



HAL
open science

L'anxiété dans les épisodes de dyspnée du cancer du poumon : quelles alternatives associer aux traitements médicamenteux ?

Charlotte Maquin

► To cite this version:

Charlotte Maquin. L'anxiété dans les épisodes de dyspnée du cancer du poumon : quelles alternatives associer aux traitements médicamenteux ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02097617

HAL Id: dumas-02097617

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02097617v1>

Submitted on 12 Apr 2019

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

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



Université Pierre et Marie Curie – Paris 6
Faculté de Médecine

L'anxiété dans les épisodes de dyspnée du cancer du poumon :
Quelles alternatives associer aux traitements médicamenteux ?

Par VALIN épouse Maquin Charlotte, infirmière

Mémoire pour le DU Accompagnement et fin de vie

Année universitaire 2017-2018

Responsables d'enseignement : Docteur Véronique Blanchet
Docteur Yolaine Raffray
Professeur Francis Bonnet

Je tiens à remercier Mme Noelle Chauvette, qui m'a incitée à faire ce DU, sans qui je n'aurais probablement pas sauté le pas, à Audrey Maveau pour son soutien pendant cette année.

Pour cette situation difficile vécue en binôme, Mme Asselineau Anne-Céline, infirmière en USP sans qui je n'aurais probablement pas pu faire cette prise en charge et qui m'a fait découvrir une nouvelle facette de moi-même.

Pour leur collaboration et leur partage d'expériences au quotidien, Mmes Duval Catherine, médecin en USP, Asselineau Anne-Céline, Maveau Audrey, infirmières en USP, Milochevitch Corinne, Desplas Sophie, aides-soignantes en USP, leurs livres m'ont beaucoup appris ainsi que leur compagnonage et bienveillance à mon égard depuis mon arrivée au sein du service.

Pour leur patience et présence quotidienne, mon époux et ma mère.

PLAN

Introduction et récit

Mise en place de la problématique

Les traitements symptomatiques de l'anxiété dans la dyspnée du cancer du poumon ; que faire quand les médicaments ne suffisent pas ? Quelles alternatives mettre en place ?

1ère partie : La dyspnée

1. Qu'est-ce que la dyspnée ?
2. Comment l'évaluer ?
3. Quels traitements mettre en place selon le degré de la dyspnée ?

2ème partie : L'anxiété liée à la dyspnée

1. Définition de l'anxiété
2. Comment évaluer l'anxiété ?
3. Quels sont les traitements médicamenteux de l'anxiété ?

3ème partie: Quelles alternatives mettre en place à l'hôpital en complément des thérapeutiques médicamenteuses ?

1. Des petits rien qui changent tout...
2. La communication
3. Les silences
4. Les médecines non conventionnelles
 - 4a. L'aromathérapie
 - 4b. Les toucher-massages
5. L'hypnose

4ème partie: Synthèse et conclusion

5ème partie : Annexes et bibliographie

Introduction et récit

Infirmière sur l'équipe de remplacement depuis 3 ans, j'ai eu l'opportunité de travailler trois mois dans l'Unité Douleur et Soins Palliatifs entre février et avril 2017. Mon projet serait d'intégrer ce service prochainement.

J'ai pu y faire la connaissance de Mr D., 49 ans, hospitalisé dans l'unité depuis fin janvier pour une prise en charge palliative (décidée au vu de la mauvaise tolérance de la première ligne de chimiothérapie) d'un carcinome bronchique diagnostiqué en décembre 2016. Il a été hospitalisé environ 1 mois en pneumologie avant d'être transféré en USP à sa demande.

Sa situation était stable jusqu'au début février, puis les épisodes de dyspnée se sont majorées régulièrement avec parfois des désaturations sous oxygène. Le patient a abordé son souhait d'une sédation profonde lors d'un épisode aigu de dyspnée, les démarches ont alors été entreprises rapidement pour une délibération collégiale, qui a été validée. Sa soeur, personne de confiance en a été informée et soutenait son choix. C'est à la même période que Mr D. a accepté la pose d'une voie d'abord et l'introduction d'une anxiolyse qu'il refusait jusque là. Il a finalement renoncé à la sédation mais s'est dit rassuré de savoir que cela était possible. Avec l'ajustement des traitements, la situation s'est stabilisée pendant une semaine environ.

J'ai connu Mr D. à cette période. Il était régulièrement décrit par l'équipe comme assez renfermé, fuyant, parlant peu et refusant régulièrement les soins, notamment ceux d'hygiène. Je n'ai pas eu l'occasion de le prendre en soins jusqu'à un après-midi d'un week-end de mi-février, où le matin, il avait présenté plusieurs épisodes de dyspnée partiellement soulagés par des bolus de midazolam en complément du pousse-seringue en place. Ma collègue du matin m'explique alors qu'il a refusé la hausse de la dose de fond de midazolam, préférant avoir des bolus régulièrement.

A mon arrivée dans sa chambre, je le trouve très dyspnéique, essoufflé à la moindre parole, je lui propose alors de faire un bolus qu'il refuse en m'expliquant qu'il ne veut pas "être shooté comme ce matin". Me trouvant un peu surprise, au vu des dires de mes collègues, je lui demande alors ce que je peux faire pour lui et pour tenter de le soulager. Il me demande de rester près de lui, qu'il veut parler, verbalise sa peur de mourir seul en étouffant. La charge de travail ce jour-là étant dense, je lui propose de m'asseoir avec lui quelques instants puis de laisser la porte de chambre entrouverte pendant que je m'occupe des 8 autres patients de mon secteur et de revenir régulièrement le voir entre temps.

Un peu déroutée et ne connaissant pas le patient, j'en parle à mes collègues infirmière et aides-soignantes pour avoir leur sentiment sur ce que je pourrais lui proposer. Avec l'accord de Mr D. nous lui suggérons alors de faire un roulement à son chevet, ce qui nous permet de prendre en

charge "correctement" les autres patients de l'unité tout en répondant au plus près de ses attentes.

