

Liste des abréviations

ANCOVA	Analyse de la covariance
ANOVA	Analyse de la variance
CDS	Conférence Suisse des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé
CESCO	Centre de soins continus des Hôpitaux Universitaires de Genève
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EBN	Evidence Based Nursing
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la santé

Liste des tableaux

Tableau 1. Structure taxinomique selon Kolcaba	8
Tableau 2. Terminologie PICO utilisée pour la recherche.....	11
Tableau 3. Tableau comparatif des études retenues	18

Liste des figures

Figure 1. Evolution des décès par âge 2010 - 2060	2
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.	13

TABLE DES MATIERES

1. <u>L'introduction</u>	1
2. <u>La problématique</u>	2
2.1. Les prévisions épidémiologiques	2
2.2. Les soins palliatifs	3
2.3. Le massage	7
3. <u>Le cadre théorique</u>	7
3.1. La théorie du confort selon K. Kolcaba	7
3.2. Les métaconcepts selon la théorie du confort de K. Kolcaba	9
3.3. La question de recherche	10
4. <u>La méthode</u>	11
4.1. Les sources d'information et stratégies de recherche documentaire	11
4.2. Le diagramme de flux	13
5. <u>Les résultats</u>	14
5.1. L'analyse critique des articles retenus	14
5.2. Le tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	17
6. <u>La discussion</u>	23
7. <u>La conclusion et les recommandations</u>	26
7.1. La conclusion de ce travail	26
7.2. Les recommandations pour la pratique	27
8. <u>Les limites du travail</u>	28
9. <u>Les références bibliographiques</u>	29
10. <u>Les annexes</u>	32
10.1. Fiche descriptive du module Recherches 6 de la HEdS Genève	32

1. L'INTRODUCTION

Avec le vieillissement démographique de la population et le développement du domaine des soins palliatifs, les approches complémentaires visant à promouvoir et améliorer la qualité de vie suscitent un intérêt croissant. Dans les soins palliatifs et chez les patients atteints de cancer à un stade avancé, le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie est une préoccupation prioritaire : le soulagement de la souffrance vécue est la thématique au cœur de ce travail.

La qualité de vie englobe les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la personne soignée. Elle peut être influencée par des facteurs diversifiés et peut avoir un impact sur plusieurs pans de la santé et du bien-être de la personne. Un nombre croissant de personnes, qu'elles soient du corps soignant, patients ou proches aidants, sollicite un plus large éventail d'interventions complémentaires aux approches thérapeutiques traditionnelles.

Ce travail s'intéresse au massage comme approche complémentaire en soins palliatifs, à son application par les professionnels infirmiers et à ses effets en terme de soulagement de symptômes négatifs, de confort et d'amélioration de la qualité de vie des patients bénéficiant de soins palliatifs et/ou atteints de cancer.

Dans un premier temps, l'importance épidémiologique du vieillissement de la population ainsi que le nombre croissant de problèmes de santé chroniques seront mis en exergue, ce qui permettra de décrire l'avancée des soins palliatifs dans la société. Le concept de souffrance totale sera développé afin de montrer la nécessité de travailler sur une prise en soins holistique des personnes concernées. Le massage et ses possibles applications dans le domaine des soins seront abordés.

Dans un second temps, un ancrage théorique de science infirmière sera développé afin de poser une base disciplinaire à ce travail. Une sélection de cinq articles scientifiques en lien avec la problématique sera retenue et les résultats seront présentés par le biais de résumés narratifs et d'un tableau comparatif.

Finalement, les résultats de cette recherche de littérature seront mis en lien avec la problématique développée en amont sur la base d'un ancrage disciplinaire. Une discussion et conclusion seront faites, pour aboutir à des recommandations de pratiques professionnelles. Les limites de ce travail seront abordées en dernier lieu.

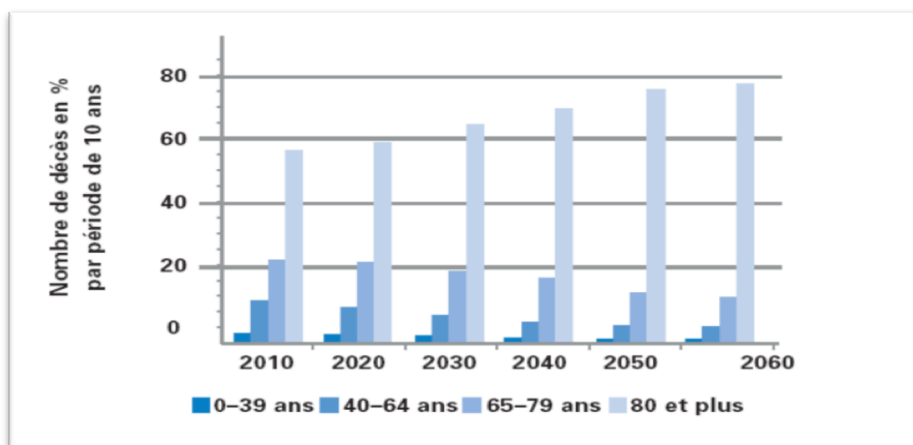
2. LA PROBLÉMATIQUE

2.1. Les prévisions épidémiologiques

Les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) mettent en évidence une augmentation de l'espérance de vie et donc un vieillissement de la population. Les chiffres prévisionnels annoncent un doublement de la population des plus de 60 ans entre 2000 et 2050, cette proportion passant ainsi de 11% à 22% de la population totale ; il est envisagé que le nombre de personnes âgées qui perdront leur autonomie quadruplera d'ici 2050.

