

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR À L'AIDE D'APPROCHES NON- PHARMACOLOGIQUES THÉRAPEUTIQUES: PORTRAIT SCIENTIFIQUE ACTUEL



Présentation donnée dans le cadre des conférences du
Réseau Québécois de recherche en Soins Palliatifs et de Fin de Vie

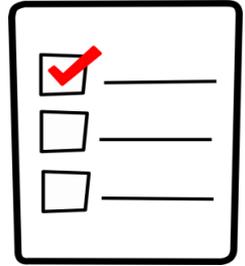
Mélanie Ruest, erg., M.erg.

Candidate au doctorat recherche en sciences de la santé
Université de Sherbrooke

En collaboration avec le Pr Guillaume Léonard, pht., Ph.D.

Sous la direction de la Pre Manon Guay, erg., Ph.D.
et du Pr Guillaume Léonard, pht., Ph.D.

Objectif et plan de la présentation



Objectif

Dresser l'état actuel des écrits scientifiques sur l'apport de diverses approches non-pharmacologiques dans le soulagement de la douleur, au sein du contexte de soins palliatifs

Plan de la présentation

- Approches de soins utilisées en contexte palliatif et pour le soulagement de la douleur
- Approches non-pharmacologiques recensées
- Analyse détaillée de certaines approches non-pharmacologiques:
 - Massothérapie
 - Musicothérapie
 - Aromathérapie
 - Art-thérapie
 - Neurostimulation électrique transcutanée
- Approches non-pharmacologiques pour les clientèles avec troubles neurocognitifs majeurs
- Soins spirituels
- Exemple d'application des approches non-pharmacologiques en contexte canadien

Contextualisation de la présentation

- Augmentation de l'espérance de vie

WHO, 2015

- Deux objectifs du 21^e siècle selon Callahan (2000):

- Prévention et guérison des maladies
- Aider les individus à mourir en paix

- Développement/émergence des soins palliatifs à l'échelle internationale

Koski et al., 2017; Hoffmann et al., 2017; Clark et al., 2016

- Notamment auprès des clientèles avec troubles neurocognitifs majeurs

van der Steen et al., 2017; Volicer, 2017



Approche dans les soins palliatifs



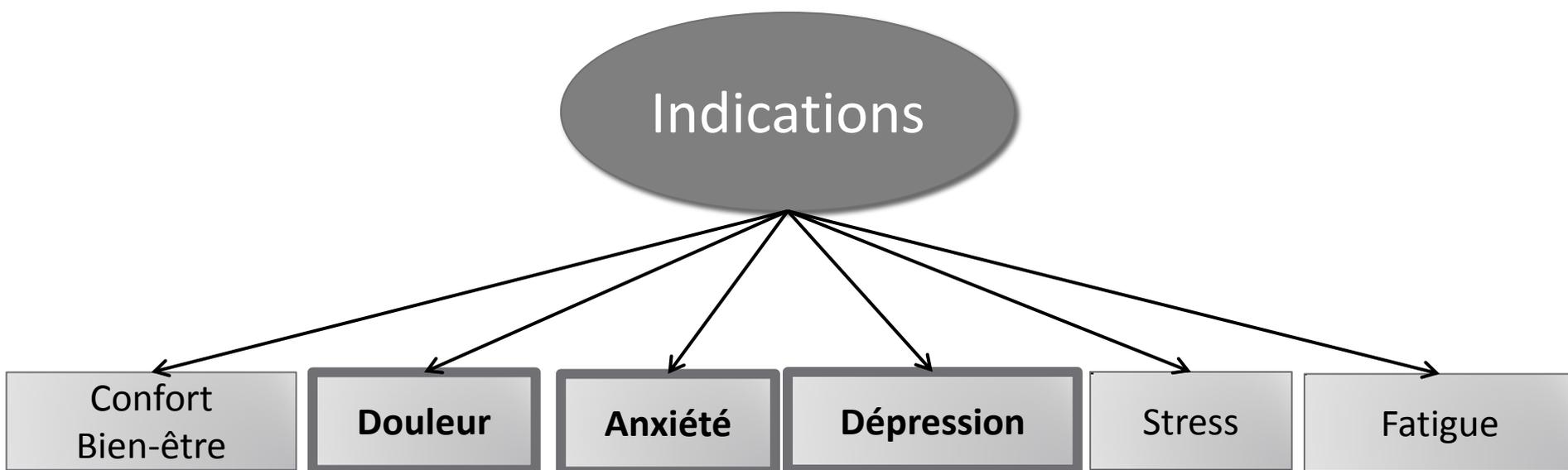
- Douleur en soins palliatifs: vécue par **40 à 90% des patients**

Lee et al., 2015; Fawcett, 2008; van den Beuken-van Everdigen et al., 2007

- Un des principaux objectifs: **optimisation du confort** du patient
- Notion de « confort » selon Kolcaba (1994):
« Au-delà du soulagement des symptômes physiques, le confort implique également la considération des dimensions psychologique, sociale et spirituelle. »
- Utilisation des **approches non-pharmacologiques** dans les soins palliatifs en croissance

Kraft, 2012; Williams et al., 2009

Approches non-pharmacologiques: pour quels symptômes?



Approches dans le soulagement de la douleur



- **Modèle biopsychosocial en réadaptation**

Considération des facteurs psychologiques et sociaux, au même titre que les facteurs biologiques

Gatchel et al., 2014; Lacerte et Shah, 2003

- **Approche centrée sur le client**

Création d'un environnement supportant dans lequel le patient peut évoluer vers le changement désiré

Engel, 2006; Sumsion et Law, 2006; Richard et Lussier, 2005

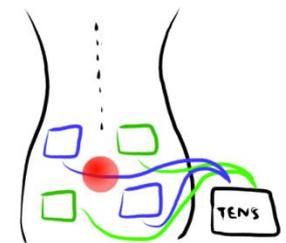
- **Concept de « total pain »**

Expérience de la douleur vue comme un phénomène à de multiples facettes qui n'est pas strictement d'ordre physique, mais qui englobe les **aspects émotionnels, sociaux et spirituels**

Sanders, 2000

Approches non-pharmacologiques: on réfère à quoi?

- Acupuncture
- Aromathérapie
- Art-thérapie
- Activité physique
- Biofeedback
- Techniques de gestion du stress
- Hypnothérapie
- Imagerie guidée
- Massothérapie
- Méditation/relaxation
- Musicothérapie
- Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- Réflexologie
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Toucher thérapeutique / Reiki



État actuel des écrits

Revue systématique de Coelho et al. (2017): approches non-pharmacologiques pour le confort des patients en contexte de soins palliatifs

- Recension de 18 études, publiées entre 1998 et 2015
- Dix interventions non-pharmacologiques recensées:
 - Aromathérapie, reiki et toucher thérapeutique
 - Aromathérapie, trempage des pieds et réflexologie
 - Aromathérapie
 - Massage avec aromathérapie
 - Massothérapie
 - Toucher thérapeutique
 - Musicothérapie
 - Hypnothérapie
 - Art-thérapie
 - Électromyographie et relaxation assistée par biofeedback



État actuel des écrits

Revue systématique de Coelho et al. (2017): approches non-pharmacologiques pour le confort des patients en contexte de soins palliatifs

- Nombre de sessions: varie entre 1 et 14
- Durée: varie entre 5 et 60 minutes
- Deux interventions les plus communes dans les écrits:

Massothérapie et Musicothérapie

- Peu d'essais cliniques ont été réalisés



Quelles interventions?

