



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## VOTRE PRATIQUE

# Patients âgés douloureux : démarche clinique infirmière et approches psychocorporelles

*Painful elderly patients: Clinical nursing approach and psycho-corporeal approaches*



Isabelle El Khiari

**Isabelle El Khiari (infirmière clinicienne certifiée spécialisée dans les approches complémentaires)**

*Pôle gériatrique de l'Essonne, groupe hospitalier universitaire Henri-Mondor, site Joffre-Dupuytren & G.-Clemenceau, 1, rue Eugène-Delacroix, 91210 Draveil, France*

Reçu le 20 septembre 2017 ; accepté le 22 septembre 2017

### MOTS CLÉS

Douleur ;  
Approches complémentaires de soins ;  
Psychocorporelles ;  
Raisonnement clinique infirmier ;  
Taxonomie internationale infirmière ;  
Consultation infirmière

**Résumé** La population française tend de plus à plus à recourir aux approches complémentaires de soins dans le cadre de la promotion et de la restauration de sa santé. Pour mieux répondre à cette demande, un nombre croissant de professionnels de santé (médecins, paramédicaux...) se forment aujourd'hui à ces approches psychocorporelles. Utilisées en complément des thérapeutiques conventionnelles, ces approches non médicamenteuses sont préconisées dans différents plans nationaux de santé, notamment dans le cadre de la prise en charge interdisciplinaire de la douleur. En effet, les intrications biopsychosociales et spirituelles des problématiques de santé, associées aux symptômes douloureux nécessitent fréquemment ces associations thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans l'objectif de restaurer l'autonomie du patient douloureux. Formée à ce type d'approches, l'infirmière clinicienne certifiée dispose d'une taxonomie internationale favorisant le raisonnement clinique, le choix de l'intervention non médicamenteuse à proposer, les modalités de mise en œuvre et l'évaluation des résultats obtenus. Pour en illustrer les modalités opérationnelles, la situation clinique abordée reflète cette pratique dispensée en partenariat avec l'équipe pluriprofessionnelle. La description des éléments clés de la consultation infirmière dédiée à la mise en œuvre de ces approches complémentaires met en exergue le rôle clé de la personne soignée, acteur de son parcours de soin.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : [isabelle.elkhiari@aphp.fr](mailto:isabelle.elkhiari@aphp.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2017.09.014>

1624-5687/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Pain;  
Complementary  
approaches;  
Mind-body therapies;  
Clinical reasoning;  
International nursing  
taxonomy;  
Nursing consultation

**Summary** The French population is increasingly turning to complementary care approaches in the promotion and restoration of its health. To better respond to this demand, a growing number of health professionals (physicians, nurses, physiotherapists...) are now training to use mind-body interventions. In addition to conventional therapies, these complementary therapies are advocated in various national health plans, particularly in the context of interdisciplinary pain management. Indeed, the biopsychosocial and spiritual intakes of health problems associated with painful symptoms frequently require these therapeutic combinations, both medicinal and non-medicinal, with the objective of restoring the autonomy of the painful patient. Trained in these types of approaches, the certified clinical nurse uses an international taxonomy that helps clinical reasoning, to choose which non-drug intervention to set up, the modalities of implementation of these methods and the assessment of results. The clinical situation addressed reflects this practice in relationship with the pluriprofessional team. The description of the key elements of the nursing consultation dedicated to the implementation of these complementary approaches highlights the key role of the patient, actor in his care process.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) forment un ensemble de pratiques variées et hétérogènes tant dans leur désignation (approches complémentaires, approches non médicamenteuses) comme dans leurs modalités d'indications, d'applications et d'évaluations. La National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) les définit comme étant « un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle ».

L'Organisation mondiale de la santé [1] a annoncé en 2014 son 2<sup>e</sup> plan stratégique programmé jusqu'en 2023 pour assurer le développement de ces médecines « alors que la médecine traditionnelle et complémentaire est de plus en plus largement adoptée, (...) il est nécessaire qu'elle soit plus étroitement intégrée dans les systèmes de santé. Les autorités et les consommateurs doivent s'interroger sur la manière dont cette médecine peut améliorer l'expérience du patient et la santé de la population ».

