



Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et
du Pays de Vaucluse

MARTIN - SELVA Isabelle
Promotion 2017-2020

Du sens aux essences



Unité d'enseignement : 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 24 mai 2020

Directeur de mémoire : BORY Martine

*« Le chemin vers la santé passe par un bain aromatique
et un massage parfumé chaque jour. »*

Hippocrate (460 – 370 avant J.C.)

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

Remerciements

Madame Bory, forte d'être ma première lectrice, vous m'avez rassurée au moment où j'en avais le plus besoin, toujours avec gentillesse et compréhension. Vous êtes la directrice de mémoire dont je rêvais d'avoir et je suis très fière d'avoir pu partager avec vous ce thème si inspirant et intéressant...

Mon compagnon de route, mon époux, celui qui m'a permis de réaliser ce rêve en acceptant de m'aider dans le quotidien et de s'occuper de notre fils. Tu m'as toujours soutenu, encouragé, et surtout, tu as toujours cru en moi. Ce ne fut pas une mince affaire de balayer mes multiples doutes tout au long de ces trois années ! Mais tu as réussi à m'influer toute ta force et ton amour dont j'avais besoin pour terminer cette formation...

Ma fille, ta présence à mes côtés m'a remplie de joie ! Tes conseils, toujours avisés, m'ont souvent aidé. Je suis si fière de toi !... C'était très émouvant de partager notre statut d'étudiantes ensemble, un grand moment... Nos déjeuners en tête à tête entre deux cours vont me manquer...

Ma mère, évidemment, avec son soutien indéfectible, depuis toutes ces années... Tu m'as accompagné dans toutes mes épreuves. Je sais que tu es toujours fière de moi, ma petite maman, quoique je fasse...

Mon ange gardien Sylvie qui ne m'a jamais quitté et qui m'a donné tant de force... et à ta bichette Roxane qui m'a été d'un grand secours dans cet ouvrage...

Mon amie Emma, sur qui je peux toujours compter malgré les kilomètres...

Mes copines d'école, Christine et Emmanuelle, qui m'ont tant apporté durant la formation. Votre réconfort fut si précieux... Et également, Lucie, Karine, Irina, Agathe, Laure, et également mon groupe 5 ...

Violette, Orchidée, Tournesol et Pivoine pour leur collaboration. Sans leur participation à mes entretiens, ce travail n'aurait jamais abouti...

... A toutes et tous, je vous dis un immense MERCI !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1 SITUATION D'APPEL	2
1.1 ... relative à une patiente	2
1.2 ... relative à un établissement de santé	4
2 LE PATIENT EN FIN DE VIE	6
2.1 Les soins palliatifs	6
2.2 Une prise en soin différente	6
2.3 Apparition de nouvelles approches de soin	7
3 LES MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)	7
4 L'AROMATHERAPIE	8
4.1 Présentation de l'aromathérapie	8
4.1.1 Son origine : la phytothérapie	8
4.1.2 Qu'est-ce l'aromathérapie ?	9
4.2 Les HE	10
4.2.1 Définition et chémotype	10
4.2.2 La distillation	10
4.2.3 Les règles d'utilisation	11
4.3 Ce que disent les textes	13
4.3.1 Sur l'utilisation des HE	13
4.3.2 Sur le rôle propre de l'IDE	14
4.3.3 Sur de rôle prescrit de l'IDE	15
4.4 La formation en aromathérapie	15
4.5 L'HE en soins palliatifs	16
4.5.1 Introduction au soin	16
4.5.2 Les voies d'administration	16
4.5.3 Les huiles de passage	17
4.5.4 La toxicité	18
5 ELABORATION DE LA QUESTION DE DEPART	20
6 MISE EN PLACE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE	21

6.1	L'entretien	22
6.2	La population ciblée	23
7	ANALYSE DES ENTRETIENS	25
7.1	1 ^{er} thème : Intégration des HE & Formation	25
7.2	2 ^{ème} thème : Offre de soin & effets obtenus	26
7.3	3 ^{ème} thème : HE en fin de vie & mise en place	27
7.4	4 ^{ème} thème : Risques & limites	29
7.5	5 ^{ème} thème : HE & soignants	31
7.6	6 ^{ème} thème : Réglementation et responsabilité	31
	CONCLUSION	32
	BIBLIOGRAPHIE	34
	SITOGRAFIE	35
8	ANNEXES	I
8.1	Annexe 1 : Définitions des soins palliatifs par l'OMS en 1990 et 2002	I
8.2	Annexe 2 : Brochure « Recommandations d'emploi des huiles essentielles pures »	II
8.3	Annexe 3 : Liste des HE strictement réservées aux officines pharmaceutiques	IV
8.4	Annexe 4 : Questionnaire en tableau	V
8.5	Annexe 5 : Entretien avec Violette	VI
8.6	Annexe 6 : Entretien avec Orchidée	XIII
8.7	Annexe 7 : Entretien avec Tournesol	XIX
8.8	Annexe 8 : Entretien avec Pivoine	XXII
8.9	Annexe 8 : Autorisation de diffusion du TFE	XXVI

INTRODUCTION

C'est à l'occasion d'un stage effectué entre les deux situations qui vous seront présentées ultérieurement que je fis personnellement la connaissance de la phytothérapie. Cela se présenta d'une bien étrange manière et d'une façon tout à fait étonnante. Il faut dire que j'ai souvent rencontré quelques difficultés au début de chacun de mes stages. L'appréhension couplée à une pression personnelle faisaient que la concentration et le calme dont je devais faire preuve n'étaient malheureusement pas souvent au rendez-vous. Et, il s'avère que ce stage, en médecine générale, au tout début de ma seconde année de formation, fut particulièrement difficile pour moi. Ma pratique était maladroite et ma réflexion parasitée par un stress persistant. Observatrice, ma tutrice référente, une infirmière du service, s'en rendit compte et me convoqua dans un bureau dédié aux entretiens. Contre toute attente, alors que je m'attendais à une sérieuse mise au point, elle me parla des Fleurs de Bach® dont j'ignorais complètement l'existence jusqu'à ce jour. Elle m'expliqua plus en détail qu'il s'agissait d'une florathérapie agissant bénéfiquement sur les émotions. Il faut que vous sachiez que l'utilisation des plantes à usage thérapeutique a très rarement eu sa place dans mon patrimoine culturel et familial, y préférant l'intervention systématique du médecin de famille avec une rassurante prescription médicale, gage d'efficacité. Mais depuis, j'avoue, que face aux derniers scandales médico-sanitaires entre autres, avoir pris un peu de recul dans la consommation des médicaments, y préférant l'abstinence au moindre rhume afin de renforcer mes défenses immunitaires, voire à l'utilisation de l'homéopathie dans un cadre préventif. Aussi, la proposition de ces élixirs floraux correspondit à mes attentes et je l'accueillis avec le soulagement d'avoir peut-être enfin trouvé une solution durable à mon problème. Ce fut une révélation. Toutefois, en questionnant mon entourage, je me rendis compte que les avis sur ces pratiques naturelles étaient très partagés. Il y a les détracteurs, les convaincus, les sceptiques, la notion de l'effet placebo revenant souvent dans la discussion. Pourtant ce retour aux sources n'a jamais été autant d'actualité, l'environnement et la santé devenant étroitement liés à travers d'importants enjeux. En utilisant l'exemple de l'aromathérapie, j'espère, dans ce travail de fin d'études, parvenir à faire le point sur l'utilisation de ces thérapies non conventionnelles dans notre pratique soignante infirmière, savoir si elles apportent ou non une aide complémentaire pour les patients.

1 SITUATION D'APPEL

1.1 ... RELATIVE A UNE PATIENTE

Madame B. vit en chambre individuelle, depuis de nombreuses années, dans l'EHPAD¹ situé dans le Vaucluse. Âgée de 72 ans, elle est atteinte d'une myopathie congénitale, la maladie de Steinert, qui l'oblige à rester alitée. Cette pathologie très répandue (jusqu'à 8000 cas en France) est caractérisée par une anomalie génétique qui même si l'origine de la maladie est connue, les causes, quant à elles, ne le sont actuellement toujours pas. Traduite par une déficience neuromusculaire, la mutation se transmet sur le mode autosomique dominant, pouvant affecter plusieurs générations. D'ailleurs, une sœur de la fratrie est déjà décédée de cette maladie. A ce jour, le tableau clinique de Madame B. est sur une fin de vie. Afin de permettre aux soignants d'intervenir rapidement si nécessaire, elle occupe une des rares chambres du rez-de-chaussée, juste à côté de la salle de soins.

Pour son confort, au niveau de l'alimentation, une gastrostomie a été effectuée afin que la résidente puisse bénéficier d'une nutrition et d'une hydratation parentérales. Une sonde vésicale à demeure a également été posée. Toutefois, elle est régulièrement changée car se bouche souvent malgré de fréquents rinçages. Bien que ne parlant pas, la résidente voit, entend et comprend bien ce qu'on lui demande. Elle est parfaitement consciente de sa situation et refuse d'être hospitalisée. Les informations sont récupérées grâce à un code rudimentaire établi avec les soignants dont elle serre la main selon les réponses proposées, souvent avec le "oui" ou le "non".

Madame B. somnole où s'éveille au gré des passages, pendant la journée, du médecin, de l'infirmière ou de l'aide-soignante. Son fils vient régulièrement la visiter ainsi que des amis proches. La résidente est très entourée. Les témoignages d'amour ou d'affection tapissent le mur d'une multitude de photos et de nombreux petits cadeaux sont disposés sur ses meubles personnels. Les volets baissés aux trois quart plongent la chambre dans une semi-obscurité quelle que soit l'heure de la journée. Spontanément, lorsque nous rentrons dans la chambre, nos voix s'adaptent à cet environnement : nous parlons doucement avec une tonalité basse, voire, en chuchotant. Personne ne souhaite bouleverser cette ambiance particulière. Tout est en adéquation avec sa fin de vie.

¹ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

C'est dans cette atmosphère particulière que j'entrevois de temps en temps une dame de compagnie. Je précise bien "entrevois" car si nous devons prodiguer des soins où distribuer des traitements au même moment, l'infirmière passe son chemin afin de ne pas interrompre l'activité de la dame en question, remettant à la fin de son tour ses soins infirmiers. Il est facile de reconnaître sa présence : à l'ouverture de la porte, des odeurs très agréables assaillent nos cellules olfactives et bien souvent la dame s'affaire en pratiquant sur la résidente des massages au visage, aux mains ainsi qu'aux pieds.

C'est de cette façon que je fais connaissance pour la première fois avec une pratique que je ne connaissais pas : l'aromathérapie.

À l'issue de notre tour, nous finissons donc par la chambre de madame B. que nous retrouvons souvent somnolente avec les traits du visage détendus. Les bienfaits semblent alors visuellement probants.

En examinant de plus près le dossier de la résidente, cette activité n'est pas mentionnée notamment dans son projet de soin. Pourtant, en sachant que l'équipe soignante autorise cette prise en charge extérieure par un proche, on peut dire que cette pratique officieuse est admise. Pourquoi, alors, avons-nous l'impression que ce soin est réalisé en catimini ? Est-il légalement autorisé par un non-professionnel ? Enfin, la famille est-elle légitime pour faire cette demande de prise en charge à la place du patient ?

Dans cet établissement, l'infirmière accepte mais n'intervient pas dans ce soin. Malgré tout, un professionnel de la santé peut-il le prendre en charge ? Sous quelles conditions ? Que dit la réglementation à ce sujet ? Enfin, à défaut du dossier de soin, peut-on l'inclure dans son projet de vie ?

Les HE² sont issues de produits naturels. Pouvons-nous dire pour autant qu'elles sont inoffensives ? Sont-elles toujours bénéfiques ou peuvent-elles avoir des effets délétères ? Devons-nous sous-estimer ses effets et quels impacts ont-elles réellement sur la résidente ? La patiente a-t-elle toutes les informations nécessaires à ce sujet pour donner un consentement éclairé ? L'HE est-elle un produit actif ? Peut-on lui donner le nom de médicament ?

Dans le cadre d'une fin de vie accompagnée de soins palliatifs, la vulnérabilité somatique de la résidente n'est-elle pas un frein dans sa prise en charge ? En effet, son corps éprouvé par la maladie est-il en mesure de supporter un soin dont on connaît encore mal les effets réels ?

² Huile(s) essentielle(s)

Enfin, au niveau de l'équipe soignante, il semble qu'il y ait un consensus pour accepter ce type de soin et que cela ne soit pas sujet à controverse mais en réalité quelle est sa prise de position vis-à-vis d'une thérapie complémentaire ? D'ailleurs, l'institution peut-elle encourager ces pratiques au cœur d'un projet ?

En conclusion, pourquoi et comment une IDE³ peut-elle prendre en charge dans son rôle propre une aromathérapie en toute sécurité auprès d'une patiente en fin de vie ?

1.2 ... RELATIVE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE

Monsieur S., 75 ans, est hospitalisé dans une clinique privée spécialisée en chirurgie orthopédique pour la pose d'une prothèse totale de hanche gauche. Il s'agit d'une intervention programmée. Une quinzaine de jours auparavant, le patient a été vu en consultation par le médecin anesthésiste de l'établissement. Pendant cet échange, un récapitulatif a été fait concernant les antécédents, les traitements en cours, les allergies du patient. De plus, le médecin lui a indiqué les consignes préopératoires à respecter. Pour soulager les troubles anxieux au matin de l'intervention, il est proposé au patient soit un anxiolytique, soit un inhalateur d'HE. Monsieur S. a choisi la seconde proposition. Je lui prépare donc, le jour J, un tube contenant un tampon préalablement imprégné d'une HE qu'il pourra inhaler à sa convenance et à volonté une heure avant son départ pour le bloc opératoire. Interpellée par ce soin que j'ai déjà été amenée à prodiguer de nombreuses fois depuis le début de ce stage, j'interroge systématiquement le patient qui en bénéficie pour connaître les effets ressentis. Comme pour les autres patients, dans l'heure d'utilisation, monsieur S. me confirme être parfaitement détendu, n'en revenant pas lui-même de cette efficacité.

Toujours dans la même clinique, madame L., 45 ans, souffrant d'une gonarthrose, a bénéficié de la pose d'une prothèse totale du genou droit. Les douleurs post-opératoires sont importantes. Un antalgique de niveau II lui a été administré en salle de réveil mais dans les premières heures suivantes son retour, madame L. a des nausées, une des conséquences de ce médicament. Le protocole en "si besoin" mis en place par le médecin anesthésiste implique trois paliers d'antiémétiques



Bol d'Air Jacquier ®

³ Infirmier(ère) diplômé(e) d'État

successifs et progressifs. Au premier palier, et c'est celui qui nous intéresse ici, nous utilisons le Bol d'Air Jacquier®. Cet appareil est une méthode d'oxygénation naturelle qui facilite notamment le réveil post-opératoire et diminue les nausées. Il est utilisé avec de l'HE de Térébenthine issue de la résine de pin (Orésine®) dont les molécules volatiles deviennent porteuses d'oxygène. Celles-ci sont certifiées sans danger et n'entraîne aucune accoutumance. Je vérifie notre appareil mobile ainsi que la quantité de produit aromatique. J'installe confortablement madame L. et approche le bras articulé jusqu'à une dizaine de centimètres de son visage. Je programme le soin pour quinze minutes et actionne sa mise en marche. Une fois l'inhalation terminée, la patiente me confirme bien que ses nausées ont disparues. Il n'a donc pas été nécessaire de passer au deuxième palier qui fait appel à des médicaments.

Dans cette situation d'appel, contrairement à la précédente, les IDE agissent dans le cadre d'un rôle prescrit, parfaitement encadré institutionnellement et ces deux méthodes de soin s'inscrivent dans une démarche volontaire d'innover dans des thérapies complémentaires. C'est en 2015 que le médecin anesthésiste de l'établissement inaugura cette médecine intégrative. Validée par l'HAS⁴, elle permet la coopération du soin conventionnel avec des pratiques naturelles dans l'intérêt du patient et en accord avec ses aspirations. A l'époque, pour soulager la douleur, l'anxiété et améliorer la cicatrisation des plaies aiguës post chirurgicales, l'unité intégrait diverses propositions : l'homéopathie, l'aromathérapie, l'hypnose éricksonienne et la thérapie quantique avec la photomodulation par le MiltaLed (appareil d'émission magnéto-infrarouge-laser de faible intensité qui régule l'inflammation, réduit la douleur et améliore la cicatrisation des tissus). Aujourd'hui, ce médecin anesthésiste ayant quitté l'établissement, l'hypnose et l'homéopathie ne sont plus suggérées, le MiltaLed, défectueux, n'a pas été réparé. Seule l'aromathérapie reste proposée à travers les deux soins précédemment décrits. Mais ne disposant que d'un seul Bol d'Air Jacquier fonctionnel pour tout le service, soit près d'une cinquantaine de lits, il n'était pas rare de devoir opter directement au deuxième palier d'antiémétiques, d'ailleurs plus pratique car simple d'administration et rapide. L'appareil, contraignant à la manipulation et requérant du temps, n'encourage pas non plus son utilisation par l'équipe soignante malgré les résultats positifs obtenus. Comment alors peut-on motiver les professionnels dans la pratique de cette thérapie alternative ? L'implication positive de l'institution est-elle une condition *sine quoi non* ?

⁴ Haute Autorité de Santé

En revanche, il est intéressant de constater que l'inhalateur en stick est scrupuleusement proposé car c'est le seul traitement prescrit sans aucune autre alternative. Peut-on alors dire que seul le médecin joue un rôle essentiel dans cette prise en charge ? Que la prise en soin ne soit positive que s'il n'y a pas d'autres choix ? Comment peut-on alors encourager une IDE dans son rôle propre à ces thérapies complémentaires si, déjà, il est difficile de le faire dans son rôle prescrit ? Lorsque l'on parle d'alliance thérapeutique, il s'agit normalement d'une collaboration mutuelle. Or, elle est souvent déséquilibrée puisque la demande est toujours faite par l'équipe soignante et non par le patient. Et si c'est le patient qui demande une prise en charge avec des méthodes complémentaires, quelle doit-être l'attitude des professionnels de santé ? Doivent-ils toujours imposer les thérapies conventionnelles quand il s'agit de confort et de bien-être pour le patient ?

2 LE PATIENT EN FIN DE VIE

2.1 LES SOINS PALLIATIFS

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) les définit ainsi : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que « *les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs familles, confrontées aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Les soins palliatifs préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel* » (annexe 1).

En 1976, le docteur Thérèse VANIER disait déjà plus prosaïquement, que « *c'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire* ».

2.2 UNE PRISE EN SOIN DIFFERENTE

Protocole de soins, accompagnement ou aide à la prise des traitements, l'élaboration de la prise en soin du patient se fait au plus près de son projet de vie. Soulager sa douleur, l'écouter avec beaucoup d'attention, entretenir une atmosphère reposante, apaiser sa souffrance psychique et spirituelle, tels sont les exemples de prises en soin adaptées aux personnes dont le corps ne

répond plus au traitement curatif conventionnel. Afin d'obtenir ces bénéfices, faisons alors le point sur les ressources infirmières possibles.

2.3 APPARITION DE NOUVELLES APPROCHES DE SOIN

Depuis une réelle considération des soins palliatifs par les pouvoirs publics, un foisonnement de nouvelles idées thérapeutiques ont fait leur apparition dans la prise en soin des patients. Différentes chacune l'une de l'autre, elles ont pourtant le même objectif commun, celui d'améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs. A titre d'exemples, en voici une liste non exhaustive :

- ◆ Le Snoezelen est un espace spécialement aménagé qui fait appel aux cinq sens. bercé d'une musique douce, agrémenté d'une lumière tamisée, c'est un espace de bien-être propice à la détente et au « lâcher-prise ».

- ◆ L'art-thérapie, au travers de la musique ou des arts plastiques, apporte plaisir et évocation. L'anxiété ou l'angoisse liée à la maladie est diminuée. Les ressources stimulées restaurent des capacités oubliées.

- ◆ La médiation animale qui, par des visites régulières de compagnons à 4 pattes, libère la communication, augmente le sentiment de bien-être et favorise les soins.

- ◆ La biographie hospitalière, qui permet au patient de faire le récit de son histoire à travers un ouvrage, offre un réel accompagnement et s'articule autour d'un projet de vie malgré la maladie.