Auteurs	Intervention non-pharmacologique	Concept visé		
		Douleur	Anxiété	Dépression
Berger et al. (2013)	Aromathérapie et reiki	x	x	x
Louis & Kowalski (2002)	Aromathérapie	x	x	x
Soden et al. (2004)	Aromathérapie (massage)	x	x	x
Polubinski & West (2005)	Massothérapie	x	x	
Wilkie et al. (2000)		x		
Horne-Thompson & Grocke (2008)	Musicothérapie	x	x	x
Horne-Thompson & Bolger (2010)			x	
Nakayama et al. (2009)			x	x
Plaskota et al. (2012)	Hypnothérapie		x	x
Rhondali et al. (2013)	Art thérapie	x	x	x

Quels contextes de soins?

Auteurs	Intervention non-pharmacologique	Contexte étudié		
		Soins à domicile	Hôpitaux	Unités de soins palliatifs
Berger et al. (2013)	Aromathérapie et reiki			x
Louis & Kowalski (2002)	Aromathérapie	x		
Soden et al. (2004)	Aromathérapie (massage)			x
Polubinski & West (2005)	Massothérapie	x		
Wilkie et al. (2000)			x	
Horne-Thompson & Grocke (2008)	Musicothérapie			x
Horne-Thompson & Bolger (2010)			x	
Nakayama et al. (2009)			x	
Plaskota et al. (2012)	Hypnothérapie		x	
Rhondali et al. (2013)	Art thérapie			x

MASSOTHÉRAPIE



État actuel des écrits: Massothérapie



Changements physiologiques	Changements psychologiques
Améliorations du flux sanguin et lymphatique	Amélioration de l'humeur
Réduction de la tension musculaire	État de relaxation
Augmentation du seuil de douleur	
Réduction de la tension artérielle	

État actuel des écrits: Massothérapie en soins palliatifs



- Parmi les approches non-pharmacologiques les plus utilisées aux États-Unis et en Grande-Bretagne

SAGA, 2007; Calenda, 2006; Richardson et al., 2000

- La stimulation engendrée par la massothérapie au niveau des systèmes circulatoire et lymphatique est similaire à celle induite par l'activité physique

Kassab et Stevensen, 1996

- Adaptation des techniques de massothérapie selon les patients et leurs caractéristiques

Ex. Privilégier des techniques de massage plus légères pour les patients ayant des problèmes de coagulation ou des métastases aux os

Corbin, 2005

Ernst, 2009

Premier auteur	Clientèle	Paramètres des sessions de massothérapie	Résultats
Kutner, 2008	Adulte, Types variés de cancer	6 sessions (30 minutes ch.) 2 semaines	Soulagement immédiat de la douleur
Patterson, 2008	Types variés de cancer	2 sessions 6 semaines	Appréciation du patient vis-à-vis de l'expérience
Campeau, 2007	Types variés de cancer, Radiothérapie	10 sessions	Diminution immédiate de l'anxiété
Listing, 2007	Femmes, suite à une thérapie pour cancer du sein	Session de 30 minutes	Réduction à moyen-long terme de la douleur
Billhut, 2007	Femmes avec un cancer du sein, Chimiothérapie	5 sessions (20 minutes ch.)	Réduction des nausées
Phipps, 2005	Pédiatrique, suite à la transplantation de cellules souches	3 sessions (30 minutes ch.) 5 semaines	Pas de différences inter-groupes pour la détresse ou les perturbations de l'humeur
Hernandez-Reif, 2004	Femmes, suite à une chirurgie pour un cancer du sein	3 sessions (30 minutes ch.) 5 semaines	Effets immédiats : diminution de l'anxiété, dépression, colère Effets à long-terme : dépression
Soden, 2004	Adulte, Types variés de cancer	Massages hebdomadaires	Pas de différences inter-groupes pour la douleur et l'anxiété
Post-White, 2003	Adulte, Types variés de cancer, Chimiothérapie	4 sessions hebdomadaires	Diminution de l'anxiété et de la douleur
Wilkie, 2000	Adulte, Hospitalisée, Types variés de cancer	4 sessions	Réduction de la douleur

État actuel des écrits: Massothérapie en soins palliatifs



- Niveau d'évidence **faible à modéré** pour diminuer un large éventail de symptômes:
 - **Douleur**
 - Nausées
 - **Anxiété**
 - **Dépression**
 - Fatigue
- Bien que la massothérapie ne soit pas entièrement sans risque, les effets secondaires négatifs sont rares

Ernst, 2003

État actuel des écrits: Massothérapie en soins palliatifs



- Consigne usuelle: ne pas exercer de pression directe sur la tumeur

Fawcett, 2008; Corbin, 2005

- **Contre-indications (liste non-exhaustive):**

- Ostéoporose avancée
- Fractures
- Brûlures
- Thrombose veineuse profonde
- Eczéma
- Plaies ouvertes
- Phlébite
- Infections cutanées



État actuel des écrits: Massothérapie



- Absence quasi-totale d'**effets secondaires** liés à la massothérapie
- Importance de la **relation entre le thérapeute et le patient** pour optimiser les bénéfices de la massothérapie
- Niveau d'évidence faible à modéré



- Diminution de la prise d'analgésiques suite à une séance de massothérapie: **non-confirmée**
 - Un état de relaxation préalable au massage étant nécessaire pour potentialiser ses effets, la prise d'analgésiques peut même être indiquée
- **Toucher/contact physique** pour certains patients peut être synonyme de sensation désagréable

État actuel des écrits: Réflexologie



Revue systématique des essais contrôlés randomisés

- Recension de 23 études:
 - 8 études suggèrent un **effet bénéfique** pour diverses conditions dont le **cancer**, la sclérose en plaques et les troubles neurocognitifs
 - **Faible qualité méthodologique** de l'ensemble des essais contrôlés randomisés
 - **Niveau d'évidence insuffisant** à l'égard de ses effets bénéfiques pour justifier son utilisation

MUSICOTHÉRAPIE



État actuel des écrits: Musicothérapie



- « Utilisation des sons et de la musique pour faciliter le développement d'une relation entre les patients et les professionnels de la santé, avec pour objectifs de soutenir la relaxation et l'amélioration du bien-être physique et émotionnel »

Bunt & Hoskyns, 2002

- Largement utilisée aux États-Unis et en Grande-Bretagne

Berkovitz et al., 2011; Clements-Cores, 2010

- Potentiel d'utilisation au cours de l'ensemble du processus de soins: de l'annonce du diagnostic du cancer aux soins de fin de vie

