

## Liste des abréviations

<b>CAM</b>	Complementary and alternative medicine
<b>CONSORT</b>	Consolidated Standards of Reporting Trials
<b>DEAS</b>	Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>EMT</b>	Emergency Medical Teams
<b>HedS</b>	Haute Ecole de Santé – Genève
<b>IASP</b>	International association for study of pain
<b>imad</b>	Institut genevois de maintien à domicile - Genève
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance maladie
<b>LAVS</b>	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
<b>LIMAD</b>	Loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile
<b>LSDom</b>	Loi genevoise sur le réseau de soin et le maintien à domicile
<b>PASTOR</b>	The Pain Assessment Screening Tool and Outcomes Registry
<b>PROMIS</b>	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>OCSTAT</b>	Office Cantonal de la Statistique
<b>OFS</b>	Office fédérale de la Statistique
<b>OFSP</b>	Office fédérale de la Santé Publique
<b>RPS</b>	Règlement sur les professions de la santé
<b>RSDom</b>	Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile
<b>STRICT-M</b>	Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Massage

## Liste des tableaux

Tableau 1. Terminologie PICO utilisée pour la recherche	13
Tableau 2. Recherches effectuées sur les bases de données.	13
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	17

## Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	15
--	----

## Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Contexte sociodémographique.....	1
1.2 Les personnes âgées et le vieillissement.....	1
1.3 Douleurs chroniques.....	3
1.4 Les massages thérapeutiques.....	5
1.5 Les soins à domicile.....	7
1.6 Ancrage disciplinaire.....	9
2. Problématique.....	12
3. Méthode.....	13
3.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	13
3.2 Diagramme de flux.....	15
4. Résultats.....	16
5. Discussion.....	35
5.1 Apports.....	37
5.2 Limites.....	38
5.3 Recommandation pour la pratique.....	38
6. Conclusion.....	40
7. Liste de références bibliographiques.....	41

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Contexte sociodémographique

Selon le Rapport Santé2020 de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2013), la Suisse va devoir relever un certain nombre de défis en matière de santé durant les décennies à venir. L'un d'eux sera de faire face à une croissance continue de la proportion des personnes âgées et des maladies chroniques.

Le vieillissement de la population est un phénomène qui se produit depuis plus d'un siècle et qui s'explique par un faible taux de natalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Ce phénomène est accentué par les babyboomers arrivant à l'âge de la retraite. Ces changements démographiques sont liés aux avancées médicales, à l'évolution des conditions sociales, des comportements sanitaires ainsi qu'à une amélioration de la prise en charge des maladies chroniques (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013) et ont pour conséquence « une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et d'autres maladies non transmissibles par-là, une augmentation du nombre de patients qui font appel au système de santé » (OFSP, 2013, p.4). En Suisse, en 2015, les plus de 65 ans représentaient 16% de la population masculine et 19,9% de la population féminine.

## 1.2 Les personnes âgées et le vieillissement

Notre société considère que l'on entre dans le groupe des personnes âgées lorsque l'on souffle nos 65 bougies. Cet anniversaire marque donc l'entrée dans la vieillesse et la raison en est historique. En effet, nous devons cette catégorisation à Otto von Bismarck, chancelier allemand, qui, en 1889, a instauré un régime de pension vieillesse destiné aux personnes de 65 ans et plus (Voyer, 2013). Par ailleurs, en Suisse, l'âge de la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes et à 64 ans pour les femmes (Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS))<sup>1</sup>.

Dans le domaine de la santé, on fait généralement la distinction entre les « jeunes-vieux » (65 à 80 ans) et les « vieux-vieux » (80ans et plus) (Neugarten, 1974), car les besoins ne sont généralement pas les mêmes. Dans le premier groupe, nous pouvons constater une augmentation de la prévalence des maladies chroniques ainsi qu'une accumulation des morbidités pour lesquelles la mise en place de mesures de prévention primaire ou secondaire est pertinente. Quant au second groupe, on remarque la présence de comorbidités, une complexification du tableau clinique ainsi que des besoins en soins, une perte de santé

---

<sup>1</sup> Consultable sur : <http://www.lexfind.ch/dtah/144700/3/>

fonctionnelle et des risques avérés d'accidents de santé (chutes, hospitalisations, décès). Les mesures de prévention secondaires et tertiaires sont alors les plus fréquentes (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn Kohler, 2011).

Le vieillissement entraîne donc de nombreux changements physiologiques qui touchent le corps humain dans son ensemble. Ainsi, on constate, par exemple, une diminution des capacités inspiratoire et expiratoire maximales, des irrégularités passagères du rythme cardiaque, une diminution des visions centrales et périphériques, une diminution de l'acuité auditive, une diminution de la masse et de la force musculaire ou encore différents troubles cognitifs (Voyer, 2013). La difficulté pour les soignants est de reconnaître rapidement les nouveaux problèmes de santé en faisant la distinction entre ce qui relève des signes du vieillissement normal et ce qui constitue un phénomène pathologique (Voyer, 2013). Tous ces changements ne s'opèrent pas du jour au lendemain. Il s'agit d'un processus évolutif et la vitesse à laquelle il se produit varie d'une personne à l'autre en fonction de nos informations génétiques, de notre environnement (physique, social et politique) et de notre mode de vie (Voyer, 2013). Il est important de souligner que le vieillissement engendre, outre les modifications physiologiques, de nombreux changements d'ordre psychosocial qui sont autant de défis à relever au quotidien pour les personnes âgées. En effet, les pertes de revenus et les déménagements potentiels, le déclin des capacités personnelles et l'apparition de dépendance(s) fonctionnelle(s) ainsi que les maladies et les décès dans l'entourage proche sont des facteurs augmentant le risque de perte d'autonomie et l'isolement (Voyer, 2013).

De nombreuses théories tentent d'expliquer le vieillissement (Voyer, 2013). On peut les diviser en deux catégories. Les théories biologiques étudient le vieillissement sous un angle physiologique (théorie de l'usure, théorie immunologique, théorie génétique, etc.). Tandis que les théories psychosociales s'intéressent au rapport entre le bien-être de la personne âgée et le vieillissement normal (théorie du désengagement, théorie de l'activité, etc...). De ces théories, nous pouvons retenir que « la complexité du vieillissement laisse croire que plusieurs mécanismes entrent en jeu » (Voyer, 2013, p. 5) et qu'il est important de tenir compte du vécu de la personne, de son présent et du futur dont elle rêve, car chacun possède une conception unique d'un vieillissement réussi (Voyer, 2013). Le défi pour les soignants est donc de préserver l'autonomie, l'indépendance ainsi que les capacités physiques et mentales des personnes âgées le plus longtemps possible tout en leur permettant de conserver une bonne qualité de vie (Voyer, 2013).

Le concept de fragilité ou syndrome de fragilité, qui a fait son apparition dans le vocabulaire gériatrique il y a quelques années, est un syndrome médical qui résulte des changements

physiologiques liés à l'âge (Trivalle, 2000). A ce jour, selon l'article de Rodríguez-Mañas et al. (2013), il est impossible de trouver une définition consensuelle au concept de fragilité puisqu'il y a une hétérogénéité de facteurs qui entrent en compte. Toutefois, « les experts ont clairement convenu que la fragilité est un syndrome multidimensionnel caractérisé par une diminution des réserves et une diminution de la résistance aux facteurs de stress » (Rodríguez-Mañas et al., 2013, traduction libre, p.65). Ils ont également établi une différence nette entre l'incapacité, la vulnérabilité et la fragilité. Parmi les définitions proposées, ce travail a choisi de s'intéresser à la définition proposée par C. Trivalle qui définit la fragilité comme un état de santé en équilibre précaire, dynamique et évolutif lié à l'âge et à de multiples facteurs pathologiques et/ou socioéconomiques. Il expose le sujet à des pertes fonctionnelles diminuant l'autonomie et l'indépendance et augmentant les risques d'hospitalisation, d'institutionnalisation, voire même de décès (Trivalle, 2000). Les facteurs de fragilisation étant donc nombreux et variés, ce travail se focalise sur les douleurs chroniques.

### **1.3 Douleurs chroniques**

La taxonomie de NANDA International des diagnostics infirmiers définit la douleur en s'appuyant sur la définition qu'en donne l'Association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain (IASP)). Ainsi la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (International Association for the Study of Pain (IASP), 1979). Les douleurs sont dites nociceptives, viscérales, neuropathiques ou mixtes selon le mécanisme physiopathologique qui les provoquent. La douleur peut donc avoir plusieurs étiologies mais aussi une durée variable. De fait, l'on distingue les douleurs dites aiguës des douleurs chroniques (Voyer, 2013).

La douleur chronique s'exprime à travers différents signes et symptômes parmi lesquels on retrouve : l'expression verbale ou comportements observés, l'autoprotection, la défense, l'irritabilité, le repli sur soi, la dépression, la fatigue et une difficulté à poursuivre les activités antérieures (NANDA International, 2016). Toujours selon l'IASP, une douleur devient chronique lorsqu'elle persiste « au-delà du temps habituel de guérison » (Merskey, Bogduk, & International Association for the Study of Pain, 1994, p. xi). La taxonomie NANDA International précise quant à elle que « le début est brusque ou lent ; l'intensité varie de sévère à légère, elle est constante ou récurrente, l'arrêt est imprévisible ; la durée est supérieure à six mois » (NANDA International, 2016, p.448). D'après Piguet et Allaz (2009), d'autres auteurs proposent d'envisager le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique « comme une transition dynamique et réversible, liée à la présence, à l'activation et/ou à l'association de

facteurs de risque complexes » (Piguet & Allaz, 2009, p.1347). Les répercussions cliniquement significatives et probables de la douleur deviendraient donc le facteur déterminant cette chronicité. Dans le but de mieux comprendre, étudier et traiter le phénomène complexe de la douleur chronique, l'IASP propose une classification des douleurs chroniques selon cinq critères : la région, le système, la régularité temporelle, la durée depuis l'apparition et l'étiologie (Merskey et al., 1994).

Selon l'étude sur la prévalence des douleurs chroniques en Europe menée par Breivik et collègues en 2006, 12 à 30% des personnes interrogées dans seize pays européens déclarent souffrir de douleurs chroniques. En Suisse, 51% des personnes âgées affirment souffrir d'inconfort lié à des douleurs d'intensité moyenne à sévère (Luthy, Cedraschi, Allaz, Herrmann, & Ludwig, 2015). De plus, 29, 2 % d'entre elles indiquent souffrir de douleurs dans le bas du dos (Cedraschi, Luthy, Allaz, Herrmann, & Ludwig, 2016). De plus, d'après Notari et Jordan (2012), 55,8% des personnes âgées vivant à domicile déclarent souffrir de douleurs dorsales et 53,6% de douleurs articulaires. Enfin, « chez le sujet de plus de 70 ans, les douleurs chroniques les plus fréquentes sont les douleurs d'origine ostéo-articulaire, neuropathique et cancéreuse » (Perrot, 2006, p. 163).

Aujourd'hui, on se rend compte que les douleurs chroniques sont « un élément de morbidité fondamental » (Perrot, 2006, p.164) qui, trop souvent banalisé, considéré comme inéluctable, mal identifié, est fréquemment mal contrôlé chez la personne âgée. De plus, une mauvaise prise en soins de la douleur peut avoir de lourdes conséquences comme une dépression, une diminution de la qualité de vie ou encore une admission en institution (Perrot, 2006). Ainsi, « la douleur chronique chez le sujet âgé [...] nécessite une approche globale adaptée aux capacités fonctionnelles et au contexte psychologique et social »(Perrot, 2006, p.166). Cette approche nécessite un accueil empathique de la plainte douloureuse, d'en tolérer l'aspect répétitif ainsi que l'attitude agressive dont peut parfois faire preuve la personne qui l'émet. Il s'agit ici de légitimer et valider la douleur ressentie en reconnaissant la personne qui souffre en tant que malade, ce qui lui redonnera une certaine estime de soi (Allaz, Cedraschi, Rentsch, & Canuto, 2011). En outre, une plainte douloureuse peut être la manifestation d'une souffrance plus globale ou la traduction d'une demande d'attention. C'est pourquoi, il convient de débiter la prise en soins de la douleur chronique par une évaluation approfondie des signes et symptômes qui, parfois rendue plus complexe par des altérations des fonctions cognitives, nécessite une participation active de l'équipe soignante, de l'entourage et de la famille du patient (hétéro-évaluation multidisciplinaire) (Perrot, 2006). Pour une prise en soins de qualité, la douleur doit être évaluée régulièrement avec des outils adaptés en favorisant, lorsque cela

est possible, l'auto-évaluation et en privilégiant l'utilisation du même outil lors des réévaluations. Cependant, il faut veiller à ce que les modalités d'évaluation soient comprises par le patient, à respecter sa cotation, à chercher à comprendre ce que représente son niveau de douleur et à déterminer ses attentes. Enfin, il convient de transmettre/documenter les observations relevées pour assurer le meilleur suivi possible de l'évolution de la douleur, adapter les traitements et la couverture antalgique et maximiser la prise en soins de l'équipe soignante (Voyer, 2013). Toute la gamme pharmaceutique et les différents paliers des traitements antalgiques ne seront pas développés ici, mais il convient de préciser que le traitement médicamenteux doit être progressif et initié avec des doses minimales tout en correspondant aux heures de manifestations de la douleur (activités, soins, etc.) (Perrot 2006). De plus, il est nécessaire de souligner que l'approche médicamenteuse se doit d'être associée à des traitements non-pharmaceutiques tels que, par exemple, les massages, la physiothérapie, les orthèses ou encore l'ergothérapie (Perrot, 2006). En Suisse, 30% des personnes interrogées souffrant de douleurs chroniques ont déjà essayé les massages pour tenter de soulager la douleur (Breivik et al, 2003). C'est pourquoi ce travail se penche sur l'efficacité des massages en tant que traitement complémentaire pour soulager les douleurs chroniques.

