Oui : médecines chinoises, homéopathie.
Infirmière 7	Les massages de détente et des pieds sont proposés et pratiqués par l'infirmière elle-même.	Oui : massages, homéopathie, huiles essentielles, compléments propolis.
Infirmière 8	Les massages sont proposés et pratiqués par l'infirmière elle-même.	Oui : huiles essentielles, musicothérapie, art-thérapie, médecines chinoises, méridiens.
Infirmière 9	Aucune.	Non car une telle situation ne s'est jamais présentée mais la participante a vu l'emploi de phytothérapie par la famille.

¹¹³ Le lecteur pourra trouver une définition de la spagirie en annexe B. b), dans le concept des médecines complémentaires.

¹¹⁴ La participante dit : « [...] J'ai fait le premier niveau de reiki. Je ne fais pas tout le rituel de mise en route où on se lave, etc. [...] ».

Suite à cette grille descriptive, je peux constater que, globalement, la majorité des participantes ne propose pas spontanément au client une médecine complémentaire. Deux raisons principales sont représentées : soit la philosophie appliquée au service, soit la crainte de l'infirmière non formée à ces pratiques de mal faire et de prendre des responsabilités sortant du cadre de son rôle propre. En revanche, toutes les participantes sont ouvertes au fait d'accompagner un client qui demande de poursuivre un traitement complémentaire ou d'en débiter un. Elles soulignent toutefois que, dans la majorité des cas, ce sont les familles qui s'occupent de tous les aspects liés à ces médecines. Les médecines complémentaires les plus rencontrées sont donc la phytothérapie¹¹⁵, les médecines chinoises¹¹⁶, les massages¹¹⁷ et l'homéopathie¹¹⁸.

10.3 Analyse des entretiens

Les entretiens étant clos, je peux commencer le travail consistant à décrire et à analyser les neuf entretiens effectués. Après discussion avec Katya, nous avons choisi de procéder ainsi : l'analyse se fera question par question car nous jugeons cette méthode plus claire et elle nous permet d'exclure le comparatif entre les deux services explorés et de garantir l'anonymat. Je vais regrouper les données communes et faire ressortir les divergences en mettant tous les éléments en lien avec mes différents concepts. Suite à cela, je pourrai confirmer ou infirmer chacune de mes hypothèses ce qui me permettra au final de répondre à ma question centrale de recherche.

¹¹⁵ Y compris l'aromathérapie et les huiles essentielles. En effet, l'une des branches principales de la phytothérapie est l'aromathérapie et les huiles essentielles font partie d'un sous-groupe de cette branche.
Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹¹⁶ Y compris l'acupuncture et les méridiens. En effet, les médecines chinoises incluent l'acupuncture, l'acupressure, les méridiens et d'autres techniques.

Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm,

<http://www.medecinechinoise.ch/>,

<http://www.sionneau.com/index.php?>, page=mc, pages consultées le 15 mars 2009

¹¹⁷ Les massages cités peuvent être d'origines relaxants/de détente ou énergétiques.

¹¹⁸ Le lecteur pourra trouver en annexe E quatre tableaux détaillant ces médecines complémentaires.

Questions concernant mon premier objectif de recherche

1.1 Dans votre pratique infirmière, que sont les médecines complémentaires ?

Afin de répondre à cette question, la moitié des infirmières ont pris un temps de réflexion ou m'ont fait répéter la question. Suite à cela, une partie m'a cité des types de médecines complémentaires et l'autre a expliqué sa définition personnelle.

Les médecines complémentaires suivantes ont été citées : drainage lymphatique, acupuncture, réflexologie, reiki, massages, phytothérapie, homéopathie, spagirie, médecines chinoises, fleurs de Bach, huiles essentielles, massages de relaxation, chakras, massages énergétiques, personnes ayant le don, aromathérapie, chromothérapie, musicologie, compléments alimentaires, art-thérapie, médecine anthroposophique et la foi. Quant aux définitions, elles étaient dans le même état d'esprit. *« Tout ce qui n'est pas de la médecine allopathique, ce sont des pratiques qui doivent être prises en compte par le personnel soignant »*, dit l'une des participantes, *« C'est une aide supplémentaire pour les patients, une liberté de choix pour cheminer dans l'évolution de leur pathologie »*, note une seconde, *« Ce sont des médicaments issus d'extraits naturels et utilisés depuis la nuit des temps pour alléger, atténuer ou favoriser certaines fonctions organiques »* témoigne une autre, *« Ce sont des médecines à la base complètement différentes de la médecine traditionnelle qui peuvent apporter un soulagement au client »*, souligne une dernière. Une seule infirmière, sans définir sa conception du sujet, a noté que la notion de complémentarité était différente de parallèle et que, sans expliquer sa catégorisation, certaines médecines faisaient seulement partie de soins de confort. Une autre a relevé le fait qu'elle pouvait citer des médecines complémentaires et qu'elle respectait les choix du client mais que, cependant, elle n'avait pas de connaissances approfondies du sujet. Une seule participante répond par la difficulté de la question car elle n'a que rarement vu l'application de telles médecines et qu'elle n'a jamais eu l'occasion de prendre en charge un client traité de cette façon. De sa pratique, elle raconte ce souvenir *« [...] Son épouse arrivait avec une grande valise et passait beaucoup de temps à le masser avec certaines huiles. Dans la chambre, ça sentait fort. L'odeur n'était pas désagréable mais prenante ! Mais ce n'était pas un patient dont je m'occupais et je ne peux donc pas en dire plus... [...] Je n'ai pas été amenée à en parler avec eux et on ne m'a pas demandé de participer à ses soins. [...] Je n'ai observé aucune autre médecine complémentaire, non. [...] »*.

Mettant ces propos en lien avec le cadre théorique des médecines complémentaires, je me rends compte qu'il y a des points communs entre la définition donnée au départ¹¹⁹ et celles des participantes. Les éléments concordants sont la notion de la longue existence de ces médecines, l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité¹²⁰, la complémentarité avec une médecine allopathique et l'apport d'un soulagement, d'une aide. Je tiens aussi à préciser que la quête de sens d'une pathologie faite au travers d'une méthode non allopathique et correspondant à un pilier de la philosophie des médecines complémentaires - selon divers ouvrages que j'ai pu lire -, n'a jamais été citée par l'une ou l'autre participante. Ainsi, pour quelles raisons les infirmières pensent-elles que le client se tourne vers une médecine complémentaire et qu'en est-il réellement du point de vue de ce dernier ? Le développement de cet aspect m'aurait intéressée. De plus, une seule infirmière a relevé que les termes de "parallèle" et "complémentaire" se différenciaient mais sans m'en expliquer davantage. De ce fait, je conclus que le terme de "complémentaire", choisi dans mon TB pour définir ces médecines, fut compris de toutes et que ce concept est admis dans les milieux de soins palliatifs. Je peux aussi m'apercevoir que les médecines complémentaires utilisées en soins palliatifs sont tout de même spécifiques. En effet, pour la plupart, le toucher est utilisé ainsi que l'ouïe, l'odorat et la vue. J'avais intégré que les deux premiers sens cités étaient les derniers à disparaître chez un client en fin de vie mais je n'avais pas trouvé de références pour les autres. A présent, je me demande si la stimulation des cinq sens d'un client en fin de vie par le biais d'une médecine complémentaire pourrait être faite afin de permettre à ce dernier de jouir de toutes les dernières perceptions envisageables ? Je pense que cela serait un moyen

¹¹⁹ « Recouvre une multiplicité de méthodes de traitement, de procédés de diagnostic et de médicaments. Certaines sont déjà le fruit d'une longue tradition, d'autres ont été développées dans un passé récent. Les médecines complémentaires sont pratiquées par des médecins, mais aussi par des thérapeutes et par du personnel infirmier. Comme l'indique le mot "complémentaire", la médecine complémentaire et la médecine académique se complètent mutuellement. Ce qui différencie avant tout la médecine complémentaire de la médecine académique, c'est une conception du monde. Elle appréhende l'être humain en tant que tout, alors que la médecine académique le considère comme une somme de différents processus. Pour la médecine complémentaire, le patient est une unité individuelle comprenant le corps, l'âme et l'esprit. C'est pourquoi elle accorde une grande importance, dans le diagnostic et dans la thérapie, à l'autorégulation et aux forces d'autogénération, ainsi qu'à certains arrière-plans de vie ».

Définition selon l'adresse URL : <http://www.jzk.ch/index.cfm/FR/30/Def.%20Komplement%C3%A4rmedizin>, page consultée le 25 novembre 2008

¹²⁰ Définition de l'interdisciplinarité « Qui poursuit des objectifs plus ambitieux et dont le but est d'élaborer un formalisme suffisamment général et précis pour permettre d'exprimer dans ce langage unique les concepts, les préoccupations, les contributions d'un nombre plus ou moins grand de disciplines qui, autrement, restent cloisonnées dans leurs jargons respectifs ».

Définition de la multidisciplinarité « Qui peut être entendue comme une association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes. À ce titre, elle existe depuis longtemps, même si son importance s'est accrue de nos jours ».

Adresse URL : <http://agora.qc.ca/encyclopedie/index.nsf/Impression/Multidisciplinarite>, page consultée le 2 mai 2009

non seulement de lui faire ressentir la vie et toutes les sensations qu'il lui est encore possible de recevoir mais aussi de mieux l'accompagner vers la mort en le rassurant d'une présence. Ainsi, cette stimulation pourrait se faire autant dans la phase palliative que celle terminale.

1.2 De pouvoir proposer ou pratiquer des médecines complémentaires au sein d'un service de soins palliatifs, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

A cette question, la totalité des participantes a réagit vivement au terme de « proposer ». Toutes m'ont bien fait comprendre que la proposition d'un traitement complémentaire ne venait jamais d'elles, les démarches sont l'affaire du patient et de sa famille. Les raisons ont été diverses : « *Les infirmières ne sont pas là pour faire de la propagande de ces médecines* », relève une participante, « *C'est un terrain glissant car il n'y a pas l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires, il faut des formations car ces médecines se pratiquent sérieusement* », note une autre, « *La question est de savoir qui porte les responsabilités si les résultats sont négatifs. S'il se trouve que l'infirmière ne croit pas à la médecine complémentaire qu'elle applique, il se peut qu'un effet discordant ait lieu* », témoigne une suivante, « *Ces approches sont au b.a.-ba et elles doivent être développées dans les milieux de soins* », souligne une dernière. Toutefois, trois infirmières proposent spontanément le massage de détente et le premier niveau de reiki car elles ont eu l'occasion de suivre des cours. En revanche, toutes sont respectueuses de ces pratiques et du choix des clients. De plus, elles sont ouvertes à l'accompagnement d'un client traité de la sorte. Une infirmière relève que, si la demande vient du client, elle l'encourage et qu'elle ne doit pas porter de jugement sur ses croyances, elle doit s'adapter car celui-ci a la possibilité de vivre les derniers moments de sa vie comme il pense qu'il doit le vivre.

Mettant ces propos en lien avec le concept du rôle propre infirmier, je m'aperçois que les normes établies selon l'ASI sont respectées. Ainsi, l'infirmière est capable d'organiser et d'évaluer les interventions de soins, certaines se responsabilisent en développant leurs compétences professionnelles par le biais de cours ou de formation et elles contribuent à l'évolution de la profession infirmière et de la santé publique. Selon la définition des soins infirmiers par l'OMS, j'avais pu citer les compétences d'une infirmière prenant en charge un client suivi par une médecine complémentaire. C'est-à-dire la relation de confiance et d'aide auprès du client et de sa famille, la participation à la prévention d'éventuelles complications et à la promotion de la santé - ceci en considérant le contexte de soins palliatifs -, l'établissement d'un plan de soins, le fait de favoriser l'autonomie et l'indépendance tout en suppléant aux besoins identifiés et le travail en équipe, et en inter ou multidisciplinarité.

Toutes ces compétences sont intégrées par la totalité des participantes lors d'un accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire. Cependant, l'interdisciplinarité a ses limites et il me semble que dans la pratique de ces approches, la multidisciplinarité a plus d'importance. Je présente un exemple afin que cela soit plus compréhensible. Si un client suit un traitement homéopathique et qu'il sollicite l'infirmière pour remplir son semainier, j'estime que cela relève de l'interdisciplinarité car cette dernière joue un rôle actif dans ce traitement. De plus, elle sera apte à évaluer les résultats, à les transmettre au médecin traitant et, au besoin, contacter le médecin homéopathe. En revanche, si un client suit un traitement de reiki, l'infirmière ne pourra jouer de rôle actif et, bien qu'elle pourra également évaluer les résultats, seul le thérapeute peut intervenir dans la séance et est apte à réajuster la thérapie. J'estime que cela relève de la multidisciplinarité. Autrement dit, en interdisciplinarité, l'infirmière a les compétences de collaborer avec le thérapeute dont les processus de soins, les objectifs et les buts sont communs et, en multidisciplinarité, l'infirmière et le thérapeute ont seulement un but commun et celle-ci a davantage un rôle d'observatrice sur le traitement complémentaire.

En effet, chaque discipline a un rôle prédéfini auprès du client et l'organisation des suivis sont envisagés afin de ne pas empiéter sur les temps de travail des divers intervenants. En ce qui concerne le concept d'autonomie, une seule participante a été formée au premier niveau de reiki, ce qui lui permet donc de pratiquer en toute indépendance. Deux autres pratiquent le massage des pieds ou de détente sans avoir reçu de formation. Le contexte professionnel est ouvert à la formation entraînant une marge d'indépendance et donc des responsabilités supplémentaires. Je peux donc constater que les infirmières proposent au client les médecines complémentaires pour lesquelles elles se sont formées ou intéressées et que si le client souhaite être soigné autrement, c'est à lui d'en faire les démarches. Se rattachant au concept des médecines complémentaires, les infirmières ne sont pas favorables à la proposition car leurs connaissances ainsi que leurs compétences dans ce domaine sont insuffisantes. Je trouve judicieux que la professionnelle ne s'engage pas activement dans un sujet lacuneux. En effet, comment pourrait-elle alors argumenter ses actions et anticiper les risques ? Sur les neuf participantes interrogées, seule une a eu l'occasion de suivre une formation de reiki à un niveau de premier degré¹²¹. Cela m'aurait intéressée de savoir quelles étaient les raisons l'ayant motivée à se former sur une médecine complémentaire et sur son choix du reiki. Lors

¹²¹ Les cours de reiki sont établis selon trois degrés.

de l'élaboration du concept des médecines complémentaires, j'avais construit un tableau reprenant leur philosophie, leurs explications/critères, leurs diverses méthodes, leurs avantages et leurs risques. J'avais imaginé que l'infirmière se sentait impliquée dans les traitements de médecines non allopathiques et y jouait un rôle actif auprès du client. Je pensais que ces méthodes étaient intégrées dans les soins palliatifs et que des sortes de "protocoles" avaient été mis en place. Mais lors de l'analyse de cette question, je me suis aperçue que la réalité ne correspondait pas aux représentations que j'avais du travail de l'infirmière dans ce domaine. En effet, la colonne "Explications/Critères" ne reflète pas en totalité pas les propos des participantes. Toutes ont spécifié qu'elles ne proposaient jamais une telle médecine, seulement qu'elles encourageaient et accompagnaient le client dans cette démarche. Je reprends donc ci-dessous chaque item du tableau en les justifiant :

- l'infirmière prend en compte les croyances et les valeurs du client, ainsi que ses habitudes de vie, ses symptômes, ses besoins et ses envies.

Les participantes accompagnent le client dans son traitement complémentaire. Elles respectent ses choix, son mode de vie et ses besoins. Cependant, elles ne sont pas toujours au courant du suivi complémentaire, ce qui pourrait défavoriser la prise en charge.

- l'infirmière se base sur l'anamnèse faite au préalable sur le client pour un premier tri des médecines complémentaires étant adéquates à la situation.

L'anamnèse infirmière ne porte pas sur l'application d'une médecine complémentaire. En effet, le personnel soignant ne sait pas toujours que le client est traité de cette manière. De plus, les infirmières ne proposant pas de telles médecines, elles n'ont pas à faire de tri. Le reiki et les massages sont proposés spontanément par quelques-unes d'entre elles mais sans qu'un traitement à proprement parler soit mis en place.

- l'infirmière a la compétence de poser un diagnostic infirmier ce qui lui permet de faire part à l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'au client, de la possibilité d'un traitement complémentaire.

Bien que l'infirmière pose des diagnostics infirmiers, elles ne proposent pas de médecines complémentaires pouvant être en lien avec. Elles proposent au client des soins non allopathiques pour lesquels elles ont été formées ou se sont intéressées.

- une décision en équipe est nécessaire avant la proposition d'une médecine complémentaire.

Les participantes pratiquant le reiki et les massages des pieds ou de détente proposent cela spontanément au client, sans avoir un accord médical ou d'une autre discipline. En revanche, si les infirmières voient que le traitement complémentaire mis en place par le client provoque des effets secondaires, elles en parleront en équipe afin d'avoir un consensus commun à argumenter auprès de ce dernier.

Je ne considère pas ce tableau comme étant incorrect mais plutôt comme une opportunité d'avoir pu comparer l'idéal imaginé avec la réalité des services de soins palliatifs du Valais romand.

1.2.1 Est-ce que l'accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire valorise votre pratique infirmière ?

La moitié des infirmières a répondu négativement pour les raisons citées à la question précédente. Pour les autres, cela les valorise car elles voient qu'à côté de leurs soins, les clients peuvent aussi être soulagés et aidés, qu'un bien-être peut être apporté et qu'une communication peut être établie. Tout ce qui est bénéfique au client se reporte sur l'infirmière. « [...] Personnellement, ça m'apporte aussi un autre point de vue. Ça ouvre aussi la prise en charge et puis ça permet d'enrichir ma pratique, c'est sûr ! [...] On est complémentaire et l'autre peut apporter une certaine approche au niveau des soins palliatifs... On ne détient pas toute la vérité et on n'a pas toutes les solutions pour soulager. Je pense qu'il peut y avoir d'autres moyens de soulager que ce que l'on emploie traditionnellement [...] », note une infirmière. Une autre relève aussi que ce n'est pas le fait que ça soit une médecine complémentaire ou non qui valorise. C'est le geste en soi qui est le complément de la relation et de la pratique infirmière. Elle ajoute encore que plus l'infirmière a de cordes à son arc, mieux c'est.

Mettant ces propos particulièrement en lien avec le concept du rôle propre infirmier, je me questionne sur le fait que, étant donné que huit infirmières sur neuf ne sont pas formées aux médecines complémentaires, est-ce que leurs réponses à cette interrogation ne seraient pas davantage subjectives ? L'infirmière proposant et pratiquant le reiki affirme être valorisée dans son rôle. Si elle n'avait pas une telle formation, aurait-elle la même opinion ? Si non, comment argumenterait-elle que ça peut lui apporter "un plus" ? Elle témoigne d'un aspect intéressant « [...] Cela fait partie de mon rôle propre infirmier tant que c'est une médecine

complémentaire reconnue, quand même pas n'importe quoi ! Il faut que ça soit complémentaire et que ça rentre dans un domaine reconnu. [...] ». Je pense qu'il aurait été important d'approfondir sa conception des médecines complémentaires et de son rôle propre. En effet, comment catégorise-t-elle les médecines complémentaires en fonction de leurs résultats et qu'intégrerait-elle alors dans son rôle propre ? De plus, est-ce que les participantes non formées estiment que si elles l'étaient, cela les valoriserait davantage ? Ici, je me rends compte que c'est un aspect qui m'aurait plu d'explorer. La profession d'infirmière voit s'ouvrir devant elle une multitude de portes diverses. Qu'est-il mis concrètement à disposition des infirmières et quelles sont leurs ressources afin de pouvoir mettre en valeur leur professionnalisme ? Afin de tenter de répondre à cette nouvelle question, je me suis rendue sur le site Internet de l'ASI¹²² et j'ai pu trouver que cette association et le centre de formation Espace Compétences proposaient des cours¹²³ concernant l'aromathérapie et les huiles essentielles à tous les soignants intéressés, ainsi que les massages de confort au quotidien ou massage-minute¹²⁴ à toutes les personnes intéressées. Suite à cette formation, une attestation de présence est attribuée. En ce qui concerne des formations continues où un certificat, un diplôme ou un brevet peuvent être délivrés, aucune ne porte sur une médecine complémentaire.

1.3 Est-ce que la proposition ou l'application d'une médecine complémentaire à un patient en traitement palliatif fait partie de votre rôle propre infirmier ?¹²⁵

La majorité des participantes a répondu positivement à cette question. L'infirmière n'est pas là pour juger le client, s'il croit à sa médecine, c'est déjà bénéfique. Il en va de sa liberté individuelle. L'une d'entre elles raconte qu'elle s'est rendue à une séance de médecines chinoises avec sa cliente, ceci dans le but de comprendre ce qu'il s'y passait, d'y mettre du sens. Quand il y a un impact sur le client, sur son état général, cela relève du rôle propre de donner son avis et de voir quelle serait la meilleure solution pour y palier. Faisant les liens avec le concept du rôle propre infirmier, je peux conclure que l'attitude de cette infirmière accompagnant son client à sa thérapie complémentaire rejoint entièrement les deux normes de l'ASI. Elle travaille alors ici en interdisciplinarité, s'informe auprès d'un professionnel,

¹²² Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch/>, page consultée le 18 mai 2009

¹²³ Adresse URL : <http://www.espace-competences.ch/nosformations.php>, page consultée le 18 mai 2009

¹²⁴ Application de techniques rapides de massages dans le cadre des soins. Le contenu est le suivant : le massage anti-stress, relaxant, l'automassage, le massage assis, le massage minimal du pied, le massage détente du dos, la relaxo-minute.