A la demande de Mr D., je reste une bonne partie de mon service à ses côtés. Parfois il me parle de sa fille de 18 ans, étudiante à Tours en psychologie, puis de son ex-femme avec qui "il a des choses à régler"... Ce même jour, il reçoit la visite de sa fille. Je tente alors de saisir l'opportunité de retourner voir les autres patients sauf que Mr D. me demande, en me retenant par le bras, de rester auprès de lui pendant cette visite. Je suis troublée car nous nous retrouvons sa fille et moi assises chacune d'un côté du lit et le patient au milieu qui s'endort au fil de la visite en me tenant toujours la main... Je tente alors de parler un peu avec sa fille, qui se plonge aussitôt arrivée dans son téléphone portable et qui ne semble pas pouvoir s'approcher de son père. Et pendant tout ce temps, Mr D. ne me lâche pas la main. Ma collègue passant devant la chambre et voyant que je suis mal à l'aise avec la situation prend le relai, le patient s'étant endormi entre temps.

En sortant de la chambre, je me sens mal à l'aise vis-à-vis de sa fille car l'ambiance m'a semblé pesante, mais comprenant en même temps son attitude, il est difficile de montrer ses affects en présence d'un tiers inconnu. Quelques temps plus tard, ma collègue ressort de la chambre et me dit que Mr D. me demande, elle m'avertit qu'il n'a pas souhaité lui dire de quoi il avait besoin. Lorsque je retourne le voir, il n'y a plus sa fille, il me signale qu'il se sent de nouveau angoissé et je constate que sa dyspnée se majore. Je lui suggère de nouveau un bolus de midazolam en lui expliquant pourquoi je lui propose, tout en lui disant que je reste à côté le temps qu'il faudra. Il refuse le bolus me disant qu'il préfère que je reste à ses côtés, qu'il "ne veut pas dormir". Nous discutons alors de ses angoisses, il me dit qu'il n'a plus la maîtrise de sa vie, que son corps le dégoûte,..." (Mr D, est alors cachectique, totalement dépendant pour les gestes quotidiens) avec de longues périodes de silence qui lui permettent parfois de pleurer et de lâcher prise. Au bout d'un moment, il me demande de lui faire un massage en me disant que cela peut être le détendre. Cette requête m'a quelque peu déroutée car je suis peu habituée à ce genre de demande dans les autres services, je lui propose de voir avec une de mes collègues qui a reçu une formation adaptée. Il me répond qu'il préfère que ce soit moi, j'accède donc à sa demande et le masse ce qui effectivement a sur lui un effet apaisant car il s'endort rapidement et calme sa respiration. A son réveil, Mr D. me dit se sentir mieux, je passe le relai à ma collègue infirmière et nous discutons un moment à trois et proposons que la dose de fond de midazolam soit augmentée de façon à ce qu'il soit plus confortable tout en essayant de limiter l'utilisation des bolus, ce que Mr D. accepte. Le médecin accède à notre demande, Mr D. se dit plus apaisé ce soir là.

Le lendemain, il est plus détendu, il me dit qu'il a pu voir son ex-femme le matin et discuter avec elle pour faire le point. Je le quitte ce jour-là étant en repos les deux jours suivants. Mr D. décèdera le mardi soir en présence de sa soeur après 24h de coma.

Mise en place de la problématique

Cette situation pose plusieurs problèmes :

- cancer du poumon découvert 2 mois plus tôt
- dyspnée majeure
- demande de sédation
- angoisse majeure
- refus des soins d'hygiène
- cachexie
- patient refusant les bolus de midazolam car est “shooté” après leur administration
- patient demandeur de présence presque constante

Cette situation me pose plusieurs questions :

- l'anxiété non soulagée de ce patient dyspnéique et déjà anxieux avant la maladie, comment tenter de l'apaiser tout en respectant son souhait de ne pas être “shooté” par les thérapeutiques?
- La proximité avec ce patient pendant mon service alors qu'il ne me connaissait pas, contrairement au reste de l'équipe. Se retrouver en tant que soignant « poussé dans ses retranchements ».

Après cette journée, je me suis questionnée sur la prise en charge de ces patients dyspnéiques et sur leurs angoisses lors de ces épisodes. En ces temps de rentabilité et de services toujours plus chargés en soins techniques, quelle place pour des méthodes non médicamenteuses ?, comment appliquer des médecines non conventionnelles pour tenter de les aider au mieux à « passer le cap » de ces épisodes d'anxiété?.

Etant peu habituée dans mon travail à être “proche” des patients, la demande répétée de Mr D. de ma présence à ses côtés m'a surprise et m'a quelque peu poussée dans mes limites émotionnelles. En effet, il ne m'est pas toujours facile de communiquer étant de nature réservée. Le fait de ne pas connaître le patient un minimum a également été un frein car je n'avais pas d'informations sur sa vie, ses habitudes, sa famille,... ce qui ne facilite pas la prise en soins.

C'est pour toutes ses raisons que je souhaite approfondir les manières non médicamenteuses d'apaiser l'anxiété dans les épisodes de dyspnée chez les patients atteints d'un cancer du poumon et de façon plus large, aux patients présentant une anxiété et/ou une angoisse.

1ère partie : La dyspnée

1. Qu'est-ce que la dyspnée ?

Selon le *Larousse*¹ la dyspnée est une « difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression, d'essoufflement ».

Selon le site *respir.com*², c'est « une perception anormale et désagréable de la respiration. C'est une sensation subjective de manque d'air susceptible de varier dans le temps et en fonction de facteurs psycho-biologiques. »

Etymologiquement ce terme provient du grec ancien *dyspnae*, « dys » signifiant une difficulté et « pnee » signifiant respirer.

2. Comment l'évaluer ?

Il faut en premier lieu demander au patient comment il ressent la dyspnée, en effet, il peut ne pas ressentir de gêne alors que visuellement la gêne respiratoire nous est visible voire sembler impressionnante.