- ◆ La bibliothérapie créative consiste à utiliser des œuvres littéraires faisant appel à la métaphore, l'esthétisme et la fiction (poèmes, fables, contes, ...) afin que le patient puisse élaborer une interprétation personnelle amenant de l'émotion, de la douceur, de l'évasion tout en offrant un effet antalgique.

3 LES MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES (MCA)

Afin d'aller davantage dans le soin naturel, des médecines alternatives et complémentaires comme l'acupuncture, l'auriculothérapie, l'homéopathie, l'hypnose ou la sophrologie pour ne citer que les plus pratiquées, font doucement mais sûrement leur entrée à l'hôpital. Alors que la médecine alternative vient en remplacement de la médecine conventionnelle et relève donc du diagnostic médical, certaines thérapies complémentaires comme l'hypnose ou la sophrologie peuvent intégrer le métier infirmier. En effet, en ayant pour vocation de réduire les effets

indésirables iatrogènes du traitement médicamenteux ou soulager la douleur et apporter du bien-être et de la relaxation au patient, l'IDE, formé préalablement à une thérapie de son choix, pourra lui apporter le confort nécessaire. Il aura alors répondu à une prise en charge du patient dans sa globalité car ce dernier est un tout indivisible. Et c'est parmi dix-sept traitements complémentaires reconnus par l'OMS⁵, que figure la phytothérapie.

4 L'AROMATHERAPIE

4.1 PRESENTATION DE L'AROMATHERAPIE

4.1.1 Son origine : la phytothérapie

L'usage des plantes aromatiques est né avec l'humanité. 40000 ans avant notre ère, nos ancêtres consommaient et utilisaient des végétaux pour se soigner, se nourrir, s'habiller ou construire des habitations. Parmi toutes ces possibilités offertes, de nombreuses peuplades avaient en effet compris que la consommation de certaines feuilles, baies ou racines pouvaient soulager de nombreuses affections, que beaucoup n'avaient aucun effet et que certaines pouvaient majorer les symptômes, provoquer des vomissements ou parfois même la mort. (Farrer-Halls, 2010, p. 8)

A travers le monde et à des périodes différentes, la découverte de ces remèdes a grandement facilité les conditions de vie rudes et hostiles de ces peuples :

→ En Australie, les aborigènes inhalaient les fumées d'eucalyptus ou de tea tree pour traiter les affections pulmonaires. Ils apprirent également à traiter les plaies cutanées grâce à l'élaboration d'onguents à base d'argile et de plantes aromatiques.

→ En Inde, les plantes servaient à purifier le corps et l'esprit pendant les sacrifices religieux. A l'époque, des textes répertoriaient les plantes et leurs propriétés médicinales que l'Ayurvédā⁶ utilise depuis dans sa pratique.

→ En Chine, apparut le plus ancien traité de phytothérapie dont s'inspirèrent nos pharmacopées actuelles. De nombreuses préparations y sont décrites, notamment oléo-aromatiques, pour les massages. C'est en ces lieux que fut également découvert par des archéologues, d'anciens alambics fabriqués en terre cuite datant de plus de 3500 ans avant notre

⁵ Organisation Mondiale de la Santé

⁶ Médecine traditionnelle indienne, visant à établir un équilibre entre le corps et l'esprit, entre l'individu et son entourage.

ère, témoignage supposé des premières distillations à la vapeur d'eau de plantes aromatiques infusées.

→ En Egypte, les médecins de l'époque, également prêtres, utilisaient les plantes aromatiques pour soigner les malades, les pratiques magiques ainsi que les embaumements. Mais c'est le prince, également médecin, Ibn Sina dit Avicenne qui, 1000 ans avant J.-C. écrivit plus de 100 ouvrages dont le plus célèbre est le canon de la médecine, dans lequel il fait référence à de nombreuses HE dont la très réputée et coûteuse rose de Damas.

→ En Grèce, Hippocrate, père de la médecine occidentale indiqua notamment l'utilité des bains aromatiques. Lors de l'épidémie de la grande peste d'Athènes, il lutta en faisant brûler de nombreuses plantes aromatiques dont la lavande, du romarin et de la sarriette afin d'assainir l'atmosphère grâce à leurs propriétés antiseptiques sur les germes pathogènes en suspension dans l'air. (Baudoux, 2018, p. 9, 10, 11)

4.1.2 Qu'est-ce l'aromathérapie ?

Le terme d'aromathérapie vient du grec « *aroma* » signifiant arôme, odeur, et du grec « *therapia* » synonyme de soin, cure.

Pour le dictionnaire Larousse, l'aromathérapie est une « *thérapeutique par ingestion, massage du corps ou inhalation d'HE végétales ou d'essences aromatiques* ». Il précise également qu'elle « *est une branche de la phytothérapie, traitement des maladies par des produits dérivés des plantes* ».

Mais à la différence de la phytothérapie qui utilise directement les plantes, partiellement ou dans leur intégrité, sous forme d'onguent ou de décoction, l'aromathérapie est basée spécifiquement sur l'extraction des molécules aromatiques, c'est-à-dire issue des HE ou d'essences aromatiques.

Bien que l'idée de soigner par les plantes soit ancestrale, le terme d'aromathérapie est relativement récent. En effet, il fut utilisé pour la première fois en 1928 par René-Maurice Gattefossé, parfumeur, chimiste et chercheur. La petite histoire dit qu'en juillet 1910, à la suite d'une explosion dans son laboratoire durant laquelle il se brûla gravement, il aurait alors trempé sa main dans un vase plein d'HE de lavande et les brûlures régressèrent rapidement sans laisser de cicatrice, ni d'infection. Il découvrit alors les vertus des HE et continua ses recherches. Il démontra alors leur immense potentiel curatif et publia en 1931 l'ouvrage intitulé « *Aromathérapie* » (Farrer-Halls, 2010, p. 9).

4.2 LES HE

4.2.1 Définition et chémotype

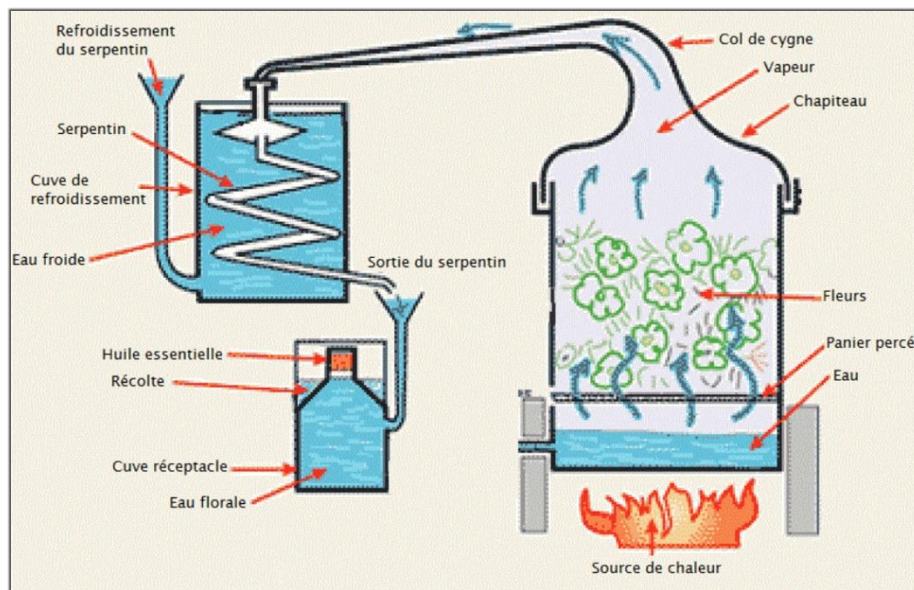
Pour Dominique Baudoux, une HE est « *un extrait aromatique provenant des organes d'une plante aromatique soumis à la distillation par entraînement à la vapeur d'eau. L'HE est donc une essence distillée* ». Chimiquement très complexe, son extrait peut contenir jusqu'à plus de 150 molécules. Celles-ci permettent au biochimiste de classifier l'huile aromatique par son chémotype et de différencier, par exemple, le thym à thymol aux propriétés anti-infectieuses du thym à paracymène aux propriétés anti-inflammatoires et antalgiques. De même, des variations dépendent, par exemple, de l'altitude ou de l'humidité du lieu où pousse la plante. Il ne faudrait ainsi pas confondre les HE d'eucalyptus globulus, utilisée pour soigner la toux ou la bronchite, et celle d'eucalyptus citriodora, aux vertus anti-inflammatoires. Tout comme il ne faudrait pas se tromper entre le ravintsara, anti-infectieux et antiseptique, et le ravensare, qui est anti-inflammatoire. Cette classification, véritable "carte d'identité" de la plante, est capitale car elle permet de sélectionner les huiles pour une utilisation plus précise, plus sûre et plus efficace. Il est à noter également que bien qu'appelées « huile », les HE ne contiennent pas de corps gras. Toutefois, il précise qu'il ne faut pas confondre une HE avec une essence. En effet, la différence réside dans le fait que l'essence est un extrait aromatique obtenu, uniquement à froid, par expression exclusivement mécanique des seuls zestes de fruits de la famille des agrumes, les Citrus, sans distillation contrairement aux huiles.

Enfin, il faut savoir que moins de 1% de l'ensemble de la population des espèces végétales fournit des HE. En effet, dans ce règne constitué de 250 000 espèces, 450 produisent des HE utilisables et seulement 150 peuvent être utilisées en aromathérapie thérapeutique.

4.2.2 La distillation

Le principe est de faire traverser une cuve remplie de plantes aromatiques par de la vapeur d'eau. Puis, par l'action d'un circuit de refroidissement, celle-ci se condense. C'est dans une cuve réceptacle (essencier), que de l'eau et de l'HE sont donc recueillies, la différence de densité permettant une séparation entre les deux composés et donc une récupération facile de l'huile à sa surface (figure 1).

Figure 1 : Distillation par entraînement à la vapeur d'eau



L'HE obtenue doit être 100% naturelle, 100% pure et 100% intégrale. Cela permet d'être sûr que le flacon ne contient pas d'autres substances, que la distillation n'a pas été arrêtée en cours de route et que l'huile renferme tous les composés requis. Il existe plusieurs labels comme, par exemple, le HEBBD⁷ qui signifie que chaque lot d'HE bénéficie d'un bulletin d'analyse établi avec le CNRS⁸. Enfin, les HE se conservent jusqu'à 5 ans à plusieurs conditions : être de qualité, avoir un contenant teinté foncé, être stockées à l'abri de la lumière et dans un endroit frais (15°C).

4.2.3 Les règles d'utilisation

Voici un récapitulatif des recommandations d'usage officielles des HE émises par la DGCCRF⁹ et par l'ANSM¹⁰ :

- L'usage des HE est déconseillé chez l'enfant, la femme enceinte ou allaitante, les personnes âgées ou souffrant de pathologies chroniques.
- Ne pas injecter d'HE par voie intraveineuse ou intramusculaire.
- Ne pas les ingérer.

⁷ Huile Essentielle Botaniquement et Biochimiquement Définie

⁸ Centre National de la Recherche Scientifique

⁹ Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

¹⁰ Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé

- Ne jamais appliquer d'HE directement sur les muqueuses, le nez, les yeux, le conduit auditif, etc...
- Pour les personnes à tendance allergique, effectuer systématiquement un test d'allergie avant toute utilisation.
- Après un massage ou une application cutanée, bien se laver les mains.
- Veiller à la qualité des HE, à leur provenance ainsi qu'au mode de culture dont elles sont issues.
- Ne jamais chauffer une HE pour la diffuser.
- Les HE ne doivent pas être utilisées de façon prolongée (au-delà de quelques jours) sans avis médical.

De plus, d'autres recommandations moins officielles mais relevant du bon sens peuvent compléter la liste. En voici quelques lignes (Pérez Lina, 2014, p. 19) :

- S'assurer systématiquement qu'elles soient adaptées au mode choisi (diffusion, per os, inhalation, toucher-massage, bains aromatique). Cela est indiqué sur le flacon.
- Une HE ne se prend jamais pure par voie orale ; il faut toujours la diluer.
- Ne pas diffuser les microparticules en direction des personnes.
- Veiller à nettoyer très régulièrement le diffuseur (dépôts brunâtres nocifs pour la santé).
- Adapter la quantité d'HE au volume de la pièce en se conformant aux recommandations du fabricant.
- Ne diffuser jamais en présence de quelqu'un qui dort mais plutôt déposer 1 à 2 gouttes d'HE sur un galet de terre cuite posé sur la table de chevet.
- Dans le cadre d'une diffusion, les HE sont utilisées deux fois par jour une quinzaine de minutes pendant 15 jours, puis, une fois par jour.

Une brochure mise en place par le groupement d'entreprises françaises d'HE permet de récapituler les points importants ci-dessus mentionnés pour une bonne utilisation des HE (annexe 2).

Dans le cadre d'une utilisation olfactive, le choix du diffuseur est également important. Alors que certains peuvent dégrader les arômes en les oxydant par surchauffe (électriques chauffants), d'autres peuvent se révéler irritants pour les muqueuses (micro-diffusion à sec) ou d'autres encore inefficaces par leur emploi ou le volume de la pièce (aérosols). Seuls les systèmes de diffusion par brumisation semblent peu agressifs tout en restant efficaces (Ibid.).

Enfin, il est également intéressant de préciser que dans leur utilisation, les HE s'utilisent rarement seules. En effet en les associant, elles permettent de potentialiser leurs actions c'est à dire de renforcer l'effet recherché. On parle alors de synergie.

4.3 CE QUE DISENT LES TEXTES

4.3.1 Sur l'utilisation des HE

Pour l'ANSM, les HE sont considérées comme des préparations à base de plantes (article R5121 du CSP). Aucune AMM¹¹ n'est requise. Cependant, selon leur utilisation et leur revendication, elles sont soumises à la réglementation des produits cosmétiques, des biocides (sprays assainissants), ou des médicaments à base de plantes. Une HE est considérée comme un médicament, si et seulement si, elle est présentée comme ayant des propriétés pour soigner ou prévenir des maladies humaines ou lorsqu'elle a une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Ces propriétés sont alors à démontrer scientifiquement grâce à des essais cliniques. Serge Michalet, maître de conférences à l'Institut des sciences pharmaceutiques et biologiques de l'université Lyon1 précise que « *les thèses et publications scientifiques sur l'aromathérapie se multiplient mais très peu d'études cliniques ont prouvé l'efficacité des HE* ». Toutefois, l'agence européenne des médicaments (EMA) a publié une vingtaine de monographies d'huiles qui, pour la plupart, s'appuient sur leur utilisation traditionnelle : « *Cela signifie que, malgré des preuves insuffisantes issues d'essais cliniques, l'efficacité de ces médicaments à base de plantes est plausible* », explique l'EMA.

Quant à la production et la mise sur le marché d'HE, elles sont encadrées par la législation sur les produits chimiques. C'est pourquoi un enregistrement sous REACH¹² est nécessaire afin de sécuriser la fabrication et leur utilisation. Les modalités d'étiquetage sont également évaluées afin d'obtenir une harmonisation sur la classification : c'est le règlement CLP¹³. C'est donc au responsable de leur mise sur le marché d'informer le consommateur sur leur mode d'utilisation et les précautions d'emploi en respectant les règles européennes.

La grande majorité des HE sont en vente libre. Nous les trouvons en pharmacie, en grande surface, dans les magasins spécialisés ou sur internet avec évidemment de grandes disparités dans la qualité. D'autres ne sont dispensées que par les pharmaciens en raison de leurs

¹¹ Autorisation de Mise sur le Marché

¹² enRegistrement, Évaluation, Autorisation et restriction des substances CHimiques

¹³ Classification, Labelling, Packaging

propriétés neurotoxiques (absinthe, thuya, sauge officinale), irritantes (sabine, moutarde), phototoxiques (rue) ou cancérigènes (sassafras) selon l'ANSM (annexe 3).

4.3.2 Sur le rôle propre de l'IDE

Dans les référentiels d'activités et de compétences du métier d'IDE, il est précisé dans l'article L. 4311-1 que « *l'infirmier ou l'infirmière donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* ». De plus, dans son rôle propre, il est mentionné dans l'article R. 4311-3 que « *l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R.4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». On peut alors aisément supposer que l'utilisation des HE fait partie intégrante des « actions appropriées » en réponse aux besoins du patient établi après un diagnostic infirmier.

Afin d'écartier toute éventualité d'un exercice illégal de la médecine, il est important également de le définir. Dans l'article L.4161-1 du code de la santé publique, il concerne toute personne qui, sans être médecin, prend part à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement de maladies, réelles ou supposées, par acte personnel, consultations verbales ou écrites.

Même si la consultation médicale n'est pas obligatoire, il est conseillé de demander l'avis du médecin ou d'un pharmacien au vue de la pathologie et des traitements en cours afin d'éviter tous événements indésirables car, il faut le rappeler, l'aromathérapie n'est pas anodine et notre responsabilité est engagée. En effet, en qualité de soignant, il est de notre rôle de tenir compte des éventuels effets indésirables, des contre-indications ou des interactions possibles avec des médicaments de synthèse ou avec d'autres substances naturelles. L'improvisation ou l'à peu près en la matière n'ont pas leur place. D'autant que nous venons de voir que certaines plantes médicinales peuvent comporter des dangers conduisant à l'intoxication voire le décès du patient. Ce n'est pas parce qu'elles sont naturelles qu'elles sont sans danger.

D'ailleurs, comme on a pu le constater dans la seconde situation, les établissements de santé préfèrent encadrer eux-mêmes l'utilisation des HE en élaborant des protocoles validés par leurs propres praticiens.

4.3.3 Sur de rôle prescrit de l'IDE

Dans son rôle prescrit, l'IDE travaille uniquement sur ordonnance médicale ou selon un protocole établi, daté et signé par un praticien. Dans ce cas, il (elle) peut utiliser toutes les HE sans restriction à des fins, essentiellement curatives faisant suite à un diagnostic médical. Reste à définir si les services des établissements de santé s'approvisionnent dans leur propre pharmacie alors que les HE ne sont pas reconnues comme des médicaments ou s'ils préfèrent recourir à une pharmacie extérieure.

4.4 LA FORMATION EN AROMATHERAPIE

Dans le cadre d'une formation, aucun diplôme national ou d'état n'est délivré en ce qui concerne l'aromathérapie. Dans le meilleur des cas, un diplôme universitaire (DU) "phytothérapie et aromathérapie" est proposé dans certaines académies. Il ne bénéficie d'aucune reconnaissance nationale et le contenu pratique et théorique, ainsi que sa durée, sont propres à chaque établissement. Aussi, il est constaté une grande disparité entre les différentes formations. Par exemple, l'université de Tours propose, à raison de deux jeudis par mois, soient 102 heures au total, un DU en formation continue alors que l'université de Grenoble, offre pour un diplôme identique, 65 heures de formation réparties en 20 heures de cours sur 3 jours et 45 heures en e-learning. Quant aux tarifs, ils sont mentionnés à 1450 € pour le premier et 745 € pour le second. Petite mention particulière pour tous les IDE, seuls professionnels de la santé, qui bien souvent, afin de pouvoir suivre cette formation, doivent passer par l'examen de leur dossier de candidature dans certaines universités.

D'autre part, il existe également une multitude de centres privés de formation délivrant des certificats qui, comme les DU, ne bénéficient pas de la reconnaissance de l'Etat et qui n'offrent aucune garantie de qualité par un organisme référent. Hors contrôle, il est alors difficile de les évaluer qualitativement et quantitativement.

Ce que nous pouvons toutefois affirmer dans ces dispositifs, c'est qu'à formation égale, seul le médecin a la qualification d'aromathérapeute et peut utiliser la prescription médicale. Les autres disciplines (pharmacien, IDE, kinésithérapeute, etc...) ne peuvent prétendre qu'à la fonction de "conseiller en aromathérapie" afin d'éviter tout exercice illégal de la médecine (vu au § 4.3.2). Enfin, malgré tout, même si des formations existent, elles ne sont nullement obligatoires pour pouvoir faire du conseil en aromathérapie. Il est très important de mentionner que chacun peut effectuer son apprentissage en autodidaxie.