En France, les approches non médicamenteuses figurent comme stratégies complémentaires à développer dans divers plans nationaux (douleur, cancer, soins palliatifs, Alzheimer). L'enquête menée en 2015 [2] par le Conseil de l'Ordre national des médecins indique que 40 % de la population a déjà eu recours aux MAC.

*Selon les référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support [3], la prévalence de l'utilisation des thérapies complémentaires est de 28 % à 60 % en France avec une moyenne européenne de 35,9 %.*

Pour autant, les données concernant les différents professionnels de santé formés et la reconnaissance des compétences développées restent partielles même si des recensements commencent à être publiés.

## De la ville à l'hôpital

Depuis 2010, la Direction générale de la santé finance un programme pluriannuel d'évaluation des pratiques de soins non conventionnelles [4].

Elle a ainsi confié à l'Inserm ou à des sociétés savantes la réalisation de rapports d'évaluations basés sur des revues de littérature scientifique internationale, visant à repérer les pratiques prometteuses et celles potentiellement dangereuses. Elle demande ensuite un avis complémentaire à la Haute Autorité de santé ou au Haut Conseil de la santé publique.

En mai 2012, commandé dans le cadre du plan stratégique 2010–2014 de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), un rapport dresse un inventaire des MAC ayant fait progressivement leur entrée à l'hôpital [5]. L'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnose, la relaxation et le toucher thérapeutique font partie de la quinzaine des thérapies complémentaires proposées. Telles que définies, les médecines complémentaires et alternatives regroupent « des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle (médecine occidentale, médecine allopathique) ». Selon l'usage qui en est fait, on parlera de « médecines complémentaires » quand elles sont utilisées en complément de la médecine conventionnelle, ou de « médecines alternatives » quand elles sont utilisées à la place de cette dernière conventionnelle.

Partant du principe que les patients douloureux chroniques se tournent souvent vers ces pratiques complémentaires [6], inclure ces approches dans la démarche hospitalière permet d'en maîtriser la teneur et d'en encadrer leur dispensation. Une attention particulière est portée à la formation des professionnels de santé ; des diplômes universitaires traditionnellement réservés aux médecins s'ouvrent notamment aux paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, etc.) comme aux psychologues cliniciens, optimisant l'intégration interdisciplinaire sécuritaire des approches complémentaires associées au traitement conventionnel de la maladie.

Mais comment cette pratique s'intègre à la pratique clinique infirmière, notamment dans le champ de la douleur ?

## Approches complémentaires et pratique infirmière

Dans la pratique quotidienne infirmière, à l'appui des thérapies conventionnelles, l'utilisation des approches complémentaires [7] a pour objectif d'aider la personne hospitalisée à gérer ses douleurs et/ou son anxiété, à développer des stratégies et des ressources pour mieux faire face à la douleur comme à la maladie tout en améliorant son mieux-être et son confort.

La Classification internationale des interventions infirmières décrit plusieurs de ces approches [8] (Tableau 1). En France, les approches complémentaires sont encadrées de fait dans le décret de compétences et dans le Code de la santé publique, en lien avec le rôle autonome de l'infirmière (décret n° C 2004-802 relatif aux parties IV et V, du 29 juillet 2004 : articles de l'article R. 4311-2 ; article R. 4311-5 ; art. R. 4312-10 ; art. R. 4312-19 ; art. R. 4312-20 ; art. R. 4312-3). Comme tout autre professionnel formé à ces approches, après un recueil de données analysé, l'infirmière choisit avec le patient celle(s) pouvant aider à atteindre les objectifs thérapeutiques envisagés.

## Démarche clinique infirmière

Les situations complexes de douleurs présentées par des personnes âgées polypathologiques sont fréquentes en gériatrie. Contribuant à la prise en charge interdisciplinaire, le développement d'un haut niveau de raisonnement clinique infirmier issu de la démarche de soin permet d'objectiver les options thérapeutiques, notamment par la mise en place d'une association d'approches complémentaires pour lesquelles les professionnels se sont formés.

