

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE  
DE NANCY

**LE MASSAGE POUR SOULAGER  
LES DOULEURS CHRONIQUES  
DE LA PERSONNE AGEE**

**- ETUDE QUALITATIVE -  
REALISEE EN INSTITUTION**

Mémoire présenté par **Sylvie HENRY**  
étudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Masseur-Kinésithérapeute.  
2009-2010

# SOMMAIRE

RESUME	Page
1. INTRODUCTION .....	1
2. APPROCHE SOMATIQUE .....	2
2.1. Les effets antalgiques du massage .....	3
2.2. Le vieillissement du système nociceptif .....	4
3. APPROCHE PSYCHO-SOCIALE .....	6
3.1. L'image du corps dans la vieillesse .....	6
3.2. Le sentiment d'existence .....	7
3.3. L'effet placebo .....	7
4. MATERIEL ET METHODE .....	8
4.1. Les questionnaires d'évaluation de la douleur .....	9
4.2. Les modalités de prise en charge .....	13
4.3. Les protocoles de massage : positions et particularités loco-régionales ...	14
5. RESULTATS .....	18
5.1. Présentation des résultats .....	18
5.2. Analyse statistique .....	24
6. DISCUSSION .....	25
7. CONCLUSION .....	30

BIBLIOGRAPHIE

AUTRES REFERENCES

ANNEXES

## RESUME

Jugé peu efficace, chronophage et difficile à mettre en œuvre en chambre, le massage est délaissé lors de la prise en charge de la douleur au sein d'institutions pour personnes âgées.

Il s'agit dans cette étude d'évaluer la douleur par l'établissement d'un questionnaire puis de proposer une prise en charge massothérapeutique accessible, tout en soulignant l'importance de son aspect psycho-social. Dans ce but, un groupe de douze personnes âgées, présentant des douleurs chroniques et vivant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), a accepté de participer à cette étude.

Les résultats révèlent une globale atténuation des douleurs sans pouvoir prouver l'exclusivité de l'efficacité des massages. La capacité d'adaptation du thérapeute ainsi que l'implication du patient dans son traitement sont des conditions essentielles à ce soulagement.

## MOTS CLEFS

Douleur chronique

Gériatrie

Massage

## 1. INTRODUCTION

L'incidence de la douleur augmente avec l'âge (4) et pour beaucoup, vieillissement et douleurs sont associés avec une certaine fatalité. De ce fait, la douleur est souvent méconnue (16), négligée voire méprisée (27). De plus, la nature subjective de la douleur et l'hétérogénéité de la population âgée (23) (37) induisent la complexité de la prise en charge, souvent insuffisante ou inadaptée.

La douleur s'articule autour de quatre composantes fondamentales : sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale. Ainsi, un stimulus nociceptif déclenche une cascade d'événements physiologiques conduisant à l'intégration des informations au niveau cérébral, codant pour les différents aspects de la douleur. La sensation douloureuse qui en résulte, ainsi que son expression comportementale, dépend de la situation psychologique de l'individu, de sa personnalité, son environnement (affectif, socio-culturel, ethnologique, religieux...). Certaines perturbations de ces aspects peuvent être à l'origine du prolongement dans le temps de la douleur. Elle perd alors sa signification de signal d'alarme pour évoluer vers un véritable syndrome chronique, défini objectivement par une persistance au-delà de 3 mois (36), mais qui dépend principalement de la capacité d'adaptation du sujet à cette situation (9). La détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles qui en résulte, affectant la qualité de vie (22), laisse le plus souvent le thérapeute désarmé, là où l'apport de la recherche n'en est encore qu'à ses balbutiements (3) (35) (7).

Plusieurs étiologies physiques sont souvent responsables auxquelles s'ajoutent des perturbations affectives (deuils successifs, modification du corps, solitude, etc.), et l'abandon

du domicile par l'entrée en institution (20), d'où la difficulté pour l'équipe soignante de distinguer l'implication de chaque part, et donc adapter au mieux les traitements (27).

Comment le massage influence-t-il la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée vivant en milieu institutionnel ?

Un questionnaire est réalisé non pas pour établir un diagnostic, mais afin d'évaluer la plainte du sujet au niveau de différentes composantes de la douleur, indispensable pour ajuster la prise en charge et apprécier l'efficacité du traitement proposé (4).

Chaque être vieillissant est singulier, d'où la difficulté d'uniformiser la prise en charge. La réalisation de cette étude qualitative requière une adaptation à chaque personne suivie, permise par une liberté de choix des modalités de la part du patient, dans la mesure du possible et tout en respectant une rigueur thérapeutique.

En parallèle, une réflexion vis-à-vis du mécanisme d'action de la massothérapie, dans le domaine de la gériatrie, est proposée afin d'anticiper l'approche thérapeutique choisie ici.