4.5 L'HE EN SOINS PALLIATIFS

4.5.1 Introduction au soin

Dominique MAROY, Vanessa KINET et Maryse GATELLIER, sont trois IDE belges très impliquées dans la prise en soin des patients en fin de vie. En rédigeant un article sur l'usage de l'aromathérapie en soins palliatifs publié en 2014 dans l'ouvrage intitulé « Manuel de soins palliatifs » (Maroy et al., 2014), elles incluent les HE dans la prise en charge globale du patient. En effet, pour ses auteures, l'utilisation de ces huiles sont définies comme une approche holistique de l'être humain par le fait qu'elles touchent simultanément les sphères suivantes : physique et biochimique, psycho-émotionnelle, énergétique, symbolique et spirituelle. Rétablir un quelconque déséquilibre, insérer un bien-être global dans le soin, tels sont les enjeux pour les patients en fin de vie. D'ailleurs, Catherine Boisseau, cadre de santé en soins palliatifs certifiée en phyto-aromathérapie, qui a accompagné la mise en place des protocoles autour des HE au CHU de Poitiers, explique que cette direction dans le soin a commencé grâce aux patients qui d'eux-mêmes utilisaient ce traitement complémentaire. Elle prend la décision alors de suivre un cursus de deux ans afin de les accompagner au mieux dans cette pratique : « *Je trouvais qu'il valait mieux accompagner les patients que de fermer les yeux et qu'ils fassent n'importe quoi* » (Dujardin O., 2017, p. 64). En effet, c'est en 2010 qu'elle incorpora donc l'aromathérapie au sein de son unité. Elle choisit alors quatre axes principaux d'orientation (Ibid., p. 64, 65) :

- Pour contrer les odeurs de plaies inconfortables ou celles d'urine
- En traitement antifongique pour les soins de bouche
- En massage pour soulager les douleurs, les œdèmes, l'anxiété et réduire les troubles du sommeil
- En diffusion pour réduire les nausées, contrer les angoisses et créer une ambiance relaxante

4.5.2 Les voies d'administration

Pour Dominique Baudoux, « *Toutes les voies d'administration sont autorisées à l'exception de l'œil dont la muqueuse ne tolérera pas la moindre trace d'huile essentielle* » (Baudoux, 2018, p. 100). Tantôt pures, tantôt diluées avec une base neutre, comme de l'huile végétale par

exemple, les HE les plus couramment adoptées utilisent cinq voies principales : orale, sublinguale, rectale, cutanée et respiratoire. Parmi celles-ci, seules les deux dernières ne nécessitent pas d'avis médical (Maroy et al., 2014, p. 786) à condition de respecter certaines règles d'utilisation comme la dilution. De plus, il est intéressant de constater que dans une prise en soin tous secteurs confondus, ce sont les voies les plus fréquemment utilisées par les IDE notamment en diffusion atmosphérique. Nadine Fonet, IDE en toxicologie, confirme ainsi en disant que « *C'est très français de "manger" les HE, sur un comprimé neutre ou un sucre, les anglo-saxons, eux, les inhalent. En massage, c'est efficace car les HE pénètrent vite la barrière cutanée. Mais la meilleure utilisation, c'est l'olfactif* » (Legait M., 2019).

En effet, l'olfaction chez l'être humain est d'une réelle importance, que d'ailleurs, elle est « *aussi vitale que la respiration* » (Maroy et al., 2014, p. 787). En effet, c'est là que naissent toutes nos émotions comme les plaisirs, l'attrance ou la répulsion. Elle est particulièrement liée au vécu de la personne surtout à un moment très difficile, comme celui de la fin de vie qui alimente la peur, l'angoisse, la tristesse, la révolte ou le déni. Au niveau physiologique, les HE ont un impact également sur le système nerveux autonome et central ainsi qu'au niveau du système endocrinien afin de faciliter le passage des informations d'ordre émotionnel souvent inconscientes (Ibid., p. 788).

Pour ce qui concerne le sens du toucher avec l'utilisation des HE en voie cutanée, il correspond à un contact intime avec le patient et cela peut générer une certaine ambivalence entre soignant/soigné. En effet, nous savons que, d'un côté, le contact physique est vital notamment les premières années de notre vie et, que d'un autre côté, il peut se révéler violent ou accompagné d'une certaine représentation érotique. C'est pour cette raison qu'il faut rester à l'écoute du patient, vigilant et sensible envers cette pratique. Si en revanche le patient en tire les bénéfices escomptés, il en recevra alors les bienfaits, le réconfort et le confort du soin. Quant au terme de "massage", il est important de préciser qu'il relève de la kinésithérapie accompagnée d'une prescription médicale. Aussi, pour ce travail de fin d'études infirmières, le terme de toucher-relaxant sera privilégié.

4.5.3 Les huiles de passage

Dans toutes les civilisations, l'usage de l'aromathérapie pour les soins consacrés aux mourants, ainsi que pour les rites funéraires, ont toujours eu une importance particulière. Les HE qui permettent d'aider les patients à franchir les dernières étapes de leur existence sont appelées des huiles de passage. Elles réconfortent et facilitent le lâcher-prise.

Infirmière en soins palliatifs à Namur, Dominique Maroy évoque dans une très belle description les bienfaits de ces huiles qui aident à passer de la vie à la mort de nos jours : « *Le parfum est un outil merveilleux et l'odorat est un des sens qui fonctionne le plus longtemps. Nous apportons du baume à celui qui a besoin d'être accompagné. Il y a le plaisir de sentir et de humer. Nous soulageons la douleur et aidons à redécouvrir le goût de la vie. Certaines huiles ont des propriétés antidépressives et antistress. Leur parfum provoque un éveil. L'odeur de la vanille peut nous rappeler un souvenir de quand nous étions petits. L'ylang-ylang est l'huile privilégiée des soins palliatifs car elle agit contre les palpitations et la peur. La rose de Damas favorise le passage, aide dans les troubles de l'âme. Elle contient certaines molécules cicatrisantes bonnes pour les plaies de l'âme et du corps. Le laurier noble donne des forces pour gagner une victoire sur soi-même* » (Godard, 2011).

En parlant également de la rose de Damas, véritable star parmi les huiles de passage, elle se révèle être une parfaite cicatrisante des plaies du corps et de l'âme (Maroy et al., 2014, p. 789). Quant à Dominique Baudoux, il précise qu'elle permet un rééquilibrage psycho-émotionnel, un chakra du cœur¹⁴, et qu'elle est indiquée pour « *toutes les souffrances de cœur lorsque les ruptures, les traumatismes et les chocs affectifs et émotionnels doivent être évacués. C'est celle des deuils de tout amour perdu pour lequel la peine ou la souffrance morale ne passerait que trop difficilement.* » (Baudoux, 2018, p. 443, 445). Elle est donc également particulièrement recommandée pour les accompagnants en les soutenant dans leurs émotions afin qu'ils puissent commencer leur propre travail de deuil.

4.5.4 La toxicité

Nous ne pouvons pas parler des bienfaits des HE sans parler de leur toxicité. Mentionnée brièvement en amont de ce travail, elle mérite un approfondissement sur ce sujet. Pour Dominique MAROY, Vanessa KINET et Maryse GATELLIER, elles répertorient plusieurs d'entre-elles (Maroy et al., 2014, p. 785, 786). D'abord, celle liée seulement aux effets secondaires consécutif à l'utilisation de posologies inadéquates. Dans ce cas de figure, ce n'est pas l'huile elle-même qui peut entraîner des effets secondaires mais plutôt une dilution inadaptée souvent insuffisante. Les molécules alors en trop grandes concentrations provoquent des effets indésirables. Elles ne concernent que la voie d'administration cutanée. Parmi celles-ci, on trouve :

¹⁴ Dans la pratique du yoga, centre d'énergie qui permet l'acceptation et l'amour de soi et des autres, la paix, la compassion ainsi que le pardon.

- La photosensibilité qui provoque une réaction de la peau au soleil, par une hyperpigmentation cutanée (ex : Bergamote, Angélique racine...). Toutefois, avec une durée d'efficacité limitée à 8 heures maximum, leur utilisation reste possible si elles sont appliquées par exemple la veille au soir (Baudoux, 2018, p. 87).
- L'allergie qui varie selon le terrain du patient. Mais toutes les HE ne sont allergisantes. Il faut alors tester le patient, dans le pli de son coude avec une HE diluée à 20% car une application pure peut entraîner une irritation cutanée par sa nature. Elle n'aura donc pas de lien avec un phénomène allergisant. Dominique Baudoux précise que « *la littérature scientifique ne mentionne pas de réaction extrême de type œdème de Quinck ou choc anaphylactique* ».
- La causticité présente une agressivité importante pour la peau et les muqueuses pour celles qui sont riches en phénols (ex : Ajowan), en aldéhydes aromatiques (ex : Cannelle de Ceylan) ou en terpéniques (ex : Lemongrass). Une dilution est de 20% est alors requise sauf pour les cannelles qui, très caustiques, seront toutes diluées à 10%. Pour les HE irritantes mais non caustiques, la dilution sera seulement de 50% (Baudoux, 2018, p. 89).

D'autres nécessitent de réelles précautions d'emploi. Mais elles ne touchent pas toutes les voies d'administration. Parmi celles-ci, nous citons :

- La neurotoxicité qui est liée à l'utilisation des cétones terpéniques (ex : Menthe poivrée, Romarin officinal à camphre, ...). Sur des terrains nerveux fragilisés comme nous pouvons en trouver en soins palliatifs, les effets indésirables commencent par des nausées, des vomissements, des vertiges puis des troubles de l'élocution qui peut mener à terme à une confusion mentale, des convulsions suivies d'un coma. Il est particulièrement important de bien connaître la liste de ces HE afin de maîtriser parfaitement leur utilisation car leurs propriétés thérapeutiques antiparasitaires et antivirales restent, malgré tout, très intéressantes (Baudoux, 2018, p. 52, 53). Seule la voie olfactive n'est pas concernée.
- L'hépatotoxicité, avec un risque de surcharge hépatique due à une durée prolongée liée obligatoire à une dose très élevée de phénols aromatiques (ex : Thym à thymol, Origan vert, Sarriette des montagnes, Giroflier...), peut être toxiques. L'une ne va pas sans l'autre. Malgré tout, il faut savoir que des HE hépatoprotectrices existent (ex : Romarin

verbénone, Lédon du Groenland). Elles peuvent être prises simultanément aux phénols aromatiques. Seule la voie d'administration orale est concernée.

- La néphrotoxicité s'applique aux HE ingérées. Ces molécules de la famille des monoterpènes (ex : Genévrier commun, Pin sylvestre, Santal jaune) peuvent détériorer les cellules rénales suite à une inflammation causée par une durée prolongée et un dosage élevé si et seulement si les patients présentent déjà pathologiquement une insuffisance rénale chronique (Baudoux, 2018, p. 62). Seule la voie d'administration orale est concernée.
- L'action carcinogénique comme avec l'œstrogène-like chez les femmes atteintes d'un cancer œstrogène-dépendant par exemple. Les HE concernées sont : Roseau odorant, Acore vrai Sassafras, Basilic exotique. Pour ce type de risque, le meilleur moyen de maîtriser et de contrôler ce risque de toxicité réside dans la connaissance des HE. De plus, plus la densité moléculaire est élevée, plus la substance est active avec un risque accru de toxicité (Baudoux, 2018, p. 95).

Quant aux HE nécrosantes (moutarde, croton, sabine), elles sont tout simplement interdites dans le commerce.

5 ELABORATION DE LA QUESTION DE DEPART

De tous les articles parcourus, les livres feuilletés, les sites internet explorés, tous ces recueils viennent vanter les bienfaits de l'aromathérapie au quotidien. Pourtant les choses ne sont pas si simples. Une dilution insuffisante, une durée de traitement trop longue, une voie d'administration inadaptée peuvent transformer un usage bénéfique en soin néfaste. Même des recommandations paraissent également contradictoires : alors qu'un consortium regroupant 90% des producteurs français d'HE indique sur sa brochure (annexe 2) qu'il ne faut, non seulement pas utiliser les huiles sur les yeux et son contour, mais également au niveau des conduits auditifs et nasaux ainsi que dans les zones ano-génitales, je suis surprise de constater que Dominique Baudoux, docteur en pharmacie et aromatalogue, n'hésite pas à mettre en avant les voies d'administration vaginale, auriculaire et rectale (Baudoux, 2018, p. 103, 104). Par conséquent, je m'interroge sur le panel de patients à risque pour qui il est déconseillé d'employer les HE sans avis médical. Et, à nouveau, je précise que nous ne sommes pas sur l'obligation d'obtenir une prescription médicale, le conseil pouvant être seulement utilisé. Déjà, unanimement, différentes sources citent comme personnes à risques : l'enfant jusqu'à trois ans,

la femme enceinte ou allaitante et le patient neurologiquement affecté (Parkinson, Alzheimer, convulsions, épilepsie...). Mais qu'en est-il de la personne vulnérable, immunodéprimée, hospitalisée en soins palliatifs ou prise en charge à domicile dans le même contexte ? En médecine traditionnelle, que ce soit pour les pathologies ou l'administration des médicaments, les plus âgés comme les jeunes enfants, même au-delà de trois ans, sont souvent perçus comme une population à risque car considérés souvent comme plus fragiles. Dans l'aromathérapie, rien de tel n'a été mentionné mais ne peut-on évoquer une discordance d'opinion à ce sujet ? Pourtant, de nombreux professionnels constatent sur le terrain tous les bienfaits pour les patients, tout comme Catherine Boisseau, IDE et cadre de santé en soins palliatifs, qui précise que « *comme l'hypnose ou le toucher en pratique de soin, l'aromathérapie est une thérapeutique non médicamenteuse et non invasive, sans prescription, qui peut améliorer le bien-être du patient* » (Maret S., 2018, p. 30). Quelques années plus tard, après l'instauration d'un protocole innovant d'HE, son équipe sera lauréate du prix Any d'Avray, récompensant des projets infirmiers destinés à améliorer la qualité de vie des patients. Même chose pour Anne-Marie Citerne et Maryse Huguet qui reçurent également ce même prix pour leur initiative en matière d'aromathérapie (Sogno-Laloz Isabelle, 2014, p. 35). Toutefois, je souhaite me voir confirmer si les IDE peuvent ou ne peuvent pas utiliser l'aromathérapie et si oui, étudier si les conditions d'exercice sont actuellement adaptées à la pratique d'aujourd'hui.

Aussi, je formule la question de recherche suivante :

En quoi et comment l'utilisation de l'aromathérapie peut-elle être une alliée dans la prise en soin d'un patient en fin de vie ?

6 MISE EN PLACE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

Après avoir posé ma question de départ, il est important de procéder à une enquête de terrain afin de questionner les professionnels de santé et d'avoir leur point de vue sur la question. A l'issue de ce recueil, je pourrais comparer les réponses et, peut-être, répondre à ma question de recherche.

Le défi est de taille. En effet, la pratique de l'aromathérapie reste marginale mais j'espère trouver des professionnels qui utilisent les HE dans le soins, d'autant que ma recherche ciblant la fin de vie, et plus particulièrement les soins palliatifs, réduit considérablement mon panel.

Concernant la méthode exploratrice, je choisirai la méthode clinique car elle permet de s'intéresser au sujet qu'il soit soignant ou soigné avec une dimension humaine qui correspond au thème de mon travail. Cette approche qualitative étudiera le savoir-faire mais également les émotions souvent mentionnées dans le rôle de l'aromathérapie. Mais je suis certaine également que je pourrai également extraire quelques données quantitatives intéressantes notamment sur les sujets de la formation ou de la réglementation.

6.1 L'ENTRETIEN

Je le choisis semi-directif de manière à utiliser des questions ouvertes sur des sujets différents (annexe 4). Ce type de questionnaire donnera au professionnel une certaine liberté au niveau des réponses. De mon côté, je pourrai mener l'entretien tout en ne perdant pas de vue ma question principale et en me servant de questions "rebonds", spontanées, qui permettra d'approfondir et d'enrichir les réponses.

Au travers de chaque entretien, six thèmes seront abordés, chacun pouvant avoir une ou plusieurs questions. Ils sont établis comme suit :

1^{er} thème :

Etablir l'origine de l'instauration des HE et savoir comment elles ont été mises en place. Je souhaite connaître précisément si des formations ont eu lieu et si des protocoles ont été élaborés. Les questions d'ordre général sont donc les suivantes :

Pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégré dans le service/vos soins ?

Avez-vous bénéficié d'un programme de formation ? Pouvez-vous m'en parler ?

2^{ème} thème :

Connaître les effets obtenus à cette offre de soin selon les voies d'administration et dans une spécificité de fin de vie avec la question suivante :

Comment les patients en fin de vie réagissent-ils à cette proposition de soin ? Décrivez-moi les effets.

3^{ème} thème :

Définir si aux yeux du soignant la compatibilité des HE avec la fragilité du patient est possible. Déterminer qui a fait le choix des HE ainsi que la(les) voie(s) d'administration utilisée(s).

Les questions seront donc les suivantes :

Ces molécules étant très actives du fait de leur concentration, pensez-vous que la vulnérabilité des patients en soins palliatifs puisse être un frein à l'utilisation de ces HE ?

Par quels professionnels s'est effectué le choix des HE dans le service ?

4^{ème} thème :

Cerner les limites et les inconvénients à cet usage avec la question suivante :

D'après ce que vous me dites, les HE apportent réellement beaucoup de bienfaits, toutefois, y voyez-vous des limites ou des inconvénients ?

5^{ème} thème :

Percevoir le degré d'implication de l'équipe soignante dans son ensemble en demandant :

Comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie par l'ensemble de l'équipe soignante ?

Est-ce une surcharge de travail pour le soignant ?

6^{ème} et dernier thème :

Savoir comment le soignant aborde la réglementation dans l'usage des HE en se demandant, par exemple, s'il est prêt à les conseiller en dehors d'un cadre institutionnel et s'il pense que le cadre législatif doit évoluer. Questions proposées :

Dans un contexte différent, par exemple, si vous étiez IDEL, à vos patients en fin de vie ou non, conseilleriez-vous l'utilisation des HE ?

Pensez-vous que l'utilisation des HE est suffisamment encadrée ? Sinon, pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'il le soit ?

6.2 LA POPULATION CIBLEE

Elle est majoritairement axée sur des IDE. Mais pas seulement... En effet, les aides-soignantes sont également très impliquées dans un cadre institutionnel, tellement impliquées qu'elles peuvent d'ailleurs être les premières utilisatrices des protocoles mis en place. Nous verrons ceci ultérieurement.

Lorsque j'ai effectué la recherche des intervenantes en vue d'effectuer les entretiens, je me suis rendu compte à quel point l'aromathérapie était peu pratiquée, d'autant que je cherchais spécifiquement des lieux de fin de vie, ce qui réduisait d'autant plus mon champ d'action. Malgré tout, afin d'avoir une perspective large et suffisamment représentative, j'ai essayé de trouver différents établissements de soins. Pour finir, comme le sujet de la fin de vie à domicile m'intéresse beaucoup, j'ai recherché également une IDEL ou une IDE travaillant en HAD¹⁵ pour me faire partager leur expérience dans ce domaine. Après de nombreux appels

¹⁵ Hospitalisation à Domicile

téléphoniques infructueux, ce fut finalement le bouche à oreille et le hasard d'une conversation qui portèrent ses fruits.

J'eus beaucoup de chance car sur les quatre entretiens obtenus, les trois premiers se firent avant le début du confinement mis en place par le gouvernement suite à l'épidémie du Covid 19 qui sévit dans notre pays en ce printemps 2020. Le dernier eut lieu pendant mon stage pré-professionnel.

En résumé, j'obtins les rendez-vous suivants :

Entretien n°1 (annexe 5) :

Violette¹⁶, IDE diplômée en 1985. Travaille dans un EHPAD depuis 18 ans. J'ai obtenu ses coordonnées par une camarade de promotion qui réalisa un stage dans cet établissement.

Entretien n°2 (annexe 6) :

Orchidée, IDE diplômée en 1999. A travaillé pendant 18 ans dans un service de court séjour gériatrique à l'hôpital. A l'automne 2018, elle arrêta son activité afin de se consacrer exclusivement au soin par les plantes et les HE. Elle se mit alors à son compte en qualité de conseillère en aromathérapie, phytothérapie et apithérapie. Passionnée, elle effectue des prestations de conseil aussi bien à l'extérieur dans des établissements de santé, que chez elle sur rendez-vous ou au travers d'ateliers de confection de produits. C'est au hasard d'une discussion sur le thème de mon TFE avec une cadre formatrice que j'obtins ses coordonnées.