#### **1.4 Les massages thérapeutiques**

On distingue deux grandes catégories de massages : les massages thérapeutiques (ou médicaux) et les massages hygiéniques. Les premiers sont exclusivement dispensés en qualité de traitement par des professionnels de la santé agréés, tandis que n'importe qui peut effectuer les seconds dans le but de procurer une sensation de bien-être (Dufour, Colné, Gouilly, & Ivernois, 2016)

Le Larousse Médical (2012) définit le massage médical comme l' «ensemble des techniques utilisant les mains (pétrissage, pressions, vibrations, etc.) et s'exerçant sur différentes parties du corps dans un dessein thérapeutique » (Wainsten, 2012, p.586.). Les massages thérapeutiques consistent donc en des manipulations manuelles des tissus mous (muscles, vaisseaux sanguins, tendons, ligaments, tissus adipeux...) visant à améliorer la santé et le bien-être d'un individu. On distingue sept manœuvres de base (l'effleurage, la pression glissée profonde, la pression statique, le pétrissage, la friction, la vibration et la percussion) (Dufour et al., 2016). L'application de celles-ci peut être soumise à des variations en termes de surface massante, d'intensité, de vitesse, de rythme, de direction ou encore de durée (Dufour et al., 2016). Ces techniques manuelles sont utilisées dans de nombreux domaines médicaux et paramédicaux, parmi lesquels la dermatologie, la neurologie, la rhumatologie ou encore en

traumatologie. De fait, il existe de nombreuses techniques dont on privilégiera l'utilisation en fonction de la pathologie du patient, des bénéfices que l'on cherche à obtenir et de la région massée (Dufour et al., 2016). Parmi les bénéfices notables des massages thérapeutiques ayant déjà fait l'objet d'études scientifiques, on relève des effets sur la structure de la peau, la circulation sanguine et lymphatique, le système musculo-tendineux, les viscères digestifs, le système nerveux et sur le système respiratoire (Dufour et al., 2016).

Dans un contexte de projet thérapeutique, le massage est un soin qui, comme tous les autres, nécessite que le patient soit informé sur les modalités et les résultats attendus (Dufour et al., 2016). Il s'agit pour le praticien de justifier l'orientation thérapeutique pour obtenir le consentement du patient. Le soignant devra, par exemple, recourir à une approche en éducation thérapeutique en lui expliquant que le fait d'être massé peut induire une forme de satisfaction/plaisir physique mais que le but recherché est quant à lui purement d'ordre thérapeutique en soulignant que, « dans le domaine thérapeutique, on ne masse pas la zone sexuelle, ni la zone mammaire chez les femmes » (Dufour et al., 2016, p. 98). L'efficacité du massage est tributaire de différentes variables. Du côté du masseur, ses connaissances, ses compétences techniques dans le domaine de la massothérapie et le crédit qu'il apporte à son soin vont influencer le résultat perçu et évalué de la thérapie tant par le soignant que par le soigné (Dufour et al., 2016). Du côté du patient, la confiance qu'il accorde au praticien, son assentiment (capacité à agir sur lui-même) ainsi que son savoir-être (sa participation/comportement lors du soin) sont autant de facteurs qui contribuent à l'efficacité perçue du massage (Dufour et al., 2016).

Comme pour tout traitement, il existe des contrindications au massage. En effet, il vaut mieux s'abstenir de recourir à cette thérapie lors de phénomènes inflammatoires en phase aiguë, de processus infectieux au stade évolutif, de certaines affections cutanées comme les dermatoses majeures, de lésions osseuses en cours de consolidation ou dans les phases évolutives de certains cancers (Dufour et al., 2016). Il convient aussi d'observer certaines réserves ou précautions lorsque l'on masse une zone à risque, comme par exemple les carrefours vasculo-nerveux ou un ulcère variqueux à peine cicatrisé (Dufour et al., 2016). Cependant, les massages thérapeutiques, sauf avis médical contraire, peuvent être prodigués tout au long de la prise en soins et enseignés aux familles des patients afin de les intégrer à la prise en soins de leurs proches (Savatofski, 2009). Finalement, ces moments de soins offrent aux patients la possibilité de se détendre et de ne plus se focaliser sur la douleur ressentie (Blanchon 2014). Lorsque le patient est une personne âgée, il est recommandé de pratiquer le massage en faisant preuve de plus de douceur compte tenu de la fragilité liée au



vieillesse physique de certains tissus. L'intensité, le rythme, la vitesse et la durée doivent donc être adaptés en fonction du patient (Dufour et al., 2016).

Finalement, il reste à déterminer quels professionnels de la santé sont habilités à prodiguer des massages thérapeutiques. A Genève, les compétences des différents professionnels de la santé sont déterminées par le règlement sur les professions de la santé (RPS – K 3 02.01)<sup>2</sup>. Selon ce règlement, le massage fait partie des compétences de plusieurs professions de la santé dont, par exemple, les médecins, les podologues, les chiropraticiens et les physiothérapeutes. En ce qui concerne les infirmiers, selon l'article 55 al. 1 let. A de ce même règlement, les infirmiers ont le droit « de donner professionnellement des soins aux malades ». De plus, selon la classification des interventions de soins infirmiers, lorsque le diagnostic infirmier « douleur chronique » est posé, les massages thérapeutiques sont une des interventions infirmières envisageables (Dochterman & Bulechek, 2014). Cependant, il ne fait part d'aucune mention quant à la technique à utiliser. Ce flou pourrait laisser à penser que les massages font partie de ce que la loi appelle un soin.

## 1.5 Les soins à domicile

Pour faire face aux enjeux du vieillissement de la population tout en continuant à assurer des prestations de qualité, tant du point de vue des infrastructures que des coûts relatifs aux prises en soins, il est nécessaire de s'appuyer sur une politique de santé réfléchie s'inscrivant sur la durée. A Genève, la politique sanitaire du Conseil d'Etat prévoit, entre autres mesures, de poursuivre sa politique de maintien à domicile, y compris pour la prise en soins (Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) & Direction générale de la santé (DGS), 2015). Dans la cité de Calvin, le cadre des soins à domicile (missions, objectifs, financement, fonctionnement, droit de pratique, devoirs, obligations) est fixé par 4 lois, une fédérale et 3 cantonales. La première, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)<sup>3</sup>, régit le régime d'Assurance maladie de base obligatoire. Elle s'adresse aux personnes résidant sur le territoire suisse, aux titulaires de pensions ou de rentes suisses mais habitant en France et aux frontaliers. La seconde, la Loi genevoise sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom – k1 03)<sup>4</sup> et son Règlement d'application du 16 décembre 2009 (RSDom – k1.06.01)<sup>5</sup> ont pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé exige de l'aide et/ou des soins en créant un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile. La troisième, le

---

<sup>2</sup> Consultable sur : [http://www.lexfind.ch/dtah/138620/3/rsg\\_k3\\_02p01.html](http://www.lexfind.ch/dtah/138620/3/rsg_k3_02p01.html)

<sup>3</sup> Consultable sur : <http://www.lexfind.ch/dtah/147649/3/>

<sup>4</sup> Consultable sur : [http://www.lexfind.ch/dtah/144955/3/rsg\\_k1\\_06.html](http://www.lexfind.ch/dtah/144955/3/rsg_k1_06.html)

<sup>5</sup> Consultable sur : [http://www.lexfind.ch/dtah/138191/3/rsg\\_k1\\_06p01.html](http://www.lexfind.ch/dtah/138191/3/rsg_k1_06p01.html)



Règlement sur les professions de la santé (RPS – K 3 02.01)<sup>6</sup>, traite des lieux de pratique, des règles publicitaires, du droit de pratique ainsi que du titre et des droits des différents professionnels de la santé selon leurs métiers. Quant à la dernière, la loi sur l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile du 18 mars 2011 (LIMAD – k1 07)<sup>7</sup>, elle fixe le cadre pour un établissement de droit public autonome, l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) et définit ses missions (par extension, celles des infirmiers travaillant à domicile), son fonctionnement et son financement. Ainsi, l'imad « a pour priorité d'assurer un maintien à domicile de qualité, adapté à l'évolution des besoins de ses clients. Pour ce faire, l'institution innove et développe ses prestations à domicile et dans les structures dédiées. L'appui aux proches aidants, l'amélioration de la qualité de vie des personnes à domicile, le développement des immeubles avec encadrement pour personnes âgées illustrent cette politique, qui se construit aussi au sein de projets menés avec les partenaires du réseau de soins » (imad, 2015, p. 13).

En 2015, selon l'Office Cantonal de la Statistique (OCSTAT), « près de 21'000 personnes bénéficient de prestations d'aide et/ou de soins à domicile dans le canton de Genève.[...] Les personnes âgées de 80 ans ou plus représentent 50 % des bénéficiaires. Près de 40 % de la population résidante de cette tranche d'âges recourt à des soins à domicile » (Office Cantonal de la Statistique, 2016, p.1). Toujours selon OCSTAT, « l'imad en fournit 62 % (603 400 ; y compris les prestations dans les unités d'accueil temporaire et de répit). Les 38 % restants sont délivrés par les organismes privés ainsi que par les infirmières et infirmiers indépendants (respectivement, 310 800 et 60 600 heures). L'imad fournit trois quarts des heures de prestations d'aide à domicile et concentre la majorité des clients (93 %). Les organismes privés dispensent le quart des heures, aux 7 % de clients restants » (Office Cantonal de la Statistique, 2016, p.1).

En 2015, selon le rapport annuel de l'imad, 12'821 personnes de 65 ans et plus bénéficient de prestations (soit une hausse de 0.5% entre 2014 et 2015) et le nombre celui de 80 ans et plus s'élève à 8'186 (soit une hausse de 0.7% entre 2014 et 2015). Ils représentent 76.4 % des prestations de soins et 76.1% de celles d'aide alors qu'ils ne représentent que 16.4 % de la population totale du canton.

Il est fort probable que les personnes âgées bénéficiant de soins domiciliaires souffrent également de douleurs, vu la prévalence importante de ces dernières chez les aînés (plus de

---

<sup>6</sup> Consultable sur : [http://www.lexfind.ch/dtah/138620/3/rsg\\_k3\\_02p01.html](http://www.lexfind.ch/dtah/138620/3/rsg_k3_02p01.html)

<sup>7</sup> Consultable sur : [http://www.lexfind.ch/dta/6266/3/rsg\\_K1\\_07.html.1.html](http://www.lexfind.ch/dta/6266/3/rsg_K1_07.html.1.html)

35% des résidents âgés de 65 ans ou plus déclarent souffrir de douleurs modérées à sévères (Luthy et al. 2015). Ainsi les bénéficiaires de soins pourraient donc également bénéficier de massages thérapeutiques en tant que traitement complémentaire pour gérer leurs douleurs.

## **1.6 Ancrage disciplinaire**

Les sciences infirmières reposant sur la récurrence de quatre métaconcepts, c'est la manière dont le praticien va les aborder, les définir, les faire siens qui va principalement orienter et dicter sa pratique professionnelle. Ils représentent, en un sens, les fondements du pourquoi et du comment, l'infirmier envisage une relation de soins avec un tiers qui, dans la majorité des cas, est demandeur d'aide face à un problème de santé. Dans cette optique, plusieurs théoriciennes ont créé différentes théories de soins. Ce travail s'intéresse plus particulièrement à la théorie de Hildegarde E. Peplau et explique pourquoi cette théorie semble pertinente vis-à-vis du phénomène étudié.

Selon la hiérarchie de Fawcett, le modèle se situe dans les grandes théories. Il fait partie du paradigme de l'intégration<sup>8</sup> et plus précisément, de l'école de l'interaction<sup>9</sup> (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013 ; Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010).