Gallagher, 2011

État actuel des écrits: Musicothérapie



- **Processus d'évaluation:** sélectionner les préférences musicales du patient
- **Identification des objectifs:** peuvent porter sur différentes dimensions de la personne (c.-à-d. physique, psychologique, affective)
- **Interventions communes:**

Techniques actives	Techniques réceptives
Pratique d'un instrument	Écouter la mélodie
Chanter	Relaxation assistée par la musique
Écrire une chanson	
Analyse des paroles d'une chanson	
Participation (ex. taper du pied)	

État actuel des écrits: Musicothérapie



- Retombées potentielles relatives à plusieurs dimensions:

Physique

- Douleur
- Difficultés respiratoires
- Nausées
- Confort
- Tension
- Relaxation

Psychologique

- Anxiété
- Dépression
- Humeur
- Mécanismes d'adaptation
- Qualité de vie
- Détresse psychologique
- Souffrance

Sociale

- Communication entre le patient et la famille
- Communication entre le patient et les professionnels de la santé

État actuel des écrits: Musicothérapie



- McConnell, T., Scott, D. et Porter, S. (2016). Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review. *Palliative Medicine*, 30(9), 877-883.

Table 2. Efficacy: music therapy versus active control and standard care only for pain.

Study or subgroup	Music therapy		Total	Control		Total	Weight	Standard mean difference IV, random, 95% CI
	Mean	SD		Mean	SD			
Gutgsell et al. ¹⁰	4.74	2.59	99	5.86	242	99	81.4%	-0.45 [-0.73, -0.16]
Horne-Thompson and Grocke ¹¹	1.77	2.39	13	2.25	273	12	10.5%	-0.18 [-0.97, 0.61]
Nguyen ¹²	23	33.31	10	42.9	38.74	10	8.1%	-0.53 [-1.42, 0.37]
Total (95% CI)			122			121	100.0%	-0.42 [-0.68, -0.17]

Heterogeneity: $\text{Tau}^2=0.00$; $\text{Chi}^2=0.44$, $df=2$ ($p=0.80$); $I^2=0\%$
Test for overall effect: $Z=3.27$ ($p=0.001$)

SD: standard deviation; CI: confidence interval.

État actuel des écrits: Musicothérapie



- Potentiel à contribuer plus spécifiquement à la **diminution de la douleur**, même avec une musique standardisée: effet analgésique faible à modéré
McConnell et al., 2016; Archie et al., 2013; Gutgsell et al., 2013
- Selon la *Cochrane Review for Pain*:
« Écouter de la musique réduit les niveaux d'intensité de douleur et les doses d'opioïdes requises, mais la **magnitude de ces bénéfices est petite**, et donc, son **importance clinique incertaine**. »
- Selon la *Cochrane Review for End of Life Care*:
« Un **nombre limité d'études** suggèrent qu'il pourrait y avoir un bénéfice de la musicothérapie sur la qualité de vie des patients recevant des soins palliatifs »

État actuel des écrits: Musicothérapie



- Absence quasi-totale d'**effets secondaires** liés à la musicothérapie
- Approche thérapeutique personnalisée
- Potentiel à engendrer des **bénéfices sur plusieurs dimensions** de la personne (c.-à-d. physique, psychologique)



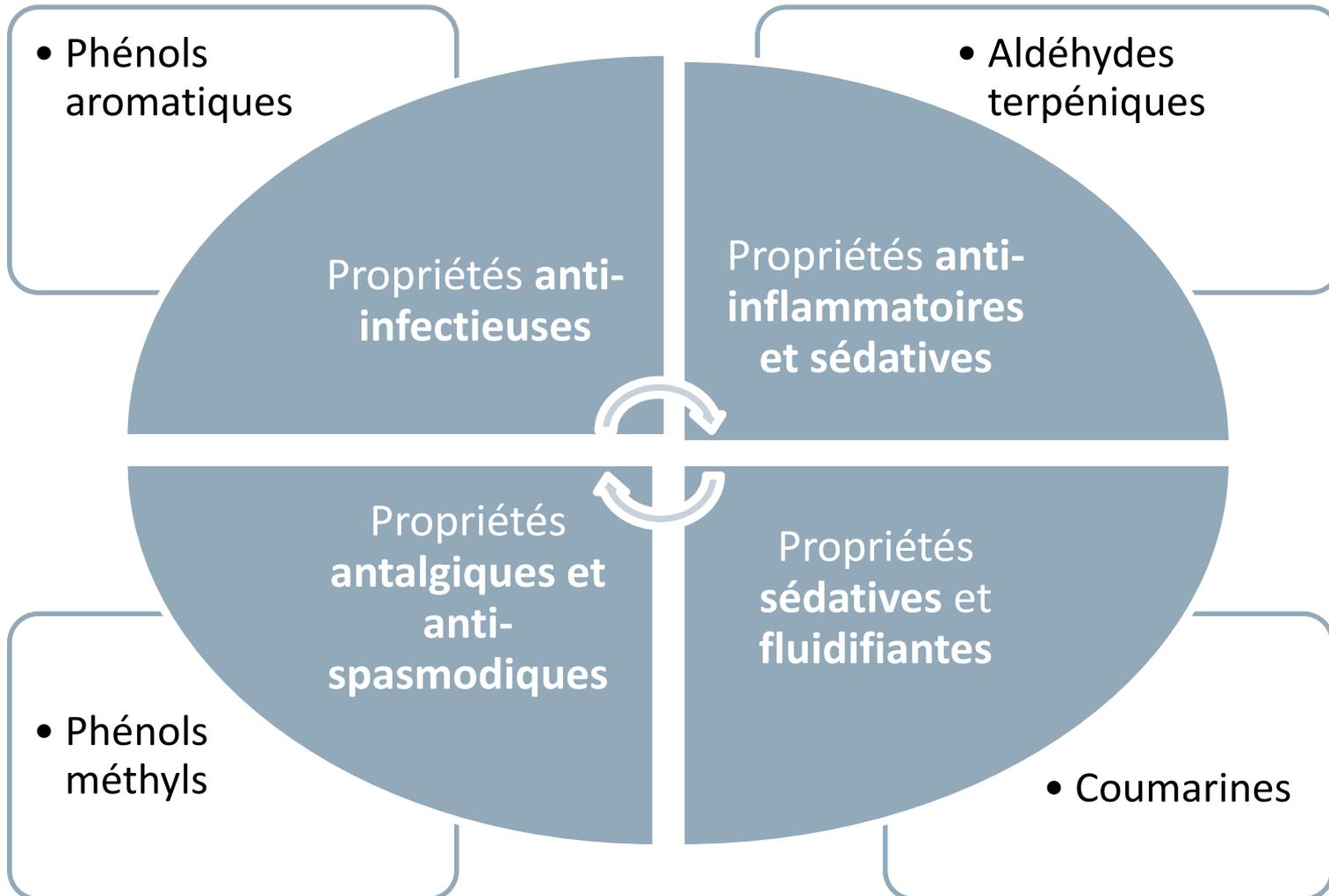
- **Niveau d'évidence** faible à modéré
- **Variations dans les modèles de thérapie** utilisés (ex. contenu, durée) -> limite à la transférabilité
- Certains types de sons ou de mélodies pour certains patients peuvent être perçus comme une stimulation sensorielle désagréable