Entretien n°3 (annexe 7) :

Tournesol, IDE diplômée en 1991. Travaille dans le libéral comme IDEL depuis 28 ans. Elle utilise les HE depuis bientôt trois ans. C'est Orchidée qui me mit en relation avec elle.

Entretien n°4 (annexe 8) :

Pivoine, AS¹⁷ dans une USP¹⁸ depuis 2012. Ce service hospitalier utilise les HE depuis trois ans environ. C'est en profitant de mon stage pré-professionnel que je pus réaliser cet entretien. Alors que je pensais l'effectuer avec une IDE, je fus surprise de constater que les AS étaient les plus proches de cette pratique même si toute l'équipe a pu bénéficier de la formation. Cet aspect est très intéressant. Nous pourrions d'ailleurs revenir dessus dans l'analyse.

¹⁶ A ma demande, afin de respecter leur anonymat mais en souhaitant rester en phase avec mon sujet, je leur ai demandé de me proposer le nom d'une fleur qu'elles aiment. Ce nom me servira de pseudonyme pour chacune d'elles.

¹⁷ Aide-soignante

¹⁸ Unité de Soins Palliatifs

7 ANALYSE DES ENTRETIENS

Afin d'obtenir un rendu clair et le plus précis possible, j'ai choisi de vous présenter cette analyse thème par thème, c'est-à-dire en six parties. Dans chacun d'eux, j'apporterai donc le témoignage des quatre soignantes interrogées. J'ai précisé à chaque fin d'entretien, les différents huiles utilisées dans les services respectifs. Elles sont justes présentes à titre informatif¹⁹.

7.1 1^{ER} THEME : INTEGRATION DES HE & FORMATION

L'idée reçue d'une rigidité institutionnelle dans les établissements publics n'est pas de mise en ce qui concerne ce soin de support. En effet, Orchidée et Pivoine nous démontrent que la mise en place du projet dans leurs services respectifs a pu se faire grâce à l'intervention d'une praticienne hospitalière d'une part (L. 7, p. XIII) et d'une cadre de santé d'autre part (L. 4, p. XXII). Seules Violette et Tournesol relèvent d'une initiative personnelle en sachant que pour Violette, elle bénéficie du soutien du médecin coordinateur (L. 10, p. VI) et de son directeur d'établissement (L. 9, p. VI). Toutefois, pour 75% d'entre elles, la formation fut complètement à leur charge, sans aide financière, et sans compter le temps personnel engagé. Cela veut-il dire que les institutions sont prêtes à accueillir de nouveaux concepts de soins, donc sont convaincues par leurs bienfaits, mais pas suffisamment pour en faire un investissement financier ? Il est vrai que tous les établissements prennent déjà à leur charge, ou par le biais d'une association régie sous la loi de 1901, la matière première c'est-à-dire les huiles, qui à elles seules, peuvent représenter un budget conséquent. D'ailleurs, Violette précise bien la cherté de l'HE Rose de Damas par exemple en citant que « *la rose est très chère, donc c'est difficile d'en avoir* » (L. 139 ; p. VIII). Les supports comme les diffuseurs sont également compris dans l'enveloppe budgétaire malgré les vols constatés par Pivoine : « *Les diffuseurs, ça coûte très cher et malheureusement, on se les fait voler* » (L. 55, P. XXIII). Mais la qualité de la formation des soignants n'est-elle pas autant un gage de sérieux dans lequel il est nécessaire d'investir ?

En parlant justement de la formation, aucune des soignantes interrogées n'est en possession du DU en aromathérapie mais trois d'entre-elles ont participé à des formations certifiantes dans

¹⁹ Il revient au lecteur d'aller vérifier ces informations auprès de professionnels en aromathérapie et de se renseigner sur les différentes concentrations.

des centres privés (L. 8, p. VI ; L. 24, p. XIII ; L. 8, p. XXII). Seule l'IDEL Tournesol n'a suivi aucune formation extérieure, ayant préféré se documenter par elle-même par le biais de ressources bibliographiques et numériques. Dans ces différents types d'apprentissages, en quoi une méthode est davantage, ou moins qualifiante, qu'une autre ? Auprès de qui pouvons-nous réellement trouver une qualité d'enseignement en France ? En effet, rappelons que n'importe qui, soignant ou pas, peut devenir conseiller en aromathérapie et proposer des ateliers de groupe ou individuel sans avoir suivi la moindre formation.

7.2 2^{EME} THEME : OFFRE DE SOIN & EFFETS OBTENUS

Dans le cadre plus particulier de la fin de vie, pour Violette, Orchidée et Pivoine, l'offre de soin privilégiée est olfactive, et c'est également la conviction de Nadine Fornet quand elle nous affirme : « (...) *la meilleure utilisation, c'est l'olfactif* ». L'HE de lavande est notamment plébiscitée. En effet, comme l'indique Orchidée, confirmée par Violette, cette senteur très présente dans notre région se révèle être un "rappel de souvenirs" « *C'étaient des personnes âgées et la lavande leur rappelle quand même des souvenirs* » (L. 37, p. XIII), procure du plaisir, rassure et apaise aussi bien les patients, que sa famille « *ça relaxaient beaucoup les familles* » (L. 47, p. VII) et les soignantes « *pour elles, c'est agréable de sentir cette odeur* » (L. 242, p. XI). Orchidée précise également que « *ils (les patients) étaient moins agités, ils faisaient moins de cauchemars* » (L. 45, p. XIV). Par contre, pour Pivoine, la diffusion, c'est surtout pour masquer les pansements mal odorants que l'on trouve souvent en soins palliatifs : « *Et la diffusion, ce qui est bien aussi, c'est surtout qu'on a des pansements mal odorants, ça masque quand même bien les odeurs* » (L. 36, p. XXII). Bien que nous puissions parler également du côté agréable question senteur, des personnes peuvent y être réfractaires. Violette mentionne les patients qui refusent, voire les familles elles-mêmes (L. 76 & L. 85, p. VII) et Pivoine précise que : « *Déjà, rien qu'à l'odeur, ça ne plaît pas (...)* » (L. 29, p. XXII). Les soignants aussi sont impactés. En effet, à long terme et sans renouvellement de fragrance, l'odeur peut déranger : « *j'ai du mal à le supporter quoi* » (L. 39, p. XXII). Quant aux modalités d'utilisation, elles ne sont pas véritablement les mêmes pour toutes car Violette et Pivoine utilisent des diffuseurs, et Orchidée plutôt un dépôt de quelques gouttes sur une compresse ou sur la blouse. Or, il s'avère que Lina Pérez a également affirmé précédemment de « *ne jamais diffuser en présence de quelqu'un qui dort mais plutôt déposer 1 à 2 gouttes d'HE sur un galet de terre cuite posé sur la table de chevet* ». Enfin, pour les nausées ou les vomissements, seule

Pivoine propose également en inhalation quelques gouttes d'HE disposées sur une compresse : « *ça marche super bien. On a des supers retours* » s'enthousiasme-t-elle (L. 32, p. XXII) !

Pour l'offre cutanée, les avis sont très partagés. Déjà, seules deux soignantes sur les quatre apportent ce type de soin et sous deux formes très différentes. Tournesol, au domicile, le fait principalement pour la cicatrisation des plaies chroniques qu'elle qualifie de « *rebelles* » face au traitement pharmacologique. C'est la seule IDE à proposer une approche alternative au patient et non complémentaire. Malgré les risques puisque nous sommes sur du curatif, les patients se disent « *confiants* » et « *prêts à tout autre chose quand le traitement conventionnel ne fonctionne pas* ». Par contre pour une utilisation sur les douleurs articulaires, le résultat est beaucoup moins « *extraordinaire* » puisqu'elle le décrit comme un « *léger soulagement* », les douleurs restant toujours présentes même si elles semblent atténuées (L. 47, p. XX). Quant à Pivoine, elle utilise les HE pour des massages « *qui détendent bien les jambes, les bras* » en précisant que « *ça marche super bien* » (L. 33, p. XXII) ainsi que des massages musculaires « *pour tout ce qui est douloureux* » (L. 29, p. XXII). A contrario, Violette trouve que masser des patients en fin de vie « *c'est quelque chose d'abominable* » (L. 204, p. X) et que cela « *ne va rien leur apporter de plus* » en mettant certainement en avant le côté vulnérable du patient et la notion d'un corps en souffrance qu'il faut laisser au repos (L. 207, p. X). Elle précise également quelque chose d'intéressant, c'est le fait de ne pas être habilité à le faire : « *d'abord, on n'est pas habilité à masser* » (L. 201, p. X). D'ailleurs, c'est sans doute pour cette raison que dans le cadre général de cet l'EHPAD, l'établissement préfère faire appel à une kinésithérapeute qui prend la responsabilité d'effectuer ce soin avec également des HE : « *On a une masseuse qui s'en sert, elle, dans la maison. Elle vient tous les jeudis, donc elle, elle s'en sert des HE* » (L. 199, p. X).

7.3 3^{EME} THEME : HE EN FIN DE VIE & MISE EN PLACE

Toutes les soignantes interrogées sont unanimes sur le fait que la vulnérabilité des patients en soins palliatifs n'est pas un frein à l'utilisation des HE à condition de respecter un minimum de précautions selon leurs voies d'administration.

Pour Violette, Orchidée et Pivoine qui les utilisent surtout en diffusion, il n'y a aucun risque (L. 55, p. XIV) si nous observons la règle de ne pas diffuser en continu mais plutôt par tranche horaire d'une dizaine de minutes plusieurs fois par jour (L. 178 ; p. IX), élément confirmé dans

un ordre général par Lina Pérez (Pérez Lina, 2014, p. 19). Si nous pouvons rappeler que cette voie d'administration est la plus sécurisante pour le patient et le soignant, Dominique Baudoux précise également qu'elle reste peu efficace en terme curatif dans le sens où « *la concentration d'HE sera toujours en dessous du seuil d'activité bactéricide qu'exigent les infections* » (Baudoux, 2018, p. 106). Mais nous avons bien constaté que tel n'était pas la vocation des établissements de santé, préférant privilégier le côté plutôt relaxant grâce à un fort pouvoir évocateur de la senteur au travers de leur vécu. Par contre, le dépôt de quelques gouttes d'HE sur un support (compresse, blouse) au plus proche de la voie nasale du patient, c'est-à-dire en olfactothérapie, comme peut le faire Pivoine « *on met une goutte sur une compresse et les gens en inhalation, ça marche super bien* » pour les nausées (L. 31, p. XXII) ou Orchidée (L. 45 & 69, p. XIV) pour l'agitation semble très bien fonctionner. D'ailleurs, Dominique Baudoux précise dans son ouvrage pour cette méthode que c'est « *celle que nous retiendrons pour les patients en quête de spiritualité, de cheminement de soi, mais aussi pour la gestion des douleurs lancinantes, permanentes (...). Agissant sans frein sur les commandes centrales du tissu nerveux, elle est exceptionnelle en psychiatrie, en oncologie, en unité de soins palliatifs...* » (Baudoux, 2018, p. 105).

Pour la pratique de l'aromathérapie dans les services au niveau des institutions, toute la mise en place se fait sous couvert d'un protocole généralisé (pour l'EHPAD et l'USP) ou par une prescription médicale individualisée (en service de gériatrie court séjour). Cela signifie que les choix des HE sont anticipés, travaillés, testés et élaborés par des professionnels de la santé ayant reçu une formation. Les utilisations sont particulièrement bien réfléchies. Par contre, pour Tournesol, notre IDEL que nous pouvons comparer à un électron libre, sa prise en charge est de sa propre responsabilité puisqu'elle l'effectue seule et en toute connaissance de cause. Une responsabilité d'autant plus importante qu'elle réalise un traitement curatif sur des plaies chroniques, et donc, par définition, par voie cutanée. Si nous revenons au paragraphe 4.5.4 traitant de la toxicité des HE, il est clairement précisé que des effets indésirables peuvent survenir suite, notamment, à une dilution souvent insuffisante pouvant provoquer photosensibilité, allergie voire causticité. Mais voilà, Tournesol prend la précaution d'effectuer des tests cutanés avec d'énormes précautions en les réalisant dans de « *l'infiniment petit* » et en prenant considérablement son temps dans cette vérification (L. 29 à 36, p. XIX). Alors, ce soin qui donne de très bons résultats est-il plus délétère qu'un traitement médicamenteux prescrit

qui n'apporte aucune amélioration ? Elle précise bien également qu'elle applique cette solution lorsque le patient est en échec thérapeutique, lorsque qu'aucune autre solution n'est possible. Alors, oui, nous sommes sur un soin curatif, oui, nous sommes sur une médecine alternative et donc par conséquent, sur une outrepassation de ses fonctions parfaitement assumée par l'IDEL « *je prends le risque !* » (L. 115, p. XXI), mais est-ce pour autant plus dangereux pour le patient ? Revenons sur l'acquisition de cette compétence. Tournesol n'a suivi aucune formation mais s'est informée par elle-même au travers de différents supports (revues, livres, documents internet, ...). Cette pratique est-elle moins bonne qu'une formation extérieure dont on ne connaît pas le niveau de la qualité de la formation qu'eux-mêmes ont reçu en amont, qui, je le rappelle, n'est absolument pas obligatoire même si elle est fortement conseillée ? Ne peut-on pas être mieux formé soi-même que mal formé ailleurs puisque la qualité des enseignements n'est pas encadrée ? Les ressources bibliographiques éditées par des professionnels ne sont-elles pas suffisamment fiables ? Par contre, il peut être intéressant de savoir si nous sommes capables en tant qu'IDE de faire le lien sur le terrain entre une expertise professionnelle grâce à notre rôle propre et les propriétés thérapeutiques de chaque HE sans poser de diagnostic médical.

7.4 4^{EME} THEME : RISQUES & LIMITES

Trois risques majeurs sont au moins évoqués deux fois :

- Risque de mort par Pivoine « *il y a des huiles qui peuvent être mortelles comme l'huile de cyprès* » (L. 70, p. XXIII) et Violette « *c'est mortel les HE* » (L. 270, p. XI)
- Risque de brûlures par Tournesol « *ça peut brûler* » (L. 57, p. XX) et Pivoine « *on peut brûler quelqu'un* » (L. 70, p. XXIII)
- Risque par la voie d'administration orale par Violette qui y voit un danger « *surtout ne pas leur donner à boire (...) il faut quand même s'y connaître* » (L. 221, p. X) et Orchidée un risque potentiel lié à un problème de déglutition « *parfois, les patients ont des problèmes de déglutition* » (L. 108, p. XV).

D'autres ne sont cités qu'une seule fois :

- Risque cutané avec de la dermocausticité par Orchidée (L. 115, p. XV)
- Risque hépatotoxique par Violette (L. 279, p. XI)
- Risque allergique par Pivoine (L. 76, p. XXIII).

Nous obtenons donc un bel éventail de propositions correspondant aux recherches entreprises dans la première partie de ce travail. Toutefois, je trouve qu'il est intéressant de constater que le risque mortel ne soit mentionné que par deux soignantes sur quatre, Violette et Pivoine. J'y vois plusieurs raisons possibles :

- L'idée que le résultat obtenu dans la pratique est si bénéfique qu'il en écarte cette faible possibilité.
- Que toutes les précautions d'emploi aient été mises en œuvre afin que le risque soit estimé à zéro.
- Que les HE potentiellement dangereuses ne sont accessibles que sur prescription médicale (annexe 3) et que, comme le signale Dominique Baudoux « *les risques de toxicité sont limités principalement aux réactions de la peau et des muqueuses* » mais qu'il ne faut pas perdre de vue que « *la densité moléculaire des HE les place au plus haut niveau d'activité pharmacologique et que par conséquent, la vigilance et le respect des doses sera notre guide* » et que « *la toxicité la plus fréquemment rencontrée se situe au niveau du tissu cutané* » (Baudoux, 2018, p. 87).
- Ou tout simplement parce que je n'ai mentionné que les termes de "limites" et "inconvenients" au lieu du mot "risques" au cours de mon entretien, ce qui modifie considérablement la perception du questionnement.

Quant aux limites, je les ai répertoriées sur l'ensemble des entretiens car elles ont pu être citées à tous moments en lien avec chaque question. Toutes les réponses obtenues ont été citées qu'une fois et apportées par chaque soignante interrogée. Voici un aperçu des limites constatées :

- ✓ Les antécédents des patients (épilepsie, cancer, insuffisances rénale et hépatique). Il conviendrait alors d'être particulièrement attentif sur ce point afin de récupérer toutes les informations nécessaires auprès des professionnels de santé, du patient et de son entourage.
- ✓ Les traitements en cours
- ✓ La connaissance des dosages et notamment des dilutions
- ✓ La durée du traitement qui doit rester limitée
- ✓ L'inconfort olfactif surtout si une seule fragrance est utilisée sur du long cours dans un service
- ✓ Les vols des diffuseurs.

7.5 5^{EME} THEME : HE & SOIGNANTS

En USP comme en EHPAD, l'utilisation de l'aromathérapie fait partie intégrante de la prise en charge du patient par toute l'équipe. Violette nous indique que ce soin est systématiquement mis en place et semble si agréable qu'il apporte même un apaisement auprès des soignants eux-mêmes « *pour elles, c'est agréable aussi de sentir cette odeur* » (L. 242, p. XI). Quant à Pivoine, elle parle de l'enthousiasme de l'équipe pour ce soin de support en soins palliatifs. Présenter des HE devient même un « *déclic* », voire un « *automatisme* » (L. 100 & 105, p. XXIV), allant même jusqu'à le proposer comme un traitement alternatif au médicament quand cela est possible : « *On va peut-être des fois, enfin moi, pour ma part, peut-être plus proposer de l'aromathérapie que d'aller voir ma collègue, (...), tac un médicament. (...), ça peut être une bonne alternative aussi* » (L. 105 à 108, p. XXIV).

Mais tout reste une question d'intérêt et d'implication pour chaque individu. En service de gériatrie de courte durée, les données sont différentes puisque seulement trois IDE sur cinq suivaient la prescription médicale établie par le médecin aromathérapeute du service. Pourtant, il fallait qu'elles la valident au même titre qu'un médicament, d'autant que la voie d'administration choisie, en appliquant quelques gouttes d'HE, était beaucoup simple et rapide que de faire prendre un comprimé au patient. Orchidée précise que ces deux IDE n'étaient « *pas du tout convaincues par les effets* », que « *ça ne sert à rien* » (L. 131, p. XV) et justifie cet attitude par une méconnaissance « *les gens disent "eh ben non, on ne connaît pas, on ne veut pas mettre ça" ...* » (L. 148, p. XVI). Tournesol est d'accord également sur ce point tout en précisant qu'un retour au naturel, dans l'air du temps, fait que les personnes en ont quand même entendu parler et accepte d'essayer. Elle précise d'ailleurs qu'actuellement cela est « *un peu à la mode* » (L. 88, p. XX).

7.6 6^{EME} THEME : REGLEMENTATION ET RESPONSABILITE

Pour les trois soignantes qui sont en établissements de santé, à la question de savoir si elles seraient prêtes à proposer les HE à domicile sur des fins de vie, c'est-à-dire dans un contexte hors protocole, avec ou sans hésitation, la réponse est unanimement « *oui* » mais sous certaines conditions pour certaines. En effet, alors qu'Orchidée demanderait l'accord du médecin traitant ou de la famille, Pivoine serait plutôt dans le conseil en impliquant l'entourage et en leur conseillant d'acquérir des synergies d'HE prêt à l'emploi en pharmacie afin de ne pas prendre de risques à effectuer des mélanges soi-même. Tout ceci afin de diminuer le poids d'une

responsabilité qu'elles estiment avoir à juste titre, faute d'une réglementation adaptée et de surtout respecter leur rôle propre que nous avons détaillé dans le paragraphe 4.3.2 qui est basé essentiellement sur le conseil lorsque le rôle prescrit n'est pas sollicité.