¹²⁵ Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : Est-ce que d'accompagner un patient en traitement complémentaire fait partie de votre rôle propre, de votre rôle autonome ?

développe ses compétences infirmières, se responsabilise, renforce la relation de confiance avec son client et participe à la gestion¹²⁶ de sa santé. De plus, grâce aux informations qu'elle aura acquises lors de ces visites, elle sera plus apte à évaluer les résultats et à proposer des réajustements au besoin. Tout en restant dans les limites de ses compétences, elle pourra gagner en autonomie. De plus, chaque infirmière relève bien que le choix d'une médecine autre qu'allopathique ne lui pose pas de problème, qu'elle respecte, voire encourage car tout ce qui peut soulager et faire du bien doit être pris en compte. L'infirmière accompagne le client dans ses démarches, là où il se trouve. Une participante note qu'elle peut accompagner sans pratiquer ou participer à la médecine complémentaire. Elle note ceci « *L'accompagnement d'un client suivi par une médecine complémentaire ne fait pas partie du rôle infirmier officiel. Ce n'est pas spécialement reconnu, c'est libre. Dans notre pratique, nous ne sommes pas limitées, nous devons être créatives... Une infirmière a cette possibilité* ». Une autre relève que, dans le respect des limites de ses compétences, elle serait d'accord de pratiquer une médecine complémentaire à condition de recevoir les informations nécessaires, que ce soit un acte délégué d'un thérapeute spécialisé. Une participante relève que, pour l'exécution d'un semainier d'homéopathie par exemple, l'infirmière le fera mais dans la mesure du possible, ça sera au client de le remplir, surtout si ce n'est pas le médecin généraliste qui a prescrit ce traitement. Le rôle propre portera aussi intérêt à l'état général du client, aux effets secondaires possibles et au conseil de consulter régulièrement. L'infirmière propose aussi de discuter avec le médecin généraliste pour qu'il prenne contact avec le médecin homéopathe. Ainsi, je vois ici que les infirmières seraient donc prêtes à pratiquer des soins de médecines complémentaires sous délégation, que cela pourrait valoriser davantage leur rôle médico-délégué que celui propre. Par conséquent, leur responsabilité et leur autonomie en seraient augmentées. Cependant, je me questionne. Toute délégation d'un soin de médecine complémentaire ne devrait pas être possible dans tous les cas et ceci pour autant que l'infirmière n'ait pas reçu de formation. Des risques pourraient être pris. Je pense en effet à un massage qui, à mon avis, ne représente pas grand danger. Néanmoins, si un thérapeute délègue à l'infirmière un massage des pieds relevant de la réflexologie plantaire, les effets pourront éventuellement se trouver néfastes dans le sens qu'elle n'a pas acquis les compétences nécessaires pour pouvoir pratiquer cette médecine complémentaire spécifique. A cet instant, je crois qu'il est primordial pour la professionnelle de faire la part des choses entre les soins qu'elle aurait envie de faire et ceux pour lesquels elle a acquis des compétences. Je

¹²⁶ Peuvent y être incluses la prévention à d'éventuelles complications et la promotion de sa santé, ceci en considérant le contexte de soins palliatifs.

pense aussi que cela relèverait de sa responsabilité et de sa conscience professionnelle de se voir refuser toutes délégations ne rentrant pas dans ses compétences. Néanmoins, lors des témoignages infirmiers, j'ai vraiment ressenti un rôle de défense du client auprès du médecin. L'une d'entre elles dit ceci « [...] *Nous devons être attentives, nous sommes quand même des garants des soins qu'on apporte, nous nous sommes engagées à les prendre en charge jusqu'au bout et dans les meilleures conditions qui soient. [...]* ». Je conclus donc que même si l'infirmière n'a pas acquis toutes les connaissances nécessaires sur une médecine complémentaire, elle est apte à se rendre compte de la plus petite péjoration possible et à prendre les devants en appelant soit le médecin généraliste, soit le thérapeute. Ceci dit, cette décision sera prise avec le consentement du client car ce qui prime avant tout, c'est le respect de ses choix. L'une dit « *Il ne faut pas porter de jugements sur ce en quoi il croit. C'est important de pouvoir laisser au client le choix de vivre les derniers moments comme il les entend. [...] Si j'ai l'impression qu'une plaie va infecter ou qu'elle est déjà infectée, je ne suis pas d'accord. C'est une question de conscience, c'est tout. [...]* ».

En revanche, celles ayant répondu négativement à la question ne considèrent pas que les médecines complémentaires fassent partie de leur rôle propre, ainsi elles ne les proposent pas. Leur rôle est d'accompagner les clients ou les professionnels pratiquant ces méthodes et favorisant un bien-être par d'autres moyens que ceux traditionnels. Une infirmière dit que son rôle serait de guider les clients vers des professionnels, d'établir un travail interdisciplinaire. Pour une autre, une telle formation serait une grande responsabilité. Elle aurait l'impression de déborder de son rôle infirmier. Elle dit ceci « [...] *Pour moi, ça serait un tel souci, un tel problème car je dois intervenir en utilisant tel ou tel produit parce que non seulement j'ai une formation mais en plus je connais les produits. Là, ce serait de l'ordre où je me prends pour un médecin ou pour un prescripteur et je pense que ça coïncerait au niveau de ma pratique. [...]* ». Par ces propos, je peux conclure que les infirmières connaissent leurs limites et assument leurs compétences acquises au niveau de la pharmacologie. Si leur autonomie peut paraître davantage limitée, leurs responsabilités ne sont que plus clairement définies. Cependant, je pense aussi que, selon ma conception du rôle propre, les infirmières auraient les capacités de s'impliquer davantage dans certaines médecines complémentaires telles que les massages de détente ou l'aromathérapie¹²⁷. Bien qu'ayant leurs particularités, je ne vois pas ces méthodes comme dangereuses. Ceci dit, il faudrait alors déterminer quelles sont les

¹²⁷ Je pense particulièrement aux huiles essentielles comprises dans l'aromathérapie.

médecines complémentaires à risque faible et les intégrer officiellement dans le cahier des charges que représente le rôle propre infirmier.

1.3.1 Estimez-vous que cet acte fait aussi partie du rôle médico-délégué ?

Une infirmière explique le partenariat avec les médecins « [...] En général, les médecins balayaient les médecines complémentaires car ils n'y croient pas du tout. J'ai rarement vu un médecin dire à une patiente de prendre tant de petites pilules homéopathiques par jour parce que ça fait du bien. En général, ils rigolent, il ne faut même pas leur parler de ça, je ne les sens pas du tout partenaire pour ça. Je sais qu'il y a des médecins homéopathes mais on travaille très peu avec eux. [...] ». Elle ne les sent donc pas impliqués dans ces médecines, à moins qu'ils aient eux-mêmes une formation dans ce domaine. Plus d'une note le fait que cela fait partie du rôle médico-délégué à la condition que le médecin soit justement formé. De plus, si le client est suivi par un médecin généraliste et par un médecin homéopathe, le rôle infirmier serait de s'assurer que les médecins soient au courant des traitements respectifs. En résumé, afin que la complémentarité soit optimale, cet acte devrait rentrer dans le rôle propre infirmier et dans le rôle médico-délégué. Une seule sur neuf estime que cet acte fait davantage partie du deuxième. Faisant le lien avec le concept du rôle propre infirmier, le modèle trifocal peut être mis en avant. En effet, l'infirmière, de par sa fonction autonome, identifie les besoins de la personne et peut proposer des réajustements de traitements. De par sa fonction dépendante, elle accomplit les soins délégués par le thérapeute. Le rôle optimal dans ces situations de prise en charge serait celui de l'interdépendance où « [...] l'infirmière "collabore" à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance »¹²⁸. Cependant, je pense qu'il serait judicieux que l'infirmière soit formée aux médecines complémentaires les plus fréquemment rencontrées dans le milieu de soins palliatifs où elle travaille afin de pouvoir prendre en charge les clients de manière adéquate.

1.3.2 Comment et avec qui ces décisions se prennent-elles ?

Les réponses furent unanimes : il n'y a pas de proposition de la part de l'infirmière sauf si elle a suivi des cours ou acquis des compétences. C'est le client et sa famille qui font les démarches et qui portent les responsabilités. Ce sont eux aussi qui contactent le thérapeute et qui prennent rendez-vous avec. Le rôle du soignant est de les accompagner. Je conclus donc

¹²⁸ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterEditions, Masson, Paris, 1997, p.45

que les infirmières n'intègrent pas dans leur rôle propre la proposition et le type de médecines complémentaires pouvant être associés à une situation de soins. En revanche, d'une fois que la thérapie est choisie et débutée, elles interviennent. Elles peuvent alors créer une relation de confiance avec le client et sa famille, participer à la prévention d'éventuelles complications et à la promotion de sa santé en tenant compte du contexte de S.P., établir des plans de soins et évaluer les résultats, travailler en équipe inter et multidisciplinaire.

Conclusion descriptive du premier objectif

Toutes les participantes ont été capables de citer des médecines complémentaires qu'elles avaient rencontrées dans leur pratique infirmière et les définitions données rejoignent un concept commun, c'est-à-dire une complémentarité au traitement allopathique apportant pour la plupart des cas, une aide et un soulagement. La majorité des participantes ne propose pas spontanément un traitement complémentaire pour des raisons diverses, la principale étant leur manque de connaissances et la formation non acquise à ce sujet. Seulement trois d'entre elles, ayant suivi des cours d'initiation au reiki ou s'étant intéressées aux massages, pratiquent. En ce qui concerne la valorisation de la pratique infirmière par les médecines complémentaires, le résultat est mitigé. J'ai pu remarquer que les médecines complémentaires sont valorisantes pour l'infirmière sur le plan autant personnel que professionnel et qu'elles apportent toujours de nouvelles connaissances, minimes soient-elles. A nouveau, la majorité est ouverte à l'accompagnement du client traité de la sorte et estime que cela relève du rôle propre infirmier et que le rôle médico-délégué est peu mis en avant dans ces situations. Cependant, toutes relèvent que les démarches et les responsabilités reviennent au client ainsi qu'à sa famille.

De plus, grâce à l'analyse, j'ai pu faire ressortir différents thèmes généraux. Ce sont les suivants :

- La contribution du traitement complémentaire. Ce dernier est considéré comme un apport bénéfique pour le client et un supplément à la prise en charge allopathique.
- Le respect du client et de ses choix. L'infirmière voit le client comme un partenaire de soins, elle respecte ses décisions tout en restant authentique lors de l'évaluation des résultats.
- L'accompagnement. L'infirmière ne suggère pas de médecines complémentaires au client mais l'accompagne dans ses démarches et dans l'évolution de sa pathologie.

- L'interdisciplinarité et la multidisciplinarité. L'infirmière collabore étroitement avec certaines professions dont le projet de soins comprenant des objectifs et des buts est commun et, avec d'autres, dont seuls les mêmes buts sont visés.

Questions concernant mon deuxième objectif de recherche

2.1 Quelles médecines complémentaires avez-vous déjà eu l'occasion de proposer ou d'appliquer ?¹²⁹

Les participantes ont toutes eu l'occasion d'accompagner un client traité par l'une ou l'autre médecine complémentaire. Les voici dans l'ordre décroissant : phytothérapie, médecines chinoises, massages, homéopathie, reiki, réflexologie, compléments alimentaires ou compléments renforçant l'organisme et diminuant la fatigue, drainages lymphatiques, médecine anthroposophique, personne ayant le don, fleurs de Bach, spagirie, musicothérapie, art-thérapie et la foi. Une infirmière relève qu'au sein de son service, elle a beaucoup d'expériences avec des masseurs et des physiothérapeutes et que les résultats sont très bons. « [...] Par exemple, on avait un patient qui avait régulièrement des choses que je ne connaissais pas... Il nous disait combien il fallait lui donner de granulés... C'est lui qui nous faisait faire parce qu'à la maison je pense que c'était sa femme. [...] Ils arrivent avec leur flacon et en général, c'est eux qui prennent, on voit, ça s'additionne à nos comprimés... On sait qu'ils le prennent ! [...] ». Cependant, une participante me dit « [...] On pourrait même ne pas savoir car tout le monde ne dit pas, il y en a qui n'ose pas. Ça n'a pas toujours bonne presse toutes ces médecines parallèles ! [...] On n'est pas au courant de tout non plus. [...] ». Une autre relève que mis à part les massages, elle ne peut pas donner d'exemples car elle voit rarement ces approches au sein du service. Au travers de ces propos, je peux constater que certains assument le fait d'être traité par une médecine complémentaire et qu'ils sollicitent les soignants à cette collaboration. Une autre partie reste discrète, voire secrète. Le concept de la relation d'aide ou de la relation soignant-soigné est abordé. En effet, je pense que la relation de confiance établie entre l'infirmière et son client est déterminante afin que ce dernier puisse se livrer totalement. Cependant, je ne pense pas qu'une relation d'aide soit nécessaire à chaque fois. Je la vois adéquate lorsqu'il y a une péjoration de l'état de santé ou que la médecine complémentaire ne convient pas au client et que celui-ci ne s'en rend pas compte.

¹²⁹ Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : Quelles sont les médecines complémentaires pour lesquelles vous avez déjà eu l'occasion d'accompagner un patient ?

Si le besoin est indispensable, l'infirmière devra alors l'aider à identifier ses problèmes, le soutenir et l'accompagner, le responsabiliser sans le culpabiliser et l'aider à identifier ses ressources. Le concept des médecines complémentaires est également pris en compte. Une quinzaine de thérapies a déjà été observée et je les ai classées dans l'ordre de la plus fréquente à la moins pour en donner une vision globale au lecteur. Je me questionne à nouveau. En effet, beaucoup de thérapies complémentaires ont été vues de près ou de loin dans les services de soins palliatifs du Valais romand. Est-ce une lourde charge pour l'infirmière de connaître les principes de bases de celles de leur client ? La majorité m'a dit n'avoir que peu de connaissances à ce sujet. Concrètement, quelles sont les ressources mises à disposition afin de sensibiliser le personnel soignant à ces méthodes ? Car, si en effet ce sont les clients ou les familles qui gèrent la majeure partie de ces traitements, l'évaluation de l'état général et l'anticipation des risques reviennent au mandat de l'infirmière. Pour la plupart des médecines complémentaires, leur fragilité réside dans le manque de preuves et donc de reconnaissances. Si l'infirmière accepte de prendre en charge un client traité par l'une d'elles sans avoir intégré les principes et en avoir un minimum de connaissances, comment considère-t-elle alors son rôle propre et comment assume-t-elle ses responsabilités ? Personnellement, durant ma formation d'infirmière Bachelor, lors d'un module traitant des cancers, deux journées de cours ont été données sur les médecines complémentaires. Par groupe de cinq personnes, nous avons dû développer une médecine complémentaire puis, présenter notre exposé à la classe. Ensuite, ensemble, nous avons pu lancer les débats. De plus, je n'ai pas le souvenir de proposition de cours supplémentaires à ce sujet, ni de cours du soir, ni d'informations sur les formations post-grade ou continues. Comme je l'ai déjà expliqué à la question 1.2.1, c'est en allant sur le site de l'ASI que j'ai découvert qu'il y avait des cours sur l'aromathérapie, les massages de confort ou les massages-minute mais sans qu'un certificat soit délivré pour autant.

2.2 J'aimerais que vous me parliez du contexte mis en place lorsque l'infirmière propose/applique une médecine complémentaire ?¹³⁰

En réponse à cette question, les participantes ont été unanimes : il n'y a pas d'organisation spéciale, cela se fait plus ou moins naturellement dans le sens que le client prend rendez-vous avec son thérapeute, avertit l'infirmière qui, elle, s'adapte en déplaçant ses soins ou en

¹³⁰ Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : J'aimerais que vous me parliez du contexte mis en place lorsque l'infirmière accompagne un patient traité par une médecine complémentaire ?

changeant ses heures de visites. Ou alors, par exemple, il sait que l'infirmière vient un jour sur deux et prendra rendez-vous entre temps. L'organisation est envisagée afin que le thérapeute et l'infirmière puissent exécuter leurs soins indépendamment. Pouvoir travailler ensemble tout en ayant sa place, voilà l'importance de la multidisciplinarité. Bien souvent, le traitement complémentaire a été mis en route depuis quelques temps et l'infirmière ne fait que prendre le relais. Au travers de ces propos, je peux donc constater que le client est l'organisateur de ses thérapies mais que l'infirmière a cependant la possibilité de négocier. Son rôle propre, dans cette organisation, est de s'informer du programme journalier du client et de l'accompagner de façon adéquate dans ses démarches. De plus, je peux conclure que le travail infirmier dans ce contexte est davantage axé sur la multidisciplinarité et le partenariat avec la clientèle que sur l'interdisciplinarité. Une participante décrit ceci « *On fait beaucoup de nursings en soins palliatifs et les massages en font partie. [...] Si on a du temps et qu'il n'y a pas d'imprévu, cela fait partie de notre organisation pour le patient. [...]* ». Il y a donc du temps libre faisant partie intégrante de l'organisation quotidienne. Une autre relève « *[...] Si j'étais dans un service de médecine, j'aurais vu une difficulté parce que ça prend plus de temps, parce qu'on est plus assez apte à répondre aux besoins des autres malades... Mais dans notre service, on a ce temps et on peut le prendre. [...] C'est très spécifique aux soins palliatifs* ». L'équipe se pose aussi la question de savoir si elle-même a les ressources pour permettre un tel traitement et bien souvent, elle fait en sorte que ça soit possible. « *[...] Le temps rallongé de la visite peut poser problème ponctuellement, oui. Comme la péjoration de l'état d'un patient peut aussi poser problème ponctuellement. Ce n'est pas parce qu'on va devoir prendre une heure supplémentaire de soins qu'on ne peut pas la prendre. Je pense que ça va dans le même sens. [...]* », dit une infirmière. Faisant les liens avec le concept de soins palliatifs, je peux voir ici que la valeur de la disponibilité est mise au premier plan. Les services de S.P. ont donc la spécificité de pouvoir s'adapter au rythme de chaque client. Suite à cette attitude, le respect s'en trouvera favorisé ainsi que la relation soignant-soigné. Cependant, une discussion en équipe multidisciplinaire peut avoir lieu pour évaluer si la démarche du client est aidante et quels en sont les résultats. Le rôle du médecin est d'écarter les incompatibilités avec les traitements allopathiques afin qu'une vraie complémentarité se crée. Une discussion se fait également avec le client et sa famille pour identifier leurs besoins et leurs manières de faire. Ces derniers sont autonomes, libres de leurs choix et gèrent ce qui s'y relie. L'infirmière a néanmoins la possibilité de négocier avec lui la venue du thérapeute afin qu'elle puisse s'organiser. « *[...] Si pour la patiente c'est égal, alors je dis que l'après-midi c'est préférable parce que le matin il y a les soins, les toilettes, ... [...] Si elle fait du*

reiki à 9h, je fais la toilette après... Si elle fait le reiki à 11h, je fais la toilette avant. J'arrive à bien m'organiser sauf si elle a vraiment des thérapies importantes, une radiologie... Des choses qui sont indélogeables. [...] ». Je vois bien ici que le rythme du client ainsi que ses désirs sont prioritaires. Une autre information m'est donnée concernant les cartes de soins. Tout ce qui se rapporte aux médecines complémentaires n'est pas noté. Le rôle propre infirmier serait alors de négocier les horaires de thérapies complémentaires dans le cas où une thérapie allopathique (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) est mise en place et ne peut être déplacée à plus tard ou négligée. Je pense que la relation de confiance est primordiale si le client n'a pas les mêmes priorités que l'équipe soignante. En effet, par la relation soignant-soigné établie et le dialogue privilégié, l'infirmière sera davantage apte à lui expliquer et à argumenter les priorités visées par l'équipe soignante, à pouvoir trouver des compromis avec son client afin que toutes les parties puissent y trouver de la satisfaction. De plus, je conclus que, si les thérapies complémentaires appliquées au client ne figurent pas dans le projet de soins, c'est que cela tient du domaine de l'autonomie et de la responsabilité de celui-ci et que les infirmières ne les ont pas intégrées dans leur projet de soins. Le projet de soins ainsi que les cartes de soins sont des documents écrits relevant des transmissions ciblées. Le LEP¹³¹ et le BARMAN¹³² sont des programmes où la rubrique « soins de médecines complémentaires » ne figure pas. Comment peut-on alors donner une place officielle à ces méthodes si on ne les écrit nulle part et qu'on ne les reconnaît pas en tant que soins ? Dans le même sens, comment l'infirmière valorise-t-elle son rôle propre et autonome si ses actes ne sont pas justifiés ? Ne vaudrait-il mieux pas axé cela vers la visibilité de la profession infirmière ?