AROMATHÉRAPIE



Aromathérapie: familles biochimiques



Aromathérapie: voies d'administration



Voies	Précisions/indications
→ Cutanée	Les huiles sont le plus souvent diluées dans des huiles végétales
Orale	Oléo-capsules, gélules ou gouttes Attention: troubles digestifs -> Avis médical nécessaire
Sublinguale	Rapidité de pénétration Attention: limite du goût -> Avis médical nécessaire
Rectale	-> Avis médical nécessaire
→ Respiratoire	Plusieurs options possibles: respiration directe, inhalation ou diffusion atmosphérique

État actuel des écrits: Effets de l'aromathérapie



- Réduction des **évènements émétiques** induits par les traitements de chimiothérapie

Marchand, 2014

- Réduction de la **détresse psychologique** et amélioration du **contrôle des symptômes** par le patient

Dunwoody et al., 2002

- Impact olfactif sur le système nerveux central, le système nerveux autonome et le système endocrinien: **facilite l'accès direct aux informations d'ordre émotionnel**, souvent inconscientes

Maroy et al., 2014

- Utilisation de l'aromathérapie en complément avec la massothérapie: **niveau d'évidence insuffisant**

Shin et al., 2016

Aromathérapie:

Perspectives des patients

- Identification des thèmes:
 - Effets déstressants de l'aromathérapie
 - Rôle de « counseling » de l'aromathérapeute
 - Aromathérapie en tant que récompense
 - *Empowerment* du patient
 - Communication par l'entremise du toucher
- Émergence de deux nouveaux thèmes:
 - Préoccupation avec la **sécurité du contexte** au sein duquel la séance d'aromathérapie se déroule
 - **Perceptions pré-conçues** de la valeur de l'aromathérapie



État actuel des écrits: Effets de l'aromathérapie



Importance de prendre connaissance des contre-indications/effets secondaires des huiles essentielles à des posologies inadéquates



État actuel des écrits: Aromathérapie



- **Potentiel à diminuer des symptômes spécifiques** relatifs à la maladie
- Climat thérapeutique instauré parallèlement à l'utilisation de l'aromathérapie
- Sentiment d'auto-efficacité personnelle du patient



- **Émergence** de l'approche thérapeutique: doses, types d'huiles
- **Niveau d'évidence** faible
- Importance de prendre connaissance des **contre-indications/effets secondaires** des huiles essentielles à des posologies inadéquates



ART-THÉRAPIE



État actuel des écrits: Art-thérapie



Art-thérapie: « exploitation du potentiel artistique d'un individu à des fins thérapeutiques et humanitaires »

En fonction des objectifs du patient

Une des composantes clés: ***empowerment***

Wood et al., 2011

Efficacité documentée pour:

**1. Diminution de symptômes
(douleur, anxiété et fatigue)**

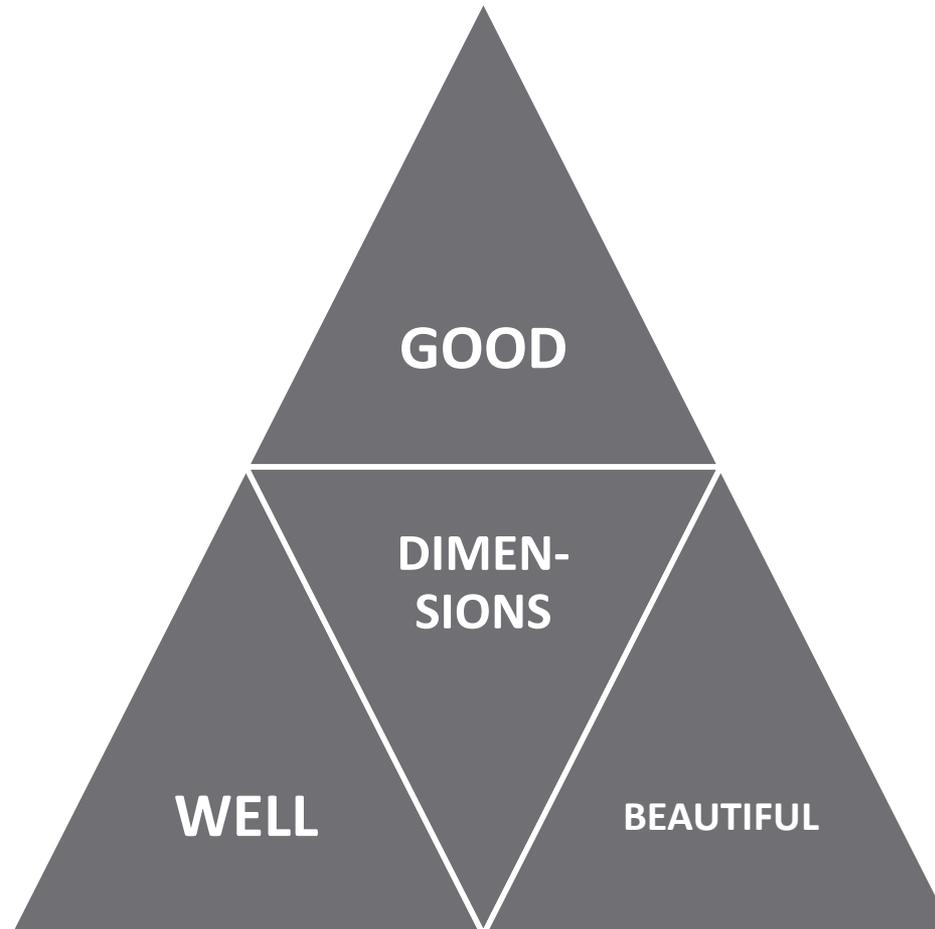
Rhondali et al., 2013; Nainis et al., 2006

2. Mécanisme d'adaptation pour augmenter le bien-être

Lin et al., 2012; Forzoni et al., 2010; Thyme et al., 2009



État actuel des écrits: Art-thérapie



État actuel des écrits: Art-thérapie



- Durée moyenne des sessions d'art-thérapie: entre **60** et **90 minutes**
- Effet observable **en moins d'une heure**, mais pour de courtes périodes de temps (**moins de 12 heures**)

Nainis et al., 2006

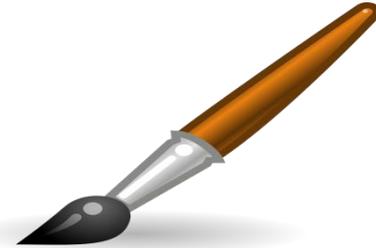
- Effets neurobiologiques comparables avec ceux obtenus pour la musicothérapie:
Sensation de plaisir et de satisfaction relative à l'œuvre artistique
 - Activation des circuits dopaminergiques
 - Libération d'endorphines