En Suisse, l'évolution démographique pose aussi un défi pour les années à venir, le nombre de décès par an se chiffrant aujourd'hui à 60'000, l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) estime qu'il augmentera de 50% d'ici à 2050 (OFS et CDS, 2010).

Selon les prévisions de cet office, la pyramide des âges actuelle de la population se modifiera avec, selon le scénario moyen prévu, une part des personnes de 65 ans et plus dans la population qui passera de 17% en 2010 à 28% en 2060 (OFS, 2010). Ainsi la proportion des aînés qui mourront au-delà des 80 ans augmentera drastiquement (voir graphique ci-dessous).



Tiré de : Office fédéral de la statistique (2010)

Figure 1. Evolution des décès par âge 2010 - 2060

Le système de santé suisse doit donc se préparer à une complexité croissante de la prise en soins des personnes âgées voire très âgées ; se pose donc la question de la qualité de vie de ces personnes. En effet, il existe une corrélation entre l'âge et la maladie (OMS, 2016), alors que le vieillissement de la population impliquera une augmentation des

maladies chroniques et donc une demande accrue en matière de soins, qu'ils soient curatifs et/ou palliatifs. Cette évolution nécessitera une prise en charge renforcée et adaptée afin de répondre aux besoins de soins tant quantitatifs que qualitatifs de cette population.

Parmi les maladies chroniques à forte prévalence, l'une des principales est le cancer. Celui-ci est l'une des premières causes de décès en Suisse. Chez l'homme, le cancer de la prostate arrive en tête des statistiques, alors que chez la femme il s'agit du cancer du sein (liguecancer.ch, 2016).

Les traitements sont nombreux et sont le plus souvent combinés entre eux pour une meilleure efficacité (principalement chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie). Ces derniers, bien que pouvant guérir le cancer ou au moins en ralentir la progression, sont très agressifs pour l'organisme et peuvent induire de nombreux symptômes associés indésirables tels que la douleur, la fatigue, la nausée et d'autres impliquant souvent une souffrance liée à une expérience de maladie évolutive potentiellement mortelle (liguecancer.ch, 2016).

Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), le nombre de patients en soins palliatifs devrait augmenter d'un tiers avec la hausse prévue des décès annuels et des maladies chroniques au cours des vingt prochaines années. Ainsi le besoin en soins palliatifs va considérablement croître ces prochaines années (OFSP et CDS, 2010). Ces données soulignent ainsi les besoins accrus, dans les années à venir, d'un développement d'approches de soins visant à améliorer la qualité de vie de ces personnes et la nécessité de renforcer les soins palliatifs.

2.2. Les soins palliatifs

Selon l'OMS, les soins palliatifs

« (...) améliorent la qualité de vie des patients et des familles confrontés à une maladie engageant le pronostic vital, en soulageant les douleurs et les symptômes, en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil » (OMS, Soins palliatifs, 2016).

Ainsi, les soins palliatifs ont pour but de soulager la douleur et les autres symptômes négatifs ; ils soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne

visant ni à la précipiter ni à la différer. Ils intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins au patient et offrent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès (OFSP, Les bases des soins palliatifs, 2016). Dans l'idéal, ils sont mis en œuvre précocement au cours d'une maladie chronique évolutive, en conjonction avec d'autres thérapies visant parfois à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Les soins palliatifs visent donc à éviter la souffrance, et contrairement aux soins curatifs, s'intéressent principalement à la qualité de la vie, et non à sa quantité ; ils peuvent ainsi influencer positivement sur le cours de la maladie (Palliative.ch, 2014). Ces soins peuvent être effectués à l'hôpital, en institut spécialisé tout comme à domicile. Par définition, les soins palliatifs peuvent toucher tout type de population, indépendamment des critères d'âge, de sexe, de nationalité ou autre. De plus, ils peuvent mettre à contribution l'ensemble des professions de la santé, voire d'autres intervenants. Un des aspects importants des soins palliatifs est qu'ils incluent les proches, en offrant un système d'accompagnement pour les aider à faire face pendant la maladie du patient (Mazzocato et al., 2010) et au cours de la période de deuil.

Au Moyen-Âge déjà, des hospices accueillait des personnes malades ou mourantes. En 1967 Cicely Saunders, infirmière et médecin, repris cette tradition et fonda le St. Christopher's Hospice à Londres. Elle devint la fondatrice du mouvement palliatifs moderne. D'un point de vue historique en Suisse, nous pouvons constater que la notion-même de soins palliatifs a évolué ces dernières décennies. En 1970, la Suisse commence à se sensibiliser aux soins palliatifs grâce aux conférences de la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross et plusieurs associations de bénévoles en Suisse-Alémanique ont dès lors fait leur apparition afin d'apporter l'aide nécessaire aux personnes en fin de vie (Palliative.ch, 2014). Le Docteur Charles-Henri Rapin, médecin gériatre de formation, est l'un des pionniers en Suisse et en Europe en matière de soins palliatifs. Il créa le Centre de soins continus des Hôpitaux Universitaires de Genève (CESCO) en 1983 et a défendu pendant sa carrière une approche humaniste de la personne malade. En 1988, la Société Suisse de Médecine Palliative fût fondée afin de créer un réseau national et interdisciplinaire. Par ailleurs, cette dernière permet encore aujourd'hui l'information, la formation ainsi que la sensibilisation à ces soins dans le réseau des soins palliatifs en Suisse (Palliative.ch, 2014).