Quant à la question concernant l'encadrement de la pratique de l'aromathérapie, là encore, la réponse est unanime : sur les quatre entretiens, tous les soignants pensent qu'il est insuffisant et cela sur deux points principaux. Le premier concerne la formation et confirme bien ce qui a été développé dans le paragraphe 4.4... Orchidée et Tournesol connaissent bien le problème en disant que pour conseiller l'utilisation des HE, aucun diplôme n'était obligatoire (L. 170, p. XVI) et que la démarche de suivre une formation s'effectuait « *sur la base du volontariat* » (L. 95, p. XXI). De plus, Orchidée assure également que pour les formations diplômantes et les formations certifiantes, « *on joue sur les mots (...) c'est une formation pareille* » (L. 186, p. XVII). En effet, en laissant la libre initiative du contenu pédagogique aux universités et aux centres de formation, sur quoi réellement peuvent se baser les critères de qualité ? Enfin, pour le second point, en ce qui concerne l'utilisation des HE elles-mêmes, la question du "libre-service" pose problème à Violette et à Pivoine. Alors que Violette constate « *qu'on achète une HE comme on achète un Doliprane®* » (L. 278, p. XI), Pivoine affirme que dans des services hospitaliers, des soignantes « *font leurs mélanges et après, elles vont masser les gens* » (L. 131, XXIV). Pour toutes les deux, de tels comportements mettent la sécurité des patients en danger car « *on peut faire des dégâts* » (L. 119, p. XXIV) et en parlant de l'aromathérapie « *beaucoup de gens qui l'utilise sans connaître* » (L. 273, p. XI).

CONCLUSION

Lorsque j'ai commencé ce travail, j'ignorais encore où cela allait me mener. De par mes deux situations d'appel, l'une un peu secrète, l'autre très protocolisée, j'ai voulu interroger la pratique de l'aromathérapie qui m'était jusqu'alors inconnue mais qui s'inscrivait dans un contexte qui me semblait somme toute précautionneux. En choisissant d'étudier très précisément les personnes en fin de vie en pensant que leur vulnérabilité serait un frein à l'utilisation des HE, je ne savais pas encore que cette idée préconçue serait insuffisante puisqu'au final nous sommes tous concernés, patients et soignants. Que je mentionne les patients, cela ne vous surprend pas et vous y trouvez une certaine normalité, car après tout, une éventuelle toxicité est toujours possible lorsqu'on utilise un produit particulièrement actif comme c'est le cas ici. Donc, là, rien

de nouveau. Même si nous avons constaté que la dispensation atmosphérique par diffusion ne présente aucun danger et reste une voie privilégiée par les soignants, nous avons vu qu'il n'en est pas de même pour la voie cutanée par exemple. Il est indiscutable et légitime que des précautions rigoureuses soient donc mises en place. Jusque-là, je n'ai pas eu de réelle surprise, m'attendant plus ou moins à ce résultat.

Mais alors, pourquoi les soignants eux-mêmes, me diriez-vous ? Et c'est à partir de là que les données deviennent intéressantes. Tout simplement parce qu'il en résulte de mes recherches, et nous l'avons constaté ensemble, que des essais cliniques restent encore nécessaires, que le cadre réglementaire est insuffisant et que la formation pour utiliser les HE n'est absolument pas obligatoire, ou si elle est dispensée, la qualité du contenu n'est pas véritablement maîtrisée et contrôlée. Alors oui, les HE apportent un réel confort pour les patients et des résultats indiscutables. Oui, elles sont un allié, c'est indéniable. Mais à quel prix ? Deux établissements de santé sur trois, pourtant favorables à cette pratique, refusent d'investir dans la formation du personnel. L'élaboration de multiples protocoles et de prescriptions médicales sont-elles suffisantes pour garantir la sécurité de tous ? Pourquoi les huiles essentielles n'intégreraient-elles pas les modules "pharmacologie" au même titre que les médicaments dans les cursus universitaires médicaux et paramédicaux ? L'absence d'une réelle reconnaissance de l'efficacité de l'aromathérapie par les scientifiques apporte actuellement un flou à cette pratique. A cela s'ajoute le fait que pour un symptôme, plusieurs HE sont disponibles et que de nombreuses propositions de combinaisons sont possibles. Alors, l'idée un peu folle que nous, IDE, puissions prendre possession de cette expertise m'a envahi. J'imagine alors l'élaboration d'un livre blanc créé par les infirmiers pour les infirmiers. Un livre qui reprendrait l'ensemble des protocoles mis en place dans les établissements hospitaliers français et qui, croisé avec des données bibliographiques, permettrait de mettre en évidence un classement de synergies d'HE par symptôme les plus rencontrés dans notre profession. Un livre simple et efficace qui deviendrait une référence dans le soin infirmier et sécuriserait tous les soignants souhaitant utiliser l'aromathérapie dans leur rôle propre. Un beau travail en perspective qui serait amené par la question suivante :

Pourquoi et comment l'aromathérapie peut-elle être utilisée en toute sécurité pour le patient et le soignant ?

BIBLIOGRAPHIE

- Baudoux, D. (2018). *Aromathérapie*. Dunod.
- Dujardin O. (2017). Les huiles essentielles apaisent les patients en soins palliatifs. *Actusoins*, 27.
- Farrer-Halls, G. (2010). *La bible de l'aromathérapie et des huiles essentielles*. G. Trédaniel.
- Godard, C. (2011, janvier 31). Accompagner la fin de la vie. *La libre*.
<https://www.lalibre.be/regions/namur/accompagner-la-fin-de-la-vie-51b8ccece4b0de6db9bfac4e>
- Legait M. (2019). Infirmière, elle s'est reconvertie en aromathérapeute. *Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*.
- Maret S. (2018). Aromathérapie : Évaluer et étendre les pratiques pour améliorer le bien-être du patient. *CHU Magazine Poitiers*, 76.
- Maroy, D., Kinet, V., & Gatellier, M. (2014). L'usage de l'aromathérapie en soins palliatifs. In *Manuel de soins palliatifs: Vol. 4e éd.* (p. 783-806). Dunod; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dunod.jacqu.2014.01.0783>
- Pérez Lina. (2014). Les huiles essentielles, précieuses alliées du bien-être. *Soins aides soignantes*, 61, 18, 19.
- Sogno-Laloz Isabelle. (2014). Enrichir les prises en charge avec des soins aromatiques. *La revue de l'infirmière*, 202, 34, 35.

SITOGRAPHIE

Aéro : Une nouvelle technologie pour une efficacité plus rapide | Holiste, Laboratoire et développement. (2016, janvier 19). <https://www.holiste.com/la-gamme-bol-dair/bol-dair-aero2/>

Decarsin, A. (s. d.). *Formation Continue—Phytothérapie et Aromathérapie (DU)*. Formation Continue. Consulté 18 avril 2020, à l'adresse <https://formation-continue.univ-tours.fr/offre-de-formations/formations-compatibles-avec-une-activite-professionnelle/pharmacie/phytotherapie-et-aromatherapie-du--359103.kjsp?RH=1319182130686>

kmagliol. (2020, mars 26). *Diplôme d'Université Phytothérapie et aromathérapie clinique* [Text]. <http://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue/du-diplome-d-universite-DU/sciences-technologies-sante-STS/diplome-d-universite-phytotherapie-et-aromatherapie-clinique-program-diplome-d-universite-phytotherapie-et-aromatherapie-clinique.html>

Le Sénat lance la reconnaissance de l'herboristerie. (s. d.). Reporterre, le quotidien de l'écologie. Consulté 3 mai 2020, à l'adresse <https://reporterre.net/Le-Senat-lance-la-reconnaissance-de-l-herboristerie>

Les huiles essentielles. (s. d.). Consulté 4 janvier 2020, à l'adresse <http://www.economie.gouv.fr/dgcrf/Publication/Vie-pratique/Fiches-pratiques/Huiles-essentielles>

Les huiles essentielles, une alternative aux médicaments ? (s. d.). Consulté 24 janvier 2020, à l'adresse <https://www.linfodurable.fr/sante/les-huiles-essentielles-sont-elles-vraiment-efficaces-1210>

Les huiles essentielles—ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits

de santé. (s. d.). Consulté 4 janvier 2020, à l'adresse [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-huiles-essentielles/\(offset\)/3](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-huiles-essentielles/(offset)/3)

Qu'est-ce que l'aromathérapie et les huiles essentielles ? (2017, janvier 6). *Trésor Nature Plantes médicinales.* <http://www.old.tresornature.com/aromatherapie-huiles-essentielles/>

VALNET, J. (s. d.). *AROMATHÉRAPIE.* Encyclopædia Universalis. Consulté 6 janvier 2020, à l'adresse <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/aromatherapie/>

Vers une prise en charge de l'Aromathérapie dans les systèmes de santé – Consortium HE. (s. d.). Consulté 28 janvier 2020, à l'adresse <http://www.consortium-he.org/2019/06/17/des-pays-progressent-dans-la-prise-en-charge-de-laromatherapie/>

VigiPallia. (s. d.). Consulté 3 mai 2020, à l'adresse <https://vigipallia.parlons-fin-de-vie.fr/index.php>

8 ANNEXES

8.1 ANNEXE 1 : DEFINITIONS DES SOINS PALLIATIFS PAR L'OMS EN 1990 ET 2002

SFAP

Définition des soins palliatifs par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Définition de 1990

Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille. De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux.

Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil.

Définition de 2002

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

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

8.2 ANNEXE 2 : BROCHURE « RECOMMANDATIONS D'EMPLOI DES HUILES ESSENTIELLES PURES »

Mise en place par Consortium HE

RECTO

QUE SIGNIFIENT CES PICTOGRAMMES !

Il s'agit du règlement CLP, obligatoire en Europe pour l'étiquetage des produits de consommation courante. Il sert à expliquer ce qui pourrait éventuellement se passer en cas de non-respect des précautions et recommandations d'usage.



Le pictogramme « poisson » signifie que les milieux aquatiques pourraient être affectés si une importante quantité d'huile essentielle était renversée par accident dans une rivière.



Le pictogramme « main » signifie notamment que la peau ou les yeux pourraient être irrités en cas de contact avec le mélange pur, puisque ce produit n'est pas un cosmétique destiné à être appliqué sur la peau (ex : une H.E. à utiliser exclusivement en diffusion).



Le pictogramme « homme » signifie par exemple que le produit peut être mortel en cas d'ingestion en grande quantité... Par exemple, quand on utilise une huile essentielle à diffuser doucement dans l'air, elle n'est pas conçue pour être avalée.



Le pictogramme « point d'exclamation » signifie par exemple qu'en cas de mésusage, il y a un risque pour la santé.



Le pictogramme « flamme » veut dire que le produit peut s'enflammer au contact d'une flamme ou d'une source de chaleur intense.

La présence d'instructions et de pictogrammes sur un flacon signifie avant tout qu'il faut bien respecter le mode d'emploi recommandé

...et profiter ainsi de tous les bienfaits des huiles essentielles



Ce document a été conçu par le regroupement d'entreprises françaises d'huiles essentielles. Sa vocation est d'œuvrer pour une information exacte et transparente sur les huiles essentielles, assurer leur sécurité d'emploi et promouvoir leurs effets bénéfiques sur la santé et le bien-être de la population. Mise à jour septembre 2018. consortiumhe@cosmed.fr

RECOMMANDATIONS D'EMPLOI DES HUILES ESSENTIELLES PURES

LES HUILES ESSENTIELLES SONT DES ACTIFS NATURELS, CONCENTRÉS ET PUISSANTS, À UTILISER AVEC PRÉCAUTION ET MODÉRATION.



**PRINCIPALES RÈGLES À RESPECTER
DANS TOUS LES CAS**

Assurez-vous de la **qualité** 100% pure et naturelle de l'huile essentielle utilisée.

Vérifiez l'**identité** de l'huile essentielle utilisée (par exemple la lavande vraie est différente de la lavande aspic, le thym à thymol du thym à linalol...).



Respectez les **instructions mentionnées** sur l'étiquetage (dosage, précautions...) et conservez ces informations.

Assurez-vous que l'**usage** que vous envisagez est bien **recommandé** pour cette huile essentielle.

Conservation :

- hors de portée et de vue des enfants
- dans endroit frais, à l'abri de la lumière
- tenir éloigné des flammes et sources de chaleur intense

Ne pas utiliser :

- sur les yeux, le contour des yeux, les conduits auditifs et nasaux, les zones ano-génitales
- en injection

DEMANDER L'AVIS

D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE
(médecin, pharmacien, aromathérapeute...)



- Femmes enceintes ou allaitantes
- Nourrissons et enfants
- Personnes à terrain allergique
- Pour une utilisation par voie orale
- En cas de doute sur l'usage ou sur l'huile essentielle
- En cas de traitement médical en cours (par exemple asthme, problèmes rénaux et hépatiques, pathologies cardiovasculaires, troubles convulsifs, cancers...)
- Pour une utilisation sur une longue durée

**VOUS DÉCOUVREZ UNE H.E.
POUR LA PREMIÈRE FOIS**

Certaines huiles essentielles peuvent être irritantes. Il est recommandé de toujours effectuer un **test de tolérance cutanée** en versant une ou deux gouttes du produit dans le pli du coude au moins 48 heures avant toute première utilisation à l'état pur ou dilué. En cas de réaction, ne pas utiliser le produit.

En cas d'**ingestion accidentelle**, contactez un centre antipoison et un médecin.



Ne pas verser d'**huiles essentielles pures** dans un bain. Utilisez une base pour les diluer au préalable.

Toujours se laver soigneusement les mains après avoir utilisé une huile essentielle.

En cas de **contact accidentel avec les yeux**, tamponnez et apaisez avec une huile végétale grasse et consultez un médecin.

**HUILES ESSENTIELLES
PRÉCAUTIONS SPÉCIFIQUES**



Pas d'utilisation pure sur la peau de certaines huiles essentielles potentiellement irritantes. Par exemple : Ail, Ajowan,

Amande amère, Aneth, Basilic tropical, Bay Saint Thomas, Cannelle, Carvi, Cumin, Cyprès, Estragon, Eucalyptus globulus, Gaulthérie, Girofle, Laurier, Lemongrass, Litsée citronnée, Marjolaine, Menthe, Origan compact, Pin, Romarin à camphre, Sarriette, Serpolet, Thym à thymol, Thym à carvacrol, Verveine...

Peau + Huiles essentielles + Soleil = Prudence

Pas d'exposition au soleil dans les heures qui suivent l'utilisation sur la peau de certaines huiles essentielles photo-irritantes (sauf celles portant la mention «garanties sans coumarines»). Par exemple : Angélique, Bergamote, Céleri, Citron, Citron vert, Cumin, Khella, Livèche, Mandarine, Orange, Orange sanguine, Pamplemousse, Verveine odorante...

8.3 ANNEXE 3 : LISTE DES HE STRICTEMENT RESERVEES AUX OFFICINES PHARMACEUTIQUES

Huiles essentielles dont la vente est réservée aux pharmaciens

Les huiles essentielles délivrées uniquement en pharmacie doivent être conformes à la qualité pharmaceutique décrite dans la Pharmacopée européenne ou dans la Pharmacopée française. Ce référentiel décrit la dénomination scientifique exacte de l'huile essentielle, son chimiotype le cas échéant et sa composition chimique.

Ces quinze huiles essentielles sont identifiées comme ayant un rapport bénéfique/risque négatif ; il est préférable de ne pas les délivrer. Elles ne sont disponibles que dans le circuit pharmaceutique en raison de leurs propriétés neurotoxique (absinthe, thuya, sauge officinale), irritante (sabine, moutarde), phototoxique (rue) ou cancérigène (sassafras) :

- Grande absinthe (*Artemisia absinthium* L.)
- Petite absinthe (*Artemisia pontica* L.)
- Armoise commune (*Artemisia vulgaris* L.)
- Armoise blanche (*Artemisia herba alba* Asso L.)
- Armoise arborescente (*Artemisia arborescens* L.)
- Thuya du Canada ou cèdre blanc (*Thuya occidentalis* L.)
- cèdre de Corée (*Thuya Koraenensis* Nakai), dits "cèdre feuille"
- Hysopé (*Hyssopus officinalis* L.)
- Saugé officinale (*Salvia officinalis* L.)
- Tanaïsie (*Tanacetum vulgare* L.)Thuya (*Thuya plicata* Donn ex D. Don.)
- Sassafras (*Sassafras albidum* [Nutt.] Nees)
- Sabine (*Juniperus sabina* L.)
- Rue (*Ruta graveolens* L.)
- Chénopode vermifuge (*Chenopodium ambrosioides* et *Chenopodium anthelminticum* L.)
- Moutarde jonciforme (*Brassica juncea* [L.] Czernj. et Cosson).

(Décret n° 2007-1198 du 3 août 2007)

8.4 ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE EN TABLEAU

Bonjour et merci d'avoir répondu favorablement à cet entretien. Dans ce service, actuellement, vous faites l'usage des huiles essentielles dans vos soins...

Couleur	Thème	Question	Notes
	Les débuts de l'aromathérapie dans le service (Mise en place d'une pratique. Quelle approche ?) <i>Quel élément déclencheur a permis l'instauration de la pratique de l'aromathérapie dans votre service ?</i>	Pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégrée dans le service ?	
	Le choix de la formation professionnelle <i>Quel type de formation avez-vous choisie et selon quels critères avez-vous fait votre choix ?</i>	Avez-vous bénéficié d'un programme de formation ? Pouvez-vous m'en parler ?	
	L'offre de soin et les patients (Spécificité de la fin de vie) <i>Les patients en fin de vie sont-ils demandeurs de cette pratique ?</i>	Comment les patients en fin de vie réagissent-ils à cette offre (proposition) de soin ?	
	Effets constatés sur les patients <i>Quels sont les résultats obtenus dans votre pratique ?</i>	Quels sont les effets (impacts) que vous avez constaté sur le patient dans votre pratique ?	
	Compatibilité HE/patients (Fragilité et CI patient) <i>La fragilité des patients n'est-elle pas une contre-indication à l'usage des HE ?</i>	Ces molécules étant très actives du fait de leur concentration, pensez-vous que la vulnérabilité des patients en SP peut être un frein à l'utilisation de ces HE ?	
	Choix des HE et protocole (Stratégie thérapeutique) <i>Qui a fait le choix des HE ?</i>	Un protocole a-t-il été mis en place ? Comment et par quel(s) professionnel(s) s'est effectué le choix des HE dans le service ?	
	Voies d'administration	Quels voies d'administration privilégiez-vous ?	
	Les limites et inconvénients des HE <i>Quels sont les inconvénients à l'utilisation des HE ?</i>	<i>D'après ce que vous me dites, les HE apportent réellement beaucoup de bienfaits.</i> Toutefois, y voyez-vous des limites ou des inconvénients ?	
	Les HE et les soignants <i>Degré d'implication de l'équipe soignante ? Des stratégies sont-elles mises en place pour motiver l'utilisation de ces soins ?</i>	Comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie par l'ensemble de l'équipe soignante ? Est-ce une surcharge de travail pour le soignant ? Si oui comment est-elle gérée en service ?	
	Les HE à domicile hors protocole <i>Etes-vous prêt(e) à conseiller les HE en dehors d'un cadre institutionnel ?</i>	Dans un contexte différent, par exemple, si vous étiez IDEL, à vos patients en fin de vie ou non, conseillez-vous l'utilisation des HE ?	
	La législation et les HE <i>Comment voyez-vous la législation sur les HE évoluer ?</i>	Pensez-vous que l'utilisation des HE est suffisamment encadrée ? Si non, pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'il le soit ?	
	Pour les IDE œuvrant à domicile		

1. Afin de respecter votre anonymat, merci de me donner le nom d'une fleur qui remplacera votre prénom dans mon travail.
2. Souhaitez-vous recevoir mon travail par mail ? Email.....

8.5 ANNEXE 5 : ENTRETIEN AVEC VIOLETTE

Diplômée en 1985, Violette est actuellement IDE dans un EHPAD depuis 18 ans (entretien de 22 minutes).

Moi : Bonjour et merci d'avoir répondu favorablement à cet entretien. Dans ce service actuellement vous faites l'usage des HE dans vos soins. Alors, tout d'abord, pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégrée dans le service ?