L'échelle d'Heyse Moore peut également aider le patient à évaluer sa dyspnée, vous la trouverez en annexe 1. L'échelle EVA peut également être utilisée de la même façon que pour coter une douleur, elle se trouve également en annexe 1.

Le soignant s'appuie aussi sur une évaluation visuelle du patient en mesurant la fréquence respiratoire, les signes d'hypoxie (cyanose des extrémités, sueurs, tirage intercostal,..), en surveillant l'encombrement.

Tous ces signes permettent de mesurer le degré de dyspnée et d'adapter avec le médecin les traitements à instaurer ou à adapter pour tenter d'apaiser la dyspnée.

3. Quels traitements mettre en place selon le degré de la dyspnée ?³

Dans les dyspnées légères à modérées, les benzodiazépines à faibles doses comme le Lexomil® per os peuvent être utilisées ou le Midazolam si la voie orale est impossible. Le Midazolam peut se faire par voie sous cutanée ou intraveineuse.

Les corticoïdes (Solumédrol® par exemple) par voie sous cutanée ou intraveineuse peuvent être utilisés pour leur effet anti-inflammatoire, réduisant la réaction ordémateuse péricumale et leur effet bronchodilatateur.

Les anticholinergiques comme la Scopolamine ou le Scoburen® permettent d'assécher les sécrétions bronchiques ce qui évite les aspirations à répétition en cas d'encombrement associé.

1 Site Internet www.Larousse.fr

2 Site Internet www.respir.com

3 Livre Soins palliatifs: réflexion et pratiques 4è édition chez FD, 2011

Dans les dyspnées sévères, les traitements ci-dessus sont associés à la Morphine pour son effet eupnéisant. Les voies sous cutanée ou intraveineuse peuvent être utilisées, la voie orale étant souvent plus difficile voire compromise. Les doses seront adaptées selon si le patient a ou non des morphiniques déjà en place.

Dans le cas de la détresse respiratoire, il est primordial de réduire la sensation d'asphyxie. Le Midazolam ou le Valium à fortes doses ont une action hypnotique ce qui permet d'endormir le patient plus ou moins profondément. La détresse respiratoire est une des indications de la sédation profonde et continue jusqu'au décès en accord avec le patient.

Cette décision est juridiquement encadrée (Loi Claves-Leonetti de 2016) et doit faire l'objet d'une procédure collégiale, tracée dans le dossier et argumentée. La SFAP⁴ définit la sédation comme « la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en oeuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. »

Qu'ils soient légers ou sévères, les épisodes de dyspnée sont angoissants pour le patient. Ils les confrontent parfois brutalement, à leur mort proche ou imminente, c'est pourquoi il est essentiel d'associer la prise en charge de l'anxiété à celle de la dyspnée.

2ème partie: L'anxiété liée à la dyspnée

1. Définition de l'anxiété

Selon le *Larousse*⁵ c'est une inquiétude pénible, tension nerveuse causée par l'incertitude, l'attente. C'est un trouble émotionnel se caractérisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité.

Etymologiquement ce mot vient du latin « anxietas »⁷.

Les épisodes de dyspnée peuvent également déclencher ou raviver une angoisse de mort latente. L'angoisse selon le *Larousse*⁶ est un sentiment d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes caractéristiques dont la dyspnée, les spasmes, la sudation...

2. Comment l'évaluer ?

En premier lieu il faut se fier au ressenti du patient, il est le seul à pouvoir juger de son état

4 Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

5 www.Larousse.fr

7 Site Internet www.cnrtl.fr

6 idem

anxieux. Toutefois l'HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) permet de coter différents items de 0 à 3 évaluant le degré d'anxiété et/ou de dépression, vous la trouverez en annexe 2. Un score inférieur à 7 marque une absence de symptomatologie, entre 8 et 10 la symptomatologie est douteuse et au-delà elle est avérée.

L'échelle d'Hamilton peut également servir, les items vont de 0 à 4, plus le score se rapproche de 25, plus l'anxiété est qualifiée de sévère, vous la trouverez en annexe 3.

Si la communication n'est pas possible, le ressenti de l'équipe et de la famille concernant les attitudes et le comportement du patient peuvent aussi aiguiller les professionnels.

3. Quels sont les traitements médicamenteux de l'anxiété⁸ ?

Les anxiolytiques par voie orale sont à privilégier si possible pour leur action rapide et leur durée de vie courte. Le Lexomil® peut être utilisé, en effet les benzodiazépines ont un effet anxiolytique à faible dose et sédatif à haute dose, le Xanax® peut également être utilisé.

Lorsque la voie orale n'est plus possible ils peuvent être remplacés par le Midazolam en voie sous cutanée ou intraveineuse.

Les neuroleptiques tels que le Tercian® ou l'Haldol® peuvent être ajoutés en cas d'hallucinations et/ou de confusion associées.

Les traitements médicamenteux seuls ne peuvent palier entièrement à mon avis à ces épisodes d'anxiété dans les dyspnées. On constate depuis plusieurs années l'arrivée des médecines douces ou de thérapeutiques non conventionnelles dans les hôpitaux, c'est ce que j'ai choisi de développer dans la prochaine partie.

8 Livre Soins palliatifs: réflexion et pratiques 4è édition chez FD, 2011

3ème partie: Quelles alternatives peut-on mettre en place à l'hôpital en complément des thérapeutiques médicamenteuses?

1. Des petits rien qui changent tout...

De la présence, une attitude et un environnement calmes font partie intégrante du traitement de l'anxiété dans les épisodes de dyspnée. Il faut avant tout tenter de rassurer le patient et ses proches s'il sont présents en ne cédant pas à la panique (ce qui n'est pas toujours simple!). En effet les épisodes de dyspnée peuvent être impressionnants même pour les soignants, la panique voire l'affolement que l'on peut ressentir peuvent se transmettre au patient et à ses proches et peuvent majorer ses symptômes.