2.3 Décrivez-moi comment vous avez procédé au niveau de l'organisation journalière ?

Faisant suite logique à la question précédente, aucune participante n'a remarqué de changements dans le programme journalier. C'est une question d'organisation et d'adaptation. L'une d'entre elles dit bien qu'un service de soins palliatifs suit le rythme du client et que du temps est mis à disposition. Il est alors plus facile de trouver des arrangements et de décaler des soins. De plus, les clients savent plus ou moins quand ont lieu les visites infirmières¹³³. C'est à eux de planifier leurs rendez-vous en dehors de ces heures ou d'avertir l'infirmière si cela n'est pas possible. Pour résumer les liens déjà fait dans la question précédente, il revient

¹³¹ Programme informatique utilisé dans les hôpitaux et les cliniques du Valais romand où l'infirmière a le devoir de sélectionner les soins effectués auprès de chaque client afin de justifier son temps de travail.

¹³² Appareil et programme informatique utilisés dans les soins à domicile où l'infirmière a le devoir de sélectionner les soins effectués auprès de chaque client afin de pouvoir facturer la prise en charge.

¹³³ A domicile, les visites sont planifiées à l'avance. A l'hôpital, les visites infirmières importantes sont le matin pour la toilette, l'après-midi et le soir pour le coucher.

au rôle propre infirmier de porter intérêt au programme du client et de négocier les horaires au besoin. La relation soignant-soigné peut faciliter la planification des interventions des divers intervenants car le client se sentira en confiance, osera en parler plus ouvertement et assumera mieux ses choix. De plus, les services de soins palliatifs du Valais romand sont organisés de façon à ce qu'il y ait assez de temps à disposition pour respecter le rythme du client. L'infirmière peut alors adapter son accompagnement à l'organisation journalière.

Conclusion descriptive du deuxième objectif

Toutes les participantes ont pu accompagner certains de leurs clients dans leur traitement complémentaire. La plupart du temps, ces derniers assument et demandent la collaboration de l'infirmière ou seulement une oreille attentive où le rôle propre est d'évaluer les conséquences, les résultats et de proposer des réajustements au besoin. Des discussions d'équipe inter ou multidisciplinaire sont parfois faites afin que la fusion entre le traitement allopathique et celui complémentaire soit optimale. En ce qui concerne l'organisation journalière, les services de soins palliatifs ont le bénéfice de pouvoir s'adapter au rythme du client. Celle-ci ne s'en trouve donc pas modifiée par l'application d'une telle médecine. Soit la famille, soit le client fait les démarches et porte la responsabilité de ses choix. C'est aussi à lui de prendre ses rendez-vous en dehors des heures de visites infirmières ou alors d'en avertir le personnel soignant.

De plus, grâce à l'analyse, j'ai pu faire ressortir différents thèmes généraux. Ce sont les suivants :

- L'inter ou la multidisciplinarité. L'infirmière veille à pouvoir faire ses soins et à accompagner le client sans empiéter sur le temps de la thérapie complémentaire, et inversement.
- Le rôle actif du client. En ce qui concerne la médecine complémentaire, l'infirmière ne prend pas de décisions pour le client. C'est à lui de gérer ses rendez-vous et dans l'exemple d'une exécution de semainier, dans la mesure du possible, cela relève de sa responsabilité.
- Le respect du rythme du client. L'infirmière travaillant dans un service de soins palliatifs a du temps à disposition pour favoriser l'autonomie et l'accompagnement.

Questions concernant mon troisième objectif de recherche

3.1 J'aimerais que vous me parliez de vos ressentis lorsque vous proposez ou pratiquez une médecine complémentaire à un patient en traitement palliatif.¹³⁴

Je vais à présent citer les sentiments en donnant les argumentations des participantes :

- La curiosité et l'intérêt. En effet, une infirmière témoigne que, parfois, elle est sceptique face à ces approches car elle estime qu'il n'y aura aucune amélioration. Cependant, elle trouve que c'est une ouverture d'esprit que de s'y intéresser et que bien souvent le fait d'y croire est une aide psychologique pour le client. Cette conviction supplée alors aux soins infirmiers car un bienfait se fait ressentir ainsi qu'une approche différente et améliorée de la fin de la vie. Une autre ressent également cet intérêt ce qui lui permet alors de partager une expérience plus profonde avec son client.
- La satisfaction. L'infirmière dit que tout ce qui peut être bénéfique au client est satisfaisant. Elle relève qu'il n'y a rien d'extraordinaire dans cet accompagnement, que cela reste basique.
- L'ouverture d'esprit. L'infirmière considère ces approches comme bienvenues car elles sont des moyens supplémentaires pour soulager. La médecine allopathique ne détient pas toute la vérité ni toutes les solutions à l'apaisement des souffrances. Une autre argumente par le fait qu'il faut être ouverte à certaines pistes et croire en certaines choses. Bien des médicaments sont extraits de substances naturelles et utilisés depuis fort longtemps. Si les clients traités par une médecine complémentaire sont persuadés d'être dans le juste par rapport à leur vécu, à leurs expériences et qu'ils ont déjà obtenu des résultats physiques et/ou psychiques, alors c'est une possibilité. Une autre participante relève que le fait d'y être ouverte permet une meilleure communication dans la relation soignant-soigné. Ainsi, le client arrive mieux à exprimer ses ressentis et l'infirmière peut mieux le comprendre et le rejoindre. Elle spécifie que, cependant, elle le sensibilise aux péjorations de son état et qu'elle se méfie du charlatanisme. Son rôle est d'être attentive à ses besoins et de s'assurer qu'il arrive à gérer psychologiquement les événements. Elle note ceci « [...] *C'est comme partout, des charlatans, y'en a qui profitent ! [...] Nous devons être attentives, nous*

¹³⁴ Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : J'aimerais que vous me parliez de vos ressentis lorsque vous accompagnez un patient traité par une médecine complémentaire.

sommes quand même des garants des soins qu'on apporte, nous nous sommes engagées à les prendre en charge jusqu'au bout et dans les meilleures conditions qui soient. [...] ».

- L'apport d'un bien-être. L'infirmière croit en l'effet des médecines complémentaires et se dit que le client en bénéficie au maximum. Elle raconte ceci « [...] *C'était des huiles essentielles à base de lavande, il y avait une bonne odeur. [...] Elle sentait cette odeur et puis hop, elle fermait les yeux, tranquillement... Se détendait, enfin. [...] Comme un peu ces histoires d'entraîner les chats avec une sonnette... Ils vont manger chaque fois qu'ils l'entendent. [...] ».* Cette infirmière met en avant cette attitude tout en ne la citant pas explicitement. Cependant, je peux faire le lien avec le conditionnement ou le réflexe de Pavlov¹³⁵. Je peux constater que les médecines complémentaires peuvent avoir un effet psychologique important pour le client et que leurs croyances et leurs représentations doivent être considérées au maximum afin d'optimiser la prise en charge. Une autre argumente par le fait que la médecine complémentaire n'exclut pas celle allopathique et que le bienfait est additionnel. Par exemple, en cas de douleurs, si le client arrive à se détendre par le biais de massages ou d'huiles essentielles, l'effet du médicament antalgique sera augmenté.
- Le respect du choix. Une infirmière explique « *Je ne veux pas dire qu'on peut vivre tout et n'importe quoi mais des choses, des fois, qui peuvent paraître cohérentes pour la personne et qui, pour moi, sont à mille kilomètres de ce à quoi je peux croire ou adhérer. Finalement, peu importe ».* Son rôle est alors de s'assurer qu'il n'y ait rien de nuisible, qu'il n'y ait pas d'interférences avec les traitements de base, de connaître les substances ingérées, d'avertir le médecin généraliste et d'accompagner son client dans sa démarche. « [...] *Si j'arrive chez un patient et que le matin il va sortir son pendule et dire oui, ça me dit de prendre telle substance complémentaire ou pas... C'est sa démarche, je ne vais pas lui dire non, ne faites pas tourner votre pendule parce que je n'y crois pas. Ça n'a pas tellement d'importance, finalement. C'est vraiment le cheminement du patient et ce qu'il investit là-dedans. [...] ».*

¹³⁵ Pavlov Ivan (1849-1936), médecin et physiologiste russe, célèbre pour ses études sur le réflexe conditionné et le conditionnement, lauréat du prix Nobel de médecine ou physiologie de 1904. « *En 1903, Pavlov établit une théorie selon laquelle tous les comportements et activités psychiques, aussi complexes soient-ils, ne sont que la résultante de processus physiologiques élémentaires de type réflexe conditionné. [...] Il démontre ainsi qu'il est possible de déclencher, par un processus d'apprentissage - ou conditionnement -, un réflexe conditionné ».*

Adresse URL :

http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_761578034/Pavlov_Ivan.html, page consultée le 31 mars 2009

- La part active. L'infirmière croit aux médecines complémentaires et les considère comme "un plus" du fait qu'elles ont une approche différente du client et de la pathologie. Du moment que le client a une sensibilité pour l'une d'elle, ça peut l'aider non pas à guérir – sinon le contexte de soins palliatifs n'aurait pas lieu d'être – mais à ressentir un mieux-être et à avoir un rôle actif sur son état de santé.

Faisant les liens avec le concept des soins palliatifs, les ressentis exprimés par les infirmières sont la curiosité et l'intérêt, l'ouverture d'esprit, l'apport d'un bien-être et le respect du choix du client. Je constate également que ces ressentis relèvent des attitudes favorisant l'accompagnement d'un client en fin de vie. Par la curiosité et l'intérêt, l'infirmière fait de l'écoute active, communique, établit une relation de confiance et répond aux besoins et aux questions du client en se basant sur ce qu'il a envie de savoir. Par l'ouverture d'esprit, l'infirmière peut accroître ses connaissances et ses compétences, se responsabiliser, acquérir un nouveau savoir-faire et améliorer sa prise en charge. Par l'apport d'un bien-être, je remarque que la définition des S.P. par l'OMS¹³⁶ est dûment en accord avec la réalité. L'infirmière veille au contrôle des symptômes physiologiques, psychiques, sociaux et spirituels, possibles aux conséquences de la médecine complémentaire. Par le respect du choix du client, l'infirmière prête attention à ses convictions et à sa manière de vivre le temps restant, le reconforte, l'aide à poser des objectifs et à réaliser ses projets. Ainsi, je remarque que beaucoup de points communs relevés par les participantes correspondent à la définition de l'accompagnement selon Janine Pillot¹³⁷. Poussée par ses divers sentiments, l'infirmière s'informerait, participerait éventuellement à certaines formations et pourra développer son professionnalisme. En rapport avec ses connaissances et dans sa rencontre avec le client, elle devra aussi prendre des responsabilités et se positionner. Ces attitudes rejoignent alors indirectement le concept d'autonomie et du rôle propre. Les ressentis exprimés étant en lien avec le concept des médecines complémentaires et faisant partie de la philosophie sont l'apport d'un bien-être et la part active que le client prend sur sa pathologie. Le choix du thérapeute est aussi évoqué et il faut se renseigner sur ses diplômes. Le charlatanisme est

¹³⁶ « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision ainsi qu'un traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels qui lui sont liés ».

¹³⁷ « Accompanyer quelqu'un, ce n'est pas vivre à sa place, c'est savoir que l'on peut apporter quelque chose dans la pire des souffrances, par les soins, la présence, l'écoute, mais c'est aussi accepter la part d'inachevé, d'imperfection, d'insatisfaction dans nos attentes, sans en être détruits ni le vivre comme un échec personnel ». Définition selon JACQUEMIN, Dominique [et al.]. *Manuel de soins palliatifs*. Centre d'éthique médicale. Edition Dunod, Paris, 2001, 773 pages, chapitre 6, pages 119 à 124

possible et les clients ont parfois besoin d'un regard professionnel infirmier pour se rendre compte des effets néfastes provoqués. Sont en lien avec le concept de la relation d'aide, le sentiment de satisfaction de même que, à nouveau, celui de l'ouverture d'esprit. En effet, je pense que si l'infirmière est capable de ressentir du contentement à l'égard de son client, c'est qu'une relation de confiance s'est construite et qu'elle est capable de pouvoir envisager des thérapies non allopathiques comme techniques de soins.

3.2 Lors de proposition/application de médecines complémentaires, quelles sont vos facilités et vos difficultés au sein de l'équipe soignante ?¹³⁸

Les facilités citées par les participantes sont les suivantes :

- Le fait d'être une équipe soudée encourage à parler de façon ouverte. Il y a un partage par rapport aux résultats escomptés de la médecine complémentaire appliquée. De plus, cela se passe souvent très bien.
- En général, l'équipe a la même vision à ce sujet. Elle va dans le même sens car si c'est considéré comme une complémentarité, ça veut dire que c'est une aide, un plus. Les traitements proposés soulagent et apportent un supplément aux traitements allopathiques "de base". Si la complémentarité est optimale et les résultats satisfaisants, le but est atteint.
- Le fait que l'équipe soit au courant qu'une infirmière est ouverte à ces approches, voire adepte.
- La dimension relationnelle peut se trouver facilitée par les croyances et l'expérience de chaque professionnelle.
- C'est le choix du client et l'infirmière doit s'y adapter.
- Dans un service de soins palliatifs, l'équipe a du temps à disposition. Elle peut le prendre pour partager les diverses expériences et cette attitude fait partie des acquis. Deux infirmières relèvent¹³⁹ que ce temps et les espaces de parole sont très spécifiques aux services de S.P. En effet, je ne doute pas qu'étant donné que les services de S.P. accueillent des clients en phase palliative et terminale, il en va de leur confort de ne pas leur procurer de stress et de s'adapter à leur rythme de vie. Cependant, je ne pense

¹³⁸ Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : Lors de l'accompagnement d'un patient traité par une médecine complémentaire, quelles sont vos facilités et vos difficultés au sein de l'équipe soignante ?

¹³⁹ « [...] Dans un service de médecine, j'aurais vu une difficulté parce que ça prend plus de temps, parce qu'on est plus assez apte à répondre aux besoins des autres malades... Mais dans notre service, on a ce temps et on peut le prendre. [...] C'est très spécifique aux soins palliatifs. », dit l'une. « L'organisation journalière des soins palliatifs suit assez le rythme du patient... Bon, dans la mesure du possible et puis sinon on essaie de trouver des arrangements », témoigne une autre.

pas que ce temps mis à disposition soit seulement spécifique aux S.P. Par exemple, je pense aux services de psychiatrie où le rythme du client est aussi une priorité.

Les difficultés citées par les participantes sont les suivantes :

- Si une infirmière est moins convaincue de ces approches, l'échange peut s'en trouver altéré. De la part de l'équipe, il va peut-être y avoir une envie de la sensibiliser aux différents bienfaits. Une participante témoigne « [...] *Je pense que la plupart de mes collègues sont dubitatives vis-à-vis de toutes ces médecines. Bien que j'y sois ouverte, ça ne crée pas de problème particulier au sein de l'équipe car on n'en parle pas plus que tant* ».
- Si des interférences avec le traitement allopathique se font ou si l'état général du client se péjore. Il faut vraiment qu'une collaboration se crée et qu'un travail interdisciplinaire se mette en œuvre.
- Chacun a ses croyances et a pu faire ses expériences. Les divergences d'opinions peuvent créer des tensions, voire des conflits.
- La méfiance du charlatanisme et des thérapeutes non formés.
- Une infirmière dit qu'il peut y avoir les mêmes divergences d'opinions que l'on peut retrouver dans n'importe quelle population. Que certaines y croient et d'autres non, elle n'y voit pas de difficultés particulières.

Faisant les liens avec le concept du rôle propre infirmier, je vois que l'équipe essaie d'avoir un consensus pour prendre en charge un client traité par une médecine complémentaire. La prise en charge serait défavorisée si les attitudes et les discours des infirmières étaient divergents. De plus, l'interdisciplinarité – et je rajouterai la multidisciplinarité – sont nécessaires à la prise en charge complète d'un client dans le sens que, malgré que les manières de faire soient spécifiques à chaque profession, les buts restent communs. La collaboration est nécessaire afin de renforcer les positions et d'appuyer les arguments à ce sujet. Le partenariat prend alors toute son importance. Je remarque aussi l'autodétermination de certaines, convaincues et adeptes de ces médecines, qui voudraient voir ces dernières comme officielles dans leur milieu de soins. Ces infirmières-là, déterminées et motivées, se forment, participent à la promotion et à la prévention de la santé¹⁴⁰, favorisent l'autonomie de leur client, contribuent au développement des soins infirmiers et gagnent en responsabilité.

¹⁴⁰ En considérant le contexte de S.P.

Certes, les divergences d'opinions et de convictions au sein d'une équipe sont inévitables, mais ce sont elles qui, peu à peu, ouvrent les portes du monde professionnel aux thérapies complémentaires. Les éléments concernant le concept d'autonomie sont les suivants : l'inter et la multidisciplinarité, l'interdépendance, le respect du choix du client et la méfiance des abus et du charlatanisme. L'interdépendance est un attribut de ce cadre théorique. En effet, l'infirmière est dépendante du choix du client et des soins donnés par son thérapeute. Cependant, grâce à ses connaissances et ses éventuelles formations, une contre-dépendance se crée par le développement de son identité à ce sujet. Son positionnement se sera construit et renforcé. Elle devient alors indépendante comme professionnelle en tant que telle et peut exprimer en toute liberté ses opinions construites. En équipes inter et multidisciplinaire - riches de ressources -, son travail n'en sera que plus bénéfique par les connaissances acquises au cours de ce processus. De plus, elle devra rester bienveillante aux résultats escomptés du traitement afin d'écarter un éventuel charlatanisme. Sa responsabilité sera donc de conserver un sens critique sur les événements.

3.2.1 Arrivez-vous à vous positionner personnellement et professionnellement sur ce sujet ?

Les participantes ont répondu unanimement. Elles n'éprouvent aucune difficulté à se positionner à ce sujet. Elles estiment qu'elles ont la liberté de donner leurs opinions dans les événements positifs et négatifs. Cependant, l'une relève quand même qu'il est plus évident à se positionner si la médecine complémentaire appliquée soulage le client et que la collaboration avec la médecine allopathique se passe au mieux. Toutes assument leurs croyances, leurs valeurs, sont capables de confronter leurs idées et elles y voient même un partage enrichissant. Si la diversité d'opinions est un aspect avantageux, elles soulignent qu'il est important d'avoir une cohérence professionnelle commune auprès du client. Elles relèvent aussi que le fait de pouvoir en parler ouvertement lors de leurs colloques est bénéfique. Cette relance fait principalement partie des concepts du rôle propre infirmier et des soins palliatifs. En arrivant à s'affirmer sur le plan personnel, cela traduit qu'une réflexion a déjà été engagée. Le fait que les membres de l'équipe soient soudés et que des liens d'amitié soient créés, cela permet à l'infirmière d'oser s'exprimer et d'exposer ses opinions. Sur le plan professionnel, une réflexion a aussi été faite mais en prenant en considération le client et son projet de soins dans une vision holistique. Etre soi-même, défendre ses valeurs, exprimer sa souffrance, disposer d'un climat de confiance, de se positionner, pouvoir communiquer entre professionnels, avoir des objectifs et des buts communs et obtenir de la reconnaissance font

partie des besoins¹⁴¹ d'une infirmière travaillant dans un service de S.P. Néanmoins, je ne pense pas que ces besoins de l'infirmière soient spécifiques à ce service mais plutôt généraux à la profession. Ceci étant dit, je crois que les milieux de S.P. demandent à l'infirmière de s'engager professionnellement et personnellement. Les souffrances et la mort étant constamment présentes, les infirmières sont avant tout des êtres humains avec des émotions et des ressentis. Au sein de ce contexte, je suppose donc que les besoins cités ci-dessus sont primordiaux et que le climat de travail doit pouvoir les satisfaire.

3.3 Lors de proposition/application de médecines complémentaires, quelles sont vos facilités et vos difficultés face au patient ?¹⁴²

Les facilités citées par les participantes sont les suivantes :

- Si les croyances et les états d'esprit sont semblables, cela rapproche et la relation soignant-soigné est facilitée. Une infirmière relève qu'étant donné qu'elle a des affinités avec ces approches, il est plus évident d'accepter cette prise en charge.
- Une infirmière parle de sa conscience professionnelle car les liens qu'elle tisse avec le client sont particuliers du fait que c'est son décès qui met fin à la prise en charge. Si le client supporte bien le traitement, que les résultats sont bénéfiques et qu'une réelle complémentarité se fait ressentir, alors elle se sentira bien aussi.
- Le fait de faire confiance au client et que toutes les parties prenantes jouent le jeu. Le client met au courant l'équipe soignante et son médecin généraliste d'où en sont ses démarches. Ce respect favorise l'accompagnement.
- Au niveau du relationnel, si le client ressent que l'équipe soignante accepte sa manière de se prendre en charge, s'il ne ressent pas d'objection aux médecines complémentaires mais au contraire une tolérance, du respect, de l'écoute et de l'encouragement, il se sentira davantage en confiance, sera plus collaborant et détendu, moins anxieux. Si une relation de confiance peut s'installer, chaque partie sera gagnante.
- Le fait que chaque infirmière ou intervenant accompagne à sa manière mais dans un consensus commun. C'est-à-dire que l'équipe poursuit les mêmes objectifs et buts mais que chaque infirmière a la possibilité d'apporter sa touche personnelle. Une

¹⁴¹ BACQUE, Marie-Frédérique. *Le Deuil à vivre*. Edition Odile Jacob, Paris, mai 2000, 282 pages, troisième partie, chapitre V, pages 191 à 212

¹⁴² Les participantes ne proposant pas et n'appliquant que peu les médecines complémentaires, j'ai dû modifier cette question sous la forme suivante : Lors de l'accompagnement d'un patient traité par une médecine complémentaire, quelles sont vos facilités et vos difficultés face à lui ?

infirmière relève qu'en milieu de soins palliatifs, cette attitude est rentrée dans les mœurs et que le client reçoit et accepte ce qu'il lui est offert. Elle a aussi pu remarquer que la famille est très collaborante. En exemple, elle donne la situation d'un soir où elle était occupée ailleurs et quand elle voulut aller masser son client, elle remarqua que la famille l'avait fait. Ce massage était un besoin du client et le principal était que cela soit fait avant le coucher, peu importe par qui. La famille est à considérer comme partenaire de soins à part entière.