Archie et al., 2013

État actuel des écrits: Art-thérapie

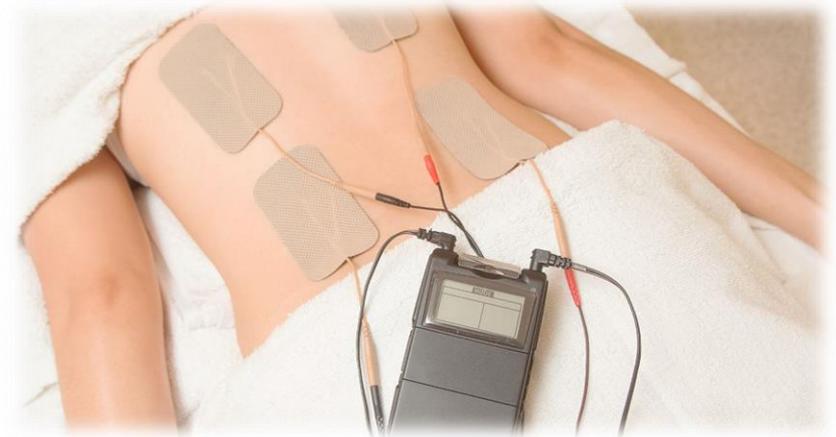


- **Diminution de la symptomatologie** associée au cancer
-> surtout psychologique
- **Donne le pouvoir au patient** pour définir sa situation
- Fait figure de **stabilité**, de restauration de la permanence, dans un contexte où la maladie vient mettre en péril la continuité de l'identité
- Approche complémentaire à la **psychothérapie**



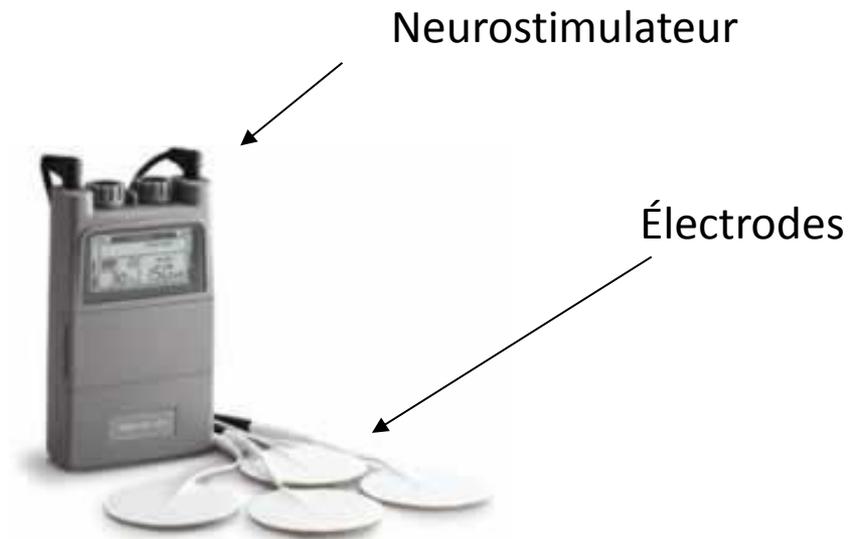
- **Émergence** de l'approche thérapeutique
- **Niveau d'évidence** faible selon les essais contrôlés randomisés pour le soulagement de la douleur
- **Variations dans les modèles de thérapie** utilisés (ex. type d'art, durée)
-> limite à la transférabilité

NEUROSTIMULATION ÉLECTRIQUE TRANSCUTANÉE



Neurostimulation périphérique (TENS)

Modalité destinée à **soulager la douleur** à l'aide d'un **courant électrique** de faible intensité transmis aux nerfs par des électrodes placées sur la peau



Neurostimulation périphérique

Types d'application

TENS conventionnel



TENS acupuncture

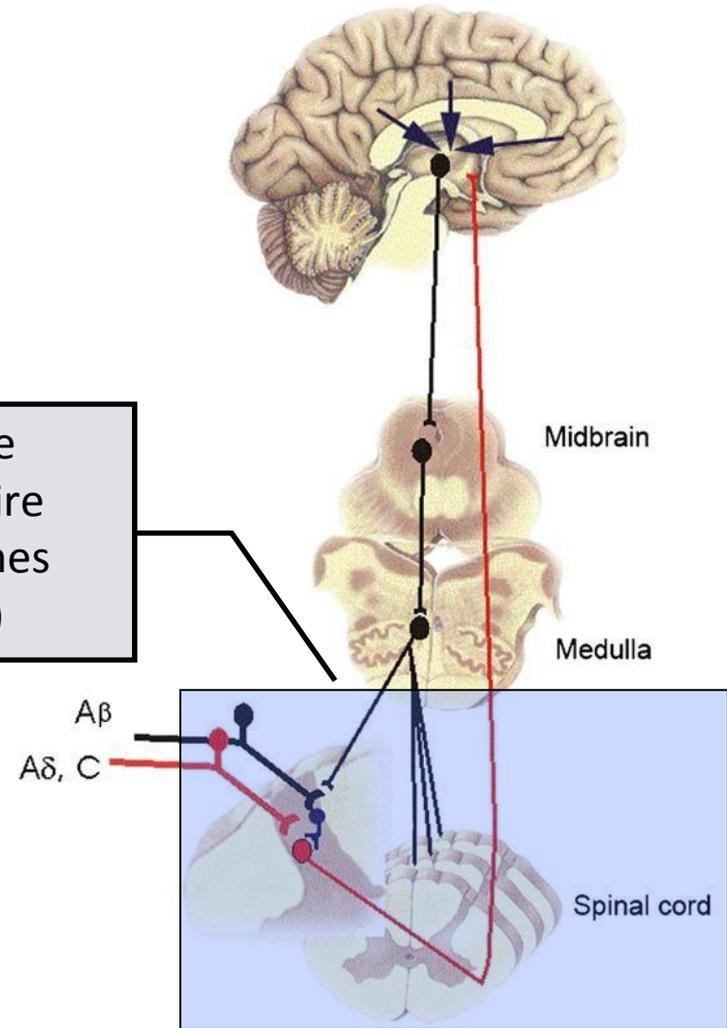
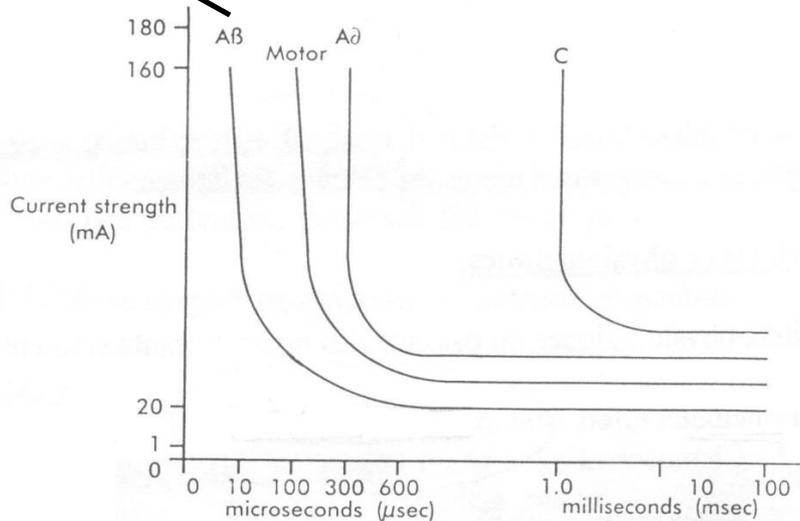