Le jugement clinique de l'infirmière clinicienne [9] se base à la fois sur un modèle biomédical et sur des concepts en sciences humaines rapportés aux soins infirmiers (Tableau 2). Ces modèles guident tout autant l'observation du patient, l'examen clinique, la collecte d'informations subjectives et objectives que l'analyse de ces données cliniques. Cette évaluation infirmière tient compte des réactions humaines aux problèmes de santé et/ou aux processus de vie d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité [9] dans les choix d'interventions préventives, éducatives, curatives et palliatives proposées.

Pour ce faire, l'infirmière clinicienne utilise la taxonomie des diagnostics infirmiers [9] (NANDA I) pour formuler des hypothèses cliniques, énoncer des problèmes réels ou potentiels (de type risque de) et/ou des opportunités de promotion de la santé. Cette taxonomie internationale offre l'avantage d'un langage standardisé de manière à communiquer plus aisément avec les pairs mais aussi avec l'équipe soignante pluriprofessionnelle. Rappelons que le raisonnement diagnostique est un processus intellectuel délibéré, structuré selon des étapes logiquement ordonnées, utilisé pour planifier des soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée.

La démarche ainsi mobilisée a pour but d'établir une alliance thérapeutique, de maximiser les ressources de la personne en l'accompagnant dans une stratégie d'adaptation efficace.

*Elle sert d'appui pour l'élaboration d'un plan de soin individualisé qui réponde aux attentes de la personne soignée et de façon coordonnée avec les différentes interventions de l'équipe soignante.*

Rapportée au cadre de la prise en charge d'un patient douloureux chronique, cette approche globale associe parfois une ou plusieurs MAC telles les approches psychocorporelles via la psyché (la relaxation, la visualisation, la sophrologie, la respiration, pour diminuer l'anxiété, la douleur et favoriser l'endormissement...) ou via le kinésithésique (comme l'acupression, le Do-in pour diminuer la fatigue, l'automassage pour stimuler le transit, le toucher relationnel, l'Ortho-Bionomy pour la gestion de la douleur) ou via l'olfaction et la voie cutanée (comme l'aromathérapie pour la gestion de l'anxiété et du sommeil etc.).

Dispensée dans le cadre d'une activité transversale de consultation infirmière [11], cette démarche soignante favorise l'échange clinique, en partenariat avec les autres acteurs de soins (équipe soignantes, transversaux...), aidant au soutien et à l'accompagnement des équipes, du patient et, par ricochet des aidants.

## Situation clinique

Mme P. 92 ans, est hospitalisée en soins de suite réadaptation depuis 1 mois pour lombocruralgie avec douleur à l'appui du membre inférieur droit, anxiété, insomnie et refus de prendre certains médicaments. Une demande de prise en charge par l'infirmière clinicienne est faite pour évaluation complémentaire et mise en place de techniques psychocorporelles.

Les principaux antécédents médicaux sont : hernie discale lombaire 2 (L2), insuffisance hépatique, hypotension artérielle, hypercholestérolémie, hypothyroïdie, cholécystectomie, psoriasis.

## Recueil de données

Le recueil de données centré sur les besoins et les souhaits de la patiente nous apprend que Mme P. est veuve, qu'elle a une fille, deux petits-enfants ; ancienne couturière dans la haute couture, d'un caractère plutôt positif et plein d'humour, elle a besoin de « pouvoir maîtriser les choses », aime « se faire masser le dos par le kinésithérapeute » quand elle est douloureuse mais précise qu'elle « n'aime pas les médicaments » et dit « être très ouverte à toute proposition thérapeutique autre que médicamenteuse ».