La théorie de Peplau est développée autour de trois postulats philosophiques. Le premier, qui traite des comportements de l'être humain, énonce que nos actions et réactions sont principalement définies par l'interprétation et le ressenti que l'on a des expériences que nous vivons. Le second, quant à lui, développe les relations interpersonnelles. Selon ce postulat, celles-ci sont toujours régies par les interactions entre les attentes et les perceptions du patient et le comportement/les actions de l'entourage. Enfin, le dernier postulat aborde l'infirmière et la relation avec le patient : la personnalité de la soignante, influencée par son histoire de vie, ses connaissances théoriques et ses compétences, joue un rôle prépondérant dans la relation de soins avec le patient. Dans le cadre d'un traitement de massothérapie, la relation de soins joue un rôle prépondérant sur l'efficacité du traitement. Il sera par exemple nécessaire d'informer le patient sur les tenants et aboutissants de la thérapie, d'évaluer la douleur et les résultats ou encore d'obtenir le consentement et la confiance du patient avant d'entreprendre la thérapie.

---

<sup>8</sup> Selon ce paradigme, les manifestations d'un phénomène sont liées à plusieurs éléments et au contexte dans lequel il se produit.

<sup>9</sup> Selon cette école, le soignant s'implique selon ses valeurs auprès d'une personne ayant besoin d'aide dans un processus de soin défini comme interactif.

### *Les métaconcepts : la personne, l'environnement, la santé et le soin selon Peplau*

Selon Peplau (1995), la personne est un être bio-psycho-socio-spirituel en constante évolution qui doit répondre à des besoins. Pour ce faire, elle a la capacité de comprendre la situation et de transformer son anxiété en énergie positive lui permettant d'affronter la situation à laquelle elle est confrontée.

La personne évolue dans un environnement défini par la culture et les personnes avec qui elle a des rapports sociaux. Dans le cadre des soins à domicile, les infirmiers doivent « toujours s'adapter à l'action en cours au moment de leur arrivée, puis attendre que des sentiments positifs s'établissent pour ensuite orienter la famille vers le but de leur visite et services proposés » (Peplau, 1995, p. 45). Les soins à domicile demandent donc aux infirmiers et autres professionnels intervenants de s'accommoder à l'environnement privé du patient, régi par les influences culturelles et sociales de ce dernier.

La santé est ce qui permet de jouir pleinement de sa vie personnelle et sociale de manière créative, constructive et productive. La maladie quant à elle est considérée « comme étant une expérience qui peut permettre la croissance » (Pépin et al., 2010, p.58). Les douleurs chroniques, résultantes de maladies, peuvent donc représenter un frein à la santé comme la décrit Peplau.

Finalement, H.E. Peplau envisage le soin comme un processus interpersonnel découpé en quatre phases/étapes d'interactions entre le soigné et le soignant au cours desquelles chacun revêtira différents rôles (qui seront redéfinis au cours de la relation) afin de favoriser le développement de la personnalité (Peplau, 1995). Si la situation du patient le permet, l'infirmier, en sa qualité d'expert, pourra donc envisager les massages thérapeutiques comme traitement complémentaire aux douleurs ressenties par le patient et lui proposer cette forme de thérapie.

### *La relation de soins selon Peplau*

Selon Peplau, au cours de la relation de soins, l'infirmier revêtira plusieurs costumes afin d'aider au mieux la personne qui le demande. Peplau distingue six rôles que le soignant sera amené à endosser en fonction de la situation : l'étranger, la personne ressource, l'éducateur, le leader, le substitut et le conseiller psychosocial (Peplau, 1995).

Durant la première phase de la relation de soins, appelée « l'orientation », soignant et soigné sont deux étrangers l'un pour l'autre. Ils ne se connaissent pas et ne savent pas encore ce qui va les lier. Cette étape sert justement à clarifier la situation et pose le cadre thérapeutique de

la relation. L'infirmier cherche à identifier le problème de santé pour lequel le patient est demandeur d'aide et à obtenir le consentement/la compliance du patient en lui apportant les informations nécessaires à la compréhension de son problème médical et des implications qui en découlent. C'est pendant cette période qu'il apprend à gérer l'anxiété qu'il éprouve en utilisant l'énergie qu'elle produit à des fins productives. A ce stade, le professionnel incarne principalement le rôle de l'étranger en veillant à accueillir la personne avec respect et en la considérant dans son ensemble (Peplau, 1995). Dans le cadre d'une prise en soins à domicile, cette étape est très importante, puisque c'est la capacité de l'infirmier à jouer ce rôle d'étranger qui définira la qualité de la suite de la prise en soins.

Puis vient la phase « d'identification », durant laquelle le patient identifie clairement l'infirmier comme étant l'une des personnes les plus aptes à l'aider à affronter sa maladie. A ce stade, le soignant a pour objectif de créer, à travers les moments de soins, un temps privilégié propice à l'expression émotionnelle du soigné. Cette phase permet aux protagonistes d'apprendre à gérer et exploiter au mieux la relation. L'infirmier y joue principalement le rôle de substitut familial, en remplaçant l'image d'un membre de la famille ou d'un ami proche et souvent à son insu. Le but étant de faire prendre conscience au patient des similitudes et des différences entre les deux relations (patient/membre de la famille et patient/soigné) et que l'infirmier est présent dans la situation afin d'accompagner le patient vers son indépendance et son autonomie.

Ensuite vient l'étape « d'exploitation ». Pendant cette période, le patient utilise pleinement l'aide qui lui est proposée pour combler ses besoins. Dans le même temps, l'infirmier insiste sur ses rôles de personne ressource, de leader, d'éducateur et de conseiller psychosocial et s'assure de rendre un maximum d'autonomie et d'indépendance au patient (Peplau, 1995). Dans le cadre de la gestion des douleurs chroniques, cette étape d'exploitation ainsi que les rôles de personne ressource et d'éducateur semblent être primordiaux. La première casquette permettra au soignant d'apporter des informations au patient afin qu'il apprenne à gérer au mieux ses douleurs et à déterminer les traitements efficaces. L'infirmier pourra par exemple informer sur les modalités d'une massothérapie et des bénéfices qu'elle pourrait apporter. Avec la seconde, en favorisant l'apprentissage thérapeutique du patient, le praticien peut former le patient à répondre au mieux par lui-même à ses besoins de santé. L'infirmier peut par exemple enseigner au patient des mouvements et des positions pouvant soulager les douleurs ou encore des formes d'automassage adaptées à ses douleurs.

Lorsque les besoins en matière de santé du patient semblent être satisfaits, vient le temps de l'étape « de résolution ». Celle-ci, comme son nom l'indique, est l'ultime phase de la relation.

Le patient, ayant répondu à ses besoins de santé, voit apparaître de nouveaux besoins. Pour les assouvir, il doit se libérer de son identification aux personnes qui l'aident. Le rôle de l'infirmier est alors d'accompagner le patient pour préparer et planifier la suite des événements. Les routes des protagonistes se séparent (Peplau, 1995).

### *Les outils du soin selon Peplau*

Outre les différents rôles qu'il va jouer, l'infirmier a un certain nombre d'outils à sa disposition parmi lesquels on retrouve : l'observation, la communication, les enregistrements et les analyses de données (Peplau, 1995). Le principe de la communication est d'offrir l'écoute que le patient recherche pour exprimer ce qu'il traverse/vit. Pour ce faire, il faut créer des moments propices à l'expression du patient, favoriser la clarté dans les échanges en développant une compréhension commune du langage (principe de continuité), être attentif à ce que le patient exprime et l'encourager à prendre conscience de lui-même et des réalités qui l'entourent. L'observation quant à elle nécessite une attention particulière de la part de l'infirmier en observant les messages verbaux et corporels que les protagonistes s'échangent dans un contexte donné de la relation. C'est un moyen pour comprendre comment est construite et comment évolue la relation. Il s'agit pour l'infirmier d'observer aussi bien le patient que lui-même (Peplau, 1995). Ces deux outils, la communication et l'observation, semblent particulièrement utiles dans la gestion d'une prise en soins infirmière, car, comme évoqué précédemment, la gestion de la douleur chronique passe par une évaluation régulière des signes et symptômes ainsi que de l'efficacité des traitements. De plus, l'on peut envisager le massage comme une forme de communication corporelle entre le soignant et le soigné.

## **2. Problématique**

A Genève, la politique sanitaire du Conseil d'Etat prévoit de poursuivre sa politique de maintien à domicile pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Du point de vue des professionnels de la santé, cela implique des durées de séjours à l'hôpital plus courtes, un virage vers l'ambulatoire et une transmission de la prise en soins aux infirmières à domicile.

En 2012, plus de 50% des personnes âgées déclaraient souffrir de douleurs dorsales et/ou articulaires (Luthy et al., 2015). Les douleurs chroniques liées aux pathologies chroniques étant des facteurs de fragilisation, ce travail se penche sur les traitements complémentaires aux antalgiques médicamenteux et plus particulièrement sur les massages thérapeutiques en questionnant leur efficacité dans une prise en charge infirmière de personnes âgées vivant à domicile et souffrant de douleurs chroniques.

La question de recherche à laquelle le présent travail va tenter de répondre est donc la suivante : quels sont les effets des massages thérapeutiques sur les symptômes de la douleur chronique des personnes âgées vivant à domicile ?

Toutefois, il reste la question de la formation aux techniques de massages et à déterminer lesquelles apporteraient un bénéfice notable pour soulager les douleurs chroniques dépendamment de leur étiologie.

### 3. Méthode

L'acronyme PICO a été utilisé afin de fixer le périmètre de la recherche documentaire. Cette méthode propose de décomposer la problématique en concepts-clés pour optimiser la recherche d'articles dans les bases de données (PubMed et CINAHL).

Tableau 1. Terminologie PICO utilisée pour la recherche

<b>P</b>	Patient / Pathologie	Patients âgés, douleurs chroniques
<b>I</b>	Intervention	Massage thérapeutiques, soins à domicile
<b>C</b>	Comparateur	
<b>O</b>	Outcome/résultat	Réduction des symptômes

#### 3.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour effectuer cette recherche, deux différentes bases de données ont été utilisées , PUBMED (consacrée aux domaines médical et biomédical) et CINAHL (principalement axée sur les sciences infirmières et les sciences de la santé). La recherche documentaire a été effectuée de septembre 2016 à décembre 2016.

Tableau 2. Recherches effectuées sur les bases de données.

Recherche N°	Equation de recherche documentaire	Nombre d'articles sur PUBMED	Nombre d'articles sur CINAHL
1	Massage therapy AND Meta-analysis	156	48
2	Massage therapy AND Chronic pain	347	241
3	Massage therapy AND Chronic pain AND Home care AND Nursing	38	4
4	Massage therapy AND Musculoskeletal pain AND Older	7	5
		548	298
		846	

La première recherche effectuée a permis de faire un premier état des lieux sur les recherches déjà entreprises et publiées sur les massages thérapeutiques. La deuxième recherche avait pour but de mettre en exergue des études sur l'effet de massages thérapeutiques au regard des douleurs chroniques. Puis des études dans un contexte de prise en soins infirmière à domicile ont été recherchées. Enfin, la dernière recherche avait pour but de voir si la littérature était plus spécifique si le type de douleur chronique était précisé. En effet, les recherches préliminaires avaient permis de relever que, chez les personnes de plus de 65 ans, les douleurs chroniques les plus fréquentes sont d'origine ostéoarticulaire et représentent plus de 50% des étiologies (Perrot, 2006).

Les critères d'inclusion des articles sont :

- Publication parue dans les dix années précédentes.
- Articles écrits en français et en anglais.
- La publication doit analyser l'impact du massage sur les symptômes de la douleur.

Les critères d'exclusion sont :

- La publication traite exclusivement d'une autre thérapie complémentaire visant à soulager les douleurs chroniques.
- La méthodologie n'est pas clairement explicitée.
- La population de l'étude n'englobe pas les personnes âgées (65 ans et plus).