1. TENS conventionnel

- Sensation agréable de fourmillements

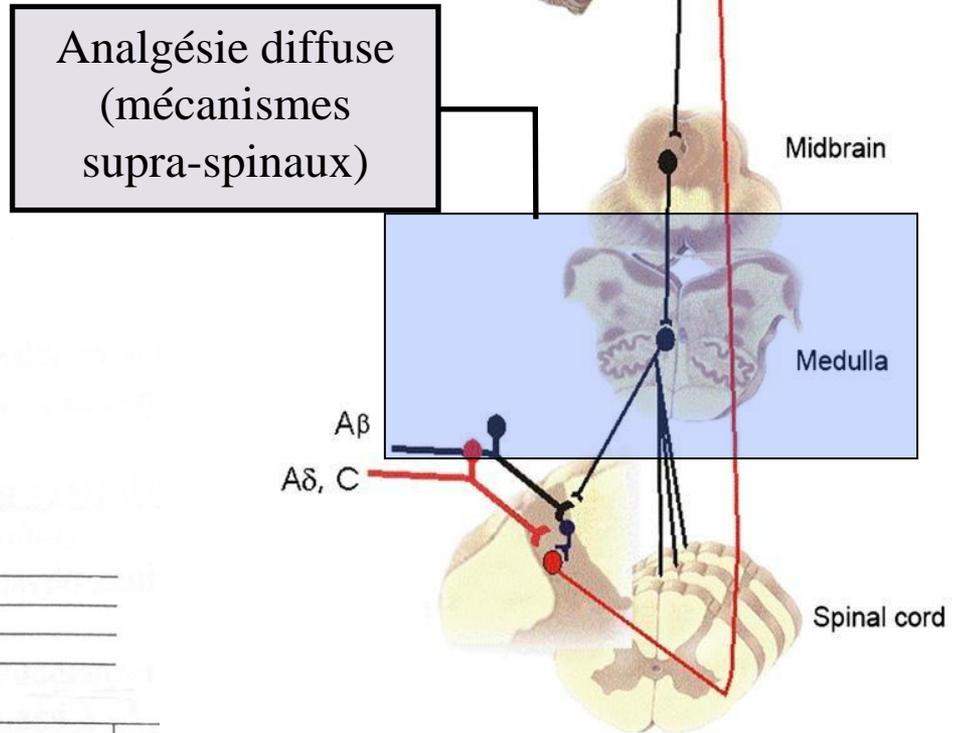
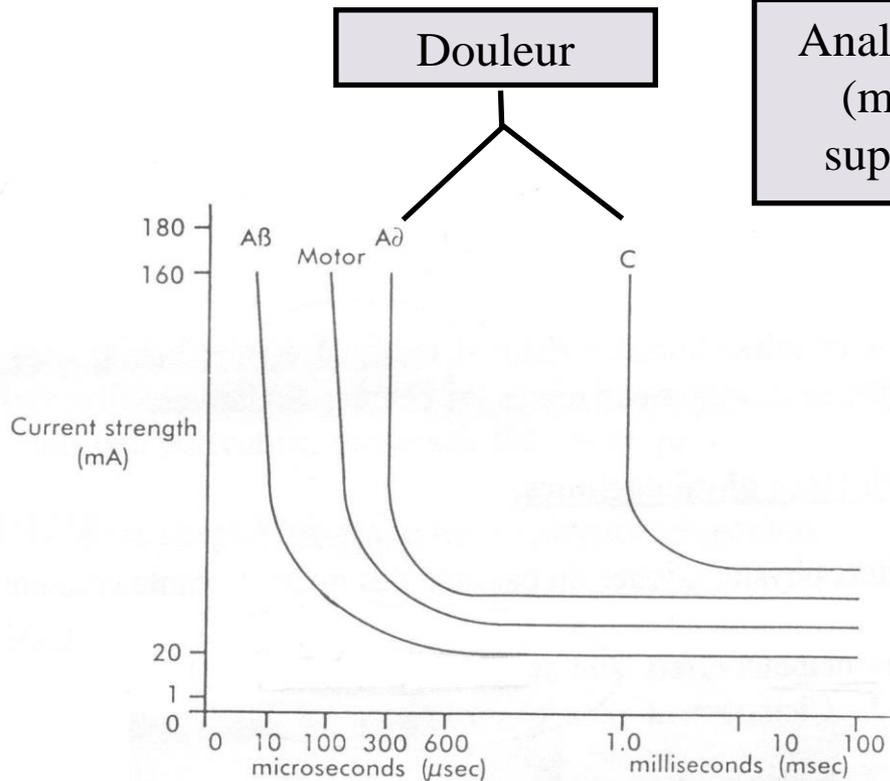
Toucher léger
Vibration

Analgesie
segmentaire
(mécanismes
spinaux)

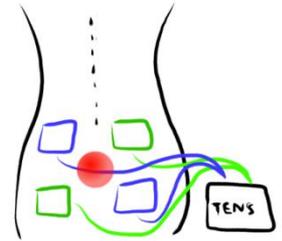


2. TENS acupuncture

- Analgésie par contre-irritation
- Activation des contrôles inhibiteurs descendants (CIDN)



Neurostimulation périphérique



Type de douleur	Particularités relatives à l'utilisation du TENS
1. Nociceptive	TENS, exercices physiques, cryothérapie et thermothérapie
2. Neuropathique	-> Débuter avec le mode conventionnel Effets du mode conventionnel : effet analgésique à long-terme Effets du mode acupuncture : effet analgésique lors de l'application
3. Mixte	Voir les directives ci-dessus