Observante pour la prise des autres traitements habituels prescrits (thyroïdien, hypocholestérolémiant, hypotenseur...), elle sélectionne ses traitements médicamenteux antalgiques pour « ne pas avoir d'effets secondaires agaçants, être encore nauséuse ou vomir » :

**Tableau 1** Exemples d'interventions infirmières [8] relatives à des approches complémentaires.

Interventions (CISI/NIC)	Définitions (CISI/NIC)	Indications <sup>a</sup>
Acupression	Application d'une pression ferme et soutenue sur certains points du corps afin de réduire la douleur, de produire une relaxation et prévenir ou réduire les nausées	Diminuer la douleur, l'anxiété, la fatigue, réguler le stress, se relâcher, aider à se détendre, renforcer l'immunité. Améliorer le sommeil et le confort digestif. . .
Aromathérapie	Administration d'huiles essentielles, d'onguents ou de lotions par massage, bains, inhalation ou compresses (chaudes ou froides) pour calmer et adoucir, soulager une douleur, accroître la relaxation et le bien-être	Améliorer le confort ostéoarticulaire, musculaire, tendineux, digestif, circulatoire, respiratoire. . . Tonifier, apaiser, relaxer favoriser le sommeil, le lâcher prise. Accroître le mieux-être. . .
Gestion de l'humeur	Assurer la sécurité, la stabilisation, la récupération et le maintien d'un patient présentant des variations dysfonctionnelles de l'humeur	Réguler la sphère psycho-émotionnelle, évacuer des émotions négatives. Lutter contre la fatigue, le manque d'énergie, d'appétit, les troubles du sommeil . . . Se libérer de tensions corporelles envahissantes, se vider l'esprit ou se ressourcer
Hypnose	Aider un patient à atteindre un état d'attention, focalisé sur la concentration avec la suspension d'une partie de la sensibilité périphérique, pour créer des changements dans les sensations, les pensées ou le comportement	Soulager le vécu et le symptôme algique, diminuer l'anxiété, favoriser la concentration/motivation
Incitation à faire de l'exercice	Favoriser la pratique régulière d'exercices physiques afin de maintenir ou d'améliorer sa condition physique et sa santé	Maintenir et favoriser les mouvements pour un confort ostéoarticulaire, musculaire, tendineux, circulatoire Améliorer sa condition physique, son mieux-être et sa santé
Massage	Stimulation de la peau et des tissus sous-jacents avec diverses intensités de pression de la main afin d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation ou d'améliorer la circulation sanguine	Atténuer la douleur, induire la relaxation et améliorer la circulation sanguine. . .
Méditation	Concentration de l'attention sur une image ou une pensée spécifique afin d'atteindre un état de conscience	Gérer la douleur chronique, le stress, l'anxiété, l'insomnie, l'impulsivité, le symptôme dépressif et la détresse face à la maladie chronique Accroître le bien-être, aider au lâcher prise
Thérapie par la relaxation	Utilisation de techniques favorisant et induisant la relaxation afin d'atténuer des signes et symptômes indésirables tels que la douleur, la tension musculaire ou l'anxiété	Gérer les douleurs, les tensions, les blocages, les émotions, le stress Améliorer le sommeil, la concentration. . .
Visualisation	Utilisation intentionnelle de l'imagination afin de susciter un état de relaxation ou de distraire l'attention de sensations indésirables	Aider à développer et/ou renforcer la confiance en soi. Améliorer le mieux-être. Gérer les douleurs chroniques. Soutenir les ressources à faire face
Technique d'apaisement	Diminution de l'anxiété chez une personne en situation de détresse majeure	Besoin de présence sécurisante, d'être rassuré, calmé ou de gérer des états de stress, d'agitation et la violence. . .
Toucher	Utilisation d'un contact tactile afin de favoriser le bien-être, le confort et la communication	Favoriser la communication, la stimulation sensorimotrice et émotionnelle, la transmission de l'intentionnalité du soin, Besoin d'être relaxé et détendu, d'être en sécurité, ou d'améliorer l'image de son corps

CISI/NIC : classification des interventions en soins infirmiers/Nursing Interventions Classification.

<sup>a</sup> Indications provenant de différents retours d'expériences d'IDE françaises.