### 3.2 Diagramme de flux

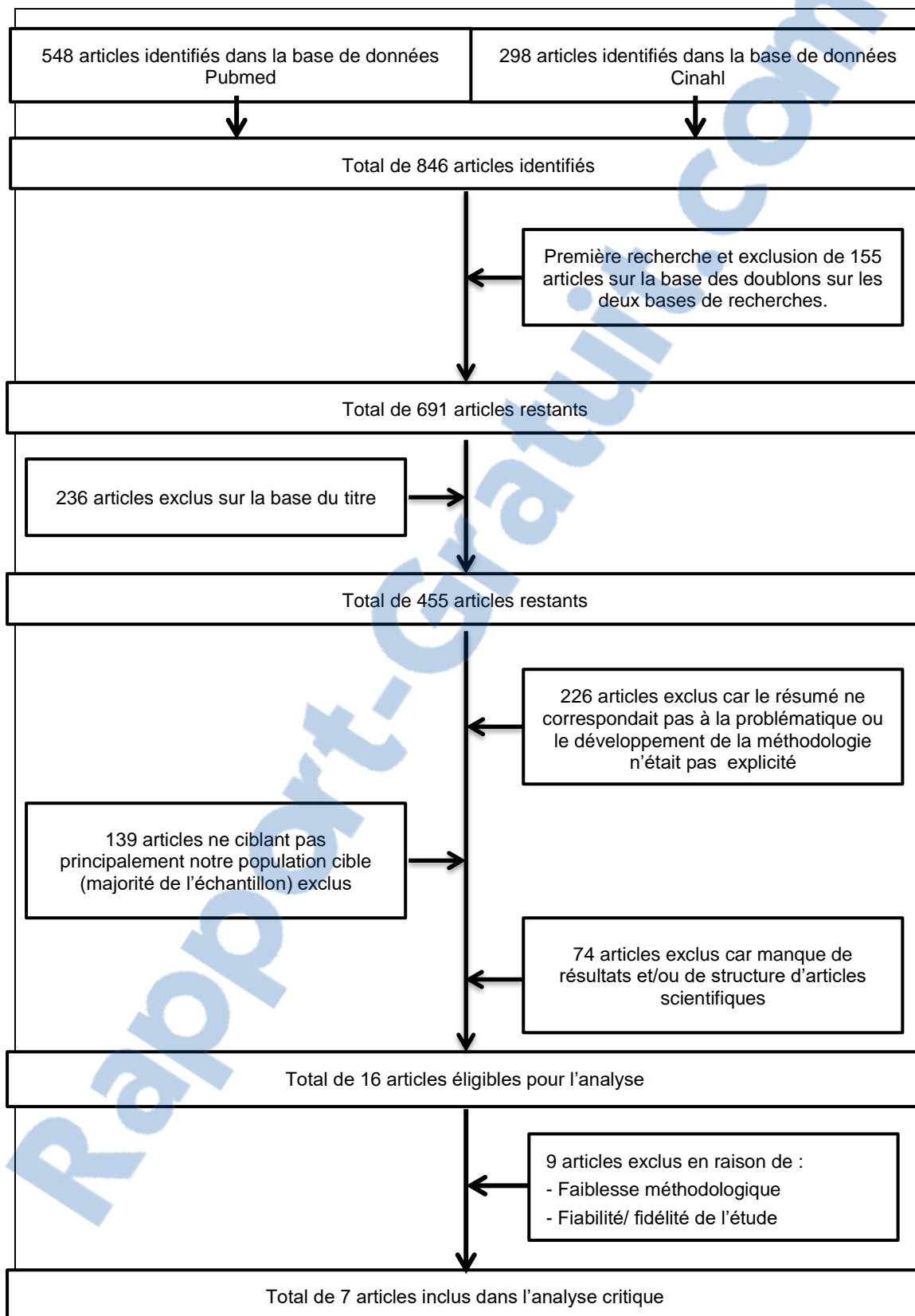


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

#### **4. Résultats**

Dans ce travail de bachelor, 7 articles répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus. Tout d'abord, une étude quantitative a été répertoriée. Elle visait à recenser la population pour connaître la tendance au recours aux médecines complémentaires et alternatives au sein des Etats-Unis (Konvicka, Meyer, McDavid & Roberson, 2008). Selon cette étude, 40% de la population américaine utilise ou a déjà utilisé ces approches (Konvicka et al., 2008). Ensuite 3 méta-analyses et 1 revue systématique ont été retenues. L'une évalue l'état des connaissances par rapport à l'approche de l'autogestion de la douleur (Reid et al., 2008). Une autre s'intéresse à l'approche du massage thérapeutique par rapport à la douleur (Crawford, Boyd, Paat, Price, Xenakis, Yang, & Zhang, 2016). Celle de Marletta et al. (2015) traite quant à elle de l'efficacité du « healing touch » face aux douleurs chroniques et un rapport de 2010 du Royaume-Uni revient sur tous les types de douleurs répertoriés dans la littérature anglophone et les méthodes de manipulations manuelles qui peuvent y être associées (Bronfort, Haas, Evans, Leininger, & Triano, 2010). De plus, deux autres articles qui ont directement étudié les différentes approches de médecines alternatives et complémentaires (CAM) ont été retenus. Le premier est une étude qualitative sur la base d'interviews avec différents groupes qui essayent ou qui connaissent déjà les CAM (Eaves et al., 2015). Le deuxième est une étude randomisée contrôlée qui avait pour but d'étudier l'efficacité de l'aromathérapie et du massage (Cino, 2014). Les résultats de la lecture critique de ces différents articles sont synthétisés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteur et l'année de l'articles	Type d'étude et Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p><b>Reid et al. (2008)</b></p>	<p><u>Type d'étude :</u> Revue d'articles (méta-analyse)</p> <p><u>Critères d'inclusion des articles retenus :</u> - Littérature allant de 1980 à 2007.</p> <p>- Articles publiés en Anglais</p> <p>- Présentation des données récoltées à travers une structure/stratégies sur l'auto-gestion, conçues pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie du patient.</p> <p>- L'étude examinée doit pouvoir être applicable dans un environnement communautaire ou plutôt dans un groupe de personnes (car il a été jugé que les environnements communautaires n'ont pas les moyens pour se lancer dans une mise en place de gestion de la douleur</p>	<p><u>But de l'étude :</u> - Examiner les preuves actuelles concernant l'auto-gestion (apprentissage à se soigner soi-même avec des techniques de massage entre autres) de la douleur due aux troubles musculo-squelettiques chez les personnes âgées.</p>	<p><u>Méthode d'acquisition des données (quelles données, quels types, quels outils, qui collecte les données) :</u> - Recherche dans la « Medline and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature ».</p> <p>- Mesh Terms utilisés : « self-care, patient, education, arthritis, osteoarthritis, and pain.</p> <p>- Les termes massage, yoga, et Tai-chi ont été rajoutés à la recherche puisque ce sont ces thérapies qui sont majoritairement utilisées pour soulager la douleur chronique, l'auto-gestion et le soulagement de la douleur peut être remédié par l'auto-efficacité.</p> <p>- D'autres termes ont été utilisés comme « chronic pain, self-management, and Arthritis Foundation ».</p> <p>- Recherche résumée par chaque possibilité de traitement pour la douleur chronique.</p> <p>- Recherches effectués par deux examinateurs (M. C. R. &amp; M.P.)</p> <p><u>Procédure utilisée pour collecter</u></p>	<p><u>Principaux résultats retenus :</u> - Arthritis foundation Self-Help Program (AFSHP) : La littérature trouvée sur l'AFSHP suggère qu'elle peut avoir un effet sur la réduction de la douleur, mais que les effets positifs restent modestes. Lors d'une récente étude le taux moyen d'abandon était de 20%. Dans l'étude, il manque les informations quant à l'incitation/motivation à la participation.</p> <p>- Arthritis Foundation Exercies Program (AFEP) : Ce programme est pauvre en publication. Toutefois, il semblerait que cette technique est prometteuse pour les personnes étant dans une institution clinique. Il faudrait davantage de recherche sur ce sujet pour pouvoir donner une réponse plus précise.</p> <p>- Arthritis Foundation Aquatic Program : La recherche révèle qu'il faut pouvoir participer régulièrement à ce type d'exercice pour pouvoir vraiment bénéficier de ses bienfaits et l'une des barrières principales est qu'il faut une piscine pour pouvoir pratiquer. L'étude est limitée sur une période</p>	<p>- La qualification des auteurs n'est pas mentionnée</p> <p>- Limité aux articles anglophones</p> <p>- Certaines études sont sur une période de 3-4 mois. Il n'est pas mentionné les bénéfices du traitement sur le long terme</p> <p>- Manque d'étude de manière systématique par rapport aux différentes approches face à la douleur chronique</p> <p>- Réticence des personnes âgées à essayer la médecine alternative</p> <p>- Le manque de fournisseurs d'autogestion (manque de visibilité)</p> <p>- Peu d'études sur les personnes âgées (plus de 65 ans)</p> <p>- Limitation éventuelle sur les Mesh</p>

	<p>chronique comme souhaitée par les examinateurs).</p> <p>- Les articles liés aux douleurs chroniques dues au cancer ont été exclus.</p>		<p><u>les données :</u></p> <p>- Chaque article devait avoir un certain nombre d'informations : le type d'autogestion utilisée ; les caractéristiques de l'échantillon de l'étude (comme l'âge par exemple) ; l'estimation de l'effet du traitement ; est-ce que le traitement effectué avait un effet sur d'autres symptômes.</p>	<p>de 12 semaines. Qu'en est-il sur une plus longue période.</p> <p>- Yoga : Il y a peu d'études qui ont examiné l'efficacité du Yoga comme traitement pour l'arthrose et les autres douleurs musculosquelettiques. Deux études randomisées suggèrent que le yoga peut être bénéfique à court terme sur l'arthrose pour les populations jeunes et/ou d'âge moyen. Il n'y a pas d'études sur les personnes âgées et de la gestion de la douleur chronique au sein des communautés.</p> <p>Massage therapy : - Il y a peu d'études qui lient le massage thérapeutique aux douleurs musculosquelettiques et/ou à d'autres types de douleurs chroniques. Les seules études existantes sont liées aux jeunes adultes et/ou d'âge moyen et montrent une certaine efficacité sur le court terme. Il n'y a pas d'études sur le massage sur l'approche des personnes âgées et de leurs douleurs chroniques.</p> <p>Tai Chi : - Les données récoltées suggèrent que le Tai Chi peut être fait avec les personnes âgées qui souffrent de douleurs liées à l'arthrose. Il n'y a pas d'études sur le long terme.</p>	<p>Terms</p> <p>- Les approches trop coûteuses n'ont pas été examinées</p> <p>- Etudes choisies ne montrent que des points positifs sur les approches démontrées</p>
--	---	--	--	---	--

				<p>Il manque des informations quant à la possibilité de pouvoir former les personnes âgées à appliquer.</p> <p>En résumé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs facteurs peuvent affecter le bon déroulement de l'auto-gestion. En moyenne, à travers les études, la douleur baisse de manière significative et les patients ressentent une amélioration de la qualité de vie. Deux études ont même relevé que les patients s'imprégnaient des techniques et certains faisaient de l'auto-gestion (ils sont passés de 10% à 20%).</li> </ul>	
Auteur et l'année de l'articles	Type d'étude et Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<b>Crawford et al. (2016)</b>	<p><u>Type d'étude :</u> Méta-analyse</p> <p><u>Critères d'inclusions des articles retenus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Population souffrant de douleurs</li> <li>- utilisation des massages thérapeutiques</li> <li>- Seule approche face à la douleur</li> <li>- l'évaluation des effets des massages séparément ou avec d'autres techniques</li> </ul>	<p><u>But de l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les recherches et preuves scientifiques sur les massages en termes d'impacts sur la qualité de vie et de traitement de la douleur.</li> <li>- Commencer à définir le terme de massage thérapeutique et sa fonction.</li> <li>- Prouver l'efficacité des massages et connaître son terrain</li> </ul>	<p><u>Méthode d'acquisition des données (quelle données, quels types, quels outils, qui collecte les données) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les informations ont été recueillies par l'Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group. Groupe formé de plusieurs experts qui ont défini le protocole de la revue.</li> <li>- Les articles de la littérature anglaise sont évalués de manière individuelle tant de manière quantitative et qualitative et sont ensuite remis au groupe EMT.</li> <li>- 4 critiques (LX, AP, CP, EY) avec comme Kappa de Cohen</li> </ul>	<p><u>Description de l'échantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La revue a choisi en majorité des articles de haute qualité ou modérés. Il y a seulement 7 articles qui sont considérés comme de qualité basse.</li> <li>- Tout les articles sont étudiés malgré leurs faibles niveaux de preuves.</li> <li>- Malgré tout, la majorité des études ont décrit leur recrutement de plus de 73,1% et la participation de 58,8%.</li> <li>- Malheureusement, certaines études n'ont pas mentionné le lieu, le niveau du personnel et le</li> </ul>	<p><u>Limites :</u></p> <p><u>Méthodologie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans l'ensemble, la majorité de ces études ont une qualité élevée ou acceptable. Malheureusement, le manque de précision sur le processus de traitement et dans l'intention du traitement ou les moyens utilisés pour faire les massages manquent. Donc il est impossible de pouvoir répéter l'expérience dans des situations identiques et pouvoir confirmer</li> </ul>