En 2010, une stratégie nationale d'une durée de six ans (2010-2015) a été élaborée afin de promouvoir les soins palliatifs et de répondre aux attentes de la population concernée.

L'une des bases de cette stratégie vise à ce que les personnes aient une fin de vie aussi agréable que possible, et les différents aspects principaux qui y sont traités sont les soins, le financement, la sensibilisation, la formation, la recherche et le bénévolat (Directives nationales concernant les soins palliatifs, OFSP et CDS, 2010).

Les soins palliatifs, contrairement aux soins curatifs, visent à améliorer la qualité de vie et diminuer les symptômes. La souffrance totale ressentie par ces personnes comprend les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. La prise en charge doit donc inclure les proches aidants et être traitée d'un point de vue holistique, c'est pourquoi les soins palliatifs peuvent faire appel à toutes sortes de thérapies autres que médicamenteuses ou classiques afin de s'adapter aux besoins de la personne (Mazzocato et al., 2010). Cette prise en soins optimisée pourra ainsi conduire à une amélioration du confort et de la qualité de vie. Parmi les thérapies possibles, les approches psychocorporelles sont de plus en plus appréciées par les personnes qui souffrent d'une maladie évolutive potentiellement mortelle (Blanchon, 2014); en effet ces thérapies privilégient le bien-être de la personne et peuvent facilement être intégrées aux soins, sans risque d'interaction délétère avec la prise en charge médicale.

Le concept de souffrance totale, ou « total pain », est l'un des concepts-clés des soins palliatifs. Il a été théorisé par Cicely Saunders en 1967 (Fawcett, 2013): « la douleur totale, c'est la douleur morale, physique, spirituelle et sociale ». Ces différents aspects peuvent être observés chez des patients en soins palliatifs tout comme chez des patients atteints de cancer. Cela peut également toucher leurs proches.

La douleur physique peut être une douleur somatique, liée à la maladie elle-même ou aux traitements administrés (Marieb & al., 2010), mais également à l'altération de l'image corporelle (amaigrissement, faiblesse, fatigue, etc.). La douleur psychologique ou morale peut passer par la peur de la maladie, de mourir et de laisser les être chers ou même d'être un poids pour eux. Elle passe par un deuil de sa vie d'avant, par l'appréhension et l'incertitude de la suite de sa vie. La douleur sociale concerne principalement le rôle de la personne atteinte dans son entourage et peut concerner le changement de rôle familial, social, de l'emploi ainsi que la peur de l'exclusion liée à la maladie. Le changement de relation avec le conjoint peut par ailleurs être particulièrement difficile à appréhender (Richard, 2009). Finalement, la douleur spirituelle concerne le sens donné à la vie et peut conduire à une introspection difficile à vivre. Dans ce cadre se posent les questions des croyances de l'au-delà et de la religion.

On peut constater que tous les aspects de la souffrance totale peuvent interagir entre eux et donc avoir une influence réciproque. Les patients vont donc devoir mobiliser au maximum leurs compétences de coping et de résilience afin de faire face à cette épreuve, de même que leurs proches (Naoufal, 2015). Le soignant peut être un accompagnateur précieux dans ces démarches, particulièrement en soins palliatifs, où l'approche de la fin de la vie peut se faire sentir (Mazzocato et al., 2010)

Comme le met en exergue Richard (2009, p. 150-152), la maladie engendre chez la personne atteinte de multiples souffrances et « apparaît comme une rupture d'équilibre, une déchirure du cours de la vie, une remise en cause personnelle ». Le malade est éprouvé par la douleur, aiguë et/ou chronique, qui lui rappelle constamment sa maladie et par l'altération de son image corporelle causée par la maladie ou par les séquelles des traitements.

Les soins palliatifs mettent en œuvre les actions nécessaires pour pallier à la douleur physique, qui parfois peut céder rapidement quand le traitement est adapté, ce principalement par le biais de substances médicamenteuses telles que la morphine et autres opiacés et se réfèrent principalement aux palliers de la douleur décrits par l'OMS (soins-infirmiers.com, 2008). Les conséquences psychologiques et morales de la maladie peuvent être lourdes, telles que l'inquiétude et l'incertitude face à l'avenir, l'humiliation de la dépendance, la vulnérabilité que confèrent un état de faiblesse et la peur de l'abandon, en plus de la mise en question du sens de la vie avec son cortège de doutes, de révoltes, de peurs (de la séparation, de laisser les survivants, des circonstances de la mort, de souffrir, etc.) (Richard, 2009).