**Tableau 2** Modèles conceptuels en soins infirmiers [10] utilisés (non exhaustif).

Écoles	Théoriciennes	Influences	Éléments clés
École des besoins	Virginia Henderson	Facteurs biophysiques, psychologiques, sociologiques, culturels et spirituels	Dépendance et indépendance de la personne dans la satisfaction de 14 besoins fondamentaux
École des interactions	Hildegarde Peplau	Interaction psychanalyse, phénoménologie, existentialisme besoins physiologiques, sécurité interpersonnelle et de contacts humains	Processus interpersonnel thérapeutique, qualité de la relation soignant-soigné
École des effets souhaités	Callista Roy	Théorie de l'adaptation et du développement Théorie générale des systèmes	Adaptation aux changements de réponse de la personne aux agents de stress personne vue comme un système d'adaptation avec des mécanismes régulateurs et cognitifs
École du Caring (prendre soin)	Jean Watson	Anthropologie Philosophie humaniste	Art et science humaine du Caring, selon les 12 facteurs « caratifs », : le développement de valeurs humaines humanistes, système de croyance et de l'espoir, sensibilisation à soi et aux autres, relation d'aide et de confiance, l'expression de sentiments positifs et négatifs, méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision, enseignement et apprentissage interpersonnel, créer un environnement mental, physique socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction, satisfaction des besoin humain « pyramide de Maslow » et la prise en compte des facteurs existentiels et phénoménologiques

- Tramadol<sup>®</sup> LP 200 mg × 2/jour, qu'elle prend après négociation quand « la douleur devient insupportable » ;
- Nefopam<sup>®</sup> 20 mg × 6/jour, qu'elle refuse de prendre car « ne supporte pas les effets secondaires » et estime que « cela ne la soulage pas » ;
- Alprazolam<sup>®</sup> 0,25 mg × 3/jour, qu'elle refuse catégorique car « se trouve trop endormie et le considère inefficace » ;
- Zolpidem tartrate<sup>®</sup> 10 mg au coucher, qu'elle prend de façon systématique mais « qui ne l'empêche pas de se réveiller fréquemment la nuit ».

### Examen clinique infirmier

L'examen clinique infirmier [12] complété par l'évaluation quantitative et qualitative de la douleur met en évidence un comportement d'évitement au regard de sa jambe droite dont elle dit « je fais comme si elle n'existait pas, comme ça je suis tranquille et je n'y pense pas » et un refus de toucher la zone concernée. Elle n'a pas de blessure, ni de plaie, mais elle ignore sa jambe pour « ne pas penser à sa douleur » (EVS « modérée » au repos/« très intense » à l'appui, DN4 6/10).

Elle présente une fatigue importante (échelle de Classification des Résultats en Soins Infirmiers/Nursing Outcomes Classification « CRSI/NOC » niveau de fatigue = Score à 2) et une constipation avec un allongement du transit habituel de

5 jours depuis l'introduction des antalgiques et malgré les protocoles laxatif en systématique.

Mme P. est inquiète face à sa perte d'autonomie, exprime des sentiments négatifs vis-à-vis de son corps (HADS anxiété 12/21 = « certaine » ; dépression 8/21 = « douteuse »), un niveau d'inconfort « important » (CRSI/NOC). Elle précise qu'elle se réveille souvent la nuit, se sent fatiguée le matin « ce qui l'agace car ne se reconnaît pas » et aimerait pouvoir dormir « correctement la nuit ». Elle confie que, quand elle avait des difficultés d'endormissement, elle avait l'habitude de « prendre des tisanes et des bains chauds le soir au coucher » et aimerait « être à nouveau en pleine forme tout le temps ».

La douleur aiguë et l'insomnie validées par la patiente sont priorisées. En collaboration avec l'équipe référente, un plan de soins intégrant plusieurs approches complémentaires est formalisé ainsi qu'un contrat de soin et de suivi en accord avec la patiente. Le choix des cibles permettant d'optimiser la traçabilité est réalisé : « Douleur-Inconfort-Insomnie-Anxiété ».