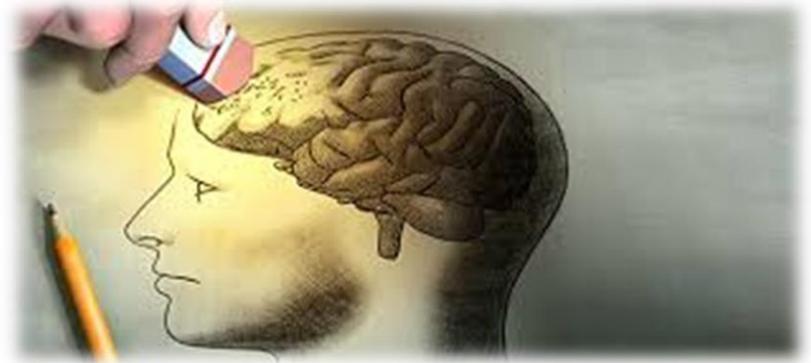
Stades

Aigu

Chronique

Accès douloureux paroxystique

CLIENTÈLES AVEC TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS



Clientèles avec troubles neurocognitifs majeurs



- Selon la *Société américaine de gériatrie*
 - Un traitement analgésique devrait inclure des approches pharmacologiques **et** non pharmacologiques.
- Considérer les approches non-pharmacologiques comme étant **complémentaires** et non seulement alternatives à la pharmacothérapie
- **Impact de la fragilité et des atteintes cognitives sur l'effet de la médication prescrite** -> intérêt des approches non-pharmacologiques

Pickering, 2012

Clientèles avec troubles neurocognitifs majeurs



- Accent sur l'adaptation de **l'environnement** et non de l'individu
- Efficacité des approches non-pharmacologiques pour diminuer les **problèmes comportementaux**
Unwin et al., 2010
- Après l'administration d'une médication, l'agitation et les **vocalisations** persistent souvent
Diminution de l'**agitation** dans les cas avancés
Cohen-Mansfield et al., 2012
- Au près de la clientèle âgée présentant une démence, orienter le traitement des comportements perturbateurs par:
 1. Modalité non-pharmacologique d'abord
 2. Médication par la suite, si l'approche non-pharmacologique échoue

SOINS SPIRITUELS



État actuel des écrits:

Soins spirituels

- « Manière dont les individus expriment la signification de la vie et la manière dont ils vivent leur connexion au moment présent, à soi, aux autres, à la nature et à ce qu'ils considèrent comme significatif et/ou sacré »

Berger et al., 2013

- Les croyances influencent l'expérience d'une personne face à la vie, la maladie et la mort (et au sens qu'elle y porte)

Lloyd-Williams, 2003

- Objectif: Par l'entremise d'une approche personnalisée aux questionnements existentiels des patients, faciliter la croissance personnelle et la résilience psychologique face à la maladie

Steinhorn et al., 2017; Puchalski, 2015

- Contribution à la diminution de l'anxiété et de la détresse psychologique des patients

Puchalski, 2015; Vallurupalli et al. 2012, Neimeyer et al., 2011;
Kandasamy et al., 2011

Exemple d'application en contexte canadien

- Intégration d'une thérapie complémentaire dans un milieu de soins palliatifs ontarien

Contexte de soins

- Relation thérapeutique
- Soins spirituels
- Support psychosocial
- Travail interdisciplinaire
- Supervision et support des intervenants des thérapies complémentaires

Massothérapie

Aromathérapie

Reiki/toucher
thérapeutique

Exemple d'application en contexte canadien

- Résultats obtenus:
 - Diminution de la douleur
 - Diminution de l'inconfort
 - Diminution de l'agitation
 - Diminution de l'anxiété et de la dépression
 - Augmentation du sentiment de « tranquillité/paix intérieure »
 - Création d'une atmosphère relaxante propice à l'expression des émotions et au partage des questions de recherche de sens

+ Impacts positifs notés pour le patient, les proches-aidants ainsi que les membres de l'équipe interdisciplinaire de soins



Discussion



- Barrières à l'implantation d'interventions non-pharmacologiques:
 - **Manque d'évidence** sur l'efficacité des approches non-pharmacologiques: **limites méthodologiques** -> besoin d'une approche pragmatique?
- Inconsistance des résultats obtenus d'une étude à l'autre pour une même intervention non-pharmacologique
 - Difficulté à différencier les **effets spécifiques** et **non-spécifiques** à l'approche non-pharmacologique
 - Échantillons de participants difficiles à conserver pour des études de longue durée, vu les conditions sous-jacentes au contexte de soins palliatifs
 - **Standardisation** des procédures d'utilisation
 - Difficultés pratiques relatives à la création d'un groupe placebo pour certaines approches non-pharmacologiques

Conclusion

- Émergence du développement de l'évidence au regard de l'utilisation des approches non-pharmacologiques
- Évidence supportant l'utilisation de la neurostimulation périphérique: besoin de guides spécifiques au contexte de soins palliatifs
- Début de données probantes plus spécifiquement pour la **massothérapie** et la **musicothérapie**
- Potentiel des approches non-pharmacologiques à soutenir la prestation de soins et de services de santé basés sur une approche holistique

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

Merci beaucoup de votre attention!

Melanie.Ruest@USherbrooke.ca

Références

- Archie, P., Bruera, E. & Cohen, L. (2013). Music-based interventions in palliative cancer care: A review of quantitative studies and neurobiological literature. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2609–2624.
- Berger, L., Tavares, M. et Berger, B. (2013). A Canadian experience of integrating complementary therapy in a hospital palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1294-1298.
- Berkovitz, A., Sengupta, M., Jones, A. et al. (2011). Complementary and alternative therapies in hospice: the national home and hospice care survey. Report, National Center for Health Statistics. Repéré à <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr033.pdf>
- Bradt, J. et Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD007169.
- Bunt, L. et Hoskyns, S. (2002). *The handbook of music therapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Calenda, E. (2006). Massage therapy for cancer pain. *Current Pain and Headache Reports*, 10(4), 270-274.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Clark et al. (2016). International palliative care research in the context of global development: a systematic mapping review. *BMJ Support Palliat Care*. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-001008
- Clements-Cortes, A. (2010). The role of music therapy in facilitating relationship completion in end-of-life care. *Can J Music Ther*, 16, 123-147.
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M.E. et Aostolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1867-1904.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marcx, M.S., Dakheel-Ali, M. et Freedman, L. (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 73(9), 1255-1261.
- Corbin, L. (2005). Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. *Cancer Control*, 12(3), 158-164.

Références

- Denis, V., Papillon-Dion, E. et Viau, A.-M. (2012). Résumé des recommandations de bonnes pratiques en physiothérapie en soins palliatifs chez les personnes âgées. Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8652>
- Dunwoody L, Smyth A et Davidson R. (2002). Cancer patients' experiences and evaluations of aromatherapy massage in palliative care. *Int J Palliat Nurs*, 8(10), 497-504.
- Dyer, J., Thomas, K., Sandsund, C. et Shaw, C. (2013). Is reflexology as effective as aromatherapy massage for symptom relief in an adult outpatient oncology population? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 139-146.
- Engel, JM. (2006). *Evaluation and Pain Management*. Dans Pendleton HM, Schultz-Krohn W. Pedretti's occupational therapy practice skills for physical dysfunction, 6th ed. St-Louis: MS: Mosby Elsevier.
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Support Care Cancer*, 17, 333-337.
- Ernst, E., Posadzki, P. et Lee, M.S. (2011). Reflexology: An update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas*, 68, 116-120.
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I. et Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature, *International Scholarly Research Network*. doi:10.5402/2011/929868
- Fawcett, L.Y. (2008). The role of massage therapy in the relief of cancer pain. *Nursing Standard*, 22(21), 35-40.
- Forzoni, S., Perez, M., Martignetti, A. et Crispino, S. (2010). Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: an analysis of the patients' perception of helpfulness. *Palliat Support Care*, 8(1), 41-48.