	<p>similaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche « Sham »</li> <li>- Accès à des résultats relevant</li> <li>- Etude comprenant des études de cas randomisés</li> </ul> <p><u>Sélections des participants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie de recherche à travers Pubmed, CINAHL, Embase et PsycInfo</li> <li>- Les recherches ont débuté en 2014.</li> </ul> <p>Nombres d'articles retenus : 67 études dont 60 de haute qualité.</p>	<p>d'exploitation pour qu'ils soient plus facilement sollicités par les généralistes lorsque les patients se plaignent de douleurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bonnes conditions dans lesquelles un massage doit se faire pour être efficace.</li> <li>- Proposer des critères de recommandations applicables pour les nouveaux essais cliniques des massages (STRICT-M) effectués ultérieurement.</li> <li>- Synthétiser les informations reçues</li> <li>- Identifier les prochaines étapes pour les prochaines recherches</li> </ul>	<p>plus grand que 0,90. Les désaccords ont été réglés à travers un consensus.</p> <p><u>Données collectées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données sont collectées par rapport au niveau de douleur, l'échantillon choisi/complété, intervention et contrôle/comparaison description et la quantité, l'échelle de mesure, les résultats correspondant et statistiques, taille des échantillons et les auteurs principaux des conclusions.</li> <li>- Pour la qualité de la récolte de données, le système « Mobius Analytics Systematic Review System » a été utilisé.</li> <li>- Le groupe de travail a décidé de classer le niveau de preuve des articles par 3 catégories : Estimation de l'effet ; l'ampleur de l'effet ; la réticence par rapport aux résultats.</li> </ul> <p><u>Nettoyage / vérification des données :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs ont utilisé les critères STRICTA pour analyser les types de massages thérapeutiques, la performance et une analyse croisée à travers ces critères.</li> <li>- <u>Les critères sont :</u> les ratios d'interventions ; la technique ; le traitement effectué et le temps</li> </ul>	<p>matériel utilisé. Ce qui rend difficile la reproduction des études et la compréhension totale de celles-ci.</p> <p><u>Analyse STRICT-M</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des études montre le ratio des massages effectués (62,7%), comme les techniques effectuées (98,5%) et des termes spécifiques aux massage (56,7%), tout comme la pression de la manipulation (52,2%) et la localisation de la manutention (82,1%).</li> <li>- Le temps effectué sur chaque zone du corps (34,3%) comme la réponse du patient n'a pas été souvent retranscrite (22,4%). Sur 76,9% des études, plusieurs techniques de massage ont été utilisées en même temps.</li> <li>- Le lieu où a été fait le massage est minoritairement décrit dans les études (43,3%).</li> <li>- Dans 95,5% des études, ils décrivent les massages pratiqués, mais seulement dans 14,9% ils donnent les qualifications des masseurs. Il y avait 24 massothérapeutes, 14 physiothérapeutes et aucune présence d'infirmiers.</li> </ul> <p><u>Événements indésirés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas eu d'événements</li> </ul>	<p>l'efficacité du massage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans la généralité de ces études, les détails ne sont pas présents comme par exemple le type de massage, la situation dans laquelle il a été prodigué, par qui (qualification du masseur).</li> </ul> <p><u>Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Massage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le manque de critère standard dans les essais cliniques pour les massages peut créer un écart entre chaque étude. La qualification du praticien n'est mentionnée que sur 14,9% des études utilisées. Avec tout ce qui est mentionné au-dessus, la reproduction de ces essais est compliquée, voire impossible. Les auteurs de cette revue ont proposé des critères en plus du CONSORT qui est celui du STRICT-M que l'on peut voir sur le tableau 3.</li> <li>- L'utilisation d'une échelle commune est importante pour les prochaines études pour</li> </ul>
--	--	---	--	---	---

			<p>donné ; les autres composants du traitement ; qualification du masseur ; contrôle/comparaison de l'intervention demandée pour assurer le bon contrôle du massage thérapeutique pour assurer un contrôle de qualité lors de l'étude.</p> <p>Pour cela, les auteurs se sont aussi référés au STRICT-M (Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Massage) pour le contrôle.</p> <p><u>Analyses (statistiques) :</u>  - Ils ont pris en compte la taille de l'échantillon ; les comparaisons entre chaque traitement (exemple : massage – acuponcture) ; l'intensité, la douleur, le stress, l'état émotionnel du patient (anxiété, stress, etc.)</p>	<p>indésirables graves, seulement des événements mineurs et de gravité minimales. Dans les 67 articles, 24 articles ont décrit des désagréments comme par exemple des douleurs, nausées, déconfort, etc.</p> <p><u>Résumés des résultats :</u>  - 32 articles ont suffisamment de résultats pour être inclus et mis en commun dans la méta-analyse.</p> <p>- Toutes les études qui ont testé le massage thérapeutique pour soulager les douleurs musculosquelettiques ont été introduites grâce au niveau de preuve contrairement à d'autres études qui visait les maux de tête, douleurs viscérales où les résultats ne sont pas satisfaisants.</p> <p><u>Douleur musculosquelettique :</u>  - Le massage face au « sham » a montré une efficacité qui a été objectivée à travers une échelle analogique et qu'il y a une diminution de la douleur plus rapide avec le massage évalué à 11,10 selon l'échelle VAS utilisée.</p> <p>- Il ne faut pas exclure l'hétérogénéité de l'essai, ce qui a pu apporter des biais dans l'étude et le manque d'informations quant aux techniques, praticien, approche du soins.  Ce qui apporte une recommandation faible du</p>	<p>permettre l'homogénéité entre les études et de pouvoir avoir des points comparatifs.</p> <p>- Cette étude devrait être utilisée de base pour les prochaines études pour pouvoir permettre l'avancée et de pouvoir prouver l'efficacité ou non du massage dans la gestion de la douleur face à d'autres traitements (que le non traitement et le « sham ») et développer à travers le CONSORT et éventuellement l'échelle créée par le groupe de travail STRICT-M.</p>
--	--	--	---	---	--

				<p>massage par le groupe de travail EMT.</p> <p><u>Massage vs No treatment :</u>  Dans cette rubrique, le massage est très efficace dans les situations de post-traitement et obtient une valeur significative dans le soulagement de la douleur avec -28,58 points dans l'échelle utilisée par l'EMT (VAS).  Le groupe de travail délivre une forte recommandation pour utiliser les massages face à aucun traitement.</p> <p><u>Massage vs Active Comparators :</u>  - Du fait de l'hétérogénéité de l'échantillon des articles, il est compliqué d'avoir une recommandation d'un bon niveau et donc l'EMT délivre une recommandation dite « faible ».</p> <p><u>Dans la conclusion :</u>  - Le massage est efficace dans le traitement contre le « sham », aucun traitement et les « actives comparators ». Le massage a démontré aussi avoir un effet sur le bien-être et de faire baisser l'anxiété.</p> <p><u>Recommandations apportés dans l'article (prochaine étape dans les recherches)</u>  - Une définition du massage thérapeutique  - L'utilisation de la checklist</p>	
--	--	--	--	---	--



				<p>CONSORT pour les prochaines recherches.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation de la STRICT-M aussi.</li> <li>- Utilisation de comparateurs efficaces qui pourront démontrer l'efficacité du massage.</li> <li>- Développer un champ clinique pour le massage thérapeutique pour permettre la bonne évaluation.</li> </ul>	
Auteur et l'année de l'articles	Type d'étude et Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p><b>Marletta et al. (2015)</b></p>	<p><u>Type d'étude :</u> - Méta-analyse</p> <p><u>Critères d'inclusions des articles retenus:</u> - Avec des douleurs chroniques</p> <p>- traitement à travers le « healing touch massage »</p> <p>- douleur chronique due au cancer</p> <p><u>Sélection des articles :</u> - Récolte de Méta-analyses à travers différents moteurs de recherche.</p> <p>- 23 articles sélectionnés.</p>	<p>Le but est l'approche du « healing massage » avec les traitements du cancer à travers la comparaison de différentes méta-analyses, si certains traitements peuvent être remplacés par le massage ou s'ils peuvent être additionnés.</p>	<p><u>Méthode d'acquisition des données (quelles données, quels types, quels outils, qui collecte les données) :</u></p> <p><u>Critère d'inclusion :</u> Récolte de Méta-analyses à travers différents moteurs de recherche ayant comme mots-clés : complementary therapy, pain reduction, touch massage, nurse, healing touch massage. Avec le choix d'ajouter ou d'exclure les mots clés (« AND » et « OR »). Seules les méta-analyses ont été prises en compte</p> <p>Seules les premières et deuxièmes sources ont été sélectionnées.</p> <p>Année limite de publication entre</p>	<p><u>Description de l'échantillon considéré pour les analyses finales :</u> - 14 revues ont été retenues à travers les critères d'inclusion</p> <p>- Chaque article montre une certaine efficacité du « healing touch massage », toujours avec certaines réticences</p> <p><u>Snyder M, Wieland J, 2003 :</u> - La revue a relevé les méthodes de CAM utilisées par les infirmiers pour diminuer l'anxiété, améliorer le confort et baisser la douleur due au cancer. L'étude a été positive et poussé à une approche d'auto-soins.</p> <p><u>Wardel D, Weymouth K 2004 :</u> - Etude qui a recherché les différents massages pour</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les circonstances dans lesquelles les massages sont effectués</li> <li>- Absence de cadre ni de reconnaissance comme l'on peut le voir dans la médecine traditionnelle.</li> <li>- Manque de légitimation par les pairs scientifiques</li> <li>- Les auteurs n'utilisent pas d'échelle pour mesurer les massages thérapeutiques</li> <li>- Les résultats s'appuient sur des valeurs subjectives et non objectives</li> <li>- Créer des échelles</li> </ul>

			<p>2003 et 2014.</p> <p>Seulement les publications en Anglais, Italien, Français et Espagnol étaient incluses.</p> <p>Au final, 23 publications ont été collectées, mais 9 ont été éliminées puisqu'elles ne répondaient pas à la question principale.</p> <p><u>Données collectées :</u> Information sur chaque étude et les conclusions que chaque revue d'articles a pu avoir.</p>	<p>améliorer les conditions de vie par rapport au cancer.</p> <p>- Le massage est efficace mais les auteurs se questionnent quant aux conditions dans lesquelles les études ont été menées.</p> <p><u>Hibdon SS 2005 :</u> - La revue a recherché les bénéfices d'une approche avec des CAM face au traitement du cancer pour voir les bénéfices.</p> <p>- Ils ont conclu que les CAM pourraient apporter une approche pour compléter le plan de soins face au cancer.</p> <p><u>Bardia et al. 2006 :</u> - Etude pour l'efficacité des CAM face à la douleur liée au cancer. Ils déterminent le niveau de « qualité » des articles (ce qui est absent dans les autres).</p> <p>- Au final, ils concluent que le « massage soignant » pourrait permettre le soulagement de la douleur.</p> <p><u>Jackson E et al. 2008 :</u> - Etude comprenant 10 millions de patients pour comprendre l'effet des « massages soignants » face au cancer.</p> <p>- Résultats confirment l'efficacité de ce genre de traitement face à la douleur.</p>	<p>objectives que tout le monde pourrait utiliser et ainsi reproduire les expériences.</p> <p>- Manque de cadre réglementaire dans les différentes réalisations des études, ce qui empêche la reproduction de celles-ci et ainsi d'avoir des résultats significatifs.</p>
--	--	--	---	--	---

				<p><u>So PS, Jiang Y, Qin Y 2008 :</u>  - Revue avec 24 études qui comprenaient 1153 patients (RCT).</p> <p>- La revue a démontré selon leurs critères que les approches thérapies tactiles ont un effet positif sur la douleur et permettent la diminution des analgésiques.</p> <p><u>Monroe C, 2009 :</u>  - Etude qui a étudié 7 études qui ont été publiées entre 1997 et 2004.</p> <p>- Etude qui a démontré que le Healing Touch a un effet positif sur la douleur et qu'il ne montre pas d'effets indésirables face à celle-ci.</p> <p><u>Ernst E, 2009 :</u>  - Le but était d'évaluer toutes les études faites par rapport au massage face aux patients qui subissent des douleurs à cause du cancer.</p> <p>- L'étude des études a démontré que le massage avait un soulagement sur les symptômes (nausées, anxiété, dépression, stress et fatigue) dus au cancer.</p> <p>- L'autre revue d'articles <u>Anderson J, Taylor A, 2011</u> démontre les mêmes résultats que celle de Ernst E.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p><u>Jain S, Mills PJ, 2011 :</u>  - Etudes qui ont recensé 66 études dont 52 études randomisées contrôlées.</p> <p>- Ils ont pu démontrer que les médecines complémentaires/alternatives montrent un soulagement de la douleur et contre des symptômes associés liés au cancer.</p> <p><u>Anderson J. Taylor A, 2012 :</u>  - Deuxième étude de la part du groupe. Etude qui vise à démontrer que le public et les professionnels de santé sont enclins à utiliser les CAM (médecines alternatives / complémentaires).</p> <p>Le restant des études ont aussi démontré des effets sur la tension artérielle, baisse de l'anxiété (Running A, Seright T, 2012) (Coakley A, Barron A, 2012).</p>	
<b>Auteur et l'année de l'article</b>	<b>Type d'étude et Population</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode / Intervention / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
<b>Bronfort et al., (2010)</b>	<p><u>Type d'étude :</u>  Une revue systématique sur 65 articles (49 revues systématiques et 16 « evidence base clinical guideline »).</p> <p><u>Critères d'inclusion des articles retenus</u></p>	<p><u>But de l'étude :</u>  L'objectif est de fournir un bref résumé des preuves scientifiques sur l'efficacité des thérapies manuelles sur la gestion des pathologies musculosquelettiques</p>	<p><u>Méthode d'acquisition des données (quelle données, quels types, quels outils, qui collecte les données) :</u></p> <p><u>Recherche des données :</u>  Recherche d'articles sur Medline, Cochrane, Cinahl et trouver des articles avec des faits relevant et résultats relevant en langue</p>	<p><u>Description de l'échantillon par sous-catégorie :</u>  <u>Douleur lombaire non spécifique :</u>  - 70 essais randomisés contrôlés ont été trouvés.</p> <p>- En résultat :  La manipulation avait des résultats supérieurs à l'intervention simulée dit « sham » et similaire à d'autres</p>	<p><u>Limites :</u>  - Ne se consacre pas exclusivement à la douleur</p> <p>- Ne se base que sur des travaux de langue anglaise</p> <p>- Manque diagramme de</p>