Les difficultés citées sont les suivantes :

- Si le client refuse tous traitements allopathiques et qu'il n'accepte que ceux complémentaires. Cette attitude peut être difficile à accepter pour l'équipe soignante et la relation de confiance peut être altérée. Une infirmière relève ceci « [...] *Je ne suis pas contre les médecines complémentaires mais on est avant tout à l'hôpital, avec une proposition de produits spécifiques, ciblés sur un ou plusieurs problèmes de santé [...]* ».
- Si les infirmières soupçonnent qu'il y ait du charlatanisme dans une situation où que le client est persuadé qu'une pathologie grave, tel un cancer, peut se soigner, voire guérir grâce à une médecine complémentaire. Une infirmière témoigne « [...] *On a entendu que les gourous disaient que de prendre tel savon répondait à telle maladie. Il y a des gens qui y croient, effectivement ! Je pense que c'est un peu les déviances, les dérives... [...]* Des gens croyaient dur comme fer que telle ou telle poudre de perlinpinpin pouvait guérir d'un cancer... Ils acceptaient de prendre cette poudre et ils n'acceptaient pas ce que la médecine actuelle leur proposait. [...] *Je pense que ce serait ce type de difficulté... Essayer de faire comprendre à la personne que ce qu'elle prend pour tel souci, tel problème, ne suffira peut-être pas forcément. [...]* ».
- Allant dans le même sens, le client qui essaie plusieurs médecines complémentaires, au risque de s'y perdre parmi. Le rôle infirmier est alors de discuter avec lui pour identifier le sens de ses démarches. Une infirmière me livre que, parfois, l'équipe soignante n'a pas de bonnes impressions mais que n'étant pas sûre non plus, il est alors préférable de laisser continuer le client dans cet entrain. Toutefois, elle s'assure que le diagnostic médical ne compromet pas la capacité de discernement, telles des métastases cérébrales. Une autre témoigne d'une certaine lassitude « [...] *Je crois que cette patiente a essayé quinze ou vingt médecines complémentaires. Elle les trouve sur Internet ou quelqu'un de son entourage l'incite à essayer. Je dois dire que, certaines*

fois, ça m'a un peu épuisée d'aller rechercher ce que c'était et puis d'autres je me disais que ce qui était important, c'est qu'elle nous dise où en étaient ses démarches. [...] ».

- La remise en question des soins ou des traitements traditionnels suite à l'évaluation des résultats des médecines complémentaires.
- Si une péjoration de l'état général du client apparaît suite au traitement complémentaire.
- Si les infirmières persistent à vouloir administrer des médicaments traditionnels alors que le client n'y adhère pas. La relation de confiance peut s'en trouver altérée et la relation d'aide difficile.

Faisant les liens avec le concept du rôle propre infirmier, je m'aperçois que les facilités relevées sont le fait d'avoir un consensus commun pour prendre en charge le client et les résultats bénéfiques de la médecine complémentaire permettant d'être au plus près de sa conscience professionnelle ; les difficultés sont l'évaluation de la capacité de discernement et la remise en question des soins et traitements traditionnels. De plus, je pense que le consensus commun aurait plus de poids si le groupe ISMAC¹⁴³ se faisait davantage connaître et que les compétences visées de ce domaine étaient réutilisées dans les milieux de S.P. Ainsi, les éléments tels que la promotion de la santé¹⁴⁴, la prévention de la maladie ou d'éventuelles complications, l'engagement professionnel, l'accroissement de la qualité de vie du client allant de paire avec l'adoption d'une attitude compatible avec les obligations légales, morales et éthiques de la profession d'infirmière, pourraient prendre de l'ampleur. Le consensus commun renvoie aussi au modèle trifocal, principalement à la fonction interdépendante où l'infirmière contribue à la résolution d'un problème clinique de soins en identifiant les besoins du client et en exécutant les ordres médicaux. La conscience professionnelle à l'égard du client et de son état général renvoie à l'objet des soins infirmiers comprenant les conséquences et les effets possibles des traitements complémentaires. Le personnel infirmier doit donc être capable d'évaluer les prises en charge, de faire des transmissions ciblées au médecin traitant ou au thérapeute afin qu'un réajustement puisse être fait au besoin. Dans un premier temps, j'estime que le jugement de la capacité de discernement du client revient au médecin en regard de la pathologie diagnostiquée et des résultats des examens entrepris. Dans un second temps, l'infirmière, ayant connaissance de l'anamnèse médicale et côtoyant le

¹⁴³ Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires.

¹⁴⁴ En tenant compte du contexte de soins palliatifs.

client à de nombreuses reprises, est capable d'évaluer cette capacité de discernement ainsi que son évolution. Relatif à la remise en question des traitements allopathiques, je vois cela comme un aspect positif. Se poser des questions permet d'avancer et de se réajuster. Néanmoins, étant donné que l'efficacité des médecines complémentaires n'a jamais fait ses preuves, sur quels éléments se base l'équipe soignante ? De quelle manière se remet-elle en question ? Ce propos aurait mérité que j'approfondisse la pensée de la participante afin de mieux pouvoir l'analyser. Faisant les liens avec le concept de la relation d'aide, les facilités sont les ressemblances de croyances et de valeurs, la confiance soignant-soigné, le respect du choix du client mais aussi lorsque ce dernier met au courant le personnel soignant de ses démarches ; les difficultés sont le refus d'un traitement allopathique au profit de celui complémentaire et l'évaluation du sens des démarches. En effet, cette relation sera favorisée pour autant que l'infirmière puisse exprimer librement au client ce qu'elle pense et que ce dernier puisse en faire de même. La communication est nécessaire. Faisant partie du concept des médecines complémentaires, la facilité relevée est la présence des résultats bénéfiques ; les difficultés notées sont les résultats néfastes ou la péjoration de l'état général du client et le charlatanisme, fréquemment rencontré dans ce domaine. Comparant ces divers points avec le tableau construit sur ces thérapies, je remarque que les effets secondaires sont vus soit comme des avantages car ils sont rares, soit comme des inconvénients car il y en a. Je pense qu'il est aussi nécessaire de se questionner sur la péjoration de l'état de santé du client. Est-ce réellement dû aux divers traitements administrés ou est-ce dû à l'évolution de la pathologie ? Car nous parlons bien d'un client se trouvant en phase palliative et dont les péjorations sont à prévoir inévitablement. L'efficacité de la médecine complémentaire appliquée ne peut qu'être rarement prouvée, alors comment savoir quelle est la cause de ces dernières ? Sur quoi se base l'équipe inter et multidisciplinaire avant d'envisager l'arrêt d'un tel traitement ? De plus, le risque du charlatanisme est bien réel et le choix du thérapeute ne doit pas se faire naïvement. Je me questionne. Etant donné qu'il est possible de contacter le groupe ISMAC, serait-il possible de faire intervenir une infirmière dans une situation afin qu'elle puisse l'évaluer de façon optimale ? De plus, je pense que ce groupe serait une source fiable afin que les clients puissent contacter des thérapeutes diplômés. Le rôle propre infirmier serait alors de présenter les buts et les compétences de l'ISMAC et d'orienter vers ce groupe les clients voulant débiter une thérapie complémentaire.

3.3.1 Y a-t-il déjà eu des exigences ou des refus à l'application de telles médecines ?

Cette question étant une relance, je n'ai eu l'occasion de la poser à seulement deux participantes. L'une m'a répondu que les clients étaient habituellement discrets par rapport à leur traitement complémentaire, qu'ils ne l'avouaient pas de suite et que les infirmières le découvraient souvent par hasard, en faisant de l'ordre dans la table de nuit par exemple. Elle pressentait cette attitude comme un besoin de voir la perception de l'équipe soignante, d'évaluer si cela était un interdit. Quant à l'autre, elle répondit que le client n'avait pas à demander son avis, que cela relevait de la sphère privée et qu'il ne cherchait que rarement l'approbation de l'infirmière à son choix. Elle me témoigna ceci « [...] *Je ne suis pas là pour lui dire qu'il ne doit pas faire ceci ou cela. Le rôle est complètement inversé. Je n'ai aucune influence et je ne pourrai pas en avoir et je ne voudrais pas en avoir par rapport à sa vie. J'ai rarement vu un patient qui me demande ce que j'en pense et qui me demande d'y adhérer. [...] J'en ai eu subi des conséquences par des odeurs assez pénibles mais c'était le choix de la patiente. [...]* ». Par ce dernier témoignage, je traduis que cette infirmière respecte totalement le choix du client et par le fait qu'elle n'a aucune influence sur ce dernier, le rôle actif qu'il prend sur la pathologie est intégralement rempli. C'est le rôle propre infirmier qui est directement concerné par l'ensemble de ces propos. Si les infirmières ainsi que les médecins ne sont pas au courant d'un traitement complémentaire c'est, à mon avis, que ces derniers ne sont pas encore officialisés dans les soins. En effet, lors de l'anamnèse infirmière ou médicale, il serait important de poser ouvertement la question suivante : est-ce que vous vous traitez par l'une ou l'autre médecine complémentaire ? Ainsi, je suppose que les clients assumeraient davantage leurs choix et en parleraient plus volontiers s'ils voyaient que le personnel soignant considérait ces thérapies comme parties intégrantes de leur projet de soins. Si l'infirmière a en main toutes les informations pour optimiser la prise en charge, la relation de confiance et d'aide pourra se construire sans ambiguïtés. Cependant, j'aimerais tourner ma réflexion sous un autre aspect. Il y a quelques années de cela, l'infirmière était formée selon l'école des besoins. En effet, elle se devait de deviner les besoins de son client et était vue comme la professionnelle de référence. Actuellement, je suis formée selon le concept du client, où ce dernier est vu comme un partenaire des soins, prenant des décisions et une part active sur sa prise en charge. L'infirmière est vue comme une partenaire également et elle attend davantage du client, par exemple qu'il lui formule ses demandes et ses besoins. Je pense que le client doit pleinement prendre conscience de cela et que la décision finale lui revient de dire si oui ou non, il est traité par une médecine complémentaire. Est-ce que l'infirmière peut ne pas être au courant de tout et rester une bonne professionnelle ? Je me rends compte de l'ambiguïté de

mes pensées dans ce domaine complexe. S'est-on déjà demandé quelle était la position de l'infirmière dans ce contexte précis de soins non allopathiques ?

Conclusion descriptive du troisième objectif

Toutes les participantes ont pu identifier leurs ressentis. Ceux cités et argumentés sont la curiosité, l'intérêt, la satisfaction, l'ouverture d'esprit, l'apport d'un bien-être, le respect du choix et la part active. Leurs facilités et leurs difficultés sont nombreuses et cela soit au sein de l'équipe infirmière, soit face au client. Aucune infirmière ne trouve de peine à se positionner face aux médecines complémentaires. Elles arrivent à assumer leurs croyances, à confronter leurs idées et en parlent ouvertement en équipe, lors de colloques par exemple. Quant aux clients, les attitudes sont divisées. Ceux qui assument leur choix de traitement complémentaire et qui ne recherchent pas d'approbation de la part de l'infirmière et ceux qui ne le disent pas clairement, laissant l'infirmière en faire la découverte au hasard.

De plus, grâce à l'analyse, j'ai pu faire ressortir différents thèmes généraux. Ce sont les suivants :

- L'ouverture d'esprit. L'infirmière s'intéresse globalement aux médecines complémentaires. Elle est ouverte à cette prise en charge et considère le client comme un partenaire de soins.
- Le bien-être. L'infirmière travaillant en milieu de soins palliatifs veille au confort de son client. Elle collabore au projet de soins dans une vision holistique.
- Le respect du choix du client. L'infirmière et le client sont partenaires. Ils se respectent mutuellement et restent authentiques dans leur collaboration.
- L'esprit d'équipe. L'infirmière fait partie d'une équipe où elle peut trouver diverses ressources afin de pouvoir faire face à tous les questionnements que peut poser l'application d'une médecine complémentaire.

10.4 Vérification des hypothèses

Les neuf entretiens avec les infirmières travaillant dans les services de soins palliatifs du Valais romand m'ont permis d'explorer et de découvrir de nombreux éléments relatifs aux médecines complémentaires. Suite à l'analyse effectuée, je vais pouvoir vérifier les trois hypothèses posées suite à ma question de recherche.

Hypothèse 1

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs ont intégré ces applications dans leur rôle propre.

Objectif

Définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières ont intégré dans leur rôle propre l'application des médecines complémentaires.

Les entretiens effectués ont montré que la totalité des participantes ne proposait pas de médecines complémentaires et que celles les mobilisant avaient suivi une formation ou s'y étaient intéressées. En revanche, les infirmières ont confirmé que l'accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire relevait de leur rôle propre infirmier pour autant que ce dernier les informe de ses démarches personnelles et les considère comme partenaires de soins.

Egalement, je cherchais à positionner les médecines complémentaires dans le rôle propre en supposant que l'infirmière pouvait les proposer et les appliquer librement dans le cadre de sa fonction autonome. Si je peux approuver cela pour les massages de détente et le reiki, les autres médecines relèvent d'une démarche personnelle de la part du client et l'accompagnement tient d'un consensus interdisciplinaire¹⁴⁵ sans pour autant figurer et être justifié dans le projet de soins. De plus, bien souvent, le client a déjà un tel traitement en route et l'équipe ne prend pas une grande part active à cette organisation.

¹⁴⁵ Ici, ce n'est pas de la multidisciplinarité car je parle de l'accompagnement fait par l'ensemble du personnel soignant (infirmières, médecins).

Ayant analysé tous les éléments me permettant une vérification, je conclus donc que les médecines complémentaires, actuellement, représentent une minime partie des soins relevant du rôle propre infirmier dans les services de soins palliatifs du Valais romand.

Ainsi, cette hypothèse est partiellement confirmée car la proposition et l'application ne sont pas courantes comparées à l'accompagnement.

Hypothèse 2

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs arrivent à mobiliser les compétences nécessaires à ces applications dans le contexte espace temps donné.

Objectif

Evaluer si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières peuvent mobiliser les compétences nécessaires à l'application de médecines complémentaires dans leur temps de travail.

Les entretiens effectués ont montré que les infirmières mobilisant les médecines complémentaires sont minoritaires. Seule l'une d'entre elles a bénéficié d'une formation de premier niveau de reiki. En revanche, la majorité a déjà eu l'occasion d'accompagner un client traité par une approche non-allopathique et donc de prendre part au traitement. De plus, le contexte qu'offre un service de soins palliatifs permet à l'infirmière de respecter le rythme du client. En effet, le temps est suffisant pour que l'infirmière puisse être disponible et ainsi prodiguer un soin complémentaire. Egalement, que ce soit à domicile ou en milieu hospitalier, l'organisation est envisagée afin que tous les intervenants puissent travailler de manière indépendante. La multidisciplinarité a davantage sa place dans une telle situation.

Ayant analysé tous les éléments me permettant une vérification, je conclus donc que les infirmières mobilisant des médecines complémentaires, accompagnant le client ou organisant des soins en fonction du traitement non allopathique, sont compétentes afin de permettre cette application dans le contexte espace temps qui leur est donné.

Ainsi, cette hypothèse est confirmée.

Hypothèse 3

Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs assument leurs valeurs et leurs croyances personnelles et professionnelles au sein de leur équipe disciplinaire et face à leurs clients.

Objectif

Définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières arrivent à identifier leurs besoins et à assumer leurs valeurs et leurs croyances au niveau personnel et professionnel en proposant et en appliquant des médecines complémentaires, cela face aux regards de leurs collègues et de leurs clients.

Les entretiens effectués ont montré que la totalité des participantes assument pleinement leurs valeurs ainsi que leurs croyances, sur les plans personnel et professionnel, et ceci soit au sein de l'équipe, soit face à la clientèle. Bien que la majorité ne mobilise pas ces médecines, les infirmières ont leurs opinions et leurs expériences et les partagent volontiers. Certaines se disent dubitatives ou estiment ainsi quelques-unes de leurs collègues face à ces approches. Cependant, toutes sont ouvertes à un traitement complémentaire car le confort du client est prioritaire. La moitié estime que ce domaine apporte une valorisation à leur profession car elles voient qu'à côté de leurs soins, les clients peuvent aussi être soulagés et aidés, qu'un bien-être peut être apporté et qu'une meilleure communication peut être établie.

Ayant analysé tous les éléments me permettant une vérification, je conclus donc que les infirmières mobilisant des médecines complémentaires ou accompagnant le client dans son traitement non allopathique, assument leurs valeurs et leurs croyances personnelles et professionnelles et ceci soit au sein de leur équipe, soit face au client.

Ainsi, cette hypothèse est confirmée.

10.5 Synthèse

Ayant achevé la vérification des hypothèses, je peux faire, dès à présent, la synthèse des résultats obtenus et répondre ainsi à ma question de recherche.

10.5.1 Résumé

Dans la réalisation de ce Travail de Bachelor, mon objectif était de découvrir comment l'infirmière pouvait proposer ou pratiquer les médecines complémentaires dans le cadre de son rôle propre infirmier dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand. Grâce à la théorie recherchée, aux réponses obtenues et à l'analyse développée, j'ai pu identifier les principaux éléments de ces thèmes.

En milieu de soins palliatifs, la majorité des participantes ne proposent et ne pratiquent pas de médecines complémentaires car elles n'ont que rarement les formations nécessaires à ces thérapeutiques. Cependant, elles considèrent l'accompagnement du client dans un tel traitement comme faisant partie de leur rôle propre. De plus, elles ont le profit de travailler dans un environnement favorisant le respect du rythme de vie de la clientèle, ce qui leur permet d'avoir assez de temps afin que celle-ci puisse bénéficier de soins complémentaires¹⁴⁶ ou d'espace de parole à ce sujet. Au sein de l'équipe et face au client, les infirmières assument personnellement et professionnellement leurs opinions au sujet des médecines autres qu'allopathiques.

10.5.2 Réponse à la question de recherche

Afin de débiter ce travail, j'ai effectué une revue de la littérature principalement axée sur les médecines complémentaires, les soins palliatifs et le rôle propre infirmier. Cela m'a permis de poser une question de recherche ainsi que trois hypothèses. Suite à cela, j'ai construit mon cadre théorique et réalisé une grille d'entretien semi-directif dans le but d'obtenir des bases de références fiables. Finalement, j'ai procédé à une analyse et à une synthèse.

¹⁴⁶ Faits par l'infirmière ou par un thérapeute spécialisé.

A présent, je suis en mesure de répondre à ma question de recherche qui est la suivante :

Comment l'infirmière peut-elle proposer ou pratiquer les médecines complémentaires dans le cadre de son rôle propre infirmier dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand ?

L'infirmière peut proposer ou pratiquer une médecine complémentaire au client dans trois contextes différents :

- soit elle-même est formée,
- soit elle s'est intéressée à une telle médecine et prend la responsabilité de l'appliquer
 - la médecine la plus souvent proposée ou pratiquée sans formation est le massage -,
- soit elle dirige le client vers une collègue formée.

Cependant, d'un point de vue général, l'infirmière ne propose et ne pratique que rarement. Néanmoins, elle accompagne le client dans ce traitement qui, bien souvent, est déjà mis en place avant l'hospitalisation ou le suivi infirmier. Cet accompagnement fait partie du rôle propre et l'infirmière respecte les démarches et les choix du client tant qu'elle juge que les effets sont bénéfiques. S'ils ne devaient pas l'être, l'infirmière interviendrait auprès du client afin de cibler le sens qu'il accorde à cette thérapie et elle avertirait le médecin traitant afin qu'un contact soit pris avec le thérapeute.

En conclusion, l'infirmière exerçant dans les services de soins palliatifs du Valais romand intègre les médecines complémentaires dans son rôle propre dans la mesure où elle procure un accompagnement au client. Cependant, ces dernières ne sont ni écrites dans le projet de soins, ni représentées dans les rubriques de justification de temps de soins. De plus, l'infirmière s'organise afin que le client puisse bénéficier de tous les soins pouvant lui procurer du confort et, cela, en respectant son rythme de vie. En acceptant ses choix et ses habitudes de vie, elle veille néanmoins à son état général et, en assumant ses opinions au sujet des médecines non allopathiques, elle est apte à proposer des réajustements en contactant le médecin traitant ou le thérapeute.

12.5.3 Comparaison des résultats

Suite à cela, nous nous sommes rencontrées avec Katya afin d'échanger les réponses concernant nos questions de recherches respectives. Sa problématique d'investigation ainsi que la synthèse de ses éléments sont les suivantes :

Comment l'infirmière/sage-femme peut-elle utiliser dans son offre en soins auprès des familles, les médecines complémentaires spécifiques à la périnatalité dans le cadre de son rôle propre ?