Références

- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I. et Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature, *International Scholarly Research Network*. doi:10.5402/2011/929868
- Fawcett, L.Y. (2008). The role of massage therapy in the relief of cancer pain. *Nursing Standard*, 22(21), 35-40.
- Forzoni, S., Perez, M., Martignetti, A. et Crispino, S. (2010). Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: an analysis of the patients' perception of helpfulness. *Palliat Support Care*, 8(1), 41-48.
- Gallagher, L.M., Lagman, R. et Rybicki, L. (2017). Outcomes of music therapy interventions on symptom management in palliative medicine patients. *Am J Hosp Palliat Care*, doi: 10.1177/1049909117696723.
- Gallagher, L.M. (2011). The role of music therapy in palliative medicine and supportive care. *Semin Oncol*, 38, 403-406.
- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management – Past, present and future. *Am Psychol*, 69(2), 119-130.
- Gutsell, K.J., Schluchter, M., Margevicius, S. et al. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*, 45, 822-831.
- Hofmann et al. (2017). Patients in palliative care - Development of a predictive model for anxiety using routine data. *PLoS One*, 12(8), e0179415.
- Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*, 48(1), 55-9.
- Kassab, S. et Stevensen, C. (1996). Common misunderstandings about complementary therapies for patients with cancer. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 2(3), 62-65.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*, 19(6), 1178-1184.
- Koski et al. (2017). An analysis of journey mapping to create a palliative care pathway in a Canadian First Nations Community: Implications for Service Integration and Policy Development. *Palliat Care*, 10, 1-16
- Kraft, K. (2012). CAM for depression, anxiety, grief, and other symptoms in palliative care. *Prog Palliat Care*, 20(5), 272-277.

Références

- Kumar, SP. (2011). Cancer Pain: A Critical Review of Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management in Palliative Care. *Indian J Palliat Care*, 17(2), 116-26.
- Lacerte M, Shah RV. (2003). Interventions in chronic pain management. 1. Pain concepts, assessment, and medicolegal issues. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(3 Suppl 1), S35-8.
- Lee, S.-H., Kim, J.-Y., Yeo, S., Kim, S.-H. et Lim, S. (2015). Meta-analysis of massage therapy on cancer pain, *Integrative Cancer Therapies*, 14(4), 297-304.
- Lefèvre, C., Ledoux, M. et Filbet, M. (2015). Art therapy among palliative cancer patients: Aesthetic dimensions and impacts on symptoms. *Palliat Support Care*, 14(4), 376-380.
- Lin, M.H., Moh, S.L., Kuo, Y.C., Wu, P.Y., Lin, C.L., Tsai, M.H., Chen, T.J. et Hwang, S.J. (2012). Art therapy for terminal cancer patients in a hospice palliative care unit in Taiwan. *Palliat Support Care*, 10(1), 51-57.
- Lloyd-Williams M. (2003). Psychosocial issues in palliative care. Oxford University Press, 193 pages.
- Marchand, L. (2014). Integrative and complementary therapies for patients with advanced cancer. *Ann Palliat Med*, 3(3), 160-171.
- Maroy, D., Kinet, V. et Gatellier, M. (2014). *L'usage de l'aromathérapie en soins palliatifs*. Dans Manuel de soins palliatifs. 4e éd. Dunod, Collection: Guides Santé Social, 1244 pages.
- McConnell, T., Scott, D. et Porter, S. (2016). Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review. *Palliative Medicine*, 30(9), 877-883.
- Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J.H., Lai, J. et Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage*, 31(2), 162-169.
- Neimeyer RA, Currier JM, Coleman R, Tomer A, Samuel E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: the impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Studies*, 35(9), 777-800.
- Park, J. et Hughes, A.K. (2012). Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: a review of empirical evidence. *The American Geriatrics Society*, 60, 555-568.
- Puchalski, C.M. (2015). Spirituality in geriatric palliative care. *Clin Geriatr Med*, 31(2), 245-252.
- Raphael J, Hester J, Ahmedzai S, Barrie J, Farquhar-Smith P, Williams J, et al. (2010). Cancer pain: part 2: physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Med*, 11(6), 872-896.

Références

- Rhondali, W., Lasserre, E. et Fibert, M. (2013). Art therapy among palliative care inpatients with advanced cancer. *Palliat Med*, 27(6), 571-572.
- Richard, C. et Lussier, MT. (2005). *Les modèles de relation médecin-patient*. Dans Lussier MT, Richard C. La communication professionnelle en santé. St-Laurent, QC: Éditions du Renouveau pédagogique Inc. 125-36.
- Richardson, M.A., Sanders, T., Palmer, J.L., Greisinger, A. et Singletary, S.E. (2000). Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 18(13), 2505-2514.
- SAGA. (2007). Healthy Living: Complementary Therapies. Therapies most likely to make it into mainstream treatment. Repéré à www.saga.co.uk/health/healthyliving/complementarytherapies/TherapiesMostLikelyToMakeItIntoMainstreamTreatment.asp
- Sanders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7-13.
- Shin, E.-S., Seo, K.-H., Lee, S.-H., Jang, J.-E., Jung, Y.-M. et Kim, M.-J. et Yeon, J.-Y. (2016). Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD009873.pub3.
- Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C. et Ashley, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*, 18(2), 87-92.
- Steinhorn, D.M., Din, J. et Johnson, A. (2017). Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3), 237-247.
- Sumsion T, Law M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther*, 73(3), 153-62.
- Thyme, K.E., Sundin, E.C., Wiberg, B., Oster, I., Aström, S. et Lindh, J. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. *Palliat Support Care*, 7(1), 87-95.
- Unwin, B.K., Porvaznik, M. et Spoelhof, G.D. (2010). Nursing home care: part II. Clinical aspects. *Am Fam Physician*, 81(10), 1229-1237.
- van den Beuken-van Everdingen, M.H., de Rijke, J.M., Kessels, A.G., Schouten, H.C., van Kleef, M. et Patijin, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, 18(9), 1437-1449.

Références

- van der Steen et al. (2017). Palliative care for people with dementia in the terminal phase: a mixed-methods qualitative study to inform service development. *BMC Palliative Care*, 16, 28.
- Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 81-87.
- Volicer, L. (2017). The development of palliative care for dementia. *Ann Palliat Med*, 6(4), 302-305.
- WHO. (2015). Global Health Observatory (GHO) data. Life expectancy. Repéré sur: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/
- Wilkinson, S., Barnes, K. et Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs*, 63, 430-439.
- Williams, A.M., Davies, A. et Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Pract*, 15(3), 145-155.
- Wood, M.J., Molassiotis, A. et Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology*, 20(2), 135-145.