	<p>- Traitement manuel : manipulation ou la mobilisation des articulations de la colonne vertébrale et des extrémités, des massages et des diverses techniques de manipulations des tissus mous.</p> <p>- Résultats basés sur les revues systématiques les plus récentes (5 à 10 dernières années) et/ou des rapports d'évaluations technologiques généralement reconnus aux USA et Royaume-Uni.</p> <p>- Manipulation sous anesthésie n'a pas été incluse à la recherche</p> <p>- Sujet humains</p> <p>- Articles en Anglais, écrits par des pairs et des revues indexées</p>		<p>anglaise. Toutes les publications ont comme date de publication octobre 2009 au plus tard. 3 catégories : Haute qualité de preuve, moyenne et basse. Dans chaque catégorie, il y avait des critères de validation.</p> <p>Tableau récapitulatif des résultats et reprise de chaque catégorie avec explication des résultats.</p> <p><u>Outils de classification :</u> - Même système de classification du niveau de preuve lors de « la Directive conjointe de pratique clinique » en 2007.</p> <p>- Tableau récapitulatif des résultats et reprise de chaque catégorie avec explication des résultats.</p> <p><u>Méthodologie :</u> Le rapport reprend toutes les douleurs reportées et les définit par plusieurs items : - Définition de la zone concernée de la douleur - Comment objectiver la douleur à travers le diagnostic. - Les articles trouvés et leurs niveaux de preuves. - Leurs descriptions - Résumé des preuves - Autres traitements que l'approche manuelle.</p>	<p>thérapies.</p> <p><u>Douleur « mécanique » à la nuque :</u> - Un niveau de preuve modéré, qui démontre qu'une combinaison entre une manipulation/mobilisation et de l'exercice est efficace pour le soulagement des douleurs de la nuque.</p> <p>- De plus, ils relèvent que la manipulation thoracique peut avoir un effet sur les cervicales aussi (preuve de niveau modéré).</p> <p><u>Douleur au niveau de l'épaule :</u> - Deux revues systématiques et 6 RCT ont été trouvées.</p> <p>- Ils affirment avec un niveau de preuve modéré que la manipulation peut être adjointe à une approche médicale pour avoir de meilleurs résultats.</p> <p>- La manipulation peut augmenter la douleur, mais aussi augmenter la mobilisation de cette dernière.</p> <p><u>Epicondylite latérale :</u> - Recensement de 3 revues systématiques avec 8 RCT.</p> <p>- Ils démontrent que la mobilisation/manipulation est moins efficace à court terme mais supérieure sur le long terme. (niveau de preuve modéré).</p>	<p>flux</p> <p>- Les résultats s'appuient sur des valeurs subjectives et non objectives</p> <p>- Ils ne mentionnent les différents types d'interventions mis en place</p> <p>- Manipulation doit être faite par des professionnels de santé formés pour éviter des dommages sur la colonne vertébrale par exemple.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p><u>Syndrome du canal carpien :</u>  - 4 revues systématiques et 2 RCT ont été recensés.</p> <p>- Aucune preuve n'a été relevée.</p> <p><u>Douleur à la hanche :</u>  - 1 revue systématique a été recensée.</p> <p>- Seule preuve de niveau modéré est qu'une manipulation passive de la hanche est plus efficace face à l'arthrose que l'exercice.</p> <p><u>Gonalgie :</u>  - une revue systématique et 10 RCT.</p> <p>- Un niveau de preuve modéré démontre qu'à travers une prise en charge complète du genou peut avoir des effets positifs sur l'arthrose du genou et sur le « syndrome de la douleur patellaire ».</p> <p><u>Fibromyalgie :</u>  - 3 revues systématiques et 6 RCT ont été recensées avec un niveau de preuve suffisant.</p> <p>- Le drainage lymphatique ou la manipulation de la colonne vertébrale pourrait avoir un effet sur la fibromyalgie (étude à reconduire).</p> <p><u>Migraines, tous types de maux de</u></p>	
--	--	--	--	--	--

				<p><u>tête :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Six revues systématiques et 17 RCT ont été relevés.</li> <li>- Niveau de preuve modéré démontre que la manipulation de la colonne vertébrale peut avoir un effet positif sur la migraine.</li> </ul> <p><b>Les autres sous-catégories ne seront pas abordées puisque nous traitons des douleurs chroniques.</b></p>	
Auteur et l'année de l'article	Type d'étude et Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Cino, (2014)	<p><u>Population :</u> 3 groupes entre 39 à 40 personnes, un total de 118 personnes.</p> <p><u>Type de l'étude :</u> Essai randomisé contrôlé</p>	<p><u>But de l'étude :</u> L'objectif de l'étude est d'examiner une intervention infirmière pour les personnes âgées souffrant de douleur chronique et de comparer le massage avec aromathérapie et sans aromathérapie selon la même technique de massage ou la présence d'une infirmière sur la douleur chronique</p>	<p><u>Méthode :</u> Un essai randomisé contrôlé avec 3 groupes pour prouver qu'il y a une différence dans le soulagement de la douleur entre un massage avec aromathérapie, un massage seul et pour les deux groupes un entretien infirmier.</p> <p><u>Participants</u> <u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 ans et plus, atteint de douleur chronique dans une installation à long terme pendant au moins 3 mois.</li> <li>- Un score de statut mental de plus de 8 sur 15 (une bonne mémoire).</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients avec plaies ouvertes ou maladie de la peau sur les bras ou les mains, neuropathie ou les pertes sensorielles dans les bras</li> </ul>	<p><u>Résultats principaux :</u> <u>Détails de l'échantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 94% Patients blancs</li> <li>- 75% de femmes.</li> <li>- Age moyen de 83 ans.</li> <li>- Diagnostic le plus présent était l'hypertension artérielle (HTA).</li> <li>- 71% n'avait jamais eu de massage.</li> <li>- Parmi ceux qui avait eu un massage 59% avait un massage d'un professionnel (physiothérapeutes, infirmier ou assistant infirmier) et 30% d'un massothérapeute.</li> </ul> <p>A travers les approches statistiques, l'étude détermine que le massage tant avec aromathérapie que sans est plus efficace et réduit la douleur face à la seule présence de l'infirmière.</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient vivant dans une institution.</li> <li>- Choix subjectif de l'infirmière qui « identifie » le patient qui est le plus susceptible de pouvoir bénéficier de l'étude.</li> <li>- Au moment de l'entretien initial, les patients ne présentaient pas de douleurs.</li> <li>- L'utilisation de la lavande dans le massage n'a pas montré de différence significative par rapport à l'autre massage mécanique.</li> </ul>

			<p>ou les mains - Le cancer.</p> <p><u>Intervention :</u> - La première intervention était avec un M massage mécanique avec 1% d'huile essentielle de lavande dilué dans l'huile de massage. (La technique M est un massage léger avec une pression fixe.) Effectué par des infirmières ayant eu la formation. Le massage comparateur est fait de la même manière mais sans lavande. L'entretien avec l'infirmière a duré 20 minutes, sans contact entre les deux parties et de manière attentive.</p> <p><u>Instrument de mesure :</u> L'étude a été faite à travers le GMPI (Geriatric Multidimensional Pain Illness Inventory). Cette échelle a trois dimensions : a) L'intensité et la souffrance causées par la douleur b) Influence sur la vie quotidienne c) l'atteinte émotionnelle sur la durée chez les résidents chroniques. Deuxième échelle utilisée pour la douleur à travers l'IPT (Iowa Pain Thermometer) qui va de 0 à 12 qui est une échelle verbale d'autoévaluation qui est censée être plus fiable que l'échelle verbale couramment utilisée de 0 à 10.</p>	<p>A travers l'IPT et ANOVA, la douleur des participants diminue dans les 3 groupes. De manière plus significative chez les patients ayant le droit aux massages.</p>	
--	--	--	--	---	--



			<p><u>Analyse des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisé pour collecter les informations de l'étude.</li> <li>- MANOVA (multivariate analysis of variance) a été utilisé pour comparer les groupes et détecter les différences.</li> </ul> <p><u>Procédure :</u></p> <p>Durant 6 semaines, la douleur était mesurée avant et après le traitement. Durant la semaine 1, entretien pour déterminer les échelles de GMPI et IPT. De la semaine 2 à 5, les participants ont rencontré 2 fois par semaine l'infirmière pour les entretiens. Semaine 6, les participants sont de nouveaux interviewés pour les échelles GMPI et IPT en post-test.</p>		
<b>Auteur et l'année de l'article</b>	<b>Type d'étude et Population</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode / Intervention / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
<b>Konvicka et al., (2008)</b>	<p><u>Type d'étude :</u> Etude quantitative par recensement de la population</p> <p><u>Population :</u> Tout type de population (de 18 ans à plus de 80 ans) ; Qui sont passé par l'institution « Scott &amp; White ACPC » (centre hospitalier privé au Texas).</p>	<p><u>But de l'étude :</u> Démontrer que la population utilise de plus en plus les médecines alternatives-complémentaires (CAM) et qu'elles peuvent être utilisées dans le but de soulager les douleurs chroniques.</p>	<p><u>Méthode :</u> Etude basée sur un questionnaire qui a été défini par la littérature sur la CAM présente à ce moment.</p> <p><u>Instrument de mesure :</u> Le questionnaire demande d'inscrire le nom et prénom avec l'âge et la dénomination sexuelle du participant. Il demande : le type de médecine alternative qui a déjà été utilisé ; à quel but ; depuis combien de temps elle est</p>	<p><u>Principaux Résultats :</u> Plus de 40% de la population utilise ou a déjà utilisé la CAM, ce qui montre une sensibilité à cette pratique. Toutefois, la recherche montre une réticence quant à l'utilisation de certaine médecine alternative et des risques combinés avec les thérapies traditionnelles, comme certaines manipulations qui pourraient entraîner des dangers comme des hémorragies par exemple.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prend en compte de toute la population et pas seulement des personnes âgées mais qui représente quand même 56% de l'échantillon.</li> <li>- Prend en compte toutes les médecines alternatives (CAM) (massage thérapeutique relevée à 12%).</li> <li>- Etude réalisée dans un</li> </ul>

	Le questionnaire était délivré avant le rendez-vous et sur la base du volontariat des patients à remplir le questionnaire (n=425, 171 hommes, 248 femmes et 6 non renseignés). Un questionnaire visant à évaluer si la population qui fréquente ce centre utilise ou non les CAM.		utilisée ; et si elle est actuellement utilisée. Dans le cas d'utilisation d'herbes médicinales, dire lesquelles ; dans quel but ; la quantité ; depuis combien de temps.  <u>Intervention :</u> Distribution du questionnaire aux patients avant le rendez-vous dans l'institution.  <u>Analyse :</u> A travers le nombre de réponses des patients, une statistique sera faite afin de déterminer si oui ou non la population américaine utilise la médecine complémentaire/alternative.		seul centre de douleur.  - Dans l'étude, il n'est pas spécifié si l'utilisation de la CAM est liée à la douleur.
<b>Auteur et l'année de l'article</b>	<b>Type d'étude et Population</b>	<b>But de l'étude</b>	<b>Méthode / Intervention / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
<b>Eaves et al., (2015)</b>	<u>Population :</u> 64 personnes qui s'essayent aux thérapies complémentaires et alternatives pour des lombalgies chroniques avec 2 groupes (l'un qui n'avait jamais essayé ou qui venait de commencer un traitement et l'autre qui avait déjà accompli ou étaient des habitués de l'une de ces thérapies).  <u>Type de l'étude :</u> Etude qualitative à	Voir si les CAM (complementary alternative medicine) peuvent soulager ou non des lombalgies chroniques.	<u>Interventions :</u> - Patients qui commencent une thérapie alternative avec 4 champs spécifiques (yoga, chiropractie, acupuncture et massage) et voir si cette thérapie peut apporter du bien-être et diminuer la douleur.  <u>Méthodologie :</u> - Lors de l'étude, chaque participant avait le même interviewer. Pour le premier groupe, une interview avait lieu avant le traitement pour connaître les attentes qu'ils avaient par rapport à cette nouvelle approche (3 interviews en moyenne). Le	<u>Avant le début des séances :</u> Certains participants n'avaient pas d'attentes particulières ou ne s'attendait « pas à grand chose »  <u>Au long du traitement :</u> Les attentes ont augmenté pour la majorité des participants et le traitement a commencé à faire effet. Toutefois, l'optique des participants a changé, en majorité, ils recherchaient le bien-être et plus systématiquement le soulagement de la douleur. Ils apprenaient à gérer leur corps et à le connaître. L'apprentissage de vivre avec la douleur, tout en essayant de la	- Recherches plus approfondies nécessaires  - Ils manquent des résultats significatifs sur lesquelles s'appuyer  - Traduction de certains entretiens de l'espagnol à l'anglais  - L'article prend en compte toutes les médecines alternatives et pas seulement le massage.