5 **Violette** : En fait, on a été deux infirmières à faire une formation personnelle parce que l'on avait demandé la formation, mais bon, ça ne nous a pas été accordé. Donc, on s'est payé notre formation sur l'aromathérapie et, du coup, on était deux à être intéressées par ça, et après, quand on a eu fait notre formation, on a demandé au directeur si on pouvait intervenir au niveau de l'aromathérapie dans la maison. Il a été "pour" sans problème. Donc on a expliqué aussi au
10 médecin, à un autre médecin qui intervient sur la maison qu'on pouvait employer de l'aromathérapie et qu'ils n'ont pas été "contre" non plus. On a eu beaucoup de chance, parce qu'en général, les médecins ne sont pas trop "pour" (sourire). Donc, on a commencé à l'intégrer pour un monsieur qui avait un gros escarre et on a commencé par le miel déjà. Nous, on a commencé par le miel, à intégrer le miel. Les médecins ne connaissaient pas du tout. Pour les
15 pansements, ça a très bien marché. Du coup, après, petit à petit, on leur a intégré. Après, ça a été pour les ongles des résidents qu'on s'est servi de la lavande ou de l'arbre à thé, pour les ongles des résidents qui sont souvent dédoublés. Les personnes âgées ont souvent les ongles beaucoup dédoublés et qu'on n'arrive plus à couper. Avec l'arbre à thé ou le lavandin, ça marche très bien. Donc, on a commencé comme ça, petit à petit, à introduire des huiles essentielles, et
20 après, sous couvert aussi de la dame qui nous avait fait la formation, c'est madame F., je ne sais pas si vous la connaissez, à M. ?

Euh... non...

25 Vous ne connaissez pas du tout ? C'est une femme qui est formidable, qui connaît tout sur les plantes (rires). Et du coup, elle fait beaucoup de stages sur l'aromathérapie, sur les HE, sur beaucoup de choses, et donc cette dame nous a guidé pour justement l'escarre. Déjà, pour remplacer le miel par les HE, pour faire cicatriser cet escarre et cela a très bien marché. Donc, les médecins ont dit : « *bon ok, si ça marche sur certaines choses, on va essayer* ». Et puis, petit
30 à petit, moi je suis référente en soins palliatifs au niveau de la maison. J'ai une formation "soins palliatifs" au niveau de la maison et donc du coup, j'ai introduit pour les fins de vie l'aromathérapie. Donc ça a commencé comme ça, petit à petit. On a une autre infirmière qui vient de rentrer et qui est formée aussi aux HE. Donc, on s'en sert sur des petits bobos, pas sur des gros trucs. Bon, l'escarre, ça été vraiment le gros truc qu'on a fait le plus, mais après, sinon,
35 c'est comme je vous disait, par parcimonie quoi, sur des ongles, voilà... Comme on n'a personne au sein de la maison qui peut nous guider, qui soit réellement formée, moi, j'ai une formation, l'autre infirmière a une formation, l'autre aussi, mais après, normalement, on n'a pas le droit d'enseigner aux autres, voilà. Normalement, il faudrait que tout le monde fasse des stages en aromathérapie. Moi, j'ai demandé, mais bon, le directeur n'est pas trop "pour" de payer tout le monde en aromathérapie. Bon... pour le moment... ça va peut-être changer (rires).
40 Voilà. Et donc, on l'a introduit sur la fin de vie, au niveau de la fin de vie qui, d'abord, apporte une relaxation au niveau du résident. Puis après, on s'est aperçu que ça marchait très bien aussi au niveau des familles parce que l'on a un chariot snoezelen et donc on met notre chariot

45 snoezelen, plus l'aromathérapie, plus de la musique, plus aussi, on a décidé, de la relaxation et
on l'introduit dès qu'on déclare une fin de vie, que les gens sont en fin de vie. Donc, on installe
le matériel et on s'est aperçu que ça marchait très bien au niveau des familles, que ça relaxait
beaucoup les familles alors que, souvent, elles sont angoissées et tout, et que finalement c'était
quelque chose qui marchait très bien à ce niveau-là. Donc, voilà, après, on ne s'en sert pas non
plus à outrance, on s'en sert surtout, nous, pour les fins de vie maintenant, voilà. Bon, ben après,
50 on essaye de savoir ce qu'aimait le résident au point de vue senteur parce que, bon, voilà, ça
relaxe si on aime aussi l'odeur, bon parce qu'il y a des huiles qui relaxent plus que d'autres mais
au point de vue senteur, on essaie aussi de savoir par les familles quelles senteurs aimaient le
résident. Du coup, on essaie de s'orienter plus vers ça. Dire que l'huile relaxe vraiment en
olfactif n'est pas évident mais c'est surtout voilà, leur rappeler des souvenirs et de les apaiser
55 au moins de l'esprit, de les apaiser. Et ça marche bien en général, ça marche assez bien.

D'accord. Et vous ? le proposez-vous à la famille ? au patient ?

Alors, les patients qui sont en fin de vie, qui peuvent encore exprimer ce qu'ils veulent, oui, on
60 en discute, on en propose, on leur dit : « *voilà, on a ça, ça...* », puis on leur fait sentir, on leur
dit : « *Qu'est-ce que vous préférez que l'on mette dans votre chambre ?* » et tout... Bon, quand
ils peuvent, ils le font eux-mêmes sinon, oui, au point de vue famille, on se rapproche de la
famille et c'est la famille qui décide pour eux ce qu'ils auraient aimé, ce qu'ils n'auraient pas
aimé et puis ce n'est pas obligé qu'ils aiment non plus les odeurs donc du coup, on ne met pas.
65 Si la famille dit non, elle n'aime pas spécialement les odeurs, elle n'aime pas la musique, on
n'en met pas. Si elle n'aime pas voilà, on n'en met pas non plus, donc le chariot snoezelen, on
ne le met pas systématiquement. On essaie au maximum de savoir ce qu'ils aiment mais ce
qu'ils n'aiment pas, enfin... ce qu'ils n'aiment pas, ne pas leur imposer surtout, au dernier
moment, ce n'est pas trop... voilà. Mais, on essaie de les accompagner le plus possible dans la
70 douceur et puis dans le calme pour eux, que ce soit plus relaxant pour partir que de partir dans
un état de stress... voilà.

Comment, donc, est fait cet accueil ? enfin, les résidents trouvent cela...

75 Alors, il y en a qui vont le refuser d'emblée. Il y en a quand j'y vais, je leur présente, ils me
disent : « *Ah non non non, on n'en veut pas, on n'aime pas ça* ». Il y a des patient ou même des
familles des fois qui sont assez... qui disent « *ah non, de toutes façons, il n'aurait pas aimé...* ».
Et bon, quand on ne sait pas, voilà, on est un peu tangent parce qu'on se dit : « *Bon, c'est la
famille qui prend la décision, ce n'est pas toujours non plus ce que peut-être le résident aurait
80 pris comme décision* ». Donc, des fois, on, voilà, on met un petit peu quand les familles ne sont
pas là. On met un petit peu le truc tourner et on voit la réaction du résident. Si on voit qu'il se
relaxe mieux, ben, on le laisse, la nuit par exemple, et puis on ne le met pas quand la famille est
là. Voilà, on gruge un peu. Mais c'est toujours difficile parce qu'on ne sait pas en fait si la
famille sait ce que le résident voulait parce que les gens, ils me disent : « *non on ne veut pas* »
85 mais bon euh, après... voilà...

Ils parlent peut-être en leur nom...

Voilà, c'est ça (rires), ils parlent d'eux... de eux et pas du résident, donc bon, mais voilà, on fait
90 des essais, on voit s'il y a une réaction, si ça pèse plus ou si... parce qu'ils y en a à qui ça énerve
aussi, il y en a qui ne supporte pas du tout par exemple la musique, il y a des gens qui ne

supportent pas du tout, donc là on arrête tout, on sort le matériel et puis on laisse calme la chambre et puis voilà... on ne met rien...

95 **Bien sûr...**

Après, nous, on fait du cas par cas, voilà, c'est très... bon... moi j'essaie beaucoup d'en discuter avec eux, avant leur fin de vie parce que j'aime bien savoir ce qu'ils aimaient, ce qu'ils n'aimaient pas et ce que l'on peut leur apporter. Quand on voit qu'ils ne sont vraiment pas bien et qu'ils commencent à se dégrader alors c'est souvent que je vais discuter avec eux de leur fin de vie, je leur demande, je leur dis : « *Est-ce que vous voudrez que l'on vous mette de la musique ? est-ce que vous voulez qu'on vous mette ça ?* » et ils sont tout à fait capable de nous dire ce qui veulent, donc oui, c'est eux qui choisissent et bon moi je le transcris après dans son dossier de soin et, en général, quand on arrive à la fin, on regarde et puis on leur met. Après, bon, on a eu un monsieur la semaine dernière, son petit-fils n'a jamais voulu qu'on lui mette quoique ce soit dans sa chambre, il dit : « *ah non... il n'aime pas...* ». Bon après, on ne sait pas, voilà, après, il y a des gens qui partent rapidement et on n'a pas eu le temps de discuter, mais les gens que j'ai depuis très longtemps, j'en ai beaucoup discuté avec eux, donc, du coup, ce qui est bien c'est ça, c'est qu'ils puissent choisir eux-mêmes ce qu'ils veulent parce que bon...

110

D'accord... Et quand l'accueil est favorable, cela se passe comment ?

Eh bien, quand l'accueil est favorable, et bien du coup, moi je transmets. Je mets en place le chariot snoezelen, la musique et des diffuseurs d'HE. Puis, on leur met dans leur chambre et c'est après les AS qui gèrent, au fur et à mesure, tous les jours, à la toilette. Elles rajoutent des HE, elles leur mettent la musique, voilà... Les veilleuses de nuit sont formées aussi pour ça, donc, elles transmettent aussi et du coup, on a une transmission qui se fait entre soignants, et ça s'enchaîne. Tout le monde participe et je ne suis pas la seule à le faire... (rires), loin de là, et donc du coup, elles le savent, on a eu des formations "fin de vie" et on a toujours, voilà, moi, j'ai fait un protocole de fin de vie, d'ailleurs, je peux vous en donner un si ça vous intéresse... J'ai fait un protocole "fin de vie", donc là, on a décrit tout ce que l'on fait dans la fin de vie. Quand on arrive en fin de vie, qu'on a une famille derrière, parce que des fois, on a des résidents qui sont tous seuls et puis bon des fois il y a des familles. Donc, on leur donne ce livret, on a fait un livret exprès... On leur donne ce livret où on a expliqué tout ce que l'on faisait sur la fin de vie : à quoi servait un chariot snoezelen, à quoi servaient les HE, à quoi... voilà. Donc, ça, les familles le lisent et après on en discute, on dit voilà, ce que vous voulez, ce que vous ne voulez pas, voilà... Mais bon, ça se passe très bien depuis que l'on a fait ce petit livret, ça passe même mieux parce qu'ils comprennent, parce que des fois, ils ne savaient pas... On mettait le chariot snoezelen : « C'est quoi ce truc ? ... ». (Silence). Ce n'est pas évident hein ? c'est vrai que quand on ne connaît pas, c'est pas évident...

130

Et c'est vous-même qui avez fait le choix des HE ou vous êtes plusieurs à ... ?

Non, parce qu'on est deux ou trois à avoir eu cette formation. On n'en n'a pas beaucoup. On a quelques HE mais on n'a pas non plus une grande panoplie. On tourne toujours avec les mêmes. Donc la lavande, parce qu'ici beaucoup de gens demandent la lavande. C'est vrai qu'on est en Provence, donc déjà... (rires), demandent beaucoup la lavande... Après, il y a la rose aussi mais la rose est très chère, donc, c'est difficile d'en avoir, parce qu'il y a des gens qui m'ont demandé. Mais bon, ça, on ne peut pas trop parce que c'est très cher...et après ce sont souvent des

135

140 mélanges zen, des trucs comme ça qu'on prend parce que c'est quelque chose qui sent quand même relativement bon. On a un complexe "zen attitude" ou un truc comme ça. Parce qu'on s'en sert aussi pour la salle snoezelen, parce qu'on a une grande salle snoezelen et du coup, on s'en sert aussi dans la salle snoezelen...

145 **D'accord...**

Voilà... après en choix, c'est, voilà, c'est un peu limité parce que bon on n'en n'a pas énormément, l'huile essentielle, on n'en n'a pas des tonnes...

150 **Bien sûr, mais c'est pris en charge par l'établissement financièrement ?**

Oui oui !

Vous avez une enveloppe pour ça ?

155

Voilà... hum hum...

D'accord. Les impacts sont-ils positifs lorsque l'accueil est favorable ? Les voyez-vous ?

160 Nous, on les ressent comme positifs, après je ne sais pas s'ils sont vraiment positifs (rires) mais nous on les ressent comme positifs. On trouve que les gens... Avant, on ne le faisait pas et moi, par rapport à ce qu'on faisait dix ans en arrière, je trouve, oui, ils sont beaucoup plus relaxés avec que sans. Parce qu'on voit la différence souvent quand on ne met pas, quand les familles refusent et ceux qui l'ont. Et effectivement, ceux qui l'ont au bout d'un certain temps dans la
165 journée, on voit qu'il lâche plus facilement que quelqu'un qui ne l'a pas. Oui, moi je trouve que ça marche très bien. De toutes façons, même nous... moi, j'en ai à la maison...

Justement, en parlant de la fin de vie, ces molécules étant très active, pensez-vous que la vulnérabilité des patients en fin de vie peut être un frein à l'utilisation des HE ?

170

(Silence)... Après ça c'est... Moi, je dirais que non, mais... (souples)

Dans le cadre de votre formation, ça n'a pas été précisé ?

175 Non, ce n'est pas précisé, voilà. Après nous, on ne le laisse pas en continu, non plus, on le met dix minutes le matin, on le remet dix minutes à midi, on ne le laisse pas en continu dans la chambre tout le temps tourner. C'est dix minutes par dix minutes et trois-quatre fois dans la journée, on le met dix minutes mais après quand on est en fin de vie, ça ne va pas changer grand-chose si je mets des HE... franchement... ça ne va pas... voilà... A part leur permettre de
180 se relaxer plus facilement sinon au point de vue... je veux dire, ça ne va pas faire évoluer la maladie, ça va pas faire... euh voilà...

Donc, vous m'avez dit tout à l'heure qu'un protocole avait été établi, que c'est vous-même qui l'avez fait, j' imagine signé par un...

185

Par un médecin, humm...

**Un médecin, un praticien... D'accord... Quelles voies d'administrations privilégiez-vous ?
Donc, on a parlé des escarres au début, vous le faites également au niveau des ongles, tout
ce qui est cutané... Et pour les soins palliatifs, vous êtes plus sur l'olfactif ?**

190

Oui, c'est que de l'olfactif. Oui, alors, ça, on ne s'en sert pas trop pour masser parce qu'on
masse très peu, nous en fin de vie. Parce qu'on s'est aperçu que les gens, ce n'est pas ça qui les
relaxaient en fait. Parce que on masse au niveau des mains mais au niveau des mains on prend
195 des crèmes hydratantes plutôt et on masse au niveau des mains. Mais on ne va pas masser un
corps qui en fin de vie... on ne va pas masser. C'est pour ça qu'on s'en sert très peu au niveau
du massage. Par contre, on a une masseuse qui s'en sert, elle, dans la maison. Elle vient tous
les jeudis, donc elle, elle s'en sert des HE. Mais nous, non, au point de vue... d'abord, on n'est
pas habilité à masser déjà mais en plus, on s'en sert vraiment qu'au niveau des mains, on masse
200 qu'au niveau des mains en fin de vie. Parce que, moi je trouve que c'est très... alors c'est
difficile à expliquer, plus mon ressenti, je pense que masser encore quand on est en fin de vie,
c'est quelque chose d'abominable, pour moi, c'est quelque chose de... pour la personne je veux
dire... pour le résident, je pense que... on masse les mains, ça veut dire qu'on est là, une
présence, leur faire voir voilà qu'on est là, qu'on est à côté d'eux, qu'ils ne sont pas tous seuls.
205 Mais de là, après, masser les gens... déjà ça ne va rien leur rapporter de plus, et en plus de ça,
moi je pense que c'est plus... toucher le corps alors que c'est un corps qui s'en va et qui...
après c'est mon ressenti, c'est vraiment, voilà, c'est vraiment personnel... Mais je vois que les
soignantes même ne le demandent pas. Autant avant, moi, il y a trente ans en arrière, il fallait
masser les fesses, il fallait masser partout parce que les gens étaient en fin de vie et tout...et
210 puis finalement même maintenant... avant on... nous, on le tournait toutes les trois heures, on
avait des protocoles, on le tournait toutes les trois heures pour pas qu'ils aient d'escarres et tout
mais maintenant avec les matelas à air, en fait, on ne masse pas car du coup ils sont massés par
le matelas à air, donc, même nous, on ne les tourne plus ni rien... Moi j'ai vu l'évolution en
trente ans, c'était... c'est énorme quoi !

215

**Est-ce que vous voyez des limites ou des inconvénients à l'utilisation des HE plutôt en fin
de vie ?**

Ben, surtout ne pas leur donner à boire. Parce que, il y a des gens qui font des mélanges à boire
220 des HE, mais non, parce que bon, il faut quand même si connaître, être.... enfin, je veux dire...
nous on a fait des formations après c'est des formations de deux jours, voilà, c'est pas des
grosses formations. Mais après, non, s'en servir non... que par... je cherche le nom, je sais
plus...

L'olfaction ?...

225

Voilà ! oui...

Vous le faites avec un diffuseur ou vous les mettez sur un petit mouchoir ?

230

Non, ce sont des diffuseurs qu'on a.

**D'accord. Au niveau de l'équipe, comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie ?
Est-ce une surcharge de travail pour le soignant ?**

235

Non, pas du tout. Non, non, elles l'ont très bien intégré, même des fois quand je ne suis pas là, même quand je ne suis pas là et qu'il y a des fins de vie, elles viennent chercher l'appareil, c'est elles qui le mettent en route et tout... non non, pas du tout, au contraire, elles aiment bien même parce que des fois dans les chambres, des fois en fin de vie... Ce n'est pas toujours... l'odeur n'est pas toujours très agréable et du coup, pour elles, c'est agréable aussi de sentir cette odeur. Puis je pense que quelque part aussi, ça les apaise aussi donc... non non, elles le font donc systématiquement maintenant, même des fois, moi je n'y pense pas, des fois je fais autre chose et elles passent, elles me disent : « voyez l'appareil, il faut lui mettre... » et tout... Finalement, ça se passe bien...

245

Très bien... Dans un contexte différent, donc là, on extrapole un petit peu... Si vous étiez une infirmière à domicile, à vos patients en fin de vie ou non, conseilleriez-vous l'utilisation des HE ?

(Rires) Ça c'est difficile... parce que... il y a ... (soupirs) ... je l'ai conseillé sur des personnes, voilà, qui m'étaient proches. J'ai fait des fins de vie chez moi pour une personne qui m'était proche, ma belle-mère, mais après, oui je lui mettais, oui je lui en mettais... Mais, parce que c'était une dame qui adorait les fleurs, qui était tout le temps dans son jardin et tout... et j'ai essayé de lui recréer une ambiance, voilà, mais après... (hésitations)... je ne sais pas si à domicile... pourtant j'ai fait du libéral mais je n'ai pas trop fait de fin de vie, moi, j'ai eu de la chance, je n'ai pas eu trop de fin de vie en libéral. Mais, oui, pourquoi pas ?... Pourquoi ne pas dire aux gens... oui... il y a un truc de désinfection, il y a... après... ça peut servir pour beaucoup de choses, donc... pourquoi pas... Après ce n'est pas très clair ce que je dis parce que "pourquoi pas", ça ne veut rien dire (rires). Mais oui, l'idée, peut être favorable, oui...

260

Pensez-vous que l'utilisation des HE est suffisamment encadrée ?

(Silence)... Non, ce n'est pas assez encadré. Moi je vois, les gens, ils achètent ça en pharmacie. Même les filles, les AS. Moi, des fois, je leur dis : « non, mais attendez, ne l'utiliser pas comme ça... ». Elles vont sur internet, on leur dit : « vous le mettez sur un sucre ou vous buvez le machin... », elles le font quoi ! Je leur dis : « non non ». Et moi, toutes les formations que j'ai faites en HE avec madame F., à chaque fois, elle crie au loup, elle dit : « ahhh, faut pas faire ça, faut pas faire ça !!! » et plein de gens font leurs micmacs avec les HE et c'est mortel les HE, c'est pas n'importe quoi, c'est une plante, une plante c'est pas anodin... il y a des plantes qui tuent, hein... Et surtout, il y a beaucoup de gens qui l'utilisent, sur les enfants, les trucs comme ça et c'est dangereux... Mais c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui l'utilisent sans connaître. Parce que des fois, quand on le dit aux filles : « non non, ne faites pas ça ! ». Elles ont mal à la gorge, on les voit, elles arrivent avec leur miel, trois gouttes d'arbre à thé, ok, d'accord, c'est de l'arbre à thé, mais bon... ce n'est pas anodin. Mais il y en a plein, moi, je vois, qu'il y en a de plus en plus... Et en fait, elles achètent en pharmacie, c'est vrai qu'on achète une HE comme on achète un Doliprane® donc du coup c'est vrai que c'est (Rires). Mais c'est dangereux, il y a des HE qui sont très dangereuses. Il y en a qui détruisent le foie, il y en a ... c'est...