2. La communication

L'empathie, selon Carl Rogers « consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne ⁹ ».

Je pense que la relation empathique peut être aidante pour le patient et ses proches et permet selon moi l'établissement de la confiance même si il est certain qu'on ne peut se mettre à la place de celui qui va mourir. Pour moi, il est important d'associer la parole à nos actes pour que le patient et ses proches appréhendent ce que l'équipe met en place. Adapter la communication de façon à ce que tous les intervenants se comprennent et rester à l'écoute du patient s'il peut les exprimer sont primordiaux. Il faut parfois reformuler ou répéter à plusieurs reprises les objectifs des thérapeutiques et leur mise en place, cela fait partie du cheminement nécessaire à une éventuelle acceptation de la situation.

3. Les silences¹⁰

Il faut parfois savoir se taire et être « juste » présent aux côtés des patients. Les silences peuvent dire beaucoup de choses et transmettre des émotions bien mieux que des flots de paroles. Il faut à mon sens les respecter car ils permettent de se questionner sur la situation, de réfléchir ou marquer une pause dans le dialogue. Le fait d'être à l'écoute de gestes, de regards, instaurent une proximité avec la personne et parfois, permettent de la comprendre sans un mot. Dans le cas de ma situation, je crois que ces moments-là sont ceux qui m'ont le plus marqués car je n'avais presque jamais pris le temps comme cet après-midi là.. Depuis, je prends le temps de m'asseoir plus longtemps et non plus entre deux portes même lorsque la charge de travail est lourde, je crois que j'ai eu comme un déclic et que grâce à ce patient mes objectifs ont changés et évolués vers plus de présence et de communication.

9 Selon Carl Rogers dans Dictionnaire de psychologie de Roland Doron et Françoise Parot – Presses Universitaires de France – PUF, 2007

10 Livre Mort, deuil, séparation de Claire Kebers, éditions De Boeck, 1999

4. Les médecines non conventionnelles

L'OMS en dénombre 200 environ

Pour bon nombre d'entre elles, leurs origines remontent aux médecines traditionnelles asiatiques. En Europe c'est le cas pour l'homéopathie qui fût introduite par un médecin allemand, Samuel Hahnemann en 1796.

4a. L'aromathérapie

Son histoire se confond avec la phytothérapie jusqu'au XVI^e siècle car les plantes étaient la base des pharmacopées antiques. Suite à l'invention de l'alambic (X^e siècle), les procédés d'extraction s'améliorent. Il faut attendre le XIX^e siècle pour que les principes actifs soient isolés et classifiés de façon à les utiliser spécifiquement. Encore actuellement, il existe peu d'études scientifiques permettant de mesurer l'action des huiles essentielles néanmoins, leurs vertus ont été montrées. Leur utilisation est, pour certaines réservées aux pharmaciens voire interdites (sauge officinale, armoise, absinthe,...).

En France, ce sont René-Maurice Gattefossé (chimiste en parfumerie, 1910) et le Dr Jean Valnet (1960) qui ont développé l'usage de l'aromathérapie.

Les huiles sont à utiliser avec précautions, des formations existent pour les professionnels de santé (Diplôme Universitaire à Tours par exemple). Elles sont réglementées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Dans le cas de l'anxiété, les huiles essentielles utilisées en diffusions peuvent avoir un rôle important à jouer en association avec les thérapeutiques. Les principales sont citées ci-dessous, la liste n'est pas exhaustive mais en institution celles-ci sont les plus utilisées. Leur utilisation dépend d'un établissement à un autre en fonction de leur coût respectif...

La camomille romaine dite Camomille noble ou *Chamaemelun nobile*

Elle possède des vertus sédatives et apaisantes. Elle peut être utilisée en diffusion ou en huile de massage. Elle ne convient pas aux personnes allergiques aux pollens ou aux asthmatiques. Elle ne doit pas être associée aux traitements anticoagulants car la camomille contient de la coumarine. Elle est déconseillée pendant la grossesse.



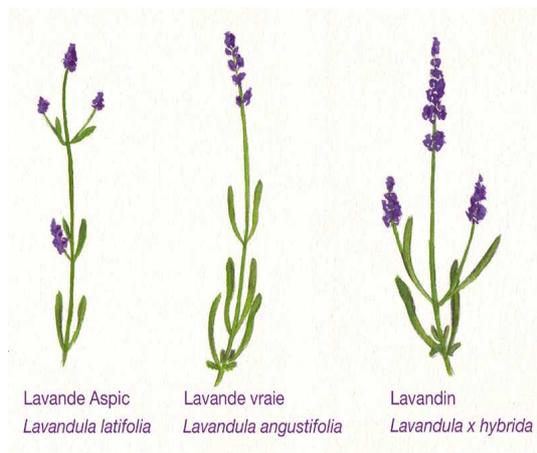
L'encens oliban ou *Boswellia carterii*

Elle améliore l'anxiété par massage du dos ou en diffusion, elle peut aussi s'utiliser dans un bain. Son parfum étant assez puissant, il convient de ne pas trop en mettre de façon à ne pas irriter les voies aériennes.

Cette plante a également des propriétés expectorantes et sédatives, Il convient donc de l'utiliser en cas de dyspnée légère selon la tolérance du patient.



Le Lavandin super ou *Lavandula x burnatii*



Le lavandin super est issu de l'hybridation de la lavande vraie et de la lavande aspic. Les lavandins (clones) sont plus riches en essence et possèdent des propriétés botaniques et pharmacologiques proches de leurs parents d'origine.

Il possède des propriétés calmantes, relaxantes et sédatives, utilisable en diffusion essentiellement, mais peut également être appliqué sur la face interne des poignets ou sur le plexus solaire selon la tolérance des patients.

Il n'y a pas de contre-indications hormis les trois premiers mois de la grossesse comme la plupart des huiles essentielles.