	travers des interviews		<p>deuxième groupe avait 1 interview.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient avec une lombalgie chronique et ayant entre 20-70 ans.</li> </ul> <p><u>Instrument de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients seront interrogés sur une période de 3 mois.</li> <li>- Les questionnaires étaient basés sur des axes principaux : soulagement de la douleur, amélioration de la mobilité.</li> <li>- L'étude se fait à travers des entretiens qualitatifs ouverts semi-structurés pour mesurer les 4 points cités au-dessus et en plus les attentes des participants par rapport à la CAM</li> </ul>	soulager de cohabiter au mieux avec.	
--	------------------------	--	---	--------------------------------------	--

L'analyse critique des articles considérés suggère que les approches manuelles pourraient se révéler efficaces pour soulager les douleurs chroniques. Ainsi, les massages thérapeutiques pouvaient, par exemple, avoir un effet sur les douleurs musculosquelettiques, celles liées à la polyarthrite rhumatoïde ou à la fibromyalgie. De plus, d'un point de vue psychologique, ils diminuent l'état anxieux (Cino, 2014; Crawford et al., 2016; Field, 2014). L'approche de l'autogestion de la douleur pourrait quant à elle augmenter la qualité de vie et diminuer la douleur (Reid et al., 2008). Cependant, les auteurs ont relevé que les études examinées n'étaient pas prévues sur le long terme et que, dans certaines études, les personnes âgées n'étaient pas significativement représentées (Reid et al., 2008).

La méta-analyse de Crawford et al. (2016) sur le massage thérapeutique à pression modérée et légère conclut que ce traitement est efficace face au non traitement. Face au sham, autrement dit un faux traitement, les résultats présentés dans les articles de la méta-analyse ne sont pas suffisamment probants. En effet, dans cette méta-analyse qui a retenu 67 articles avec un niveau de preuve acceptable à élevé, les auteurs ont identifié certains manques dans les critères de validité (qui effectue les massages, dans quels lieux, dans quelles conditions, le matériel utilisé, etc.). Le manque d'informations dans chaque article rend impossible la reproduction des études et donc la confirmation de leurs résultats. Ainsi, l'efficacité du traitement ne peut être démontrée de manière probante. De fait, la recommandation quant à l'emploi de la massothérapie comme traitement pour soulager les douleurs est favorable, mais les auteurs soulignent la nécessité d'études complémentaires. Finalement, ils proposent une définition des massages thérapeutiques et proposent un protocole de recherche<sup>10</sup>.

D'après la méta-analyse de Marletta et al. (2015) qui traite de l'efficacité du « healing touch » face aux douleurs liées au cancer, cette technique a non seulement un effet sur la douleur, mais soulage aussi les symptômes secondaires liés aux autres traitements tels l'anxiété, les nausées et les vomissements. Les auteurs en ont donc conclu que le « healing touch » pourrait être utilisé pour soulager la douleur et autres symptômes, mais que le manque d'étude avec un cadre fixe et bien détaillé ne permet pas de valider à 100% cette approche. Pour arriver à cette conclusion, les auteurs se sont basés sur leurs critères d'inclusion et d'exclusion (mentionnés ci-dessus dans le tableau) et ont basé leur réflexion sur 14 articles. Les auteurs énoncent la nécessité de créer un protocole pour étudier les massages thérapeutiques, mais n'en proposent pas.

---

<sup>10</sup> Ces deux éléments sont repris dans la partie discussion.

L'article de Eaves et al. (2015) approche les différentes CAM à travers une étude qualitative sur la base d'interviews. Les interviews avaient pour but de déterminer si les participants ressentent une amélioration après un traitement de médecine complémentaire et alternative et s'ils avaient des attentes particulières par rapport à cette nouvelle approche de la douleur. Au final, les patients déclarent en général avoir une amélioration de leur qualité de vie car les CAM permettent une nouvelle approche corporelle et une meilleure intégration du phénomène de la douleur. Ainsi, ils décrivent cette amélioration comme étant le fait de comprendre la douleur et de ne plus chercher à la guérir. Ils intègrent le fait qu'elle est présente et qu'une meilleure connaissance corporelle et personnelle permet de soulager les symptômes de la douleur.

De plus, l'article de Cino (2014), qui a pour but d'évaluer l'efficacité de l'aromathérapie en complément à un massage simple à légère pression en comparaison à la simple présence d'une présence infirmière ou à un massage identique sans aromathérapie, conclut que le massage avec insistance sur la zone douloureuse est efficace pour soulager les douleurs et que la différence de résultat entre les massages avec ou sans aromathérapie n'est pas significative. Les groupes tests ont été constitués de personnes âgées vivant en institution et ayant déjà une thérapie médicamenteuse mise en place. Les deux types de massage ont été prodigués de manière identique et seule la lotion utilisée change pour les deux groupes de patients massés. De plus, l'auteur compare les massages face aux non traitements et arrive à la conclusion qu'ils sont efficaces tant que la thérapie se poursuit. En outre, cet article démontre qu'un infirmier ayant suivi une formation adaptée peut aussi les prodiguer, puisque des infirmières ont pris part à l'étude en pratiquant les massages.

La revue systématique de Bronfort et al. (2010) quant à elle crée une classification des différentes douleurs rencontrées et définit si les massages thérapeutiques sont ou non efficaces face à celles-ci. Par exemple, dans le cas de douleurs lombaires non spécifiques, ils démontrent que le massage thérapeutique est plus efficace que le « sham ». En ce qui concerne l'épicondylite latérale, il est démontré qu'un traitement sur le long terme sera plus efficace que sur le court terme. Toutefois, cette revue systématique ne précise pas quelle technique de massages thérapeutiques est utilisée.

## **5. Discussion**

Tout d'abord, il paraît important de souligner que tous les auteurs ont relevé que les massages thérapeutiques ont un impact positif sur la douleur, mais aussi sur l'anxiété, la qualité de vie ou le bien être. De plus, l'article de Eaves et al. (2015), relève que les CAM permettent aux

patients une meilleure intégration de la douleur et de développer une connaissance corporelle et personnelle accrue. Ainsi, la douleur est mieux comprise. Les patients apprennent donc à vivre avec ce phénomène et à en soulager les symptômes lorsqu'il se déclenche. Ces observations peuvent être mises en lien avec la théorie de Peplau qui considère la maladie «comme étant une expérience qui peut permettre la croissance » (Pépin et al., 2010, p.58). En outre, l'acceptation de la douleur de la part du patient lui offrirait la possibilité de transformer ses aspects négatifs en énergie positive et d'affronter sereinement la situation à laquelle il est confronté.

Différents auteurs ont aussi relevé que la définition des massages thérapeutiques n'est pas consensuelle. C'est pourquoi l'article de Crawford et al. (2016) propose d'établir une définition opérationnelle en se basant sur les travaux de l'Emergency Medical Teams (EMT) Group et les travaux de Sherman et al. en 2006.

Soulignons aussi que la qualification du masseur n'apparaît que trop peu souvent ce qui ne permet pas d'établir la qualité de la prestation fournie mais entretient l'ambiguïté des mots « massages thérapeutique » puisque de nombreux professionnels de la santé, tels les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes ou encore les chiropraticiens, sont susceptibles d'offrir de tels soins (Crawford et al., 2016). Le manque de clarté dans la qualification du masseur a été relevé par beaucoup d'auteurs. Dans la méta-analyse de Crawford et al. (2016), 14,9% des études seulement identifient la qualification du masseur. Ce travail pose donc la question de la formation et de la qualification du masseur et des techniques à utiliser. Les massages thérapeutiques devraient faire l'objet d'une définition consensuelle qui déterminerait la formation du prestataire, les techniques ayant obtenu des résultats probants et le contexte dans lequel la thérapie devrait être prescrite. Il s'agirait de codifier ce traitement pour que son application soit pertinente, qu'elle soit déléguée par un médecin ou entreprise de manière autonome par un professionnel de santé. La définition de la relation de soins que propose Peplau est en adéquation avec les qualités dont doit faire preuve un massothérapeute. Il est nécessaire de travailler par étapes. Premièrement, identifier les besoins du patient, la pathologie et les techniques appropriées pour lui venir en aide. Deuxièmement, établir un lien, une relation de confiance pour envisager le soin dans un partenariat consensuel. Troisièmement, pratiquer le soin de manière professionnelle, dans le respect des valeurs du patient et s'assurer de la validité du traitement. Et, finalement, terminer le soin en expliquant au patient la suite de la prise en soins.

Un autre oubli souvent identifié dans les articles est l'indisponibilité des informations quant aux circonstances dans lesquelles les massages ont été prodigués (Marletta et al., 2015). A noter également qu'aucun article ne mentionne l'impact du traitement sur le long terme. De plus,

l'apport des données se fait à travers certaines données subjectives qui sont le ressenti du patient, la relation entre le soignant-soigné (lien de confiance), etc. (Bronfort et al., 2010; Crawford et al., 2016). Or, les protocoles de recherches par rapport au massage sont inexistantes (Cino, 2014; Crawford et al., 2016; Marletta et al., 2015). C'est pourquoi les essais relevés dans les méta-analyses présentent une forte hétérogénéité. La méta-analyse de Crawford et al. (2016) propose donc un protocole pour pouvoir donner par la suite une certaine homogénéité aux prochaines études. Le protocole est le suivant :

1. « Etablir une définition des massages thérapeutiques.
2. Former les chercheurs à utiliser un protocole unique. Les auteurs proposent de se référer aux standards Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT).
3. Étudier la liste de contrôle STRICT-M proposée, investir des ressources pour développer formellement STRICT-M pour le terrain et adapter ces critères pour le développement de protocoles futurs
4. Étudier PROMIS et PASTOR pour apprendre leur fonctionnalité; Considérer la perspective de tout le patient dans toutes les recherches cliniques et utiliser ces outils dans les travaux futurs.
5. Investir des ressources dans une grande étude multi-sites examinant l'efficacité des massages thérapeutiques par rapport à un traitement simulé approprié une fois que les éléments 1-4 sont accomplis et s'assurer que ces composants sont intégrés dans le protocole; Suivre les préférences et les valeurs des patients, les attentes des patients et des cliniciens ainsi que la sécurité.
6. Explorer les comparateurs appropriés pour la recherche comparative sur l'efficacité, une fois que l'efficacité est clairement démontrée au point 5; rassembler un groupe diversifié d'intervenants, y compris les patients, afin de contribuer au développement du protocole : suivi du coût, préférences et valeurs du patient, attentes et sécurité; Mener une recherche d'efficacité comparative appropriée.
7. Élaborer des directives de pratique clinique pour le domaine des massages thérapeutiques. » (Crawford et al., 2016, traduction libre, p.1368 à 1369)

Il nous semble également important de relever qu'aucune étude ne met en évidence l'aspect financier ou potentiellement délétère des massages thérapeutiques.

## 5.1 Apports

D'un point de vue scientifique, l'analyse critique de ce travail a permis de répondre partiellement à la question de recherche qui interrogeait l'efficacité des massages thérapeutiques sur la diminution des douleurs chroniques. Il semblerait que les massages

thérapeutiques aient un impact bénéfique sur la gestion des symptômes de la douleur et sur la qualité de vie, mais les résultats ne permettent pas affirmer de manière formelle que le massage thérapeutique soulage les douleurs chroniques. En effet, même si tous les articles sélectionnés dans ce travail suggèrent que les massages thérapeutiques ont un effet positif sur la gestion de la douleur, le manque d'un protocole pertinent a également toujours été relevé ce qui rend les résultats moins probants. Seul un article retenu, celui de Cino (2014), met en avant un entretien infirmier préalable au traitement, sans toutefois faire part du questionnaire.