Les infirmières/sages-femmes de la maison de naissance Aquila, à Aigle, ont intégré différentes thérapies complémentaires spécifiques à la périnatalité telles l'aromathérapie, l'homéopathie, les cocktails et les recettes d'infirmières/sages-femmes (tisanes, thés), l'acupuncture, la réflexologie et l'ostéopathie. Une minorité pratique la spagirie, les huiles dans le bain, les massages, les exercices avec le ballon, les couleurs, les postures et la musique. Plus de la majorité d'entre elles les propose et/ou les pratique quotidiennement dans leur travail auprès des familles intéressées. Les décisions et les actions face à l'utilisation de ces médecines font partie de leur rôle propre infirmier. Elles en assument pleinement les responsabilités et ne demandent pas l'avis des médecins.

Ayant une ouverture d'esprit, des expériences personnelles et professionnelles positives et la soif d'apprendre, les infirmières/sages-femmes ont pu élaborer des formations continues sur les médecines complémentaires sur le site même d'Aigle ou durant leur formation première ou seconde. Il y est facile d'intégrer ces différentes approches dans la pratique car il n'y a pas d'opposition à cela, mais, au contraire, des spécialistes de ce domaine (ex. ostéopathe, acupuncteur, etc.). Les infirmières/sages-femmes se concertent entre elles pour se conseiller. Elles ont également des dossiers et des classeurs à disposition dans le service afin de trouver les réponses à leurs questions. Il suffit de se renseigner, de lire ou de se former pour ensuite les proposer aux familles. Les professionnelles de la maternité proposent des médecines complémentaires aux familles durant la période du pré-natal (ex. visite de la salle d'accouchement avec les cours de préparation à la naissance) et durant les phases de travail et du post partum. Par ce biais, elles réussissent à maintenir l'état de santé de la mère et de l'enfant et à favoriser des liens entre toute la famille (inclus le père). Je vous donne un exemple : le père peut être inclus durant la phase de travail à travers un massage auprès de sa femme ou alors durant la phase de post-partum avec un massage chez le nouveau-né. A Aigle,

la plupart des infirmières/sages-femmes reconnaissent proposer davantage ces médecines aux mamans qu'aux papas. Elles ont différentes façons d'enseigner ces thérapies : brochures et informations. Les infirmières en maternité préconisent ces pratiques lorsque le contexte est une démarche physiologique car elles permettent des soins de qualité et favorisent le confort et le bien-être de la mère. Les professionnelles de la santé ne garantissent pas l'efficacité sûre de ces pratiques mais elles sont persuadées qu'elles peuvent apporter "un plus" à la médecine allopathique. Elles disent que, généralement, les familles en sont satisfaites.

Ainsi, nous avons pu confronter nos résultats et faire ressortir les éléments communs. Concernant le rôle propre infirmier, nous pouvons constater que les infirmières intègrent les médecines complémentaires d'une manière ou d'une autre et cela dans leur fonction autonome. A Aigle, en périnatalité, ces différentes approches sont couramment proposées aux familles. En Valais romand, en soins palliatifs, les infirmières accompagnent les clients bénéficiant d'une telle thérapie complémentaire. Dans ces deux milieux de soins opposant le début et la fin de vie, si l'infirmière a été formée à une médecine non allopathique, elle prend la responsabilité de la pratiquer. De même, la famille est prise en considération ou sollicitée à cette prise en charge. Nous pouvons donc conclure que l'infirmière met le bien-être et le confort du client au centre de ses préoccupations lorsqu'une telle médecine est appliquée.

Concernant les médecines complémentaires, nous pouvons constater que celles utilisées aussi bien en périnatalité qu'en soins palliatifs, sont quasiment identiques. En effet, celles communes sont la phytothérapie dont l'aromathérapie et les huiles essentielles, l'homéopathie, l'acupuncture, les massages, la réflexologie, la spagirie et la musicothérapie. Bien que cette liste soit exhaustive, nous pouvons donc conclure que les thérapies non allopathiques se rejoignent dans les deux pôles de la vie.

Dès lors, il nous est permis de faire l'hypothèse qu'un nourrisson et qu'une personne en fin de vie vivent des crises développementales et sont donc davantage exposés à des fragilités, raisons pour lesquelles il est important que les soins soient optimaux. Grâce aux médecines complémentaires, la qualité de soins peut alors être améliorée et l'offre en soins augmentée.

11. Discussion

A présent, ayant terminé la synthèse des principaux résultats obtenus au cours de mon Travail de Bachelor, je vais reprendre chaque étape le composant afin d'essayer de déterminer la crédibilité et la validité de ma recherche. Suite à cela, je ferai ressortir les apports de ce mémoire sur les plans personnel et professionnel. En dernier point de ce chapitre, je présenterai quelques réflexions, fruits de ce travail.

11.1 Validité interne de recherche

La validité interne correspond à l'ajustement des différentes parties constituant une recherche qualitative. En prenant une distance par rapport au travail fourni, il s'agit de porter un regard critique sur le thème, le cadre théorique, les outils méthodologiques et l'échantillon. De plus, il faut présenter les qualités et les limites de l'analyse et la pertinence des résultats obtenus.

11.1.1 Choix du thème et du cadre théorique

Le choix du sujet est pertinent car les médecines complémentaires se font connaître de plus en plus et deviennent très populaires. De plus, voilà quelques temps, une votation populaire pour un article constitutionnel a été faite¹⁴⁷. Quant aux soins palliatifs, bien qu'étant connus depuis beaucoup d'années, ils deviennent pointus et les connaissances sur la fin de vie s'affinent. Dans la littérature, beaucoup d'écrits ont été faits sur ces deux thèmes mais peu les mettent en commun. L'élaboration du cadre théorique ne fut pas difficile à réaliser si ce n'est donc de faire émerger les liens existant entre les médecines non allopathiques avec les S.P. Sans avoir la prétention d'être exhaustive, la revue littéraire semble être satisfaisante car elle regroupe aussi bien des articles et des ouvrages scientifiques et infirmiers que des études réalisées dans des contextes suisses.

¹⁴⁷ Le lecteur pourra trouver davantage d'informations à ce sujet au chapitre 11.3 Réflexions et interrogations.

11.1.2 Outils méthodologiques

Le choix de recourir à la grille d'entretien semi-directif avait pour but d'obtenir des réponses plus ou moins ciblées tout en laissant les participantes libres d'un certain discours. J'ai pu me rendre compte que ma grille était complète, les neuf entretiens furent satisfaisants avec une durée correcte¹⁴⁸. Néanmoins, certaines de mes relances auraient pu être considérées comme question à part entière mais ceci dit, j'ai pu rebondir sur les divers propos et explorer des aspects que je n'aurais pas forcément pris en compte. Cependant, il aurait fallu que je précise davantage mes questions car plusieurs participantes ne les comprenaient pas du premier coup et, en les reformulant, j'introduisais ou oubliais des détails.

11.1.3 Echantillon choisi

La population a été ciblée en fonction du terrain d'investigation déterminé, c'est-à-dire les services de soins palliatifs du Valais romand¹⁴⁹. Je n'ai pas tenu compte du diplôme suisse ou étranger des participantes car il me semblait que ce point ne reflétait pas de différences, ce que j'ai pu confirmer. De même, ayant interrogé des femmes et des hommes, je n'ai pas pu conclure à des effets de genre. Dans le cadre de mon travail, il n'est pas possible de prononcer totalement le degré de représentativité de l'échantillon choisi. En effet, cinq participantes ont été interrogées au CFXB et quatre à l'hôpital de Martigny. Sur l'effectif total de ces deux milieux de soins, je ne peux prétendre entièrement que ces infirmières sont représentatives de ces services.

11.1.4 Analyse

Lors de l'analyse des propos des participantes, je n'ai pas eu de grandes difficultés sinon que cette étape fut chronophage. Avant de faire les liens avec mon cadre, de poser des hypothèses de compréhension et de me positionner, j'ai toujours eu à cœur de commencer par une analyse descriptive, riche de verbatims. Le fait de reprendre les propos exacts permet de pondérer les dires mais aussi de souligner leur intensité. De plus, ayant rencontré des situations de fin de vie mais n'ayant jamais travaillé dans un service spécifique de soins palliatifs, je pense avoir eu l'avantage de ne pas avoir de préconstruits et donc cela m'a probablement évité de créer des biais. À contrario, l'inconvénient a pu être que je n'avais pas de connaissances acquises tirées de ce terrain caractéristique et que tout me restait donc à découvrir.

¹⁴⁸ En moyenne, ils ont duré vingt-cinq minutes.

¹⁴⁹ Le Centre François-Xavier Bagnoud de soins à domicile et l'hôpital de Martigny.

11.2 Validité externe de la recherche

Les résultats obtenus lors de ce Travail de Bachelor ne peuvent pas être généralisés en totalité sur les services de soins palliatifs du Valais romand et en aucun cas aux services étant sur d'autres cantons ou pays. Ils sont intimement liés au contexte dans lequel a été réalisée ma recherche, c'est-à-dire deux services donnés, avec l'application des médecines complémentaires par les infirmières seulement. L'échantillon choisi est restreint (neuf infirmières) et le thème de recherche, l'application des médecines complémentaires par les infirmières en tenant compte de leur rôle propre, se fait connaître peu à peu officiellement et est donc au commencement de son développement. De plus, le seuil de saturation n'a pu être atteint bien qu'il m'ait semblé qu'avec quelques entretiens de plus, cela aurait été possible. C'est un argument supplémentaire à l'impossibilité d'une généralisation des résultats.

11.3 Réflexions et interrogations

Au cœur des réponses données par les infirmières lors des entretiens, j'ai pu être surprise de certains propos paradoxaux. Ces derniers m'ont poussée aux réflexions et aux interrogations que je présente dans ce paragraphe.

Dans un premier temps et d'un point de vue général, j'aimerais aborder le thème des médecines complémentaires. En effet, c'est un sujet délicat où les débats sont encore fréquents. Que représentent-elles pour le client en situation palliative ? Comment prouver leur efficacité ? Comment les intégrer au projet de soins ? Pour le moment, bien des questions restent sans réponse. Les données recueillies auprès des participantes de ce travail révélaient que les médecines complémentaires n'étaient acceptées et prises en compte seulement dans le cas d'une démarche personnelle du client où celui-ci désirait en faire usage et solliciter la collaboration des infirmières à cet effet. De plus, bien que toutes estimaient que ces médecines pouvaient apporter un bien-être au client en les associant aux traitements allopathiques, seule une infirmière sur neuf était formée. Les autres avaient eu l'occasion de pratiquer des massages de détente par exemple, mais ne se risquaient pas à en faire davantage car elles estimaient ne pas avoir les compétences pour exercer ou ne pas vouloir porter de responsabilités en cas d'effets néfastes pour le client. Au regard de ce constat, il est permis de s'interroger : est-ce que la solution serait alors de former davantage d'infirmières à ces

approches complémentaires afin de pouvoir intégrer ces dernières au projet de soins du client ? Que proposeraient alors les directions de soins afin de développer, de certifier¹⁵⁰ les compétences infirmières et de répondre aux besoins des clients ? De plus, pour quelles raisons les infirmières pensent-elles que le client se tourne vers une médecine complémentaire et qu'en est-il réellement du point de vue de ce dernier ? Il serait intéressant de pouvoir explorer les représentations des infirmières à ce sujet et de les comparer aux motivations du client.

Dans un deuxième temps et en regard des entretiens, j'aimerais discuter des médecines complémentaires par rapport au rôle propre infirmier. Face à l'emploi d'une médecine complémentaire, le client, autant que l'infirmière, est confronté à sa vision du monde, à ses valeurs et à ses croyances, à son histoire de vie et à ses désirs de soins. Dans un tel contexte d'association de médecines, la relation étant entre le client jouant un rôle actif sur sa pathologie et l'infirmière le prenant en charge aura pour objectif non seulement les représentations du client sur son traitement mais également celles de la soignante l'accompagnant dans ce processus. Dans le cadre de ce Travail de Bachelor, les participantes ont dû déterminer si l'accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire faisait partie de leur rôle propre. La majorité a affirmé que oui, cela en faisait partie. Cependant, à la question de l'organisation gravitant autour de cette médecine non allopathique, la conclusion fut que cette dernière n'était pas intégrée au projet de soins et qu'il n'existait pas de rubrique spécifique afin de justifier ce temps de soins. Ainsi, ayant connaissance de ce paradoxe, comment l'infirmière peut-elle exercer de manière optimale son rôle propre si les outils lui étant spécifiques (processus de soins infirmiers, LEP, BARMAN, prise en charge holistique du client, etc.) ne sont pas adaptés ou utilisés à cet effet ? Selon une étude¹⁵¹ datant de 2005 et écrite par Chaves Gabriela, politologue et ethnologue, les infirmières ne valorisent pas assez leur profession, sont en quête d'identité et conservent un état d'invisibilité sur leurs soins. Aujourd'hui, elles essaient de ne plus opposer le rôle autonome et celui médico-délégué, ceci dans le but de valoriser les soins infirmiers. De plus, il faudrait appuyer cette valorisation par le biais de nouvelles formations (post-grades, continues, Master, etc.), une reclassification salariale, des meilleures conditions de travail et une présentation systématique de la profession. Ainsi, je peux donc émettre l'hypothèse que la

¹⁵⁰ Comme vu lors de l'analyse, des cours sont proposés par l'ASI et le centre de formation Espace Compétences. Cependant, il n'y a pas de formation continue sur les médecines complémentaires avec une obtention d'un certificat.

¹⁵¹ CHAVES, Gabriela. *Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même*, menée pour le Service de la Santé publique du l'Etat de Vaud, Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages

raison pour laquelle les infirmières ne prennent pas intégralement en compte les médecines complémentaires dans le projet de soins du client, est qu'il existe une dévalorisation de leur profession et un manque de visibilité à ce sujet.

Dans un troisième temps, j'aimerais parler de ces traitements complémentaires dans le contexte de soins palliatifs. Pour reprendre mes propos lors de l'analyse, je me demande si la stimulation des cinq sens d'un client en fin de vie par le biais d'une médecine complémentaire pourrait être faite afin de permettre à ce dernier de jouir de toutes les perceptions envisageables ? Je pense que cela serait un moyen non seulement de lui faire ressentir la vie et toutes les sensations qu'il lui est encore possible de recevoir mais aussi de mieux l'accompagner vers la mort en le rassurant d'une présence. Ainsi, cette stimulation pourrait se faire autant dans la phase palliative que terminale. Est-ce que le rôle de l'infirmière dans le confort du client prendrait alors tout son sens dans la proposition d'une telle médecine ?

Dans un quatrième et dernier temps, Katya et moi-même nous sommes rejointes pour élaborer un paragraphe de cette discussion. Nous nous sommes intéressées à l'actualité politique¹⁵² des médecines complémentaires car une votation populaire a eu lieu le 17 mai 2009 afin d'ajouter un article constitutionnel au texte de loi. Selon le comité « Pour la prise en compte des médecines complémentaires », un sondage révèle que 70% de la population a recours à ces thérapies. Le profil type de l'utilisateur est une femme, jeune, ayant un haut niveau d'instruction et une pathologie chronique. En revanche, plus le client est âgé, moins il aura recours à ces méthodes. Ce sont les 20-39 ans qui en sont les plus adeptes. Depuis 1998, les débats politiques sont relancés. En 2004, une initiative avait été lancée « Oui aux médecines complémentaires » où il y avait une prise en compte complète par la Confédération et les cantons. Suite à cela, un contre-projet « Pour la prise en compte des médecines complémentaires » a été soumis au Parlement. La Constitution serait modifiée par un article :

Art. 118 (nouveau) Médecines complémentaires

La Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires.

¹⁵² Adresses URL :

<http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=200001&sid=10707359>

<http://www.oamc.ch/index.cfm/FR/68/Home>, pages consultées le 25 mai 2009

ZAUGG, Julie. *Médecines complémentaires. Les Suisses en sont fous*. Hebdo n° 16, pages 17 à 21, semaine du 16 avril 2009, 5 pages

Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=33270>, page consultée le 25 mai 2009

L'essentiel de leurs revendications concerne les points suivants :

- promouvoir la médecine intégrative par une collaboration entre les médecines allopathiques et complémentaires. En effet, elle s'avère efficace lors de soins aigus, d'urgences, chroniques, durant la grossesse, l'allaitement et pour les maladies infantiles.
- inclure les méthodes de médecines complémentaires dans l'assurance de base telles l'homéopathie, la médecine anthroposophique, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise. Les prestations seront aussi remboursées à condition que le thérapeute ait suivi une formation spécifique reconnue par la Fédération des Médecins suisses (FMH).
- créer des diplômes nationaux pour les thérapeutes non médecins afin de garantir une haute qualité de traitements et la sécurité des clients. Le thérapeute diplômé pourra poser des diagnostics et délivrer des médicaments. Ses limites concernent les pathologies contagieuses et les épidémies où il adressera le client à une institution médicalisée.
- préserver la pharmacopée afin que chaque client soit traité individuellement. En effet, de plus en plus de médicaments ne peuvent être contrôlés par Swissmedic¹⁵³ et se retrouvent sur le marché noir, ayant comme conséquence une perte de sécurité.
- assurer l'enseignement et la recherche sur les médecines complémentaires et en augmenter les fonds. Il faut intégrer les médecines complémentaires dans les écoles au moyen de supports de cours pour les professionnels de la santé et élargir les possibilités de milieux de stage.

Concernant les coûts de la santé, ces derniers devraient être diminués car les médecines complémentaires – thérapies, médicaments - sont moins chères que la médecine allopathique et, de plus, elles procurent peu d'effets secondaires. Ce contre-projet permet également l'intégration de ces approches complémentaires dans les structures hospitalières et permettrait une récolte de fonds afin de persister dans la recherche de ces médecines.

¹⁵³ Swissmedic se définit comme telle « *Nous sommes la Suisse d'agrément et de surveillance des produits thérapeutiques. Nous remplissons notre mandat légal et de travail au niveau international avec les partenaires des autorités. Nous veillons à ce que les organismes de qualité soient irréprochables et les produits thérapeutiques, efficaces et sûrs. Ainsi, nous apportons notre contribution essentielle à la protection de la santé humaine et animale et contribuons à la sauvegarde de l'économie et de la recherche suisse* ».

Selon l'adresse URL :

<http://translate.google.ch/translate?hl=fr&sl=de&u=http://www.swissmedic.ch/&ei=h8UaSsDIFcKOsAaH0MSRAg&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3DSwissmedic%26hl%3Dfr>,
page consultée le 25 mai 2009

Lors de cette votation, la population a accepté ce contre-projet à 67%. Les Suisses ont été 1,28 million à l'accepter dont un pourcentage de 73,6% pour le Valais. Malgré le taux d'approbation, les médecines complémentaires ne vont pas être réintégrées si vite dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance de base. L'article adopté n'est pas précis car il demande « *que la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires* ». Une modification de la loi sur l'assurance maladie pourrait alors être envisagée. A présent, une demande de reconnaissance a été demandée pour l'homéopathie, la phytothérapie, la médecine anthroposophique et la médecine traditionnelle chinoise. C'est le Département fédéral de l'intérieur qui devra trancher.

Selon une enquête réalisée en 2007 par l'université de Berne, la phytothérapie, l'homéopathie et la médecine traditionnelle chinoise sont les médecines les plus demandées. En revanche, la médecine anthroposophique et la thérapie neurale sont quasiment inconnues. Malgré l'engouement de la population suisse, l'efficacité de ces médecines reste scientifiquement non prouvée.

Suite à ces informations, Katya et moi-même nous sommes positionnées. Nous pouvons en déduire que, bien que le contre-projet ait été adopté et que l'avenir des médecines complémentaires va s'institutionnaliser de plus en plus au sein de notre société, l'officialisation de ces dernières prendra du temps. A noter aussi que ce sont les politiques qui freinent la vigueur de la population à ce sujet. Quelles sont les raisons les poussant à agir de la sorte ? Nous pouvons supposer que les finances et les prestations des diverses assurances, l'efficacité et le manque de preuves scientifiques ou encore l'ancrage de la médecine allopathique dans notre culture occidentale en soient les principales raisons. Nous sommes curieuses de l'avenir : d'ici à quelques années, où en sera l'intégration politique et sociale des médecines complémentaires ?

En conclusion, les résultats de mon Travail de Bachelor me donnent quelques pistes de réflexions quant à ce que représentent les médecines complémentaires dans notre société et dans le milieu des soins, ainsi que ce qu'offrent les infirmières de soins palliatifs comme prises en charge possibles. Cependant, de par l'ampleur du travail d'investigation demandé, ceci devrait faire l'objet de plusieurs recherches.

12. Conclusion

Arrivée au terme de ce Travail de Bachelor, je vais procéder à une auto-évaluation. Ainsi, je reprendrai les objectifs d'apprentissage fixés au début du TB et en évaluerai leur atteinte. Suite à cela, je mettrai en avant tous les apports – autant personnels que professionnels – que j'ai pu recevoir en effectuant cette recherche.

12.1 Objectifs d'apprentissage

Premier objectif assigné concernant la connaissance

- identifier les médecines complémentaires et celles mobilisées dans les services de soins palliatifs

Cet objectif est atteint. Au travers de ma revue littéraire, j'ai pu approfondir mes connaissances à ce sujet et découvrir quelles médecines étaient adéquates en situation de fin de vie. De plus, grâce à mes entretiens, j'ai pu comparer cette classification avec les observations faites par les participantes. Afin de clarifier ce qui avait été seulement vu¹⁵⁴ ou les médecines complémentaires pour lesquelles un partenariat entre l'infirmière et le client avait été fait, j'ai repris les données et les ai classifiées dans un tableau. Cela m'a donc permis de conclure que l'accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire était davantage fréquent que la mobilisation d'une telle thérapie par l'infirmière.