L'Ylang-ylang ou *Cananga odorata*

Utilisable en diffusion ou en huile de massage l'ylang-ylang produite à partir des fleurs de cette plante possède un fort parfum aux notes florales, exotiques. Il faut éviter de l'utiliser pur en application locale au vu de ses propriétés dermocaustiques éventuelles, il est conseillé de le diluer avec de l'huile végétale de noisette par exemple. L'ingestion de cette huile doit se faire uniquement sur recommandation d'un thérapeute aguerri. Elle est également déconseillée lors de la grossesse.



Le Mandarinier ou *Citrus reticulata*



La partie distillée est le zeste. Son nom lui vient des mandarins qui la recevaient en cadeau selon la tradition chinoise.

Le mandarinier joue un rôle sédatif, relaxant, il est également utile dans les épisodes de dyspnée peu intense par son action hypnotique légère.

Il s'utilise en diffusion et peut, avec précaution, s'utiliser en massage car est potentiellement dermocaustique. Il est déconseillé de l'utiliser lors de la grossesse et avant une exposition au soleil.

De façon plus générale, les huiles essentielles s'apparentant aux agrumes peuvent être utilisées dans les épisodes d'anxiété. Le petit grain bigarade, la bergamote, l'orange douce ou la litsée citronnée,... en font partie.

En annexe 4 vous trouverez des exemples de mélanges d'huiles essentielles.

4b. Les toucher-massages

Malgré des tabous liés au toucher encore très présents dans nos sociétés modernes, il est depuis l'Antiquité utilisé pour « guérir ». En Grèce, le fils d'Apollon, Esclépios utilisait l'imposition des mains pour soigner les gens selon la légende. A Rome vers 130 avant J-C, un médecin nommé Galien se servait des massages comme traitement médical. L'arrivée et le développement des médicaments ont également supplantés le rôle que jouait le toucher dans la médecine, notamment dans le traitement de la douleur (production d'endorphines par le corps, proches des opiacés, ou production de sérotonine avec application de TENS,...)

Certains médicaments modifient la perception tactile, c'est le cas des barbituriques, des narcotiques, les myorelaxants ou des somnifères,...qui brouillent le toucher.

Le toucher revient progressivement dans la médecine moderne. Ses bienfaits sont réellement ressentis même si certains de ses mécanismes restent mystérieux. Il est connu que le toucher induit un état de relaxation dans le système nerveux central par son action sur les récepteurs tactiles et de pression.

Le toucher permet de communiquer. Beaucoup d'émotions peuvent passer par une poignée de mains ou par une main posée sur une épaule. Il permet de transmettre parfois ses ressentis bien mieux que des paroles. Pour certains patients, le fait de leur tenir la main ou leur proposer un massage les réhabilite dans leur statut de personne. Cela leur permet parfois de mieux redéfinir leur corps ou d'en appréhender une partie, qu'ils ont éventuellement pu négliger comme après une chirurgie ablatrice par exemple.

Le toucher peut soulager des douleurs en particulier chroniques en bloquant les messages de la douleur car les signaux du toucher parviennent plus rapidement au cerveau que ceux de la douleur.

Le toucher peut s'appliquer de différentes manières:

Le shiatsu et l'acupuncture

Reconnu depuis 1955 par le ministère nippon de la Santé, il arrive en France dans les années 60-70. En japonais « shi » signifie doigts et « atsu » signifie pression, le shiatsu consiste donc en une série de pressions plus ou moins fortes effectuées sur des points précis du corps, appelés méridiens. Les méridiens sont des canaux du corps humain, interconnectés, par lesquels circule l'énergie vitale du corps selon la médecine traditionnelle chinoise.

L'acupuncture est un dérivé du shiatsu, les points sont les mêmes mais ce sont des aiguilles qui remplacent les doigts du thérapeute.¹¹

Ses techniques de la médecine chinoise se basent sur le yin et le yang, les points à traiter suivent des méridiens où circule les énergies du corps. Tout dysfonctionnement est considéré comme un déséquilibre de ces énergies. Cette médecine considère que le corps et l'esprit sont liés, elles ne sont

11 https://www.allodocteurs.fr/maladies/anatomie-du-corps-humain/comprendre-lacupuncture_661.html

pas prouvées scientifiquement.

Pour ces techniques, des formations sont nécessaires, elles sont réservées aux médecins ou sage-femme seulement selon le ministère de la Santé.¹² Sur Paris, un DIU à l'université Paris 13 par exemple et différents DU plus spécifiques notamment pour la douleur.¹³

La réflexologie¹⁴

Elle était déjà pratiquée par les Egyptiens, selon une fresque trouvée à Saqqarah sur le tombeau du pharaon Ankhmahor. En Europe elle arrive vers le 19^e siècle puis est démocratisée aux Etats-Unis par une kinésithérapeute, Eunice Ingham qui se consacre à la réflexologie plantaire et en établit la cartographie. Vous trouverez des planches de réflexologie palmaire et plantaire en annexe 5 et 6¹⁵.

La réflexologie consiste à appuyer sur un point défini des mains ou des pieds (nommé zone réflexe) selon l'effet recherché, pour ce qui concerne les poumons, la zone correspondante se trouve au niveau du coussin du pied. En cas de dysfonctionnement d'une partie du corps, la pression exercée sur la zone réflexive correspondante déclenchera une sensibilité à la pression.

En France l'exercice de la réflexologie est régi par une certification professionnelle non reconnue par les autorités mais donnant le droit d'exercer. Le Répertoire National des Certifications Professionnelles enregistre sous le contrôle du ministère de l'Emploi les certifications attribuées.

5. L'hypnose

L'histoire de l'hypnose débute avec le Dr Mesmer (18^es.), qui pensait pouvoir induire un état de conscience modifié grâce au magnétisme du thérapeute, il parle de « crise magnétique ». La pratique de cette méthode sera interdite (1784) par le roi de France car considérée comme allant à l'encontre des bonnes mœurs. De nos jours, la pratique de l'hypnose médicale nécessite une formation approfondie, elle intervient de plus en plus dans le cadre de l'hôpital. Elle s'adresse à des professionnels de santé diplômés.