## **5.2 Limites**

Ce travail est basé sur des recherches d'articles ne provenant que de deux bases de données, d'où finalement sept articles en anglais ont été sélectionnés. Ce petit nombre de bases de données interrogées ainsi que la petite quantité d'articles sélectionnés pourraient être identifiés comme une limite. Toutefois, les articles ont un haut niveau de preuve puisque dans cette recherche, trois méta-analyses, une revue systématique et un essai contrôlé randomisé ont été retenus. Certains de ces articles ne proposaient pas une recherche exclusive sur les massages thérapeutiques mais comprenaient une approche globale des médecines alternatives/complémentaires (Eaves et al., 2015; Konvicka et al., 2008). Les études sélectionnées ont été réalisées dans différentes institutions et aucun articles traitant des massages thérapeutiques à domicile n'a été trouvé. Cependant les résultats obtenus paraissent transposables. De plus, certains articles sélectionnés n'avaient pas un regard exclusif sur la population âgée de plus de 65 ans. Toutefois, ils sont toujours présents dans toutes les études et de manière significatives.

Finalement, le fait d'avoir limité la recherche documentaire à des articles parus dans les dix dernières années peut aussi constituer une limite. En effet, des articles antérieurs auraient peut-être pu apporter un autre éclairage à notre problématique. La dernière limite est sans aucun doute notre manque d'expérience quant à la réalisation d'un travail tel que celui-ci.

## **5.3 Recommandation pour la pratique**

Les médecines alternatives et complémentaires étant de plus en plus utilisées, ce travail s'est intéressé à l'approche du massage thérapeutique pour soulager les douleurs chroniques et/ou améliorer la qualité de vie. La recherche documentaire menée a permis de démontrer que les résultats obtenus dans les recherches déjà entreprises sur le sujet sont encourageants, bien que le cadre de ces dernières soit à revoir. Elle laisse également entendre que les infirmières pourraient être un prestataire de ce soin. Cette recherche a aussi permis de démontrer que les massages thérapeutiques sont efficaces pour soulager les douleurs chroniques et qu'ils agissent également sur d'autres dimensions telles l'anxiété, la qualité de vie ou encore le bien



être du patient. Toutefois, avant d'entreprendre une massothérapie, il est nécessaire d'obtenir le consentement du médecin traitant pour déterminer si l'état de santé du patient autorise le recours aux massages thérapeutiques. De plus, le recours à cette approche nécessite d'informer le patient sur les tenants et aboutissants de la thérapie proposée par le professionnel de santé et d'obtenir son consentement ce qui implique une relation de confiance entre le soigné et le soignant. Du reste, une évaluation de la douleur, de la personne et du contexte doit être effectuée par un professionnel formé à ce type d'évaluation. Le recours aux massages thérapeutiques implique aussi, en plus des connaissances cliniques susmentionnées, que le soignant ait suivi une formation à la massothérapie et à ses techniques qui demandent l'acquisition de gestes particuliers. Dans le cadre des soins domiciliaires, les massages thérapeutiques pourraient être un traitement complémentaire envisageable pour autant que le domicile soit adapté et que le soin soit conduit dans le respect des valeurs socioculturelles du patient et du cadre légal en vigueur.

De ce fait, les massages thérapeutiques pourraient être un traitement complémentaire efficace contre la douleur chronique dans une prise en soins infirmières à domicile. Cependant, il est nécessaire que le praticien soit formé à la massothérapie. Cette formation lui permettrait d'acquérir une aisance gestuelle ainsi que la connaissance des techniques dont l'efficacité a déjà été prouvée, voire de participer à de nouvelles études. En effet, l'infirmier devrait être capable de proposer une thérapie manuelle ayant un effet sur la pathologie de son patient et qui a fait l'objet d'études qui prouvent son efficacité pour soulager les douleurs chroniques. Une formation de type CAS sur un an pourrait être dispensée pour les infirmiers comme une introduction aux massages thérapeutiques. Ils apprendraient les mouvements de base, les règles de respect que le toucher impose, l'hygiène à apporter au soin ainsi que des massages de relaxations. Sinon, ils pourraient suivre une formation de type DAS sur 2 ans. La première année se calquerait sur le CAS et, durant la seconde année, le professionnel se formerait plus spécifiquement sur la méthode de son choix. Concrètement, un infirmier ayant suivi des formations proposées pourrait intervenir dans de nombreuses situations de soins à domicile. Par exemple, après une formation en drainage lymphatique, il pourrait intervenir en complément du traitement de patients souffrant de lymphœdèmes et œdèmes liés à diverses pathologies comme, par exemple, l'insuffisance veineuse des membres inférieurs. Cette technique est déjà codifiée et de nombreuses études ont démontré son efficacité (Dufour et al., 2016).

## 6. Conclusion

En conclusion, à travers ce travail de bachelor, les notions de massages thérapeutiques, douleurs chroniques, soins à domicile ont été approfondies et l'importance de la gestion de la douleur chronique chez les personnes âgées a été mise en évidence. Les recherches effectuées ont permis de démontrer que la population se tourne volontiers vers les médecines complémentaires à la recherche d'un soulagement que la médecine traditionnelle n'arrive pas à leur apporter. Toutefois, à l'heure actuelle, les recherches dans le domaine des massages thérapeutiques présentent encore une trop grande hétérogénéité pour que les résultats qu'elles apportent soient réellement considérés comme probants pour la communauté scientifique. C'est pourquoi il faudrait établir un protocole de recherche cadre pour améliorer la qualité des futures recherches et permettre leur reproductibilité.

Néanmoins, les résultats des articles sélectionnés dans ce travail, aussi critiquables soient-ils, demeurent plus qu'encourageants, car tous relevaient un impact bénéfique sur la gestion des symptômes de la douleur et sur la qualité de vie. Bien qu'aucun des articles ne traite des massages thérapeutiques à domicile, il semble que les résultats sont facilement transposables pour autant que le matériel et le domicile soient adaptés.

La réponse à la question de recherche initiale est donc que les massages thérapeutiques peuvent être envisagés dans une prise en soins infirmière domiciliaire des douleurs chroniques des personnes âgées comme traitement complémentaire. Cependant, pour garantir l'efficacité du traitement, l'infirmier devrait suivre une formation complémentaire à la massothérapie. Ce rôle d'expert lui permettra de justifier sa pratique et de jouer un rôle dans la reconnaissance des massages thérapeutiques.

## 7. LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allaz, A.-F., Cedraschi, C., Rentsch, D. & Canuto, A. (2011). Douleurs chroniques chez les personnes âgées: dimensions psychologiques. *Revue médicale suisse*, 7(301), 1407–10.
- Ankers, N. & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands*. Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé.
- Association nord-américaine du diagnostic infirmier, Celis-Geradin, M.-T., Association nord-américaine du diagnostic infirmier, Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers, & Association québécoise des classifications de soins infirmiers. (2016). *Diagnostics infirmiers: définitions et classification 2015-2017*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Blanchon, C. (2014). Le massage en réseau de soins palliatifs. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/907797>
- Brevik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (London, England)*, 10(4), 287-333. [doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009)
- Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B. & Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & Osteopathy*, 18, 3. [doi.org/10.1186/1746-1340-18-3](https://doi.org/10.1186/1746-1340-18-3)
- Cedraschi, C., Luthy, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R. & Ludwig, C. (2016). Low back pain and health-related quality of life in community-dwelling older adults. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 25(9), 2822-2832. [doi.org/10.1007/s00586-016-4483-7](https://doi.org/10.1007/s00586-016-4483-7)
- Cino, K. (2014). Aromatherapy hand massage for older adults with chronic pain living in long-term care. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 32(4), 304-315. [doi.org/10.1177/0898010114528378](https://doi.org/10.1177/0898010114528378)

- Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E. & Zhang, W. (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations—A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the General Population. *Pain Medicine: The Official Journal of the American Academy of Pain Medicine*, 17(7), 1353-1375. [doi.org/10.1093/pm/pnw099](https://doi.org/10.1093/pm/pnw099)
- Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) & Direction générale de la santé (DGS). (2015). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019*.
- Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (Éd.). (2014). *Classification des interventions de soins infirmiers: CISI-NIC* (3<sup>ème</sup> éd). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Dufour, M., Colné, P., Gouilly, P. & Ivernois, J.-F. (2016). *Massothérapie: effets, techniques et applications*. Paris: Éd. Maloine.
- Eaves, E. R., Sherman, K. J., Ritenbaugh, C., Hsu, C., Nichter, M., Turner, J. A. & Cherkin, D. C. (2015). A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 12. [doi.org/10.1186/s12906-015-0531-9](https://doi.org/10.1186/s12906-015-0531-9)
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3<sup>ème</sup> éd.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Field, T. (2014). Massage Therapy Research Review. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 224-229. [doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002)
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn Kohler, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée scénarios actualisés pour la Suisse*. Bern: Huber.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (1979). IASP Pain Terms —1979, *Pain*, 6:247–252.
- Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD). (2015). *Rapport annuel 2015*. Genève. Accès [http://www.imad-ge.ch/data/documents/FSASD\\_20160620\\_SCOM\\_rapport\\_annuel\\_ext\\_2015\\_web.pdf](http://www.imad-ge.ch/data/documents/FSASD_20160620_SCOM_rapport_annuel_ext_2015_web.pdf)

- Konvicka, J. J., Meyer, T. A., McDavid, A. J. & Roberson, C. R. (2008). Complementary/alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 23(1), 17-23. [doi.org/10.1016/j.jopan.2007.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2007.05.003)
- Loi cantonale du 18 mars 2011 sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (LIMAD ; K 1 07). Accès [http://www.lexfind.ch/dta/6266 /3/rsg\\_K1\\_07.html.1.html](http://www.lexfind.ch/dta/6266 /3/rsg_K1_07.html.1.html)
- Loi cantonale du 26 juin 2008 sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom ; K 1 06). Accès [https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_K1\\_06.html](https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_06.html)
- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>
- Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460217/index.html>
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A.-F., Herrmann, F. R. & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(7), 1687-1696. [doi.org/10.1007/s11136-014-0894-2](https://doi.org/10.1007/s11136-014-0894-2)
- Marieb, E. N., Lachaîne, R., Hoehn, K. & Moussakova, L. (2010). *Anatomie et physiologie humaines* (4<sup>ème</sup> éd). Paris : Saint-Laurent: Pearson ; ERPI.
- Marletta, G., Canfora, A., Roscani, F., Cernicchiaro, L., Cutrera, M., Russo, M., ... Sarli, L. (2015). The complementary medicine (CAM) for the treatment of chronic pain: scientific evidence regarding the effects of healing touch massage. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 86 Suppl 2, 127-133.
- Merskey, H., Bogduk, N. & International Association for the Study of Pain (Éd.). (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2<sup>ème</sup> éd.). Seattle: IASP Press.
- Neugarten, B. L. (1974). Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 187-198. [doi.org/10.1177/000271627441500114](https://doi.org/10.1177/000271627441500114)

- Notari, L. & Jordan, M. D. (2012). La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. *Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Accès [http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/RR\\_59.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/RR_59.pdf)
- Office Cantonal de la Statistique. (2016). Maintien à domicile, résultats 2015. *Informations statistiques*, 27, 1-3.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). (2013). *Politique de la santé : Les priorités du Conseil Fédéral (Santé 2020)*. Berne, Suisse: OFSP.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2015). *Statistique de poche 2015*. Neuchâtel, Suisse: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2016). *La population de la Suisse 2015*. Neuchâtel, Suisse: OFS.
- Pautex, S. (2014). Douleurs et personnes âgées. *Rev Med Suisse*, 10, 277.
- Pepin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Peplau, H. E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Piguet, V., & Allaz, A.-F. (2009). Douleurs chroniques, quelle définition? *Revue médicale suisse*, 5(208), 1347–1348.
- Perrot, S. (2006). Particularités de la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses du sujet âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(3), 163-170.
- Règlement cantonal d'application de la loi du 16 décembre 2009 sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom ; K 1 06.01). Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_K1\\_06p01.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_06p01.html)
- Règlement cantonal du 22 août 2006 sur les professions de la santé (RPS ; K 3 02.01). [Accès https://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_K3\\_02p01.html](https://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K3_02p01.html)

- Reid, M. C., Papaleontiou, M., Ong, A., Breckman, R., Wethington, E. & Pillemer, K. (2008). Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 9(4), 409-424. [doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00428.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00428.x)
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., ... Vega, E. (2013). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62–67. [doi.org/10.1093/gerona/gls119](https://doi.org/10.1093/gerona/gls119)
- Savatofski, J. (2009). *Le massage douceur : l'art du massage à la portée de tous*. Escalquens : Editions Dangles.
- Savatofski, J. (2016). *Le toucher massage*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Voyer, P. (Éd.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2e éd)*. Saint-Laurent: ERPI.
- Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité. *Revue Médicale Suisse*, 4(20925).
- Wainsten, J.-P. (Éd.). (2012). *Le Larousse médical*. Paris: Larousse.