275

A votre avis, qu'est-ce qu'il serait intéressant pour mieux l'encadrer ?

280

Ben, avoir plus de formations là-dessus, en milieu hospitalier, en maison de retraite. Je pense que, si déjà, elles avaient un minimum d'informations, parce qu'on n'a pas du tout de formation finalement en maison de retraite. Jamais personne n'est venu se présenter en disant : « Je vais

285 *vous faire une formation* ». Les directeurs, vous leur demandaient une formation, ça leur passe un peu au-dessus. Bon, je vois le directeur, il n'est pas du tout sensible là-dessus. Il nous laisse faire parce qu'il a vu que ça marchait, mais après..., que les médecins ne sont pas contre... Mais quand on a demandé notre formation, il n'a pas voulu nous la payer alors que, bon... Il aurait dû nous la payer (rires), ça aurait été bien !

290 **Vous allez en suivre d'autres, des formations ?**

Ah oui, j'en suis régulièrement, oui oui...

Vous faites des mises à jour régulières ?

295

Oui oui, je vais souvent à M., j'y suis régulièrement... Ben, elle fait par thème en fait. Ben là, c'est les états grippaux, après il y a les rhumatismes, alors voilà elle fait par thèmes. C'est intéressant de faire plusieurs thèmes, après c'est plus personnel que ce qu'on sert ici parce qu'ici, c'est difficile de s'en servir par qu'on est très peu formé. Donc, du coup, c'est difficile de s'en servir quand on est très peu formé parce qu'il faut former les filles. On n'a pas le droit de les former donc il faudrait qu'elles fassent une formation interne, voilà, que tout le monde soit formé sur les mêmes choses. Bon, on va peut-être y arriver ! Parce que, on en parle, mais bon, voilà... Mais peut-être que l'on va y arriver parce que quand même, nous, on se tourne beaucoup sur les soins hors... comment on dit... les médecines douces et du coup... et notre projet d'établissement, j'ai tenu à ce qu'ils marquent dans le projet d'établissement, qu'on se tournait vers les médecines douces. Et on en fait de plus en plus parce qu'on a une infirmière qui est réflexologue plantaire. Donc elle nous fait de la réflexologie plantaire. On a une masseuse qui vient toutes les semaines. Déjà, on a tendance à aller vers là. Ça se fera dans quelques années... on va y arriver... mais il faut qu'ils forment tout le monde. Voilà

300
305
310

Très bien ! Merci beaucoup pour toutes ces réponses !

HE concernées dans cet entretien :

- HE lavande vraie (détente)
- HE rose de Damas (apaisement)
- HE zen attitude (diffusion détente)
- HE tea tree (ongles)

315

8.6 ANNEXE 6 : ENTRETIEN AVEC ORCHIDEE

Diplômée en 1999, Orchidée a été IDE dans un service gériatrique court séjour pendant 18 ans. Depuis 2018, elle est exclusivement conseillère en aromathérapie à son compte (entretien de 15 minutes).

Moi : Bonjour et merci d'avoir répondu favorablement à cet entretien. Vous étiez dans un service en institution et vous faisiez l'usage des HE dans vos soins. Alors, pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégrée dans ce service ?

5 **Orchidée** : Alors, dans ce service en court séjour gériatrique où j'étais, donc, on utilisait les diffuseurs d'HE de citron, on mettait du citron contre les odeurs d'escarres. Donc, ça, c'était la première chose. Et ensuite, on avait un médecin qui avait un DU en aromathérapie et phytothérapie et qui nous faisait utiliser le soir parfois des gouttes d'HE de lavande pour apaiser les patients. Sur prescription médicale bien sûr. Voilà. Quelques gouttes sur la blouse ou sur
10 l'oreiller, voilà...

Pas en diffusion...

15 Non, pas en diffusion pour la lavande. Que le citron, en diffusion, on avait que le citron. De la pharmacie, on avait que ces deux HE là de disponibles.

D'accord... et pour le citron ? c'étaient des HE ? Ce n'étaient pas des essences ?

20 Alors non, plutôt essence oui. On parle d'essences plutôt pour tout ce qui est citron parce que ce sont des citrus. Voilà.

Avez-vous bénéficié d'un programme de formation ?

25 Par l'hôpital, non. Mais moi, je me suis formée personnellement en fait. J'ai fait des formations perso mais l'hôpital, non, ne proposait pas à l'époque de formation en aromathérapie.

Donc, vous vous formez pendant cette période-là...

30 Voilà, je me suis formée pendant cette période. Donc, moi, j'avais fait quelques petites formations un peu avant. Donc, je connaissais un peu les HE et c'est pour ça qu'avec ce médecin, on échangeait souvent nos idées. Elle, elle avait le DU. Donc, on pouvait fonctionner ensemble. On parlait de choses que l'on connaissait pour les patients.

35 **Comment les patients en fin de vie, s'il y en avait en court séjour, réagissaient-ils à cette offre de soin ?**

40 Oh, ben, ils étaient satisfaits parce que bien souvent c'étaient des personnes âgées et la lavande leur rappelle quand même des souvenirs. Enfin, le sens olfactif, en fait, c'est le premier sens qu'on a dans le ventre de la mère et le dernier qu'on garde même si on perd la tête, par exemple. Et, donc, l'odeur de la lavande était souvent rassurante pour eux. Ils aimaient souvent cette odeur. C'était rare que les personnes disent : « Ah non, j'aime pas l'odeur », et-cétera.

Quels sont les effets que vous avez constaté sur votre patient dans votre pratique ?

45 Ah ben, c'est apaisant. La lavande, ça les apaisait. Ils étaient moins agités. Ils faisaient moins de cauchemars. Bon, dans ce service-là, on était contre contentionner les patients. Les contentions étaient toujours sur prescription médicale donc on préférait mettre en sécuridrap plutôt que de les contentionner aux bras ou aux membres, inférieurs ou antérieurs. Mais c'est vrai qu'ils étaient moins souvent contentionner. On arrivait à défaire le sécuridrap, parce que
50 ça les induisait au sommeil. C'étaient quand même des effets très bénéfiques.

Ces molécules étant très actives du fait de leur concentration, pensez-vous que la vulnérabilité des patients en soins palliatifs peut être un frein à l'utilisation de ces HE ?

55 Alors non. En olfactothérapie, non, parce que c'est vraiment... enfin... quelque chose qui est... Du moment qu'ils ne vont pas les avaler, ça ne peut pas être un frein. Par contre, au niveau pour les traiter, au niveau, pour les avaler, par exemple pour des pathologies, il faut toujours vérifier bien sûr les antécédents, les contre-indications pour les huiles, tout ce qui est épilepsie, tout ce qui est hormone-like... Tout ça, il faut vraiment faire la comparaison entre le patient et l'huile
60 qu'on va lui donner. Mais, bien souvent, on peut s'adapter, on peut remplacer une huile par une autre qui aura à peu près les mêmes propriétés, les mêmes effets sans avoir les contre-indications.

Est-ce qu'un protocole a-t-il été mis en place ?

65 Alors non, on n'avait pas de protocole mais on avait par contre une prescription médicale. Alors, bon, pour ce qui était de diffuser du citron, non, c'était bien souvent à l'oral, mais par contre, tout ce qui était lavande, c'était sur prescription médicale. Par exemple, cinq gouttes le soir sur la blouse et on devait cocher bien sûr qu'on l'avait donné. C'était une prescription quoi...
70

Donc, c'était individualisé...

Voilà, individualisé, remis tous les jours, on en reparlait...

C'était pour une durée de combien, les prescriptions médicales ?

75 Nous, à hôpital... les derniers temps à l'hôpital, on était tout informatisé donc les ordonnances étaient refaites, revues, tous les jours. Donc, on pouvait prescrire par exemple pour une semaine. Et s'il y avait un changement, le médecin changeait la prescription.
80

Par quels professionnels s'est effectué le choix des HE dans le service ? On a vu que c'était par le médecin. Et la pharmacienne également était impliquée ?

Oui, vu que c'était elle qui commandait les flacons...
85

La prise en charge financière était faite par l'établissement ?

Oui. Ce n'était pas par les familles.

90 **Ni par une association ? Des fois, il y a des associations qui se créent au sein du service...**

Non, non plus...

95 **On a parlé au niveau des voies d'administration qu'on privilégiait plutôt l'olfactif... d'autres voies possibles que vous avez utilisées ?**

Utilisées en service, non. Prescription à avaler, non. Enfin, je réfléchis mais...

100 **Et cutané ?**

Cutané, non plus.

105 **D'après ce que vous me dites, les HE apportent réellement beaucoup de bienfaits. Toutefois, y voyez-vous des limites ou des inconvénients ?**

Alors, oui. Les limites, comme on a dit tout à l'heure, c'est par rapport aux contre-indications bien évidemment... En fait, c'est par rapport à tout ce qui va être avalé. Par exemple, si on doit l'avalé sur un comprimé neutre, parfois, les patients ont des problèmes de déglutition. Donc, ça va être plus compliqué. On peut les mettre dans de l'eau gélifiée ou quoi, mais bon, dans l'eau gélifiée, ça ne va pas avoir le même effet du tout. IL faut toujours le diluer dans un corps gras ou un corps sucré. Donc, du coup, il va falloir leur faire avaler une cuillère de miel, ou après ça peut se mettre dans de la confiture et-cetera. Mais c'est vrai que tous les patients qui ont des problèmes de déglutition, les gens qui auront aussi les sondes nasogastriques aussi, par exemple, on ne va pas pouvoir leur administrer. Ensuite, en cutané, il faut faire attention, pareil, à celles qui sont dermocaustiques, et-cetera... Qu'est-ce qui a d'autre comme limites ? Je réfléchis (silence)... Non, c'est surtout aux contre-indications qui faut faire très attention. Tout ce qui est patient... compliqué... qui ont eu des antécédents de cancer. Les gens qui sont épileptiques. Les gens qui ont des problèmes de reins, par exemple aussi, puisque si on les avale, c'est quand même assez puissant. Des problèmes de foie aussi, certaines sont hépatotoxiques aussi. Donc, il faut faire plus attention à tout ça là, contre-indications de l'huile en elle-même comme on ferait une contre-indication par rapport à un médicament et par rapport aux antécédents du patient. Sinon, enfin, ce sont des choses qui sont pratiques, on va dire au niveau des dosages. Mais c'est vrai que, voilà, le plus gros inconvénient va être ça, plutôt pour avaler, en gélule, par exemple, si on met de l'origan dans une gélule neutre, il faut que la personne puisse pouvoir avaler la gélule.

125 **Comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie par l'ensemble de l'équipe soignante ? Est-ce une surcharge de travail pour le soignant ?**

130 Alors, surcharge, je dirais non. Par contre, quand il y a des personnes qui ne sont pas du tout convaincues par les effets, elles pensent que ça ne sert à rien et bien souvent, elles ne le faisaient pas. Voilà... Mais on voyait, nous le lendemain, l'équipe, la différence, si elles avaient eu l'huile ou pas. Mais voilà... Beaucoup de gens sont réticents encore avec ça, malheureusement, mais j'espère que ça va s'ouvrir un peu (rires).

135 **Donc, c'est culturel...**

Oui.

140 **Ce n'est pas...**

Ah non, parce que donner un médicament ou donner des gouttes d'huile sur une blouse, je veux dire, c'est pareil... et encore, c'est encore mieux, vu que l'on ne va pas faire avaler la personne. On va prendre moins de temps à mettre des gouttes sur une blouse ou sur un oreiller plutôt que de faire avaler un médicament. On n'est pas sûr que le médicament, il l'avale. Tandis ce que là, si on lui met les gouttes, on est sûr que la personne va les sentir. Mais oui, c'est plus une question, voilà oui, de culture, de comment dire, de... Et voilà, on n'est pas convaincu par l'histoire, on ne connaît pas aussi parfois. Parfois, les gens disent : « *eh ben non, on ne connaît pas, on ne veut pas mettre ça...* ». Voilà... Pourtant, les médecins insistent. C'était quand même une prescription. Donc, c'est que, bon, on n'était pas beaucoup dans l'équipe. Nous, on était cinq infirmières à l'époque, on n'était que trois à le faire, sur les cinq. Voilà...

Dans un contexte différent, par exemple, si vous étiez en libérale, à vos patients en fin de vie ou non, conseilleriez-vous l'utilisation des HE ?

155

Bien évidemment ! (rires). En accord avec le médecin, les familles bien sûr. Après voilà, en olfaction, on ne risque pratiquement rien. Si on connaît un peu les huiles, on sait que l'on ne va pas en diffuser certaines. Mais ce n'est pas un risque... Enfin, on ne va pas prendre beaucoup de risques en diffusant de l'HE apaisante, que ce soit de la lavande, du citron, de la mandarine. Le patient ne va pas... voilà... il ne va pas y avoir d'effets secondaires. En olfacto, c'est vrai que l'on ne risque pas grand-chose. Voilà. Il faut bien diffuser celle qui sont diffusables bien évidemment mais sinon, voilà, non, ça peut toujours faire du bien. Rentrer dans une pièce avec une odeur agréable, même pour le patient, pour la famille, pour tout le monde, ça peut faire un bien fou à tout le monde...

165

Pensez-vous que l'utilisation des HE est suffisamment encadrée ?

(Hésitation)... non, je ne pense pas parce que déjà, il y a peu de diplômes qui existent. Quand on veut s'installer en tant que conseillère comme moi j'ai fait, la première chose que l'on a regardé, c'est s'il fallait un diplôme. Mais non, il n'en faut pas. Donc, n'importe qui demain peut mettre une plaque et écrire "conseillère en aromathérapie" et qui n'est pas formée. Donc, moi, je me suis formée bien évidemment parce que, voilà, c'est mon métier maintenant. Mais, non, et puis la loi est très floue. Si on prend les textes de loi, on a ça vous avez le droit, ça vous n'avez pas le droit et on va à l'arrêté qui se contredit lui-même. Donc, la loi est très floue. Et voilà. Moi, quand j'ai rencontré des personnes, des conseillers en aromathérapie même des aromathérapeutes, parce que le terme aussi est différent "peute", c'est que pour les médecins et pharmaciens et biologistes. Elle m'a dit la personne : « *au plus on va être à faire ce métier, au plus, ils vont se repencher sur les lois* » et on saura beaucoup plus ce qu'on a le droit et ce qu'on n'a pas le droit de faire. On sait les grandes lignes qu'on a le droit ou que l'on n'a pas le droit de faire mais c'est très très flou malheureusement au niveau de la loi.

180

Et sinon, comment verriez-vous la chose dans ce cadre-là, dans le futur ?

Ben, que ce soit plus clair déjà, pour commencer. Alors des diplômes, des certificats, il y en a puisque moi, j'ai fait des formations qui sont certifiantes, qui ne sont pas diplômantes mais qui

185

sont certifiantes. Donc bon après, on joue sur les mots. Je veux dire c'est une formation pareille. Mais oui, peut-être plus de contrôles aussi par rapport aux personnes qui s'inscrivent. On est inscrit, hein, au SIRET, aux micro-entreprises, et-cetera, mais ce terme-là n'existe pas. Moi, par exemple, sur l'URSSAF, je suis déclarée en tant que "conseiller nature" alors que ça n'a rien à voir. Le texte d'aromathérapie n'existe pas. Alors, on a sophrologue, on a réflexologue mais pour l'instant aromathérapie ça n'existe pas non plus. Donc, après, quand il faut cocher et détailler, on détaille bien entendu. "Conseillère en aromathérapie", c'est écrit quand même quelque part. Mais au départ, "conseiller nature"... parce que je suis en phytothérapie aussi. Sinon, on n'a pas trouvé avec la personne pourtant de Carpentras, qui connaît, qui déclare des personnes tous les jours, ce texte, enfin, ça n'existe pas. Le terme, on va dire, n'existe pas.

Pourtant, j'ai entendu parler d'aromatologue...

Alors aromatologue, ça c'est ceux qui étudient les HE... plus les molécules. Ça va être plus des biologistes par exemple qui vont étudier les chémotypes, etcetera. C'est encore une partie différente, voilà. En fait, aromathérapeute, comme on a dit, ce sont des médecins et pharmaciens et biologistes qui font une formation en plus. Aromatologue, c'est ceux qui étudient les huiles plutôt dans les laboratoires ou les choses comme ça. Et après, moi par exemple, je suis conseillère donc ça veut dire que je vais faire du conseil en entretien. Moi, je vais conseiller la personne. Je vais lui dire : « *Voilà, vous pouvez prendre ça, ou ça* » maintenant si par hasard la personne... si je conseille deux gouttes et qu'elle en prend trois, c'est sa responsabilité, c'est plus la mienne. C'est comme quand vous allez chez le médecin. Que le médecin vous prescrive un antibiotique, un par jour, vous en prenez trois, c'est votre responsabilité, c'est vous qui avez avalé les huiles. Il faut nous, en tant que professionnels, se couvrir avec ça aussi, en disant voilà, moi je vous ai conseillé ça. Vous n'avez pas pris la bonne huile. C'est comme si la personne se trompe dans l'huile aussi, c'est pareil. Si on lui prescrit, je ne sais pas moi... du romarin à camphre et qu'elle prend à la place du romarin à verbénone, c'est complètement différent. Il faut vraiment se couvrir avec ça en écrivant bien, quitte à proposer les flacons, à montrer les flacons aux personnes en leur disant voilà, il faut vraiment acheter ça. Ou alors, passer par la personne, pour qu'elle les commande, comme cela il n'y a pas d'erreurs aussi, voilà. Ou la personne va écrire elle-même sur un papier, voilà. C'est la personne qui écrit aussi, bien souvent ce n'est pas moi parce que je ne suis pas médecin, je ne suis pas prescripteur. Voilà, c'est que du conseil.

Vous m'avez parlé tout à l'heure en libéral d'un accord, qu'il faut demander l'accord auprès du médecin traitant. Mais si le médecin traitant n'est pas lui-même formé, cela peut être, mal accueilli...

Alors là, voilà, là c'est pareil... Les médecins traitants, certains sont très ouverts à ce genre de pratique et d'autres pas du tout. C'est comme les ostéopathes, et-cetera. Donc, le mieux, c'est de dire au médecin : « *voilà, moi j'ai suivi une formation, je sais que c'est efficace* ». Essayer de lui... comment dire... pas de lui prouver, parce que ce n'est pas une preuve mais de lui dire : « *voilà, ça, ça existe. Est-ce que l'on peut essayer cela chez ce patient ?* » Alors, c'est vrai qu'il y a des médecins qui seront très réticents, vont dire non, ça c'est sûr. Mais, essayer, sinon si par ce biais-là, essayer de passer par la famille, par exemple. En voyant la famille, en leur disant : « *essayez, vous* » vu que le médecin parfois connaît mieux les familles que l'infirmière libérale, ou pas, ça dépend du rapport qu'ils ont ensemble. On peut essayer de passer par plusieurs biais. On ne va pas aller contre son avis, ça c'est sûr, mais bon, après, si la famille est en demande et

235 que quand on est parti la famille, elle le met... bon, ça, après, c'est pareil, c'est la responsabilité de la famille. Ce n'est plus la nôtre.

Merci beaucoup !

240 **HE concernées dans cet entretien :**

- **Essences de Citrus (diffusion)**
- **HE lavande vraie (détente)**

8.7 ANNEXE 7 : ENTRETIEN AVEC TOURNESOL

Diplômée en 1991, Tournesol est IDEL depuis 28 ans et utilise les HE au domicile des patients depuis environ 3 ans (entretien de 8 minutes).

Moi : Bonjour et merci d'avoir répondu favorablement à cet entretien ! Pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégrée dans vos soins ?

5 **Tournesol** : Parce que déjà j'étais convaincue par tout ce qui été phytothérapie, traitement par les plantes et tout ce qui était naturel. Donc, du coup, dans la continuité, je me suis dit que ce serait bien d'essayer les HE puisque c'était naturel et que quelque fois, il y a des pansements qui sont un peu rebelles à tout ce qui existe au niveau pharmacologique et que peut-être, il fallait essayer autre chose. Comme j'ai eu de bons résultats, du coup, c'est resté.