Deuxième objectif assigné concernant l'analyse

- construire un outil d'investigation pertinent dans le but d'interroger des infirmières pratiquant des médecines complémentaires en soins palliatifs et comprendre quelles sont les thérapies alternatives les plus fréquemment proposées dans ce milieu et quels sont les critères¹⁵⁵ en fonction du recueil de données

Cet objectif est partiellement atteint. En effet, j'ai élaboré une grille d'entretien avec des questions et des relances se rapportant à mes trois hypothèses. Je l'ai utilisée pour un pré-test puis, selon l'échantillon choisi, pour huit entretiens. Toutes les données récoltées ont pu être exploitées. Cependant, les médecines complémentaires n'étant pas intégrées dans le projet de

¹⁵⁴ Par exemple, si c'était la famille qui gérait la médecine complémentaire.

¹⁵⁵ Les critères de choix des médecines complémentaires peuvent être les habitudes de vie, les souhaits, les croyances, etc.

soins et seulement peu proposées par les infirmières, je n'ai pas pu savoir sur quelles raisons ou motivations se baserait le choix du type de médecine par le personnel soignant. Néanmoins, des données recueillies, l'infirmière proposait la médecine pour laquelle elle s'était formée ou intéressée.

Troisième et quatrième objectifs assignés concernant la synthèse

- rédiger les observations et les données collectées et ressortir les principaux éléments des entretiens et cela dans le respect des normes éthiques et déontologiques
- étudier les divers résultats obtenus et les comparer entre eux puis à la revue de la littérature

Ces objectifs sont atteints. J'ai retranscrit intégralement les entretiens afin de ne pas créer de biais dans les réponses des infirmières et de pouvoir les utiliser lors de l'analyse. C'est à cette étape que j'ai pu mettre en avant les éléments primordiaux et faire ressortir les similitudes et les divergences de leurs propos. Les résultats m'ont permis de vérifier mes hypothèses et de faire les liens avec ma revue littéraire. De plus, les principes éthiques ont été respectés car les participantes m'ont donné leur consentement éclairé et étaient au courant qu'elles avaient la possibilité de stopper notre collaboration à tout moment. Egalement, j'ai respecté la confidentialité de leurs données.

Quatrième et cinquième objectifs assignés concernant l'évaluation

- évaluer les résultats de ces pratiques afin de pouvoir démontrer une validité de recherche
- apprécier l'utilisation des médecines complémentaires dans les soins palliatifs

Ces objectifs sont atteints. En effet, suite à la vérification de mes hypothèses, j'ai effectué une synthèse ainsi qu'émis une réponse à ma question de recherche. Bien que je ne puisse prétendre à la validité externe de mes résultats, la validité interne me semble correcte. De plus, j'ai pu comprendre et cibler à quel escient les médecines complémentaires étaient employées dans les milieux de soins palliatifs du Valais romand.

12.2 Facilités et difficultés de la réalisation

La construction de ce Travail de Bachelor a pris du temps et fut complexe. Je ne peux pas faire un bilan de ce travail sans évoquer les facilités et les difficultés rencontrées.

Facilités

L'atout principal que j'ai perçu tout au long de ma recherche fut mon intérêt pour les médecines complémentaires et les soins palliatifs. Ma motivation n'a jamais diminué et l'actualité, dont la votation populaire¹⁵⁶, me fit maintenir ma persévérance. De plus, avec ma collègue Katya, nous avons pu nous soutenir et nous entraider tout au long de ce travail passionnant. Dès le départ, l'idée de travailler sur le début¹⁵⁷ et la fin de vie nous a plu. Etant d'une personnalité plutôt indépendante, notre duo m'a satisfaite car bien que nous ayons dû travailler plusieurs chapitres ou sous-chapitres ensemble, la plus grande partie de mon travail fut faite individuellement. D'autre part, l'encadrement reçu de la part de notre directrice de mémoire m'a permis de me sentir guidée et encouragée tout au long de ce TB. J'aimerais aussi souligner que, lors de l'organisation et du déroulement des entretiens, j'ai eu contact avec des infirmières disponibles, arrangeantes et ayant le souci de la pertinence des informations transmises.

Difficultés

L'obstacle principal rencontré fut au début de ma recherche. En effet, je ne savais pas vraiment quel sens lui donner, quels éléments cibler et comment poser ma question de recherche. De plus, je n'avais pas intégré la méthodologie, théorie me paraissant très complexe. Au fur et à mesure des chapitres, je me suis rendue compte que tout s'imbriquait et qu'une "organisation" des éléments faisait suite. Suite à l'élaboration de ma grille d'entretien, j'appréhendais la rencontre avec les participantes. Ce faisant, je me suis aperçue que je me sentais à l'aise dans la position de chercheuse et que mon stress n'était dû qu'à cette démarche alors inconnue jusqu'ici. En dernier point, une grande difficulté de ce travail fut de le concilier au reste de ma vie professionnelle – périodes de cours et de formations pratiques –, ainsi qu'à ma vie privée. Cette recherche m'a demandé sans compter de l'investissement, de l'énergie, de la patience et de la persévérance.

¹⁵⁶ Votation populaire du 17 mai 2009 sur l'article constitutionnel « Pour la prise en compte des médecines complémentaires ».

¹⁵⁷ Katya a élaboré son TB sur les médecines complémentaires en périnatalité.

12.3 Apports personnels de la recherche

Les apports personnels sont multiples. Tout d'abord, cela a été une ouverture d'esprit d'avoir un aperçu sur les méthodes de recherche et sur la profession de "chercheuse", domaine se développant de plus en plus dans les soins infirmiers. Je me suis aperçue qu'une porte de plus était ouverte à notre profession et cette diversité croissante me réjouit. Bien que cela fût un travail rigoureux et ardu à rendre dans des délais, je me suis surprise moi-même par ma motivation et ma vigueur constante. A présent, je suis consciente du développement de mes capacités et je suis satisfaite de ma confiance en moi car cela m'a permis d'élaborer ce processus de recherche en ne baissant pas les bras. De plus, par l'encadrement reçu de ma directrice de TB, j'ai appris à justifier mes propos, à les argumenter. Cette attitude m'a poussée à la réflexion et au sens critique, éléments allant m'être utiles soit pour ma vie privée, soit pour ma vie professionnelle. En dernier point, j'ai pu approfondir mes connaissances sur les médecines complémentaires et, par exemple, lors des votations à ce sujet, je me suis sentie apte à exprimer mon opinion, à prendre des décisions et à garder un esprit critique.

Certes, ce Travail de Bachelor m'a fait mûrir.

12.4 Apports professionnels de la recherche

Dans le cadre de l'accompagnement d'un client traité par une médecine complémentaire et dans le contexte d'un milieu de soins palliatifs, l'infirmière a une place essentielle. Non seulement c'est elle qui passe le plus de temps avec le client, qui établit une relation de confiance avec lui et qui récolte des données relatant à son histoire de vie, mais, en plus, lorsque le client la sollicite à un partenariat, l'infirmière travaille en inter et en multidisciplinarité afin que ce dernier puisse bénéficier au maximum de son traitement non allopathique. Que ce contexte de S.P. soit à domicile ou en milieu hospitalier, les infirmières sont ouvertes aux médecines complémentaires et ont su développer leurs connaissances et leurs opinions à leur sujet. De ce point de vue, j'espère que ce Travail de Bachelor, malgré ses limites, permettra une réflexion aux lecteurs et aux professionnels(elles) ou futurs(es) professionnels(elles) des soins infirmiers, ainsi qu'une sensibilisation sur la problématique actuelle des médecines complémentaires. En tant que soignante, je pense que le sujet des médecines non allopathiques est une porte ouverte supplémentaire à l'élaboration d'une

relation de confiance avec le client, ainsi qu'une preuve d'intérêt à ses besoins et au potentiel partenaire de soins qu'il représente.

Pour ma part, ce TB a modifié mes représentations soit des soins palliatifs, soit des médecines complémentaires. En effet, j'étais consciente de la présence de ces médecines dans ce milieu de soins spécifiques mais je leur avais attribué une place officielle et intégrante du projet de soins. Or, par le biais de ce travail, j'ai pu me rendre compte que si elles prenaient de plus en plus d'ampleur au sein de notre société, dans un contexte de soins, elles avaient encore du chemin à faire auprès du personnel soignant afin que ce dernier puisse les considérer en tant que telles et les intégrer à leur prise en charge de manière "normale". Ainsi, j'ai pu réfléchir à ma pratique professionnelle passée¹⁵⁸ à ce sujet et me demander comment, dans le futur, je pourrai agir au mieux afin de prendre le client dans une vision holistique moderne et suivant le cours des besoins de notre société occidentale, quel que soit le service de soins où j'aurai l'occasion d'exercer. De plus, au travers de la revue littéraire et des données récoltées m'ayant amenée à diverses réflexions, j'ai pu construire des opinions et, à présent, je me sens capable d'affirmer davantage mes croyances aux médecines complémentaires que le contexte soit privé ou professionnel. Dans le second contexte, je pense que j'aurai aussi l'occasion de parler de mon Travail de Bachelor et des résultats obtenus et, qui sait, par ce biais, de pouvoir amener de nouveaux questionnements, de nouvelles recherches ou de futures manières de travailler.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai pu explorer divers aspects dont certains, ne rentrant pas dans le thème précis choisi, seraient sûrement intéressants de traiter. Par exemple, il pourrait s'agir des raisons poussant une infirmière à se former pour telle médecine et non pour une autre. Fait-elle un choix privé ou professionnel ? De plus, ayant acquis de nouvelles compétences, ne serait-il pas bénéfique de lui donner une place particulière afin que les clients puissent en profiter au maximum ? En effet, c'est au cours de l'analyse principalement que j'ai pu voir qu'il y avait encore tant de champs à traiter. De pouvoir explorer diverses parties de l'emploi des médecines complémentaires permettrait d'augmenter les connaissances de la discipline infirmière, mais aussi de pouvoir poser des limites et des responsabilités afin de garantir des soins de qualité ainsi que la sécurité du client.

¹⁵⁸ Je spécifie à nouveau que je n'ai jamais eu l'occasion de travailler dans un service de soins palliatifs mais que j'ai pu rencontrer plusieurs fins de vies au cours de mes stages en soins infirmiers et de ma pratique professionnelle d'assistante en soins et santé communautaire.

En tant qu'étudiante et par mon Travail de Bachelor, j'espère avoir pu apporter une pierre de plus à l'édifice des soins infirmiers.



Images tirées des adresses URL :

http://b5.img.v4.skyrock.net/b57/littleheartworld/pics/1876355509_1.jpg
<http://ahahh.blog.lemonde.fr/files/2007/04/corse-avril-2007-540.1176563724.jpg>

13. Références bibliographiques et cyberographiques

13.1 Bibliographie

BACQUE, Marie-Frédérique. *Le Deuil à vivre*. Edition Odile Jacob, Paris, mai 2000, 282 pages, troisième partie, chapitre V, pages 191 à 212

BAREL, Yves, BUTEL, Marie. *Les médecines parallèles. Quelques lignes de force*. La documentation française, Paris, 1988, 303 pages

BIZIER, Nicole. *De la pensée au geste : un modèle conceptuel en soins infirmiers*. 3^{ème} éd. Maloine, Paris, 1992, 131 pages

BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Edition Nathan Université, Paris, 1992, pages 61-65

COUVREUR, Chantal. *Nouveaux défis des soins palliatifs. Philosophie palliative et médecines complémentaires*. Edition De Boeck Université, Bruxelles, 1995, 202 pages

FOUCAULT, Claudette avec la collaboration de Mongeau Suzanne. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, 2^{ème} édition, Québec, 2004, 298 pages

GESCHWIND, Herbert. *Le rôle des soins palliatifs. Questions contemporaines*. Edition Harmattan, Paris, 2004, 283 pages

GUIMELLI, Christian. *La pensée sociale*. Edition 1999, Presses universitaires de France, Paris, 1999, 127 pages

HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. InterEditions, Masson, Paris, 1997, p.45

JACQUEMIN, Dominique [et al.]. *Manuel de soins palliatifs. Centre d'éthique médicale*. Edition Dunod, Paris, 2001, 773 pages

JEANNERET, Olivier, MONNIER, Jacqueline, DIEZI, Jacques. *Médecines plurielles*. Edition Médecine et Hygiène, Volume 40, No 1, Genève, 1996, 89 pages, Collection Cahiers médico-sociaux (CMS)

LAPLANTINE, François, RABEYRON, Paul-Louis. *Les médecines parallèles. Le point des connaissances actuelles*. 1ère édition, Presses universitaires de France, 1987, 127 pages, Collection Que sais-je ?

Les médecines «parallèles». La controverse et les vraies questions; acupuncteurs, homéopathes, phytothérapeutes, etc. s'expliquent. Hors-série trimestriel No 150, Paris, mars 1985, Edition Science & Vie, 160 pages

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Edition Polit et Beck, Québec, 2007, 591 pages

MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, pratiquer, enseigner et apprendre*. Edition Seli Arslan, Paris, 2002, 188 pages

Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 60'000 mots et leurs 300'000 sens, Paris, édition mise à jour juin 2000, 2880 pages, 60'000 articles

Petit Robert des noms propres, dictionnaire illustré, nouvelle édition enrichie d'un atlas géopolitique et culturel, Paris, édition mise à jour en avril 2000, 2300 pages

SANDOZ, Thomas. *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Edition du Seuil, Paris, février 2005, 327 pages

SAUNDERS, Cicely, BAINES, Mary, DUNLOP, Robert. *La vie aidant la mort. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. 2ème édition, Paris, Arnette Blackwell, 1995, 80 pages

ZIMMERMANN, Francis. *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*. 1^{ère} édition, Presses universitaires de France, 1995, 190 pages, Collection Science, histoire et société

13.2 Articles/Revues/Brochures

BILLAUD, Françoise [et al.]. *L'éthique dans la pratique des soins*. Edition ASI-SBK, 2003, Berne, 40 pages

BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne. *Apaisement, mieux-être et détente. Méthodes complémentaires*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 1998, Berne, 72 pages

BROCCARD, Nicolas, DURRER, Anne, FREI, Martina. *Parallèles ? Complémentaires ? Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 2002, Berne, 45 pages

Code de la Santé publique, France. *La législation. Définition du rôle propre infirmier*. 11 février 2002, 6 pages

Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php>

Page consultée le 18 août 2008

Comment la médecine hi-tech réveille les pratiques ancestrales. No 25, Edition Médecine, Allez Savoir ! février 2003, 8 pages

Adresse URL :

http://www2.unil.ch/unicom/allez_savoir/as25/articles_pdf/as25_medecine.pdf

Page consultée le 16 septembre 2008

KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Edition ASI-SBK, 1998 (réimpression 2002), Berne, 24 pages

LEBRET, Jean-Marc. *Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné*. 25 février 2007, 5 pages

Adresse URL :

http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf

Page consultée le 19 août 2008

MATHYS, Juliette, BERTHOUSOZ, Brigitte. *Création d'un réseau de soins palliatifs pour la région de Sion*. Médecine & Hygiène, INFOKara, 2002, 2 pages

Adresse URL : <http://www.cairn.info/revue-infokara-2002-2-page-69.htm>

Page consultée le 29 juillet 2008

NEUENSCHANDER, H. [et al.]. *Médecine palliative en un coup d'œil. Un manuel à l'intention du corps médical*. Edition Ligue suisse contre le cancer, 2000, Berne, 171 pages

Présidence du Conseil d'Etat. *Communiqué pour les médias. Planification hospitalière, Regroupement de disciplines au sein du RSV*. Canton du Valais, 11 juillet 2008, 2 pages

Revue de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. *Thérapies complémentaires. Palliative-ch*, Edition Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, Ligue valaisanne contre le cancer, Nr. 03/2008 Automne, 67 pages

Soins palliatifs-Valais. *Rapport d'activité/Jahresbericht 2005-2006 de la section cantonale valaisanne de la SSMSP*, Sion, 20 octobre 2006, 10 pages

Adresse URL : http://www.palliative-vs.ch/ACTIVITES/RapAct_2005-2006.pdf

Page consultée le 2 août 2008

ZAUGG, Julie. *Médecines complémentaires. Les Suisses en sont fous*. Hebdo n° 16, pages 17 à 21, semaine du 16 avril 2009, 5 pages

13.3 Documents reçus au cours de la formation Bachelor à la HES-SO

CANDAU, Debbie. «Mobiliser des compétences de haut niveau» traduit de « Bloom's taxonomy of Cognitive levels », for « Intel-Teach to the Future » Intel-ICT, 2001.

Adresse URL :

[http://www.epsilon.be/index.nsf/Fichiers/emat-6wxnvn/\\$FILE/Mobiliser_compétences_Bloom.doc](http://www.epsilon.be/index.nsf/Fichiers/emat-6wxnvn/$FILE/Mobiliser_compétences_Bloom.doc)

Page consultée le 11 novembre 2008

CARKHUFF, Robert R. *L'art d'aider*. Les éd. de l'homme, Montréal, 1988, 269 pages

GRANGER, Josiane. Cours : *Relation d'aide*. HEVS2, 2004, 14 pages et construit d'après la bibliographie suivante :

HETU, Jean-Luc. *La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement*.

Ed. revue et augm, Montréal, 1989, 188 pages

POLET-MASSET, A.-M. *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Edition Lamarre, Paris, 1993, 128 pages

RIOULT, Catherine. *Stratégie soignante. Le toucher et la fin de vie*. Dossier Fin de vie, Euthanasie ou Soins Palliatifs, Périodique Soins, 2000, volume 648, pages 48-49

SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Edition Presses Universitaires de Lille, Lille, 1992, 205 pages

13.4 Mémoires/Etudes

CHAVES, Gabriela. *Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même*, menée pour le Service de la Santé publique du l'Etat de Vaud, Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages

Adresse URL :

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Dossier_actualite/image_profession_infirmiere.pdf

Page consultée le 16 août 2008

DE CARVALHO NUNES, José Manuel. *Accompagner des mourants à l'hôpital*. Institut Kurt Bösch, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master européen en « Soins Palliatifs & Thanatologie », Sion, décembre 2004, 82 pages

ESPOLIO DESBAILLET, Yolanda. *Culture et communication au crépuscule du parcours migratoire*. Mémoire de certificat de formation continue en gérontologie (CEFEG), Centre Interfacultaire de Gérontologie (CIG), Genève, 2003-2004, 75 pages

FOLEY, Rose-Anna. *Médecine et spiritualité(s). Gestion des besoins existentiels dans une maison de soins palliatifs*. Mémoire en Sciences sociales, Anthropologie de la santé, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Lausanne, juillet 2005, 115 pages

FOLLONIER, Vinciane, FAVRE, Laure. *Les effets du Tai Chi sur le stress*. Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention d'un diplôme de physiothérapeute HES, filière physiothérapeute, Sion, 2008, 45 pages

MILLIOUD, Isabelle. *La mort accompagnée. De l'importance de la relation dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*. Institut Kurt Bösch, mémoire en vue de l'obtention du Master in Advanced Studies (MAS) en Soins Palliatifs et Thanatologie, Sion, octobre 2006, 142 pages

POTT, Murielle [et al.]. *Soins palliatifs en réseau : quelle autonomie pour les patients âgés ?* Ecole Valaisanne de Soins Infirmiers (EVS), Sion, septembre 2002, 99 pages

RODUIT, Laure. *L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier ?* Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, Sion, janvier 2008, 161 pages

TAIROVSKA, Sophie. *L'infirmière réflexologue aux pieds du malade, réalité ou douce illusion*. Mémoire de fin d'étude, filière infirmière, Sion, janvier 2008, 97 pages

13.5 Cyberographie

Acupuncture

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

Association suisse de réflexologie plantaire, thérapie intégrative des zones réflexes plantaires

http://www.fussreflexzonenmassage.ch/SVFM_Internet/content/index_fre.html

Page consultée le 20 août 2008

Association suisse des infirmières et infirmiers

<http://www.sbk-asi.ch/>

Page consultée le 18 mai 2009

BOLES, J.M., LEMAIRE, F., « Fin de vie en réanimation », page 176

http://books.google.com/books?id=Deo9hX1bPwgC&pg=PA176&lpg=PA176&dq=Accompagner+quelqu'un+ce+n'est+pas+vivre+%C3%A0+sa+place&source=bl&ots=seIEqk7hEb&sig=YYbe8dzhB0nWPtvBCESVAM1zQmM&hl=fr&ei=A7W7SYOpGI-LsAboweTpDg&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result

Page consultée le 14 mars 2009

Catalogue et index des sites médicaux francophones

<http://www.chu-rouen.fr/ssf/indiv/soignant.html>

Page consultée le 9 juillet 2008

Centre François-Xavier Bagnoud, Soins palliatifs à domicile

<http://www.cfxb.ch/>

Page consultée le 20 juillet 2008

Citation Lao Tseu

<http://www.evene.fr/citations/auteur.php?ida=368&p=7>

Page consultée le 17 mai 2009

Espaces compétences, formations socio-sanitaires

<http://www.espace-competences.ch/nosformations.php>

Homéopathie

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-homoeopathie.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