Dans les épisodes de dyspnée et d'anxiété, elle peut être utilisée en complément des thérapeutiques médicamenteuses. Elle ne traitera pas la cause mais peut permettre au patient de « passer le cap » d'un de ses épisodes le temps qu'un traitement fasse effet ou bien si le patient ne souhaite pas de modification des médicaments. L'hypnose peut également être bénéfique en cas de douleur aiguë et/ou chronique et de nausées, autres symptômes fréquents en soins palliatifs. Tout patient peut en bénéficier excepté s'il a des antécédents d'état psychotique décompensé. Il existe actuellement peu d'études sur l'efficacité de l'hypnose dans les dyspnées, elle a surtout été étudiée dans le cadre de la prise en charge des douleurs.

12 https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/acupuncture/acupuncteur-quelle-formation_6725.html

13 <http://www.medecinechinoise.aphp.fr/formations-post-universitaires-2/>

14 Guide complet de la réflexologie, Ann Gillanders éditions Le courrier du livre, 2017

15 Idem

L'hypnose se caractérise par un état de conscience modifié, cet état est visible sur les imageries cérébrales et permettent actuellement des études de cette discipline afin de tenter d'en comprendre les mécanismes. Chaque personne peut potentiellement être hypnotisée, nous approchons de cet état de veille consciente lorsque l'on est absorbé dans nos pensées ou lorsqu'on ne peut se détacher d'un bon livre,...Cet état permet un état de relaxation, de modification des perceptions de façon à les associer à des points de repère pour le patient. L'hypnose peut se pratiquer sur la base de suggestions faites par le thérapeute mais les patients peuvent également apprendre à s'auto-hypnotiser.

4ème partie : Synthèse et conclusion

Depuis plusieurs années, ces différentes techniques entrent progressivement dans les services hospitaliers et permettent de développer de nouvelles compétences. L'écriture de ce RSCA a été pour moi l'occasion de me plonger dans ces méthodes complémentaires aux gestes que je pratique chaque jour. Pour la plupart je ne les connaissais que de nom sans les avoir étudiées ni vraiment croire à leur efficacité. Depuis mon arrivée dans le service Douleur-Soins Palliatifs en février dernier, j'ai pu observer les effets des mélanges aromatiques sur les épisodes anxieux et constater parfois avec étonnement leur efficacité. Actuellement un groupe de travail auquel je me suis jointe, étudie l'aromathérapie en collaboration avec la pharmacie de l'hôpital, pour divers symptômes dont l'anxiété, les nausées et vomissements, les plaies malodorantes.

Il y a peu de temps, j'ai pu assister à une séance de réflexologie plantaire chez un patient angoissé et dyspnéique. Cette séance a pu le soulager partiellement et a également permis à sa femme et à sa fille de reproduire ces gestes sur elles-mêmes. Cette famille a confié à ma collègue aide-soignante à l'issue de la séance, avoir vécu un "grand moment d'émotion ensemble". Toutes ces approches complémentaires me semblent depuis ce travail, extrêmement utiles et peuvent je pense, apporter une réponse partielle à des patients qui refusent certains traitements, comme c'est le cas dans ma situation de départ. Dans tous les cas, je crois qu'elles facilitent le lâcher prise, elles améliorent le confort et les relations avec les soignants, ce qui est essentiel en soins palliatifs.

ANNEXES

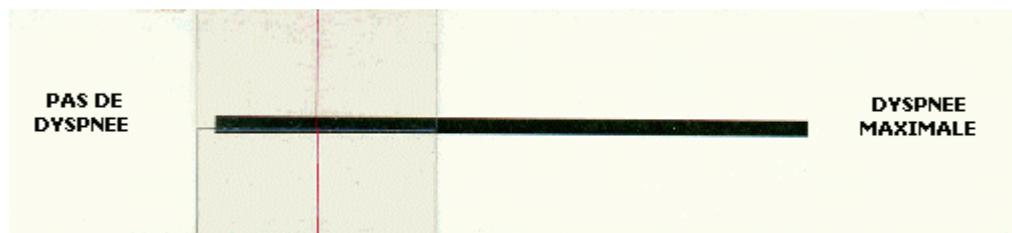
ANNEXE 1

Echelle d'Heyse Moore

0	Absence de dyspnée
1	Légère mais modérée et supportable
2	Modérée mais gênante
3	Sévère et/ou insupportable

Source: Livre Soins palliatifs: réflexions et pratiques 4è édition chez FD page 216

Echelle Visuelle Analogique (EVA) pour la dyspnée



Source: www.respir.com

ANNEXE 2

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

ANNEXE 2 suite

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis

Source: <http://www.has-sante.fr>

ANNEXE 3

Echelle d'Hamilton

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?					
	Consigne : Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

Source : www.espaceinfirmier.fr

ANNEXE 4

Mélanges d'huiles essentielles

Utilisé en diffusion dans le service d'USP à Orléans pour l'anxiété (en cours d'évaluation)

Huile essentielle chémotypée d'orange douce 6 gouttes
Huile essentielle chémotypée d'encens oliban 4 gouttes
Eau ajustée selon contenance du diffuseur

D'après les Cahiers Pratiques d'Aromathérapie selon l'Ecole Française

Exemple pour la dyspnée: Huile essentielle chémotypée Khella 10%
Huile essentielle chémotypée d'estragon 35%
Huile essentielle chémotypée de camomille noble 20%
Huile essentielle chémotypée de badiane ou anis étoilé 35%

Ce mélange peut s'administrer en sublingual à raison de 50% du mélange ci-dessus et de 100% d'huile végétale de tournesol QSP. Mettre 4 gouttes sous la langue à répéter 3 à 6 fois par jour.