S'il n'y a pas de solution miracle ou de médicament permettant de pallier à tous ces générateurs de souffrance, la prise en charge holistique est la base d'une prise en soin qui peut s'avérer bénéfique. Blanchon (2014, p.39) mentionne que les approches psychocorporelles favorisent non seulement le confort, mais également « la rencontre, la communication et les transmissions autour de la prise en soins du patient et des proches ». Cette auteure met en avant que le massage qu'elle pratique dans ses soins ouvre aussi bien les patients, leurs proches que les soignants à une conscience apaisée de la maladie.

2.3. Le massage

Il existe différents types de massage, dont l'intensité en matière de pression sur le corps et de durée peuvent varier et qui peuvent concerner des parties du corps différentes ou le corps entier (massage traditionnel ou suédois, massage des pieds, des mains, massage léger etc.) (Cassileth et al., 2004). Le massage permet aux soignants de donner du sens à leur profession et de replacer la relation humaine au cœur du soin dans toute sa simplicité, lui donnant une authenticité et une bienveillance chère au domaine des soins palliatifs (Blanchon, 2014). Il peut être aussi un moyen de communication pour la famille, à qui la gestuelle peut être transmise par les soignants, ce qui serait également un moyen de faire participer la famille à la prise en soins de leur proche (Savatofski, 2009).

Le massage peut être appliqué dans les soins palliatifs afin de soulager des symptômes physiques et/ou psychiques causés par la maladie. Il peut accorder au patient un moment de détente et permettre de ne plus se focaliser sur la douleur (Blanchon, 2014). Le massage peut être « bénéfique pour les personnes âgées non seulement car il soulage leurs douleurs, mais aussi par la protection et le maintien de leur bien-être global » (Trombley et al., 2003, p. 98). Il est une approche, une façon de faire et d'être du soignant dans la communication et dans l'accompagnement du soin. Il peut généralement être prodigué au long de la prise en soins du patient et ce jusqu'à la fin de sa vie, sauf contre-indication médicale spécifique (Savatofski, 2009). Finalement, le sens du toucher peut devenir en soins palliatifs le seul sens et lien direct entre le soignant ou les proches et le patient, et peut d'ailleurs être le dernier sens à s'éteindre (Blanchon, 2014).

3. LE CADRE THÉORIQUE

3.1. La théorie du confort selon K. Kolcaba

Dans le cadre de ce travail, il est nécessaire d'appuyer la réflexion sur une théorie de soins infirmiers qui puisse mettre en valeur les concepts développés en amont tout en apportant un éclairage adapté à une prise en soins palliative en lien avec la notion de souffrance totale et de soulagement de cette dernière. Pour ce travail, il a été choisi de faire référence à la théorie intermédiaire du confort de la théoricienne Katharina Kolcaba. L'usage d'une théorie intermédiaire est d'autant plus appropriée car elle concerne une tranche de la population définie, dans un état de santé spécifique et un contexte précis (Fawcett, 2013). Pour élaborer sa théorie, Kolcaba a effectué une analyse de la notion de confort en examinant la littérature de plusieurs disciplines : les soins infirmiers, la médecine, la psychologie, la psychiatrie et l'ergonomie (Naoufal, 2013).

Cette auteure a identifié trois types de confort : le soulagement, la facilité et la transcendance. Le soulagement est l'absence d'inconfort spécifique vécu auparavant, dans le sens du soulagement de l'inconfort vécu. Un inconfort courant mentionné étant la douleur, qui peut être d'intensité variable. Kolcaba définit la douleur comme un inconfort multidimensionnel incluant des composants sensoriels, cognitifs et affectifs (Fawcett, 2013). La facilité est considérée comme un état confortable de contentement. La transcendance est considérée comme l'état de confort dans lequel les patients sont capables de s'élever au-dessus de leurs défis (Naoufal, 2013). Le confort du patient peut donc aller croissant en passant d'un stade de confort à l'autre selon Kolcaba.

On peut ici faire le lien entre le confort et les quatre axes du concept de la souffrance totale développé par Cicely Saunders. La douleur est une sensation spécifique dans le corps qui « fait souffrir » à différents degrés d'intensité. La douleur est souvent un détracteur significatif du confort. Kolcaba met en évidence que celui-ci peut être influencé par des facteurs inhérents à quatre contextes: physique, psycho-spirituel, socioculturel et environnemental (Naoufal, 2013). La combinaison des trois comforts avec les quatre contextes selon Kolcaba permet de créer une structure taxinomique que l'on pourrait assimiler au tableau suivant pour orienter une prise en soins selon cette théorie:

Tableau 1. Structure taxinomique selon Kolcaba

	Soulagement	Facilité	Transcendance
Physique			
Psycho-Spirituel			
Socioculturel			
Environnemental			

Kolcaba mentionne dans sa théorie que le confort est un terme global dans lequel la gestion efficace de la douleur a une place significative. La théoricienne fait mention d'intensificateurs de la douleur tels que l'anxiété, la peur, la colère, la solitude et l'impuissance (Fawcett, 2013). Ainsi, pour remplir sa mission de gestion efficace de la douleur et de l'amélioration du confort, l'infirmière doit déterminer quels stimuli causent ou pourraient causer ces symptômes négatifs qui empirent l'état de confort puis intervenir de manière appropriée.

L'idée des intensificateurs illustre combien il est important pour l'infirmière de prendre en soin le confort holistique des patients, car il s'agit du « chemin pour atteindre la gestion de

la douleur la plus efficace. La douleur et le confort sont intimement liés, si le confort est amélioré, la douleur diminue » (Kolcaba, 2003, p.161).