Un compagnonnage de l'équipe référente de la patiente permet d'expliquer les différentes techniques proposées, notamment pour l'accompagnement à la respiration profonde, l'utilisation des huiles essentielles et de l'acupression (de type Do-in et la réflexologie palmaire). La mise en place d'un partenariat avec la psychomotricienne

complète le renforcement du schéma corporel essentiel dans cette prise en charge.

### Mise en œuvre du plan de soins

Concernant la douleur aiguë, l'objectif des interventions infirmières [8] est de redonner à Mme P. le contrôle via l'autogestion de ses épisodes douloureux pour diminuer/prévenir la douleur. Le plan de soins proposé comprend :

- technique d'apaisement : respiration profonde pour apprendre l'autogestion (accompagnée, puis seule) ;
- toucher et toucher thérapeutique, pour permettre de stimuler l'autorégulation naturelle du corps et diminuer la douleur ;
- aromathérapie à visée antalgique, avec application locale par les soignants d'une préparation à base d'huiles essentielles (HE) 0,5 % de menthe poivrée (*mentha piperita*), 2,5 % de gaulthérie couchée (*gaultheria procumbens*), 2 % d'eucalyptus citronné (*eucalyptus citriodora*) (dilution de 5 % d'HE dans de l'huile végétale de Calophylle et Jojoba), puis apprentissage d'une auto-application.

Concernant l'insomnie, l'objectif des interventions infirmières est de permettre à Mme P. de redevenir acteur de sa santé en lui apprenant à gérer l'insomnie, la fatigue, l'anxiété et la constipation. Le plan de soin proposé comprend :

- incitation à faire de l'exercice, pour détendre, redynamiser et maintenir en bonne santé : exercice avec un balancement doux de droite à gauche du corps en posture assise au fauteuil pour redonner de la mobilité la colonne vertébrale et des exercices de Do-in (pour dynamiser et diminuer la fatigue) associés à une prise en charge rééducative en partenariat kinésithérapeute/psychomotricienne/ergothérapeute ;
- acupression par automassage avec/sans balle de tennis pour stimuler les points réflexes et rééquilibrer l'organisme (apprentissage de l'automassage via la réflexologie palmaire, stimulation des points de Chapman au niveau du côlon) ;
- toucher (intentionnalité) + séances d'Ortho-Bionomy® pour permettre de stimuler l'autorégulation naturelle du corps afin d'améliorer le bien-être et le confort.

Une synthèse hebdomadaire avec l'équipe référente permet l'adaptation des approches complémentaires suivant les besoins du moment.

L'évaluation des résultats [13] à 56 jours de cette prise en charge est positive (EVS : « absence » de douleur au repos : « faible » épisodiquement à la marche ; HADS 4/21 = « absence » d'anxiété ; « absence » de dépression = 2/21 ; niveau de fatigue score à 5 = « aucune fatigue » ; niveau d'inconfort score à 5 = « aucun inconfort ») avec une progression continue de Mme P. dans l'appropriation des approches complémentaires permettant d'arrêter les antalgiques et le somnifère prescrit.

*Au terme des 7 consultations infirmières d'une durée moyenne d'une heure Mme P. utilise de manière autonome la respiration profonde, l'automassage aux huiles essentielles, les*

*exercices d'autorégulations naturels du corps et d'autostimulation Do-in et massage des mains avec ou sans balle de tennis.*

Au terme de ces 8 semaines d'hospitalisation, la sortie de Mme P. est programmée. Cette prise en charge évaluée avec elle a permis à Mme P. :

- de comprendre l'intérêt des traitements mis en place, qu'ils soient médicamenteux ou pas, de prendre conscience de l'impact de ses émotions sur la douleur, l'anxiété, le sommeil. Elle se déplace avec un déambulateur ou une canne en fonction de ses activités sans douleur, elle a augmenté son périmètre de marche, a pris conscience de ses limites physiques et est moins fatiguée ;
- de renforcer ses ressources, de retourner en maison de retraite avec un protocole simple à base d'huiles essentielles et de tisane de verveine/camomille pour prévenir la récurrence et soutenir ses ressources.