<http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin25/pageweb/homeo1.htm>

Page consultée le 22 mars 2009

http://www.pharmacie-andorre.com/homeopathie-pharmacie_carolina_garralla-pharmacie_andorre.php

Page consultée le 22 mars 2009

Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires (ISMAC)

<http://www.ismac.ch>

Page consultée le 10 juillet 2008

Interdisciplinarité et multidisciplinarité

<http://agora.qc.ca/encyclopedie/index.nsf/Impression/Multidisciplinarite>

Page consultée le 2 mai 2009

Kübler-Ross Elisabeth

<http://www.outré-vie.com/inities,visionnaires,mystiques/inities/ekrmort.htm>, page consultée le 28 février 2009

<http://www.elisabethkublerross.com>, page consultée le 28 février 2009

MARCHAL, Arlette, PSIUK, Thérèse. *Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique*. Edition Lamarre, Paris, 1995, 188 pages

<http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>

Page consultée le 17 août 2008

Massages classiques

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-klassische_massage.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

<http://www.sivana.ch/corporel.html>

Page consultée le 22 mars 2009

Médecines chinoises

<http://www.sionneau.com/index.php?page=accueil>

Page consultée le 11 novembre 2008

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm

Page consultée le 15 mars 2009

<http://www.medecinechinoise.ch/>

Page consultée le 15 mars 2009

http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_traditionnelle_chinoise_th

Page consultée le 19 mars 2009

<http://www.meridiens.org/mrd/spip.php?breve25>

Page consultée le 22 mars 2009

Médecines complémentaires

<http://www.jzk.ch/index.cfm/FR/30/Def.%20Komplement%C3%A4rmedizin>

Page consultée le 25 novembre 2008

Médecine d'orientation anthroposophique

http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_anthroposophique_th

Page consultée le 11 novembre 2008

NELLIGAN, Penny [et al.]. *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Bâtir l'avenir des soins infirmiers. Soins axés sur les besoins du patient*. Mars 2006, Ontario, 8 pages

http://www.rnao.org/Storage/20/1448_CCC_supplement_FR.pdf

Page consultée le 11 novembre 2008

Neuralthérapie

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-neuraltherapie.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

Patient Classification Systems (PCS), News 23

<http://www.isesuisse.ch/fr/publications/pcs23/vangele.htm>

Page consultée le 25 août 2008

Pavlov Ivan

http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_761578034/Pavlov_Ivan.html

Page consultée le 31 mars 2009

Phytothérapie

http://www.aroma-zen.com/phytoth%C3%A9rapie-phytoth%C3%A9rapie-g%C3%A9n%C3%A9ralit%C3%A9s-c-283_331.html

Page consultée le 19 août 2008

<http://tpe-phytotherapie.finhitech.com/?sec=6>

Page consultée le 19 août 2008

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

<http://www.medecines-douces.com/annuaires/phytocad.htm>

Page consultée le 15 mars 2009

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-aromatherapie.htm

Page consultée le 15 mars 2009

Phytothérapie, bref historique, août 2004

http://www.aromalves.com/article.php3?id_article=227

Page consultée le 19 août 2008

Réflexologie

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-fussreflexzonen_massage.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

Revue Médicale Suisse

<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=33270>

Page consultée le 25 mai 2009

Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs

<http://www.palliative.ch>

Page consultée le 21 août 2008

Soins palliatifs

<http://www.sfap.org/pdf/I-A3-pdf.pdf>

Page consultée le 25 novembre 2008

Sophrologie

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-sophrologie_caycedienne.htm

Page consultée le 11 novembre 2008

Spagirie

<http://www.droguerie-jaquet.net/spagyrie.php>

Page consultée le 25 mai 2009

Swissmedic

<http://translate.google.ch/translate?hl=fr&sl=de&u=http://www.swissmedic.ch/&ei=h8UaSsDIFcKOoAaH0MSRAg&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3DSwissmedic%26hl%3Dfr>

Page consultée le 25 mai 2009

Université de Sherbrooke. La pratique professionnelle infirmière. Des soins axés sur les besoins du patient. Avril 2005, Québec, 2 pages

http://www.hclm.qc.ca/wmfichiers/Depliant_soins_infirmiers_final.pdf

Page consultée le 11 novembre 2008

Votation populaire du 17 mai 2009

<http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=200001&sid=10707359>

<http://www.oamc.ch/index.cfm/FR/68/Home>

Pages consultées le 25 mai 2009

WALTER, Béatrice. *Le Savoir Infirmier : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Edition Lamarre, Paris, 1992, page 93

<http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>

Page consultée le 17 août 2008

13.6 Vidéographie

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Phytothérapie : efficace ?*
France

Adresse URL :

<http://www.omegatv.tv/video-sante-medecines-douces-phytotherapie-efficace-id926.html>

Page consultée le 19 août 2008

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Phytothérapie : les limites ?*
France

Adresse URL :

<http://www.omegatv.tv/video-sante-medecines-douces-phytotherapie-les-limites-id899.html>

Page consultée le 19 août 2008

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Plantes : pourquoi les utiliser pour soigner ?* France

Adresse URL :

<http://www.omegatv.tv/page-plantes-pourquoi-les-utiliser-pour-soigner-id893.html>

Page consultée le 19 août 2008

Massages classiques

Adresse URL :

<http://www.videos.lalibre.be/video/iLyROoafYknt.html>

Page consultée le 22 mars 2009

14. Annexes

A. Médecines complémentaires remboursées par l'assurance obligatoire de base obligatoire

Acupuncture¹

« Thérapie de régulation selon les principes de la médecine traditionnelle chinoise. Par certains points d'acupuncture, il est possible d'atteindre les organes internes. Ces points sont situés sur des circuits conducteurs d'énergie, les méridiens, qui sillonnent tout le corps. Dans le cadre d'un traitement d'acupuncture, la peau est piquée en différents endroits, sur des points d'acupuncture précis ou bien elle est stimulée avec du moxa (feuilles d'armoises séchées ou en poudre) pour dénouer les blocages dans le flux énergétique. Objectif: Régulation du flux énergétique dans le corps ».

Médecine d'orientation anthroposophique²

« Approche médicale fondée sur l'anthroposophie. Elle regroupe la philosophie et le système social. Elle fut créée au XX^e siècle par le scientifique et philosophe autrichien Rudolph Steiner. L'anthroposophie propose une vision du monde humaniste qui intègre les dimensions matérielles et spirituelles de l'être humain. Le mot est formé de deux racines grecques : anthropos, humain et sophia, sagesse. L'art-thérapie et la musicothérapie font partie de la médecine anthroposophique ».

Médecines chinoises³

« Théorie fondamentale expliquant comment un être humain fonctionne lorsque tout va bien (anatomie, physiologie, psychologie...), qu'elles sont les différentes causes des maladies et les mécanismes pathologiques qui en découlent. On parle du mouvement Bois, Feu, Terre, Métal, Eau. Au niveau médical, chacun est en relation avec des organes, des sens, des tissus, des

¹ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm, page consultée le 11 novembre 2008

² Adresse URL: http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_anthroposophique_th, page consultée le 11 novembre 08

³ Adresse URL : <http://www.sionneau.com/index.php?page=mc>, page consultée le 11 novembre 2008

émotions, etc. C'est une manière de classifier les choses et de comprendre leurs interrelations ».

Homéopathie⁴

« Traitement dans lequel on ingère un principe actif dilué selon des règles homéopathiques. Le fondateur est Samuel Hahnemann (1755–1843). L'homéopathie est basée sur le principe de la ressemblance : ce qui est semblable doit être soigné par quelque chose de semblable. Cela signifie qu'un agent qui a suscité une maladie est utilisé pour soigner cette maladie. A cet effet, la substance d'origine est peu ou fortement diluée. Les substances sont d'origines animale, végétale ou minérale. Un traitement homéopathique englobe une anamnèse complète et la recherche de médicaments appropriés. Objectif: Stimuler les forces d'auto guérison et du système immunitaire ».

Thérapie neurale⁵

« Méthode de traitement agissant sur le système nerveux. Elle repose sur la découverte que les maladies sont déclenchées ou entretenues par des champs perturbateurs (par exemples: cicatrice, inflammation) qui exercent une irritation sur les voies nerveuses et causent ainsi des affections dans d'autres parties du corps. Le but de la thérapie est d'influencer favorablement sur ces champs perturbateurs et ainsi de traiter les maladies par le système nerveux végétatif. Pour cela on injecte un anesthésiant local (par exemples : Procaïne, Lidocaïne) dans le champ que l'on croit être le champ perturbateur. Mais le médicament peut également être administré directement à l'endroit douloureux ou sur certains points d'acupuncture. Objectif: Suppression d'états douloureux, traitement de troubles fonctionnels organiques ».

⁴ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-homoeopathie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

⁵ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-neuraltherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

Phytothérapie⁶

« Thérapie visant à traiter et à prévenir les maladies par les plantes ou leurs composantes. La phytothérapie est l'une des plus anciennes méthodes de guérison connues. On utilise des feuilles, des fleurs, des fruits, des écorces et des racines de plantes médicinales et curatives. La forme d'application la plus importante est le thé. Les plantes sont transformées par exemple en comprimés, pommades ou teintures. Objectif : Traitement de maladies légères, troubles de l'humeur comme la nervosité l'agitation, les refroidissements et les maladies de la peau ».

⁶ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

B. Cadre théorique

a) Concept de souffrance

Je mets en annexe cette partie du concept de souffrance car il est construit du point de vue du client. Or, mon TB étant tourné vers la pratique infirmière, je ne pourrai l'utiliser lors de l'analyse. Cependant, je trouve intéressant de le comprendre car, si l'infirmière est en possession des éléments faisant souffrir le client et a conscience du stade où il se trouve, elle n'aura que davantage d'aptitude à le prendre en charge.

- Concept de souffrance

Attributs : attachement, séparation, détachement, compensation, recherche de ressources, régression, rétrogression, réponse, acceptation, libération de la souffrance, nouvel attachement, stimulation.

1. attachement et échange (avant le traumatisme) : besoin de relation, d'amour, de soins, de protection.
2. souffrance et traumatisme : séparation entraînant manque de soutien et de désespoir.
3. détachement et solitude : coupure, réactions et décisions en fonction du traumatisme.
4. compensation : développement de sentiments, de demandes et de besoins substitutifs au manque.
5. besoin vital de résoudre le problème : à partir de sa base émotionnelle du passé pour recréer l'attachement "source de vie".
6. pulsion de régression : choix à faire, réveil du traumatisme vécu.
7. rétrogression : revécu du passé, répétition des réactions.
8. réponse : au besoin de soutien, par soi-même et par l'environnement, pour faire face au revécu des souffrances et des sentiments du passé.
 - réponse suffisante → le soutien du présent comble le manque de celui du passé
 - réponse insuffisante → état de désespoir, la personne ne prend pas de décision de changement, stagnation dans des états régressifs (7).
9. régression : la personne s'appuie sur le soutien, décide, exprime ses émotions, libération de la souffrance, acceptation, deuil.

10. renouvellement de l'attachement : déconnection du traumatisme, connexion sur le soutien et les nouvelles décisions.
11. sortie de la régression et stimulation : stimulation, besoin d'apprendre, d'expérimenter de nouveaux comportements.
 - conséquences : nouveau regard sur la vie, nouvelle joie de vivre, soulagement permettant de faire le deuil.

b) Concept des médecines complémentaires

Fleurs de Bach⁷

« Le Dr. Bach a découvert trente-huit fleurs, chacune correspondant à une émotion et à un état d'esprit particuliers (la peur, l'incertitude, le manque d'intérêt pour le présent, la solitude, l'hypersensibilité aux influences et aux idées, le découragement ou le désespoir, la préoccupation excessive du bien-être des autres). Les Fleurs de Bach font effet en soignant l'individu et non la maladie ou ses symptômes. Leur action n'est pas de refouler les attitudes négatives mais de les transformer en attitudes positives afin de stimuler les capacités auto-curatives que chacun possède en soi et de libérer l'organisme physique pour qu'il s'investisse pleinement dans la lutte contre la maladie et le stress. Il est possible d'associer six ou sept fleurs ».

Homéopathie⁸

« Traitement dans lequel on ingère un principe actif dilué selon des règles homéopathiques. Objectif : Stimuler les forces d'auto guérison et du système immunitaire ».

⁷ Adresse URL : <http://www.phytamon.ch/fleur-de-bach-fr10.html>, page consultée le 22 novembre 2008

⁸ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methode/pri-ges-kom-met-homoeopathie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

Kinésiologie⁹

« Méthode diagnostique et thérapeutique selon le chiropraticien américain George Goodheart. La kinésiologie est basée sur l'idée que les muscles reflètent des blocages énergétiques dans le corps. On sent, par une légère pression manuelle, la tension et la résistance musculaire. Si on constate un déséquilibre dans le flux énergétique, le thérapeute touche doucement les muscles tendus et relâche ainsi l'énergie musculaire. Objectif : Normalisation de troubles fonctionnels de certaines régions du corps ».

Massages classiques¹⁰

« Au moyen de diverses techniques de massage (pétrissage, caresses, tapotements, frottements,) l'irrigation sanguine des muscles et du tissu conjonctif est stimulée et leur état de tension normalisé. Le massage a en outre un effet bénéfique sur le système lymphatique via les zones réflexes, ainsi que sur les organes internes. Objectif : Apaisement des douleurs, stimulation de l'irrigation sanguine, détente ».

Médecines chinoises¹¹

« La médecine traditionnelle chinoise (MTC) vise d'abord à maintenir l'harmonie de l'énergie à l'intérieur du corps ainsi qu'entre le corps et les éléments extérieurs. La santé est liée à la capacité de l'organisme de maintenir la dynamique nécessaire pour affronter les agressions. En contrepartie, la maladie se manifeste lorsque l'organisme a perdu sa capacité d'adaptation. Chaque individu possède une constitution particulière où les différents éléments interagissent selon un équilibre qui lui est propre. [...] Pour que la santé se maintienne, l'harmonie doit résider dans chacun des éléments de l'ensemble, ainsi qu'entre les différents éléments, sur tous les plans : dans chacun des organes de l'individu, et entre ces organes; dans l'individu, et entre l'individu et l'extérieur. La MTC ne traite pas les symptômes (comme le ferait la médecine mécaniste), mais la personne, de façon holistique. Selon la vision chinoise, qui est à la fois symbolique et pratique, tout dans l'univers est mû par une force

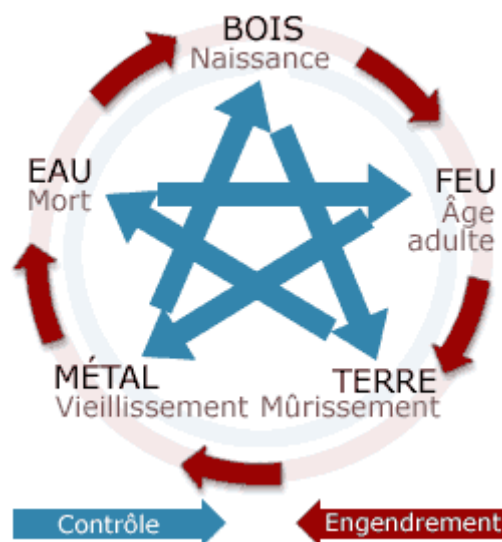
⁹ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-kinesiologie.htm, page consultée le 22 novembre 2008

¹⁰ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-klassische_massage.htm, page consultée le 11 novembre 2008

¹¹ Adresse URL : http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_traditionnelle_chinoise_th, page consultée le 19 mars 2009

fondamentale, une énergie appelée Qi (prononcé tchi). [...] Chez l'humain, le Qi soutient tant les fonctions du corps que de l'esprit : marcher, digérer, penser, ressentir en sont toutes des manifestations. Ce flux énergétique continu circule dans tout le corps au moyen d'un réseau immatériel mais précis, de voies appelées méridiens, sur le trajet desquels se trouvent des points cutanés, appelés points d'acupuncture, d'où l'on peut en régulariser le débit. Lorsque le Qi est en quantité suffisante et circule bien, l'organisme est en santé, la pensée claire et les réflexes vifs. Lorsqu'il stagne, est contraint ou bloqué, on se sent faible, lourd et sans vitalité. Le Qi peut être perturbé par plusieurs facteurs, internes ou externes L'équilibre n'est jamais statique, mais constamment en mouvement entre les deux forces opposées, complémentaires et interdépendantes que sont le Yin et le Yang (représentées dans le symbole du Tao). Le Yin représente les forces de type passif, ombre, froid, profondeur, humidité, etc. Le Yang désigne les forces de type actif, lumière, chaud, surface, sécheresse, etc. [...] Dans tous les cycles naturels, le Yang succède au Yin et vice-versa, comme le jour succède à la nuit, l'action au repos, l'inspiration à l'expiration.[...] Il importe également de savoir que pour la médecine traditionnelle chinoise, les organes et les éléments représentent des phénomènes qui dépassent la seule fonction qu'on leur reconnaît dans notre anatomie et notre pensée traditionnelle, c'est pourquoi ils sont écrits avec une majuscule.

Les cinq mouvements : Métal, Bois, Terre, Feu, Eau



Dans quelque phénomène que ce soit, l'alternance entre l'état Yin et l'état Yang ne se fait pas instantanément, mais par un processus constant de transformation. Les Chinois ont déterminé cinq phases-clés (appelées mouvements) de ce processus. Chacun des cinq mouvements

possède sa propre énergie de croissance ou de décroissance. Quand un phénomène quitte le Yin pour entrer dans le Yang, c'est le mouvement de la naissance, de l'aube, du printemps, de l'éveil, identifié par le Bois. Au sommet du Yang, c'est l'entrée dans l'âge adulte (Feu). Puis, vient le mûrissement (Terre) et le vieillissement (Métal). Avec la mort (Eau), le phénomène se retrouve de nouveau dans le Yin. Les cinq mouvements se donnent vie dans un ordre précis, selon le principe d'engendrement : l'Eau engendre le Bois, qui engendre le Feu, qui engendre la Terre, qui engendre le Métal, qui engendre l'Eau. Quant au principe de contrôle, il fonctionne dans le même sens, mais non linéairement : l'Eau contrôle le Feu, qui contrôle le Métal, qui contrôle le Bois, qui contrôle la Terre, qui contrôle l'Eau. Les cycles d'engendrement et de contrôle forment, ensemble, un système équilibré. On s'en sert pour classifier tout phénomène naturel, mais aussi pour étudier les tissus humains et les relations des éléments entre eux. La théorie des cinq mouvements s'applique également au tempérament d'une personne, à sa dynamique comportementale spécifique. [...] ».

Je note également trois définitions de médecines complémentaires incluses dans les médecines chinoises et qui ont été citées lors des entretiens :

- Acupressure¹² : *« Forme chinoise du massage par pression des points d'acupuncture et des méridiens (voies de transmission de l'énergie). [...] En utilisant diverses techniques de manipulation, on masse avec le bout des doigts, les ongles ou des aiguilles époutées selon les règles de la médecine traditionnelle chinoise. Le massage par pression est surtout utilisé pour traiter la douleur. Objectif : Normalisation du flux énergétique bloqué ou perturbé dans le corps ».*
- Acupuncture¹³ : *« Thérapie de régulation selon les principes de la médecine traditionnelle chinoise. Par certains points d'acupuncture, il est possible d'atteindre les organes internes. Ces points sont situés sur des circuits conducteurs d'énergie, les méridiens, qui sillonnent tout le corps. Dans le cadre d'un traitement d'acupuncture, la peau est piquée en différents endroits, sur des points d'acupuncture précis ou bien elle est stimulée avec du moxa (feuilles d'armoises séchées ou en poudre) pour*

¹² Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupressur.htm, page consultée le 19 mars 2009

¹³ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-akupunktur.htm, page consultée le 19 mars 2009

dénouer les blocages dans le flux énergétique¹⁴. Objectif: Régulation du flux énergétique dans le corps ».

- Méridiens¹⁵ : « Les méridiens constituent le réseau électromagnétique de circulation de l'énergie. Comme le sang, l'énergie parcourt sans cesse le corps. Elle est présente partout mais elle se rassemble dans les méridiens principaux, au nombre de douze, dont elle fait cinquante fois le trajet en 24 heures. Il y a des heures où une quantité maximale d'énergie circule dans un méridien spécifique tandis que 12 heures plus tard il y circule une quantité minimale d'énergie. Les méridiens sont bilatéraux et donc possèdent une branche à droite et une branche à gauche qui relient les organes et les membres, font communiquer le haut et le bas, l'extérieur et l'intérieur, et règlent le fonctionnement de chaque partie du corps ».