3.2. Les métaconcepts selon la théorie du confort de K. Kolcaba

Selon Kolcaba, les quatre métaconcepts de la science infirmière sont décrits comme suit :

La personne

Les patients peuvent être considérés comme des individus, des familles, des institutions ou des communautés qui ont des besoins de soins de santé (Fawcett, 2013). En lien avec ce travail, la personne sera un adulte en situation de soins palliatifs et/ou atteint de cancer. Sa famille et ses proches aidants peuvent être inclus dans cette définition (Vendlinski et al., 1997). Kolcaba précise que le soignant a pour rôle ici d'améliorer également les conditions d'exercice de la personne soignante.

Le soin

Les soins infirmiers sont décrits comme le processus d'évaluation des besoins en matière de confort du patient, ainsi que les gestes intentionnels qui en découleront ayant pour but de répondre à ces besoins. Kolcaba souligne que cette évaluation peut être soit objective (observation de la cicatrisation des plaies par exemple) ou subjective (voir si le patient est à l'aise) (Naoufal, 2013). Pour ce travail, le soin regroupera à la fois une évaluation de l'état de souffrance objectif et subjectif du patient par le soignant, mais également un soin à visée de confort, ici le massage. Ce soin sera alors actif.

La santé

La santé est considérée comme un fonctionnement optimal pour le patient, le groupe, la famille ou la communauté. Le fonctionnement optimal ne signifiant pas ici un bon état de santé du patient mais plutôt une optimisation du meilleur état de confort physique et émotionnel du patient, plus particulièrement d'un point de vue antalgique et du confort (Kolcaba, 2003). Cet état de santé prend en compte non seulement les besoins estimés par le soignant, mais également ceux exprimés par la personne.

L'environnement

Ce métaconcept comprend tout aspect environnemental du patient, de la famille ou de l'institution. Le patient en situation de soins palliatifs pourra aussi bien se trouver en institution spécialisée, à l'hôpital ou à domicile. Le présupposé de ce travail se base sur le fait que le patient, peu importe l'endroit où il se trouve, bénéficie d'un suivi régulier en

soins palliatifs de la part d'un soignant. Naoufal (2013) précise que l'environnement inclut tout ce qui peut être influencé par le patient, par les proches ou par le soignant lui-même (ergonomie par exemple).

Ainsi, les symptômes négatifs constatés en soins palliatifs, par exemple dans le cas d'un cancer à un stade avancé, tels que douleur, nausée, fatigue, anxiété, dépression peuvent être abordés dans la perspective de la théorie du confort de Kolcaba. En effet, le soulagement de l'un ou de plusieurs de ces symptômes améliore le confort et le bien-être de la personne et donc s'inscrivent dans l'optique du soulagement de la souffrance totale, d'un point de vue physique, psychologique, social et/ou spirituel. Kolcaba mentionne dans ses assomptions que l'amélioration du confort renforce l'empowerment du patient dans sa situation de santé (Kocaba, 2003).

Le but de ce travail est de faire le lien entre les effets potentiels du massage sur le confort de la personne et l'ancrage théorique des actions de soins infirmiers. Cette théorie se base notamment sur les besoins du patient en termes de qualité de vie et les possibilités de soins infirmiers y-relatifs. Elle peut être adaptée à tous les contextes de soins ou groupes d'âge, que ce soit dans une résidence, un hôpital, une communauté, en ambulatoire ou indépendamment du pays (Peterson & Bredow, 2009).

3.3. La question de recherche

Au vu du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques telles que le cancer et des besoins croissants en soins palliatifs, la question de la qualité de vie des personnes concernées se pose. Les approches thérapeutiques traditionnelles étant surtout dépendantes de la prescription médicale, il est important de se poser la question des actions infirmières autonomes pour augmenter le confort de la personne en soins palliatifs. Le massage peut être une thérapie complémentaire au traitement classique, il faut cependant déterminer quel serait son impact sur le patient et sur ses symptômes, en inscrivant les réflexions et les analyses dans une théorie de soins infirmiers.

La question de recherche de ce travail s'articule comme suit :

Chez les personnes atteints d'un cancer en soins palliatifs, quels sont les effets du recours au massage sur la qualité de vie et le confort?

4. LA MÉTHODE

Afin d'entreprendre des recherches pertinentes, il est important de se baser sur des outils de méthodologie. Pour ce travail, la première étape de recherche a consisté à poser l'outil de recherche PICO afin de décomposer les concepts-clés du sujet et de permettre une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données.

Tableau 2. Terminologie PICO utilisée pour la recherche.

P	Patient	Patients adultes atteints de cancer
I	Intervention	Massage
C	Contexte	Soins palliatifs
O	Outcome/résultat	Qualité de vie / Confort

4.1. Les sources d'information et stratégies de recherche documentaire

Pour ce travail, les recherches ont été effectuées sur plusieurs bases de données :

- CINAHL, qui est axée sur le domaine des sciences infirmières, de l'éducation et du comportement
- PUBMED, qui est axée sur le domaine médical et biomédical
- GOOGLE SCHOLAR, base de données scientifique plus générique que les précédentes

Il est important de préciser que certains articles ont été trouvés avec une base de données, mais étaient disponibles en leur version intégrale en passant par une autre base de données. Les recherches ont été commencées sur CINAHL et il a ensuite été constaté que ces articles étaient également tous disponibles qui plus est gratuitement dans leur version intégrale sur GOOGLE SCHOLAR.