Un résumé infirmier et une fiche de liaison sont transmis pour les collègues de l'EHPAD avec les coordonnées de l'IDE clinicienne à contacter si besoin.

### Conclusion et perspectives

En complément des autres thérapeutiques antalgiques, les approches psychocorporelles intégrées dans la lutte contre la douleur placent la personne en position d'acteur, mobilisant ses ressources et ses stratégies personnelles.

La pratique associant médecine conventionnelle et approches psychocorporelles renforce leur synergie potentielle et optimise l'efficacité des thérapeutiques proposées aux personnes soignées. Pour continuer à prendre en compte leurs demandes qui tendent vers ce type de prise en charge, des formations complémentaires accessibles aux différents métiers du soin sont indispensables pour la bonne mise en œuvre des MAC quel que soit le lieu de soin (hospitalier, médicosocial ou au domicile...). Des travaux sont en cours pour objectiver leurs bénéfices et favoriser le développement en pratique courante. Pour exemple, un groupe national d'aromathérapie scientifique dont je suis membre rédige un consensus d'experts dont l'objectif est de guider, de sécuriser la pratique clinique en milieu hospitalier et/ou en milieu médicosocial et d'optimiser l'enseignement, l'évaluation et la recherche dans ce domaine. L'intérêt et le soutien des sociétés savantes aideront à l'étayage scientifique comme à la vulgarisation de ces compléments thérapeutiques nécessaires dans la prise en charge de la douleur comme dans d'autres domaines de la santé.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014–2023; 2013 [Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf)].

- [2] Publication de l'Ordre national des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires ?; 2015 [Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2015-07/www/index.php#/intro](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/intro)].
- [3] Référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support. Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support, AFSOS, 07/12/2012. Disponible sur : [http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/THERAPIES\\_COMP\\_J2R\\_2012\\_12\\_07.pdf](http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/THERAPIES_COMP_J2R_2012_12_07.pdf).
- [4] Direction Générale de la Santé (DGS). Finance un programme pluriannuel d'évaluation des Pratiques de soins non conventionnelles; 2010 [Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/pratiques-de-soins-non-conventionnelles>].
- [5] Fagon J-Y, Viens-Bitker C. Rapport : médecines complémentaires à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris; 2012 [Disponible sur : [http://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport\\_Med.Compl.AP-HP-05-20122.pdf](http://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med.Compl.AP-HP-05-20122.pdf)].
- [6] Amiel J. Eclairer et partager sur les approches non médicamenteuses visant à soulager la douleur chronique : conception d'une offre éducative à destination des patients et des professionnels de santé. HAL ariches-ouvertes.fr, 12 Déc. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414863>.
- [7] Thibault Wanquet P, Celestin Lhopiteau I. Guide des approches psychocorporelles, pour une relation d'aide et de soin. Paris: Éditions Elsevier Masson; 2006. p. 272.
- [8] Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochtermann J. Classification des interventions de soins infirmiers, CISI/NIC, collection Démarche soignante. 5e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012 [134; 163; 397; 443; 459; 507; 538; 685; 687; 759; 776; 777; 786].
- [9] NANDA International 2015-2017 diagnostics infirmiers, définitions et classification, 211. Paris: Éditions Elsevier Masson; 2016. p. 445.
- [10] Gasse JM, Guay L. Des modèles conceptuels en soins infirmiers, 185, 2<sup>e</sup> éd. Paris: Éditions Presses inter-universitaires; 2009.
- [11] Jouteau Neves C, Lecointre B, Malaquin-Pavan E. La consultation infirmière. Paris: Éditions Lamarre; 2014. p. 206.
- [12] Cloutier L, Delmas P, D'allava-Santucci J. La pratique de l'examen clinique infirmier. Paris: Edition Deboeck; 2010. p. 390.
- [13] Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classification des résultats de soins infirmiers, 288. Paris: Éditions Elsevier Masson; 2014. p. 354.