Ce mélange peut également être administré en voie percutanée éventuellement en association avec la voie sublinguale à raison de 12 gouttes sur le thorax et 12 gouttes sur le haut du dos 3 à 4 fois par jour.

Exemple pour l'anxiété, l'angoisse, les troubles du sommeil:

Huile essentielle chémotypée de camomille noble 25%
Huile essentielle chémotypée de verveine citronnée 25%
Huile essentielle chémotypée de Mandravasarotra 40%
Huile essentielle chémotypée d'orange amère 20%

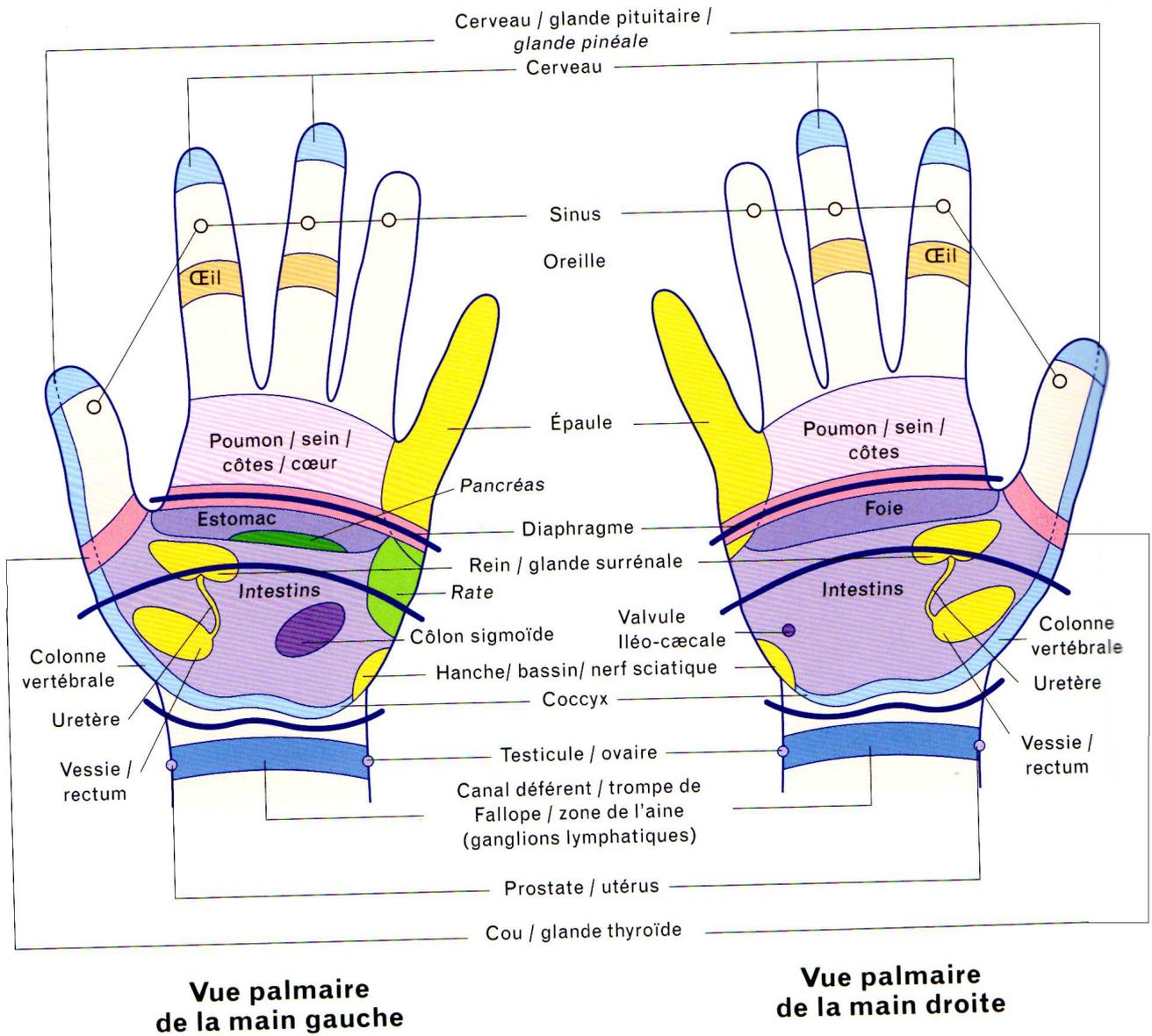
Par voie sublinguale: 20% du mélange ci-dessus et 80% d'huile végétale de noisette ou d'amande douce à raison de 3 gouttes sous la langue matin et soir après les repas pour l'anxiété, 6 gouttes sous la langue 4 fois par jour après les repas pour l'angoisse et 6 gouttes sous la langue au coucher pour les troubles du sommeil.

Cette voie peut être associée à la voie olfactive 20% du mélange ci-dessus et 82% d'huile végétale de noisette ou d'amande douce à raison de 2 gouttes au dessus de la lèvre supérieure matin et soir pour l'anxiété, 2 gouttes au dessus de la lèvre supérieure 4 fois par jour pour l'angoisse et 2 gouttes au dessus de la lèvre supérieure au coucher pour les troubles du sommeil.

En diffusion seule: Essence de mandarinier 40%
Huile essentielle chémotypée lavandin reydoval 40%
Huile essentielle chémotypée de litsée citronnée 20%

A diffuser dans la chambre du patient à raison de 15 minutes toutes les 2 heures.