Par ailleurs, certains des articles sélectionnés ne correspondent pas à la méthodologie traditionnellement utilisée et font partie de ce qui s'appelle la littérature grise. Ce sont des articles trouvés dans les bibliographies et références d'autres articles ou ouvrages consultés pendant les recherches ou grâce aux suggestions automatiques des bases de données susmentionnées.

Pour ce qui est des mots-clés et Mesh terms, les trois items principaux sont les suivants :

Mots-clés :	Massage	Soins palliatifs	Cancer
Mesh Terms :	Massage	Palliative Care	Cancer

Les critères d'inclusion pour la recherche d'études sont:

- Etudes faites entre 2000 à aujourd'hui
- Articles écrits en français ou en anglais
- La notion de soulagement d'un ou de plusieurs symptômes négatifs est obligatoire, mais ces symptômes peuvent être variables (douleur, anxiété, nausée, dépression etc.) *Ces critères n'ont pas été inclus dans les Mesh terms car pouvaient varier, mais ont été primordiaux dans l'analyse par le titre ou par l'abstract*
- L'étude doit analyser l'effet du massage sur la qualité de vie et/ou sur le confort ou sur des symptômes négatifs qui peuvent l'influencer (« massage TI »)
- La population est adulte, en soins palliatifs et/ou stade de cancer
- Les lieux de suivi sont indifférents (hôpital, domicile ou autre)

Les critères d'exclusion sont :

- Les thérapies complémentaires autres que le massage (aromathérapie, réflexologie, hypnose, acupuncture, etc) sauf en cas de groupe interventionnel différent (étude comparative)
- Les populations pédiatriques ou incluant des patients en âge pédiatrique

4.2. Le diagramme de flux

Le diagramme de flux présenté ci-dessous met en évidence la sélection de recherches initiales lors du début de la rédaction de ce travail de Bachelor et l'identification finale des articles retenus.