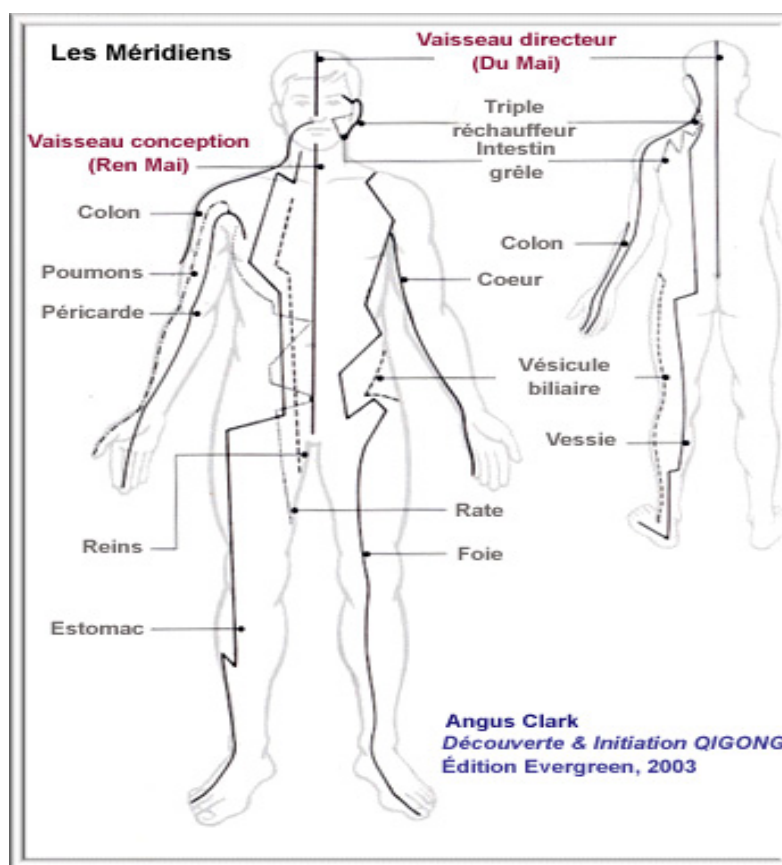


Image tirée de l'adresse URL :

<http://www.mapageweb.umontreal.ca/dugas/indexME.html>, page consultée le 19 mars 2009

¹⁴ « Energie qui circule à travers notre corps et pourvoit au fonctionnement équilibré des fonctions vitales. Les maladies/affections sont considérées comme un dysfonctionnement du flux énergétique qu'il faut supprimer ».

¹⁵ Adresse URL : <http://www.medecinesnaturelles.com/index.php?to=3511#trois>, page consultée le 19 mars 2009

Méthode Simonton¹⁶

« Méthode s'adressant à l'être humain dans sa globalité (corps, âme, esprit). Sa philosophie est fondée sur une prise de conscience et la recherche d'une meilleure qualité de vie comprenant la joie et la douceur. Il s'agit de se centrer sur ce qui va et non sur ce qui ne va pas, sans s'attacher au résultat (lâcher prise, intégrer vie et mort, santé et maladie), de se valoriser et respecter ses propres limites, de travailler sur ses émotions. La méthode Simonton permet au malade de comprendre comment il peut influencer sa guérison. La maladie est là pour lui faire comprendre qu'il s'est trop éloigné de sa propre nature et l'invite à modifier ses attitudes induisant des douleurs émotionnelles et physiques ».

Phytothérapie¹⁷

« Thérapie visant à traiter et à prévenir les maladies par les plantes ou leurs composantes. Objectif : Traitement de maladies légères, troubles de l'humeur comme la nervosité, l'agitation, les refroidissements et les maladies de la peau ». L'une des branches principales de la phytothérapie est l'aromathérapie et les huiles essentielles font partie d'un sous-groupe de cette dernière.

Réflexologie plantaire¹⁸

« Méthode diagnostique et thérapeutique par des techniques de massage appliquées sur des zones du pied. Cette méthode se fonde sur la supposition que chaque structure du corps est reproduite dans une zone précise du pied. A l'aide de techniques de massages spéciales dans les zones de réflexes du pied concernées, il est possible de traiter des troubles dans les domaines correspondants du corps. Objectif : Traitement de douleurs et de troubles fonctionnels ».

¹⁶ Adresse URL : <http://www.simonton.ch/fr/methode/index.html>, page consultée le 22 novembre 2008

¹⁷ Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

<http://www.medecines-douces.com/annuaires/phytocad.htm>, page consultée le 15 mars 2009

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-aromatherapie.htm, page consultée le 15 mars 2009

¹⁸ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-fussreflexzonen_massage.htm, page consultée le 11 novembre 2008

Reiki¹⁹

« Découvert au Japon par Mikao Usui (1865-1926), il est composé des mots "Rei" représentant l'essence de la source existant en toute chose et "Ki" signifiant énergie vitale → énergie universelle de vie existant depuis toujours. La transmission se fait par l'imposition des mains sur le corps du receveur. L'énergie circule, purifie et harmonise le receveur à tous les niveaux de son être (physique, émotionnel, mental et spirituel). Les effets lors d'un traitement peuvent être perçus comme une profonde relaxation, des sensations de chaleur ou des picotements. Le Reiki n'éradique pas directement les symptômes physiques mais libère les causes originelles des blocages, des douleurs ou des maladies. Il s'avère être un merveilleux moyen pour se libérer du stress quotidien et retrouver ainsi ses pleines capacités ».

Sophrologie²⁰

« Cette méthode trouve ses origines dans le training autogène, le yoga et le bouddhisme zen. Par une respiration consciente et une concentration ciblée, on cherche à atteindre un état de détente très profond. Les exercices de sophrologie peuvent être pratiqués aussi bien en position debout qu'assise ou couchée. Objectif : Diminution des angoisses, du stress et des troubles nerveux, prévention de l'insomnie ».

Spagirie²¹

« La spagirie découle des travaux du médecin suisse Paracelse (1493 – 1541). La spagirie est basée sur quatre piliers fondamentaux : l'alchimie, la philosophie, l'astronomie, et la vertu. Toute matière est composée de trois principes : mercure, soufre et sel. Vient du grec et voudrait dire "séparer, extraire" (spao) et "réunir" (ageiros). Les essences spagiriques s'utilisent non seulement sous forme liquide, en essence individuelle ou en mélange, mais également sous forme d'inhalation et d'onguents. Elles trouvent leur application lors de troubles aigus et chroniques et se prêtent également très bien à des buts prophylactiques. Un traitement même prolongé ne produit aucun effet secondaire. A une faible teneur en alcool. Toutes solutions spagiriques peuvent être adaptées à chacun ».

¹⁹ Adresse URL : <http://www.reiki-formation.ch/html/reiki.htm>, page consultée le 22 novembre 2008

²⁰ Adresse URL : http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-sophrologie_caycedienne.htm, page consultée le 11 novembre 2008

²¹ Adresse URL : <http://www.droguerie-jaquet.net/spagyrie.php>, page consultée le 25 mai 2009

C. Grille d'entretien

Objectif de recherche 1	Hypothèse de recherche	Consignes ou questions principales de l'entretien	Relances	Eléments du cadre théorique
Définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières ont intégré dans leur rôle propre l'application des médecines complémentaires.	Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs ont intégré ces applications dans leur rôle propre.	<p>1.1 Dans votre pratique infirmière, que sont les médecines complémentaires ?</p> <p>1.2 De pouvoir proposer ou appliquer des médecines complémentaires au sein d'un service de soins palliatifs, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?</p> <p>1.3 Est-ce que la proposition ou l'application d'une médecine complémentaire à un patient en traitement palliatif fait partie de votre rôle propre infirmier ? (<i>Décidez-vous par vous-même l'application de telle ou telle médecine complémentaire ?</i>)</p>	<p>1.1.1 Pouvez-vous me citer quelques médecines complémentaires ?</p> <p>1.1.2 Pour vous, est-ce que les massages, la phytothérapie ou la réflexologie plantaire ont font partie ?</p> <p>1.2.1 Est-ce que l'application de certaines médecines complémentaires valorise votre pratique infirmière ?</p> <p>1.3.1 Estimez-vous que cet acte fait aussi partie du rôle médico-délégué ?</p> <p>1.3.2 Comment et avec qui ces décisions se prennent-elles ?</p>	<p>Rôle propre infirmier (<i>prévention et promotion de la santé, indépendance, autodétermination, partenaire du patient, ...</i>)</p> <p>Autonomie (<i>respect des choix du patient, interdépendance, interdisciplinarité, responsabilité, ...</i>)</p> <p>Médecines complémentaires (<i>cultures, quête de sens, responsabilité, rôle actif, croyances et valeurs, toucher, ...</i>)</p>

Objectif de recherche 2	Hypothèse de recherche	Consignes ou questions principales de l'entretien	Relances	Eléments du cadre théorique
<p>Evaluer si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières peuvent mobiliser les compétences nécessaires à l'application de médecines complémentaires dans leur temps de travail.</p>	<p>Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs arrivent à mobiliser les compétences nécessaires à ces applications dans le contexte espace temps donné.</p>	<p>2.1 Quelles médecines complémentaires avez-vous déjà eu l'occasion de proposer ou d'appliquer ?</p> <p>2.2 J'aimerais que vous me parliez du contexte mis en place lorsque l'infirmière propose/applique une médecine complémentaire ?</p> <p>2.3 Décrivez-moi comment vous avez procédé au niveau de l'organisation journalière ?</p>	<p>2.1.1 Comment vous organisez-vous afin d'appliquer une médecine complémentaire ?</p> <p>2.2.1 Comment vous organisez-vous au sein de l'équipe dans votre temps de travail ?</p> <p>2.3.1 Est-ce que l'application des médecines complémentaires change l'organisation du travail quotidien ?</p>	<p>Rôle propre infirmier <i>(prévention et promotion de la santé, indépendance, autodétermination, partenaire du patient, ...)</i></p> <p>Autonomie <i>(respect des choix du patient, interdépendance, interdisciplinarité, responsabilité, ...)</i></p> <p>Soins palliatifs <i>(qualité de vie, vision holistique, accompagnement, souffrance globale, ...)</i></p> <p>Médecines complémentaires <i>(cultures, quête de sens, responsabilité, rôle actif, croyances et valeurs, toucher, ...)</i></p>

Objectif de recherche 3	Hypothèse de recherche	Consignes ou questions principales de l'entretien	Relances	Eléments du cadre théorique
<p>Définir si, en milieu de soins palliatifs, les infirmières arrivent à identifier leurs besoins et à assumer leurs valeurs et leurs croyances au niveau personnel et professionnel en proposant et en appliquant des médecines complémentaires, cela face aux regards de leurs collègues et de leurs clients.</p>	<p>Les infirmières mobilisant des médecines complémentaires en soins palliatifs assument leurs valeurs et leurs croyances personnelles et professionnelles au sein de leur équipe disciplinaire et face à leurs clients.</p>	<p>3.1 J'aimerais que vous me parliez de vos ressentis lorsque vous proposez ou pratiquez une médecine complémentaire à un patient en traitement palliatif.</p> <p>3.2 Lors de proposition/application de médecines complémentaires, quelles sont vos facilités et vos difficultés au sein de l'équipe soignante ?</p> <p>3.3 Lors de proposition/application de médecines complémentaires, quelles sont vos facilités et vos difficultés face au patient ?</p>	<p>3.1.1 Comment vivez-vous le fait de pouvoir proposer/appliquer de telles médecines dans le cadre de votre travail ?</p> <p>3.2.1 Arrivez-vous à vous positionner sur ce sujet personnellement et professionnellement ?</p> <p>3.3.1 Y a-t-il déjà eu des exigences ou des refus à l'application de telles médecines ?</p>	<p>Rôle propre infirmier <i>(prévention et promotion de la santé, indépendance, autodétermination, partenaire du patient, ...)</i></p> <p>Autonomie <i>(respect des choix du patient, interdépendance, interdisciplinarité, responsabilité, ...)</i></p> <p>Relation d'aide <i>(relation soignant-soigné, attitudes aidantes, techniques de communications, ressources, ...)</i></p> <p>Soins palliatifs <i>(qualité de vie, vision holistique, accompagnement, souffrance globale, ...)</i></p> <p>Médecines complémentaires <i>(cultures, quête de sens, responsabilité, rôle actif, croyances et valeurs, toucher, ...)</i></p>

Suite aux données récoltées allant répondre à mes hypothèses, j'ai encore quelques dernières questions vous concernant davantage :

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmière ?
- Combien d'années cela fait-il que vous travaillez dans un service de soins palliatifs ?
- Combien de temps cela fait-il que vous proposez ou appliquez des médecines complémentaires dans le cadre de votre pratique professionnelle infirmière ?

D. Documents administratifs

a) Lettre d'informations

TRAVAIL DE BACHELOR SUR

Les médecines complémentaires en soins palliatifs

Réalisé par Tauxe Laetitia, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis

Informations destinées aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais Wallis j'entreprends un Travail de Bachelor dans le but de comprendre l'application des médecines complémentaires en milieu de soins palliatifs. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptiez d'y participer, je vous contacterais et fixerais avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital/centre ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin décembre 2009.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser l'application des médecines complémentaires en milieu de soins palliatifs. Pour ce faire, un entretien est prévu dans le service, sur votre temps de travail ou non.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de pratique de médecines complémentaires en soins palliatifs.

Afin d'obtenir un critère de faisabilité correcte, cela m'est nécessaire de m'entretenir au moins avec quatre infirmières diplômées depuis au moins un an et travaillant dans votre service de soins palliatifs depuis au moins un an.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Taxe Laetitia, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse : Bâtiment CFF, 1925 Châtelard

Numéro de téléphone : 079/733.10.53

Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

b) Formulaire de consentement

Travail de Bachelor sur les médecines complémentaires en soins palliatifs

**Mené par Tauxe Laetitia, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis
Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis**

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes²² participant au Travail Bachelor

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du Travail Bachelor ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce Travail Bachelor.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce Travail Bachelor sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du Travail Bachelor, à savoir au plus tard fin décembre 2009.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le Travail Bachelor soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre du Travail Bachelor sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au Travail Bachelor mentionné dans l'en-tête.

Date:

Signature :

Contacts :

Tauxe Laetitia, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 079/733.10.53

Seppey Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis.

²² Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

E. Quatre tableaux détaillant les médecines complémentaires

Thérapie	Philosophie	Explications/Critères	Méthodes	Avantages	Risques/Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Homéopathie²³ 	<ul style="list-style-type: none"> Principe de similitude (le semblable soigne le semblable). Stimulation de l'énergie propre, des forces d'auto-guérison et du système immunitaire afin d'accroître le potentiel de guérison. 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement dans lequel on ingère un principe actif dilué selon des règles homéopathiques. Préparation à partir d'éléments végétaux, animaux ou minéraux qu'on laisse macérer dans de l'alcool jusqu'à obtention de teintures mères. Ces dernières seront à leur tour diluées dans de l'alcool en raison d'une proportion de 1 pour 10 ou 1 pour 100. Une anamnèse détaillée des symptômes du client est nécessaire afin de faire un choix judicieux du principe actif. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation sous trois formes : solide (granules, globules, poudre), semi-solide (suppositoires, pommade), liquide (gouttes, ampoules buvables). 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte de la globalité de la santé. Individuelle car une détermination des moyens propres au client est nécessaire. Généralement dépourvue d'effets secondaires. Prise en charge par certaines caisses-maladies. Association possible à la médecine allopathique. 	<ul style="list-style-type: none"> Aggravation initiale de l'état pathologique prouvant que le principe actif choisi est le bon. Les formes comme les granules peuvent provoquer des réactions de sensibilité chez certains clients, par exemple les diabétiques. Certaines méthodes d'homéopathie comme les injections ne sont pas commercialisées car il n'y a pas d'étude prouvant l'efficacité et les risques.

²³ Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschiagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-homoeopathie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

<http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin25/pageweb/homeo1.htm>, page consultée le 22 mars 2009

http://www.pharmacie-andorre.com/homeopathie-pharmacie_carolina_garralla-pharmacie_andorre.php, page consultée le 22 mars 2009

Taux Laetitia/Travail Bachelor/ 6 juillet 2009

Thérapie	Philosophie	Explications/Critères	Méthodes	Avantages	Risques/Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Massages classiques²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Détente psychique et physique. • Apport d'un bien-être général. 	<ul style="list-style-type: none"> • Par diverses techniques de massage, l'irrigation sanguine des muscles et du tissu conjonctif est stimulée et leur état de tension normalisé. • Utilisation du sens du toucher. • Le thérapeute doit avoir fait une anamnèse sur le client (pathologies actuelles, antécédents médicaux) afin de limiter les risques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pétrissage • Caresse • Tapotements • Frottements • Mouvements des articulations • Existence d'une multitude de massages spécifiques tels la réflexologie plantaire, le massage assis, le massage du dos, massage sportif, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépourvus d'effets secondaires. • Harmonisation des fonctions organiques par la stimulation et la régularisation de la circulation sanguine, par l'effet sur le système lymphatique et celui sur les organes internes via les zones réflexes. • Apaisement des douleurs, diminution voire disparition du stress et des tensions. • Prise en charge par certaines caisses-maladies. • Association possible à la médecine allopathique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mauvaise anamnèse du client peut amener à plusieurs risques selon les pathologies actuelles ou les antécédents médicaux. Par exemple, une fracture en cas d'ostéoporose. • Manque de compétences du thérapeute.

²⁴ Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-klassische_massage.htm, page consultée le 11 novembre 2008

<http://www.sivana.ch/corporel.html>, page consultée le 22 mars 2009

<http://www.videos.lalibre.be/video/iLyROoafYknt.html>, page consultée le 22 mars 2009

Taue Laetitia/Travail Bachelor/ 6 juillet 2009

Thérapie	Philosophie	Explications/Critères	Méthodes	Avantages	Risques/Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Médecines chinoises²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de l'harmonie de l'énergie à l'intérieur du corps ainsi qu'entre le corps et les éléments extérieurs. • Les cinq mouvements : Métal (vieillesse), Bois (naissance), Terre (mûrissement), Feu (âge adulte), Eau (mort). • Tout ce qui existe dans l'univers est mû par une force fondamentale, une énergie appelée Qi (<i>prononcée tchi</i>). <p>Le Yin représente les forces de type passif, et le Yang désigne les forces de type actif. Dans tous les cycles naturels, le Yang succède au Yin et vice-versa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les déséquilibres énergétiques entre le Yin et le Yang créent des pathologies. • Ne traitent pas les symptômes mais le client dans sa globalité. • Médecines davantage axées sur le terrain, la prévention, la chronicité, l'étiologie. • Atténuation des effets secondaires dus à d'autres médecines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acupressure • Acupuncture • Méridiens • Moxibustion • Diététique chinoise • Mobilisations • Exercices physiques • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement dépourvues d'effets secondaires. Dans les rares cas où ils surviennent, ils se manifestent par des troubles digestifs, de la fatigue, une aggravation des symptômes pouvant amener à un mieux. Ils sont donc bénins et passagers. • Vision holistique du client. • Prise en charge par certaines caisses-maladies. • Association possible à la médecine allopathique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de compétence du thérapeute. • Non aseptie du matériel (aiguilles en acupuncture).

²⁵ Adresses URL :

http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=medecine_traditionnelle_chinoise_th, page consultée le 19 mars 2009

<http://www.meridiens.org/mrd/spip.php?breve25>, page consultée le 22 mars 2009

<http://www.sionneau.com/index.php?page=accueil>, page consultée le 22 mars 2009

Taux Laetitia/Travail Bachelor/ 6 juillet 2009

Thérapie	Philosophie	Explications/Critères	Méthodes	Avantages	Risques/ Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Phytothérapie²⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> Emploi des plantes et de leurs composantes. Comprenant l'aromathérapie comme branche principale, ayant elle-même comme sous-groupe les huiles essentielles. 	<ul style="list-style-type: none"> Thérapie visant à traiter et à prévenir les maladies. Indiquée pour le traitement de maladies légères, de troubles de l'humeur tels la nervosité et l'agitation, les refroidissements, les maladies de la peau. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation sous quatre formes : solide (gélules), liquide (huiles essentielles, essences), voie externe (gel), en tisane (décoction, infusion). 	<ul style="list-style-type: none"> Généralement dépourvue d'effets secondaires. Les plantes sont bénéfiques et ne font pas empirer un état pathologique. Aucun effet sur la mémoire (au contraire de certains médicaments, par exemple les anxiolytiques). Prise en charge par certaines caisses-maladies. Association possible à la médecine allopathique. 	<ul style="list-style-type: none"> Mal utilisées ou à trop grandes doses, les plantes peuvent être dangereuses voire mortelles. A des limites, n'a pas grand effet dans certaines pathologies (sclérose en plaques, cancer). La totalité des plantes n'a pas un label de qualité.

²⁶ Adresses URL :

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-phytotherapie.htm, page consultée le 11 novembre 2008

<http://www.medecines-douces.com/annuaires/phytocad.htm>, page consultée le 15 mars 2009

http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/wissen_nachschlagen/pri-ges-kom-methoden/pri-ges-kom-met-aromatherapie.htm, page consultée le 15 mars 2009

Les médecines «parallèles». La controverse et les vraies questions; acupuncteurs, homéopathes, phytothérapeutes, etc. s'expliquent. Hors-série trimestriel No 150, Paris, mars 1985, Edition Science & Vie, 1985, pages 66 à 77

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Phytothérapie : efficace ?* France

Adresse URL : <http://www.omegatv.tv/video-sante-medecines-douces-phytotherapie-efficace-id926.html>, page consultée le 19 août 2008

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Phytothérapie : les limites ?* France

Adresse URL : <http://www.omegatv.tv/video-sante-medecines-douces-phytotherapie-les-limites-id899.html>, page consultée le 19 août 2008

LABESCAT, Jacques, médecin phytothérapeute et ostéopathe. *Plantes : pourquoi les utiliser pour soigner ?* France

Adresse URL : <http://www.omegatv.tv/page-plantes-pourquoi-les-utiliser-pour-soigner-id893.html>, page consultée le 19 août 2008

Taux Laetitia/Travail Bachelor/ 6 juillet 2009