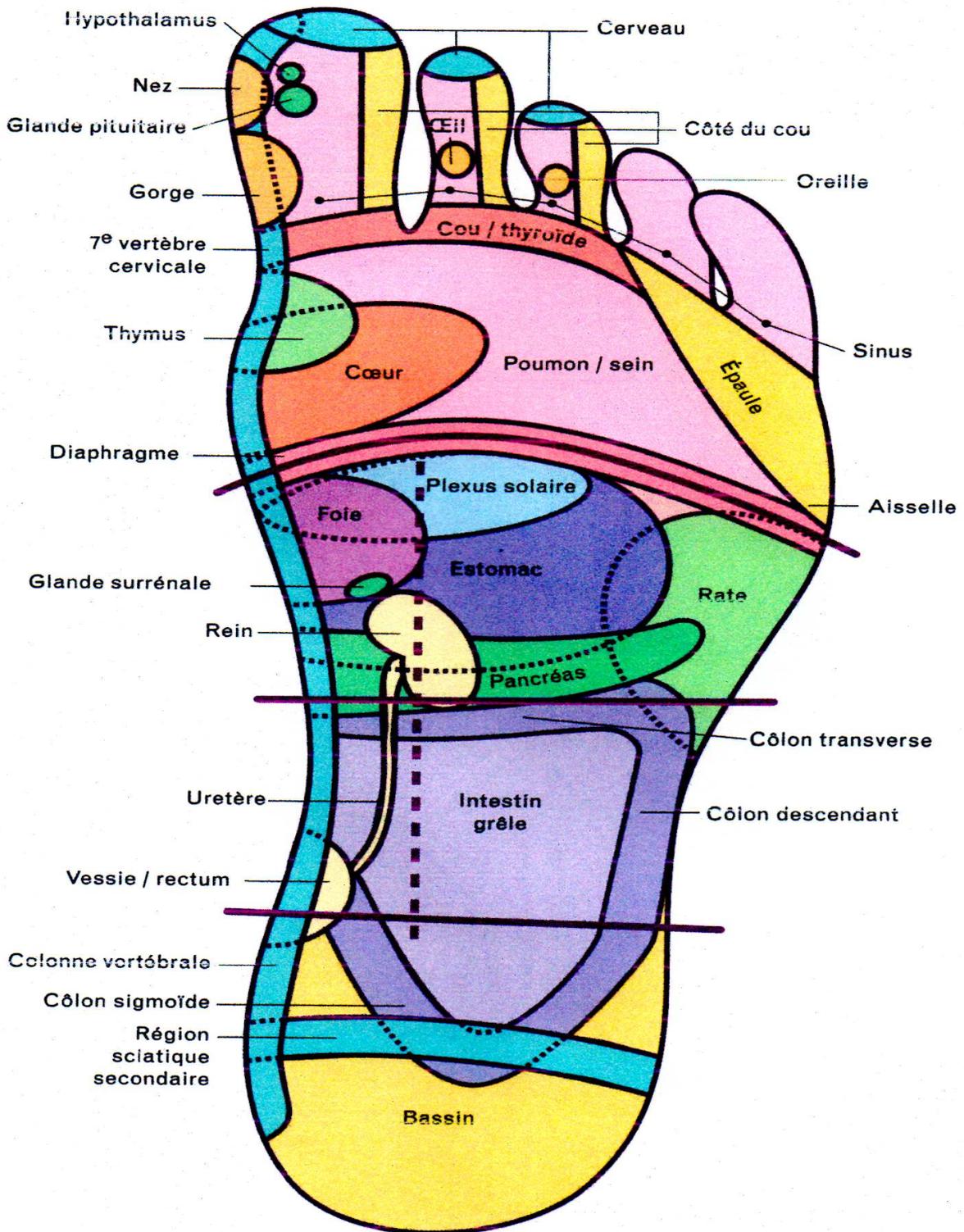
ANNEXE 5
Carte des mains



Source: Guide complet de réflexologie, Ann Gillanders, éditions Le courrier du Livre, 2017

ANNEXE 6
CARTES PLANTAIRES

Plante du pied gauche



BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET REVUES

- Apaiser l'angoisse, surmonter l'anxiété*, B.Stahl et W.Millstine, éditions Pocket, 2017
- Comment apaiser l'angoisse de la mort*, Philippe Annet, éditions Le courrier du livre, 2016
- Guide complet de réflexologie*, Ann Guillaender, éditions Le courrier du livre, 2017
- Huiles essentielles chemotypées* du laboratoire Pranarom, 2008
- L'empathie, un chemin vers la bienveillance*, Xavier Cornette de St-Cyr, éditions Jouvence, 2017
- Les bienfaits du toucher* de T.Field à La petite biblio Payot, 2017
- Les cahiers pratiques d'aromathérapie selon l'Ecole Française, volume 4*, éditions Amyris, 2010
- Ma bible des huiles essentielles* de D,Festy (pharmacienne) éditions France Loisirs
- Mort, deuil, séparation* de Claire Kebers, éditions De Boeck , 1999
- Soins Palliatifs* de Michel Perrier et Jean-Claude Fondras édition Doin
- Soins palliatifs: Réflexions et pratiques* 4ème édition FD, 2011

ARTICLES ET TEXTES

- L'anxiété (angoisse) en fin de vie*, Bigorio 2011, revue palliative.ch
- Affronter l'angoisse, affronter le tragique en fin de vie*, Eric Fiat

SITES INTERNET

- <https://www.allodocteurs.fr>
- www.espaceinfirmier.fr
- <http://www.has-sante.fr>
- <https://www.hypnose.fr/>
- <http://philopourtous.free.fr/articles/eric/aspectsdumourir.html>
- www.respir.com
- http://www.usp-lamirandiere.com/eval_dyspnee.html
- <http://fr.wikipedia.org>

Résumé: Quelles alternatives est-il possible de mettre en place lorsqu'un patient présente une anxiété dans le cadre d'une dyspnée liée au cancer du poumon ? Cet écrit s'appuie sur différentes méthodes pouvant soulager ces patients avec l'usage de l'aromathérapie, des massages par exemple, en association avec les thérapeutiques médicamenteuses.

Rappel du titre: L'anxiété dans les épisodes de dyspnée du cancer du poumon :
Quelles alternatives associer aux traitements médicamenteux ?

Mots clés: Anxiété, dyspnée, médecines non conventionnelles.