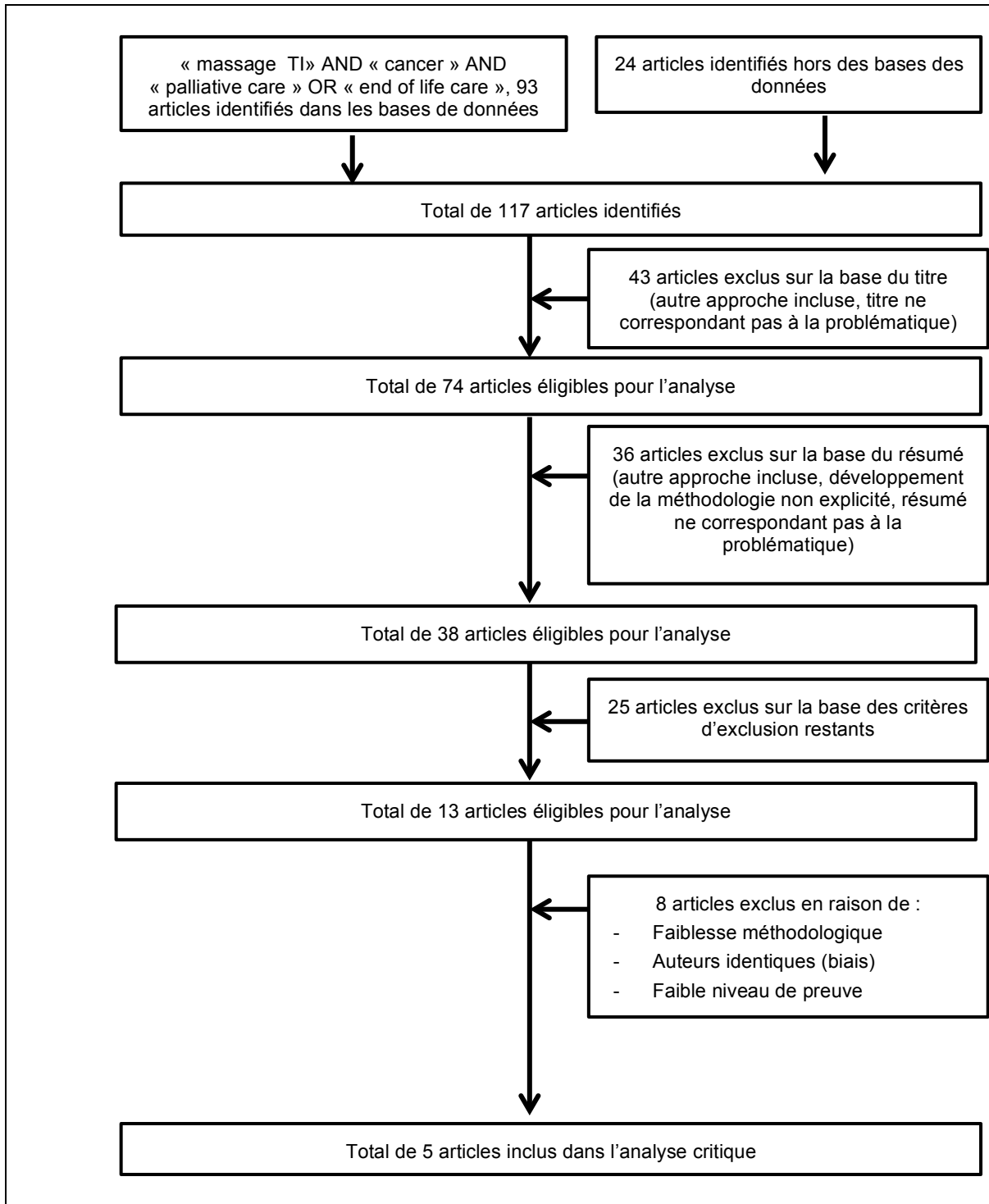


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.

5. LES RÉSULTATS

Sur les cinq articles retenus, quatre sont des études avec devis quantitatifs et une avec un devis qualitatif. Les pays concernés par les études sélectionnées sont variés (Taiwan, Etats-Unis, Australie, Suède), ce qui va dans le sens d'une pratique du massage universelle et non dépendante de la culture des patients et des soignants.

Les articles seront présentés dans un premier temps sous forme narrative en évoquant les auteurs, le devis, le but de l'étude, la méthode et les résultats, puis dans un deuxième temps ils seront développés dans un tableau récapitulatif qui donnera des éléments descriptifs plus précis et qui permettra une comparaison en fonction de leurs principaux éléments.

5.1. L'analyse critique des articles retenus

L'étude menée par **Beck et al.** (2009) est descriptive et qualitative. Elle cherche à comprendre comment les gens atteints d'un cancer en phase terminale ressentent le massage en unité de soins palliatifs. Elle a été réalisée sur huit patients adultes hospitalisés ou suivis dans un établissement spécialisé en soins palliatifs pendant une année. Cette étude qualitative se base sur des interventions de massage de 20 minutes, deux à trois fois par semaine. Les massages ont été effectués sur les mains et les pieds, et consistaient en des mouvements circulaires, doux et répétés. La collecte des données s'est effectuée via des entretiens effectués par l'auteure principale (Beck) d'environ 40 minutes basés sur des questionnaires. Finalement les retranscriptions des entretiens ont été mises en forme de texte pour en faciliter l'analyse sous forme de trois thèmes principaux : la dignité, le sentiment de liberté et le sentiment de légèreté dans le temps et l'espace vécu. Les écrits ont mis en évidence les ressentis du présent, des souvenirs du passé ainsi que les pensées concernant le futur.

Les résultats de cette étude mettent également en évidence un sentiment de réassurance, de paix et d'espoir ressentis par les participants, pendant et après le massage. Les principales limites de cette étude se trouvent dans le faible nombre de participants (huit personnes). Les auteurs concluent que les massages nécessiteraient d'être intégrés à la prise en soins palliative.

Les auteurs **Cassileth et al.** (2004) ont effectué une étude quantitative descriptive corrélationnelle visant à évaluer l'effet du massage sur la douleur, le stress, l'anxiété, la

nausée et la dépression chez les personnes (N=1290) atteintes d'un cancer. Ces patients pouvaient être hospitalisés dans un centre spécialisé d'oncologie ou alors affiliés à celui-ci pour un suivi de leur maladie. Sur une période totale de trois ans, trois types de massage à choix (standard ou suédois, léger et des pieds) étaient proposés aux patients et administrés trois ou quatre fois par patient, soit pendant 20 minutes pour les patients hospitalisés, soit pendant 60 minutes pour les patients non hospitalisés. La collecte des données a été effectuée via des échelles numériques des différents symptômes, 5 à 10 minutes avant et après l'intervention, puis l'analyse des résultats a été effectuée via une analyse de statistique de la covariance (ANCOVA).

Cette étude a mis en évidence une réduction notable et immédiate des symptômes observés : 40% pour la fatigue, 52% pour l'anxiété et 40% pour la douleur. Les auteurs ont mis en avant l'aspect non invasif et sans effet secondaire de cette thérapie. Ils ont également mis en exergue les différences de résultats entre les différents types de massages étudiés, le massage standard et le massage léger ne différant par dans leurs résultats alors que le massage léger a une efficacité supérieure au massage des pieds. Les effets à moyen terme (2h à 5h pour les patients hospitalisés, 24h à 48h pour les patients non hospitalisés) n'ont pas été montrés de différences significatives. Finalement, les effets à plus long terme de la thérapie du massage n'ont pas été évalués. En conclusion, les auteurs constatent que le massage est apprécié par les bénéficiaires et aide à réduire momentanément les symptômes observés lors d'un cancer.