10 **Et comment l'avez-vous intégrée dans vos soins ?**

Pour l'instant, les seuls soins pour lesquels j'utilise les HE, c'est tout ce qui est pansement, prévention cutanée, tout ce qui est au niveau de l'atteinte de l'enveloppement cutané.

15 **Avez-vous bénéficié d'un programme de formation ? Avez-vous fait une formation ?**

Non. Je n'ai pas fait de formation, non. C'est plutôt de la connaissance personnelle.

20 **D'après des revues ?**

Oui, des revues, des livres et des documents internet, voilà, parce que ça m'intéressait.

Utilisez-vous ces HE pour des patients en fin de vie ?

25 Oui.

Et comment réagissent-ils à cette proposition ?

30 Ils ont confiance et ils acceptent d'essayer. J'y vais tout doucement parce que je ne sais pas les réactions vis-à-vis des HE, donc, j'y vais vraiment tout doucement. J'écoute et quand j'en mets la première fois, ce sont quelques gouttes et c'est vraiment dans le... dans l'infiniment petit et je réévalue avec eux pour savoir comment ils ont réagi, qu'est-ce qu'ils ont ressenti, qu'est-ce que cela leur a apporté. Et là, du coup, après, si je vois qu'il n'y a pas eu de réaction, là, j'utilise la dose normale. Mais ils ont vraiment confiance et ils sont prêts à tout parce que c'est vraiment, 35 quand je vois que tout ce qu'on a utilisé, ben, ça ne marche pas, donc on essaie autre chose. C'est ce que je leur propose. Et du coup, ils sont d'accord.

D'accord. C'est une alternative ?

40 Voilà...

Quels sont les effets que vous avez constatés ?

45 Tout ce qui était plaie chronique, ben la fermeture de la plaie, sans problème. Après tout ce qui était articulaire, c'est plus ou moins... Là, je suis un peu... pour tout ce qui est arthrose, douleurs articulaires chroniques, je suis un peu plus réservée parce que les douleurs sont toujours là. Si ça apporte un léger soulagement, est-ce que c'est vraiment les HE ou est-ce le massage ? Je ne saurais pas. Mais ce n'est pas extraordinaire quoi, au niveau retour...

50 **Ces molécules étant très actives du fait de leur concentration, pensez-vous que la vulnérabilité des patients en soins palliatifs peut être un frein à l'utilisation de ces HE ?**

55 C'est pour cela que dans le premier essai, il faut vraiment y aller... voilà, à petites doses. Je crois qu'il faut adapter à chaque personne selon le retour de la première utilisation. Parce qu'il faut faire attention, ça peut brûler, ça peut incommoder au niveau de l'odeur, ça peut couler, voilà... Il faut s'adapter.

Demandez-vous une prescription médicale au médecin traitant ?

60 Non.

Pour les voies d'administration, nous les avons vu ensemble, c'est surtout au niveau cutané...

65 Voilà... C'est toujours mélangé. Je ne les utilise jamais pur. C'est mélangé à une crème dermatologique, style produit Avène, voilà, quelque chose de... ce n'est jamais pur.

Vous effectuez vous-même votre concentration...

70 Voilà. Au chevet du malade. Il le voit. Donc voilà. J'explique et je montre.

Voyez-vous des limites ou des inconvénients à cette pratique ?

75 Oui parce que comme je ne suis pas formée, je fais très attention. Par exemple, tout ce qui est plaies d'ulcères au miel, j'en ai entendu parler, j'en ai vu mais je n'ai jamais fait. Peut-être que si j'avais fait une formation encadrée et que j'aurais pu la pratiquer au sein d'un service ou avec quelqu'un qui utilise plus facilement. Mais, voilà. Je ne m'aventure pas sur des choses complètement inconnues parce que je ne sais pas où je vais.

80 **Comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie par les familles et par les acteurs de soin qui rentrent dans un contexte de pluridisciplinarité ?**

85 En fait, souvent, ils en ont souvent entendu parlé par la télé, les médias, etcetera. Donc, ils sont... ils se rappellent, ils disent : « *ah oui oui, j'en ai entendu parler* » et du coup, on peut échanger. Et ils sont... ils acceptent d'essayer parce que, quelque part, ils en ont déjà entendu parler. C'est un peu à la mode, on va dire aussi... les produits naturels. Les gens retournent aux plantes, au naturel, au bio aussi, parce qu'une huile essentielle n'est pas obligatoirement bio mais elle peut l'être, et ça, c'est dans le vent, on va dire...

90 **Dans l'air du temps (rires)... Pensez-vous que l'utilisation des HE est suffisamment encadrée ?**

Non. Il y a peu de formations quand même. C'est sur la base du volontariat. Je pense que à l'école d'infirmières, ça ne fait pas parti du cursus...

95

Non

Donc voilà... c'est un peu marginal pour l'instant !

100 **Pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'il le soit ?**

Ben oui, j'aimerais bien moi. J'aurais souhaité !

Avez-vous une idée de quelle façon ?

105

Ben, quelqu'un qui est formé comme ma consœur I. qui a fait la formation d'elle-même et qui pourrait éventuellement passer dans des écoles d'infirmières, pour une heure, deux heures, de formation... Pourquoi pas ?

110 **Que faites-vous pour ne pas vous faire qualifier dans cette pratique d'exercice illégale de la médecine ?**

Je ne fais rien (éclat de rire) ... Je risque... Je prends le risque ! (rires ensemble)

115 **Merci beaucoup pour cet entretien !**

HE concernées dans cet entretien :

- 120
- HE hélichryse italienne (plaies)
 - HE gaulthérie (douleurs articulaires)

8.8 ANNEXE 8 : ENTRETIEN AVEC PIVOINE

Diplômée aide-soignante, Pivoine travaille dans un service de soins palliatifs depuis 2012 et utilise les HE depuis presque 3 ans (entretien de 10 minutes).

Moi : Bonjour et merci d'avoir répondu favorablement à cet entretien ! Pourquoi et comment l'aromathérapie a-t-elle été intégrée dans le service ?

Pivoine : Notre ancienne cadre, madame C., qui a demandé une aromathérapeute, dont j'ai
5 oublié le nom, qui est de G. mais tu peux la retrouver facilement sur internet, qui elle, travaille
avec l'hôpital de G. pour déjà nous, nous expliquer un petit peu... On a eu plusieurs jours de
formation déjà pour nous expliquer vraiment ce que c'est que l'aromathérapie. Et suite à cette
10 journée de formation, après nous, on a, comment dire, on a commencé à travailler par petits
groupes sur comment mettre en place l'aromathérapie ici en essayant de traiter quelques
symptômes, voilà.

Vous avez bénéficié d'un programme de formation. Pouvez-vous m'en parler plus précisément ?

15 Oui. Si je me souviens bien, le premier... une des premières fois où on s'est vu, elle nous a fait
faire des sticks olfactifs et des petites huiles de massage, voilà, et après, on s'est mis par groupe
pour travailler sur des symptômes. Donc, il y avait constipation, soins de bouche, nausées,
vomissements, voilà. Et ben, c'était super intéressant quoi...

20 **Comment les patients en fin de vie réagissent-ils à cet offre de soin ? Pouvez-vous m'en décrire les effets ?**

Alors, tout le monde n'en veut pas. Ben, c'est toujours particulier l'aromathérapie. Ça fait partie
des soins de support. Donc, au niveau des odeurs, déjà, ça peut être compliqué. Ici, on utilise
25 des diffusions. Donc, on a un mélange qui est tout fait, qui a déjà été fait il y a quelques années,
bien avant l'ouverture de l'hôpital, mais on est incapable de savoir qui a fait ces mélanges en
fait. On a un mélange de diffusions qui sent bon mais c'est vrai qu'il y a des personnes qui
n'aiment pas. Après, on a l'huile de massage détente et l'huile de massage musculaire pour tout
ce qui est douloureux. Déjà, rien qu'à l'odeur, ça ne plaît pas et après il y a des gens qui n'aiment
30 pas être massé aussi. Après, on a une huile qui marche vachement bien, c'est le mélange pour
les nausées. On met une goutte sur, comment dire... une compresse et les gens en inhalation...
et ça, ça marche super bien. On a des supers retours. Voilà. Et après les huiles de massage,
l'huile détente, quand la personne accepte, ça marche super bien, on arrive vraiment à faire des
supers choses pour détendre bien les jambes, les bras. Voilà. Mais après, il faut que la personne,
35 elle accepte. C'est toujours pareil quoi. Et la diffusion, ce qui est bien aussi, c'est surtout qu'on
a des pansements mal odorants. Ça masque quand même bien les odeurs quoi. Ça marche quand
même bien. Après, nous, le soucis, c'est qu'on a qu'une seule fragrance. On a qu'un seul
mélange, si tu veux, donc du coup, pour nous, ben, c'est un peu compliqué parce qu'on l'a
40 toujours dans le nez. Enfin, moi, j'ai du mal à le supporter quoi. Parce que, ça fait des années
qu'on l'a dans le nez, ce serait bien qu'il nous le change quoi. Qu'on ait différents mélanges
quoi. Pour changer un peu, ce serait bien.

Qui fournit ?

45 L'hôpital. Alors, en fait, on a un classeur avec les protocoles. Donc, les protocoles que nous on
a fait et après, tu as l'huile de diffusion. Tu as le mélange pour massage, détente et massage
musculaire. Ça, ça était créé par quelqu'un d'autre. Pas par nous. On pense peut-être par la
douleur justement et c'est fait par une laborantine ici, enfin une pharmacienne... tout est fait
ici, sur l'hôpital. En fait, c'est le médecin qui prescrit sur l'ordinateur et après ça remonte
50 directement par la pharmacie. Ce n'est pas nominatif parce que c'est des flacons opaques. Et
nous, après, on prend simplement ce qu'on a besoin et on fait après le massage avec le patient
pour pas gaspiller quoi. On ne peut pas mettre un flacon par personne, c'est pas possible. Ça
coûte quand même cher. Ça a quand même un coût de revient et les formations, nous c'est
55 l'association BADEL qui nous les finance en partie ainsi que les diffuseurs. Parce que les
diffuseurs, ça coûte très cher et malheureusement, on se les fait voler. Très régulièrement. Donc,
ça aussi, c'est compliqué. Voilà. Mais même si on n'a pas le diffuseur, une goutte sur une
compresse, déjà, ça marche très bien.

60 **Ces molécules étant très actives du fait de leur concentration, pensez-vous que la
vulnérabilité des patients en soins palliatifs peut être un frein à l'utilisation de ces HE ?**

Non parce que les dosages sont faits par une préparatrice en pharmacie, déjà. Donc, tout est
bien étudié pour. Après, on ne les utilise pas n'importe comment parce qu'on a un protocole.
Non... et puis il y a un suivi... enfin je pense que si c'est bien confectionné, si c'est bien utilisé,
65 il n'y a pas de soucis quoi. Voilà. Après, je ne m'amuserais pas à faire des mélanges ici en
achetant justement des petites huiles, à droite, à gauche... Alors dans certains services, je sais
que ça se fait. Nous, il en est hors de question parce qu'on n'est pas aromathérapeute. On n'est
pas apte, si tu veux, à faire nos mélanges nous-mêmes. Et puis, bon, on peut se tromper. On
peut brûler quelqu'un. Ça peut faire des dégâts. Il y a des huiles qui peuvent être mortelles
70 comme l'huile de cyprès. Donc, non, nous, notre souhait, c'était vraiment que la pharmacie
nous prépare les mélanges et qu'on puisse les utiliser en toute sécurité auprès des patients et
qu'il y ait un vrai suivi et qu'on ait pas de soucis quoi, parce que malheureusement on ne sait
pas ce qu'il peut se passer et de toutes façons, avant de commencer un massage ou quoique ce
soit, on a un protocole et on doit justement mettre une goutte au pli du coude, vingt bonnes
75 minutes pour voir si le patient n'a pas de réaction allergique par rapport aux huiles utilisées.
Parce que ça, on ne sait jamais malheureusement.

80 **Donc, le protocole, on l'a vu. Le choix des HE dans le service, on a vu par qui il est effectué.
Les voies d'administration également. Toutefois, voyez-vous des limites ou des
inconvenients à ces utilisations ?**

Des limites, il ne faut pas les utiliser tous les jours. Après, c'est des traitements de courte durée,
c'est toujours pareil. C'est comme... voilà, on ne peut pas les utiliser pendant un mois. C'est
pas possible quoi. Comme nous a dit l'aromathérapeute, c'est sur sept jours à la base, pas plus.
85 Et puis, j'ai envie de te dire, c'est du cas par cas quoi. Les patients, ils sont tous différents. Nous,
on a tous notre ressenti aussi. Je sais que pour certaines personnes, ça va être plus facile de les
utiliser que pour d'autres. Ça va être pareil comme par rapport à tous les soins de support. Il y
en a qui vont être plus attiré par la luminothérapie, music care et d'autres, ça va être
l'aromathérapie. Donc, on est toutes très différentes dessus quoi. Puis après, tu vois avec le

90 patient. Si lui, il a envie, enfin... on s'adapte vraiment au cas par cas quoi. Voilà. Mais après, on fait des trucs, enfin, ça marche bien.

**Comment est perçue l'utilisation de l'aromathérapie par l'ensemble de l'équipe soignante ?
Est-ce une surcharge de travail pour le soignant ?**

95

Ben, au niveau de la formation, j'ai trouvé que tout le monde était bien enthousiaste. Ça se passait bien, il y avait une bonne ambiance. Pour la création justement de ces protocoles, tout le monde a été bien présent, donc ça, c'était chouette. Après, je pense qu'on les utilise facilement, ça devient quand même je pense un déclic. Tiens, un patient a des nausées, toc, je vais lui proposer le mélange en olfaction pour la nausée. Enfin, je pense que maintenant, c'est devenu un réflexe. Voilà. Il y a une odeur, quelque chose, tac, je le mets en diffusion. Ou alors une patiente dit : « *Ahlala, j'ai un peu mal dans le dos* » et ben tac, cette après-midi, je prends vingt minutes et, hop, je la masse avec. Et je vois ce que ça fait. Je pense que c'est devenu un automatisme. On va peut-être des fois, enfin moi, pour ma part, peut-être plus proposer de l'aromathérapie que d'aller voir ma collègue : « *Tiens, il est douloureux* », tac, un médicament, enfin, voilà, on n'essaie peut-être pas de se substituer mais des fois, ça peut être une bonne alternative aussi. Et quand ça marche bien, ça marche vraiment bien quoi. Voilà.

100

105

Dans un contexte différent, par exemple, si vous étiez aide-soignante en HAD ou en SSIAD, est-ce que vous conseillerez l'utilisation des HE à domicile ?

110

Ben oui, pourquoi pas. Je pense que, ça peut... alors moi, dans ma vie personnelle, je l'utilise beaucoup (rires). Moi, j'aime bien alors voilà, je les diffuse, je fais des massages, je fais des sticks pour moi. Oui mais après faut... (porte qui claque) ... après, oui et non. Oui, c'est bien, mais après, il faut pas faire n'importe quoi. C'est toujours pareil. Je pense que dans ces cas-là, les gens à domicile, il vaut mieux acheter des mélanges tout fait plutôt que faire la laborantine. Il faut quand même un minimum de connaissances, faut quand même avoir des supports, il faut avoir des livres, parce que ça ne se manipule pas comme ça. On peut faire des dégâts. Il y a des huiles qui peuvent brûler. Enfin voilà. Moi, je ne dirai pas aux gens : « *vous prenez trois gouttes de ça, vous mélangez...* » non non, il vaut mieux que les gens, ils prennent des mélanges tout fait comme fait la parapharmacie, ça marche déjà très bien. Il faut quand même faire attention. On peut... il peut y avoir des dégâts avec les huiles. C'est à manipuler avec précaution. Voilà.

115

120

Pensez-vous que l'utilisation des HE est, en général, suffisamment encadrée ?

125

Non, parce que chacun fait ce qu'il veut. Enfin, après... alors nous, c'est vrai que nous, ici, oui c'est encadré parce qu'on ne peut pas faire ce que l'on veut de toutes façons. On manipule quand même des patients, des gens humains. On fait attention, ça peut faire des dégâts. Mais après, je sais que dans certains autres services, ça se fait : les filles, elles ont leurs petites fioles et elles font leurs mélanges et après, elles vont masser les gens. Ça, moi, je ne suis pas pour, quoi. Parce que, ben, on ne sait pas ce que ça peut faire, si la personne fait une réaction allergique, on fait quoi ? Si elle a des problèmes, on fait quoi ? On peut se retrouver avec un procès, enfin voilà. Maintenant, on ne peut pas faire n'importe quoi. Et puis, je ne suis pas aromathérapeute, ce n'est pas mon métier. Donc, non, je pense qu'il faut vraiment un cadre. Je pense faire attention dans l'utilisation parce que, ben, ça peut être grave quoi. Et puis, je n'ai pas les compétences non plus pour dire qu'il faut mélanger tel et tel produit. Moi, je le fais chez moi, ça ne regarde que moi. Mais là, ce n'est pas pareil. Non, je ne le ferai pas. Je pense qu'il

130

135

140 faut vraiment un cadre et que c'est important. Il faut vraiment avoir des connaissances. Ça me semble évident quoi. C'est comme la phytothérapie, c'est comme tout ça quoi, on ne peut pas... parce que ça nous plaît... non non, c'est pas possible. Enfin voilà, moi, c'est ce que je pense.

D'accord. Très bien. Merci beaucoup pour cet entretien !

145 **HE concernées dans cet entretien :**

- **HE synergie : orange douce, verveine, mandarinier (diffusion)**
- **HE synergie : lavande vraie, petit grain bigadier, oliban, orange douce (angoisse)**
- **HE synergie : citron, estragon, menthe poivrée, gingembre (nausées, vomissements)**
- 150 • **HE synergie : gaultherie, laurier noble, romarin à camphre, ylang ylang, basilic, eucalyptus + huile arnica (massage musculaire)**
- **HE synergie : ylang ylang, orange douce, lavande vrai + huile sésame (massage détente)**

8.9 ANNEXE 8 : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TFE



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée : Isabelle MARTIN-SELVA

Promotion : 2017/2020

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Du sens aux essences

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 25/05/2020

Signature :

RÉSUMÉ

Par ce travail de fin d'études, j'ai recherché à faire le point sur la pratique de l'aromathérapie, notamment chez les personnes vulnérables comme les soins palliatifs, en étudiant les huiles essentielles et en définissant si les professionnels de santé pouvaient les employer en toute sécurité. Pour cela, j'ai choisi la méthode qualitative à travers des entretiens semi-directifs que j'ai effectué aussi bien en institutions qu'en libéral. Leur exploitation a permis de mettre en évidence de bons résultats, aussi bien dans l'adhésion des acteurs de santé que dans la connaissance des risques liés à l'utilisation de ces huiles qui, quoique naturelles, peuvent se révéler être particulièrement toxiques chez tous les patients dont ceux en fin de vie. De plus, malgré la multiplication de précautions mises en place comme les prescriptions médicales ou l'élaboration de protocoles, il est clairement démontré que la pratique de l'aromathérapie n'est pas suffisamment encadrée au niveau de la réglementation. En effet, sans l'existence d'un diplôme d'Etat et en l'absence d'obligation de se former pour pouvoir conseiller les huiles essentielles, les professionnels de santé peuvent se trouver en difficulté et les patients, en insécurité.

Mots clés : aromathérapie, huiles essentielles, soins palliatifs, fin de vie, soin infirmier.

ABSTRACT

For my end of study, I researched to take stock of the practice of aromatherapy, especially cases with vulnerable patients in palliative care, by studying essential oils and investigating if healthcare providers could use them safely. For this, I chose the qualitative method through semi-directive interviews that I conducted in institutions as well as in freelance practice. Their analysis has brought out good results, both in commitment of the healthcare stakeholders and in knowledge of the risks linked to the use of these oils which, albeit naturals, can turn out to be particularly toxic in all patients, including end-of-life patients. Moreover, despite the growing number of precautions implemented such as medical prescriptions or the development of protocols, it is clearly demonstrated that the practice of aromatherapy is not sufficiently governed by regulations. Indeed, without a state-recognized diploma and no obligation to get training to advise essential oils, healthcare providers can be in difficulty and patients insecure.

Key words : aromatherapy, essential oils, palliative care, end of life, nursing.