Les auteurs **Jane et al.** (2009) ont mené une étude quantitative pilote descriptive corrélationnelle et de faisabilité visant à examiner l'effet du massage sur la douleur, l'anxiété et la relaxation chez des patients adultes (N=30) hospitalisés dans un centre d'oncologie pour un cancer métastatique des os. L'intervention se basait sur un massage du corps entier d'une durée de 45 minutes. Les instruments utilisés furent l'échelle visuelle analogique pour la douleur et la nausée, la tension artérielle et la fréquence cardiaque concernant l'état de relaxation des patients. Le premier jour, les patients participants à l'étude ont reçu les explications concernant le protocole et les mesures concernant les symptômes observés ont été relevées. Le deuxième jour, le massage a été prodigué, et les mesures des symptômes reprises, ainsi que les perceptions ressenties par les patients vis-à-vis du massage reçu. Le troisième et dernier jour, les dernières mesures post-intervention ont été effectuées, ainsi que des contrôles médicaux de sécurité visant à écarter tout effet délétère.

Les résultats montrent une amélioration de la relaxation physiologique ainsi que du ressenti de la douleur, cela à court et moyen terme (de 20 minutes à 48h après l'intervention). Aucun suivi à long terme n'a été effectué. Toutefois, l'étude a éliminé les patients présentant des contre-indications médicales au massage, comme une chirurgie récente ou une infection; elle ne précise pas comment le massage a abordé les parties du corps qui pouvaient être plus sévèrement touchées par le cancer et si des mobilisations ont été faites. Le pays concerné n'ayant pas de reconnaissance professionnelle pour le massage thérapeutique, c'est donc l'auteure principale de l'étude (Jane, infirmière PhD) qui a prodigué tous les massages, ce qui évite un biais concernant différents intervenants. Cependant, les résultats concernant la faisabilité de cette pratique se basent sur les dires des patients et non sur des données objectives. De plus, aucun groupe témoin ne permet d'évaluer les apports thérapeutiques du massage. Les auteurs suggèrent d'associer le massage au traitement pharmacologique habituel afin d'obtenir une prise en soins optimale, sauf en cas de contre-indication médicale.

Les auteurs **Smith et al.** (2002) ont mené une étude quantitative quasi-expérimentale randomisée contrôlée visant à examiner l'effet du massage sur la perception de la douleur, la qualité subjective du sommeil ainsi que sur les symptômes de l'anxiété et la dépression sur un public adulte (N=41) atteint de cancer et hospitalisé dans un centre d'oncologie pour un traitement de chimio et/ou de radiothérapie. Leur intervention s'est basée pour le premier groupe sur trois massages suédois de 15 à 30 minutes pendant une semaine, séparés d'au moins 24h et à des moments différents sur la journée, alors que pour le deuxième groupe un entretien interactif de 20 minutes avec une infirmière était organisé. La collecte des données s'est faite sous forme de questionnaires concernant le ressenti des patients à deux moments différents de leur hospitalisation (à la première nuit passée à l'hôpital, et sept jours après l'admission). L'analyse s'est faite via une analyse de statistique de la variance (ANOVA).

Les résultats de leur étude montrent un impact positif du massage sur les symptômes observés par rapport à la simple interaction avec l'infirmière, qui elle n'aurait un impact que sur l'anxiété de la personne. Selon les auteurs, des massages plus réguliers et sur un plus long terme permettraient de meilleurs résultats, l'étude se basant sur une durée d'une semaine avec trois massages répartis dans ce laps de temps. Cet article a toutefois des limites en ce qui concerne la population étudiée, s'agissant principalement d'hommes (95% du public, soit 39 personnes sur 41), le transfert des résultats sur les femmes pourrait être influencé.

Les auteurs **Grealish et al.** (2000) ont mené une étude quantitative quasi-expérimentale et de faisabilité et visant à mesurer les effets du massage des pieds sur l'état de relaxation des patients, sur la douleur et la nausée. Cette étude observait ces symptômes sur des patients adultes (N=87) atteints de cancer et hospitalisés. Durant trois jours, deux massages des pieds (5 minutes par pied) et une session contrôle ont été effectués par une infirmière, dans un environnement calme (porte fermée, lumière faible, rideaux tirés et le maximum de nuisance évité). La session contrôle se faisait dans le même environnement et mêmes conditions que le massage, mais sans cette intervention. Les participants ont toutefois été amenés pendant la session contrôle à rester alités avec une activité calme (lire ou regarder la télévision pour la plupart). Les instruments utilisés ont été l'échelle numérique (0-100) pour la douleur, la nausée, la relaxation, et la fréquence cardiaque pour une mesure plus objective de la relaxation. Ces mesures ont été effectuées en pré- et post-intervention (environ 20-30 minutes après le massage).

Les résultats, basés sur l'analyse de la variance (ANOVA) montrent une amélioration significative des symptômes observés, indépendamment du genre des participants. La douleur est significativement améliorée, de même que la nausée. La relaxation, mesurée par un score sur l'échelle numérique et par la mesure du pouls, est également significativement améliorée en post-intervention. L'étude reconnaît toutefois ne pas avoir pris en compte les traitements médicamenteux pouvant avoir un effet sur les symptômes observés. Les auteurs mettent en avant une recommandation d'introduction de la méthode de massage des pieds régulière et un retour verbal unanimement positif de la part des participants et des soignants.

5.2. Le tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Le tableau suivant présente de manière synthétique les différents aspects mentionnés ci-dessus concernant les articles retenus et analysés, à savoir: le noms des auteurs, l'année et le pays où l'étude a été conduite, le type d'étude et de population, le but de l'étude, l'intervention, la méthode, les instruments de mesure, les principaux résultats et les limites principales de ces articles.