## 2. APPROCHE SOMATIQUE

La persistance de la douleur accentue les signes considérés, générant eux-mêmes d'autres complications pouvant aboutir à un tableau d'immobilisation progressif et irréversible. Le taux de morbidité et de mortalité est augmenté par le biais de l'activation du système sympathique, les hormones associées au stress pouvant aggraver une insuffisance ou

une arythmie cardiaque et majorer les processus de catabolisme. L'anorexie est souvent provoquée par la douleur, ayant pour conséquence une dénutrition et un affaiblissement. A cela s'ajoutent des troubles du sommeil, potentiellement sources de complications propres (asthénie, diminution de la mobilité, de la vigilance) majorant la perte d'autonomie (27) (22).

### 2.1. L'effet antalgique du massage (13).

La simple action de frotter une zone endolorie après s'être cogné, montre que masser est la solution la plus spontanée pour calmer la douleur. Les fibres de la sensibilité tactile  $A\alpha$  et  $A\beta$ , de gros calibre et fortement myélinisées, ont une vitesse supérieure à celle des fibres  $A\delta$ , peu myélinisées, et C, amyéliniques, de petit diamètre, conduisant le message nociceptif. Leur activation par l'apport d'une stimulation tactile, augmente l'activité des interneurons inhibiteurs, fermant momentanément la porte à la transmission de l'information nociceptive vers les structures supra-spinales (idée associée à une analgésie) (3). Ce contrôle segmentaire par priorisation de la voie rapide est connu sous le nom de «*gate control*» (26).

Le massage, effectué par gestes puissants proches de la douleur, stimulerait l'activation des contrôles inhibiteurs descendants issus du tronc cérébral, et du contrôle nociceptif inhibiteur diffus (CNID), induits par une stimulation nociceptive (3) (11) (24).

Le massage améliorerait le sommeil profond, atténuant de ce fait la douleur, par l'intermédiaire d'une diminution du taux de substance P (12). La dopamine (impliquée dans le plaisir et la récompense (30)) serait à l'inverse augmentée (15).

Le massage permet détente et relaxation comme l'a montré une étude sur l'effet de pressions glissées, appliquées à la région dorsale, basée sur l'activité électrique du cerveau et mesurée par un EEG (1). Celle-ci diminue chez certains pendant l'application du massage, permettant d'envisager l'application d'autres manœuvres. Dans le cas des douleurs chroniques, la douleur a une composante psychogène, avec un vécu algique mémorisé, d'où l'intérêt relaxant du massage (2), visant la région douloureuse et sa périphérie.

Certains mécanismes demeurent incertains et d'autres restent à explorer (21).

## 2.2. Le vieillissement du système nociceptif

Le vieillissement nociceptif conserve encore de nombreux secrets, du fait de la difficulté des recherches cliniques en gériatrie, et de la distinction entre l'analyse du registre nociceptif et la composante cognitive et émotionnelle de la douleur. Certains éléments sont en faveur d'une «presbyalgie», et d'autres privilégient une «hyperalgie», tous s'accordent dans l'expression de «dysalgies».

Le vieillissement affecterait davantage la myéline, présente au niveau des fibres A $\alpha$ , A $\beta$  du système somesthésique, et A $\delta$  vectrices de l'information douloureuse, que l'axone en lui-même. Un déséquilibre en résulterait avec des fibres C amyéliniques opérantes, et un contrôle segmentaire inhibiteur, ou «*gate control*», défaillant, expliquant en partie l'exacerbation des douleurs.

A l'inverse, la détérioration de la myéline des fibres A $\delta$  entraînerait alors une élévation du seuil sensitif à la suite d'une stimulation nociceptive (18) (19) (exemple de l'infarctus du

myocarde silencieux plus fréquent chez la personne âgée (27)), les douleurs pouvant parfois être rapportées avec une intensité moindre. La réaction est plus tardive, et la discrimination spatiale est moins précise. Cette fragilisation est plus visible au niveau des membres inférieurs où les fibres nerveuses sont plus longues.

Certaines études montrent une diminution de la tolérance à la douleur prolongée, chronique, avec l'âge (31). L'appareil locomoteur, souvent altéré, déclenche des douleurs répétées, qui seraient responsables d'une hyperalgésie centrale.

La douleur chronique devrait intervenir sur les contrôles inhibiteurs descendants et CNID par une activation permanente, mais de nombreux arguments indiquent un fonctionnement plutôt phasique qui pourrait expliquer en partie la moindre efficacité des systèmes analgésiques endogènes et donc la difficulté d'adaptation du sujet âgé à une douleur continue.

Par ailleurs, ces contrôles inhibiteurs étant générés dans leur arc afférent par les voies nociceptives, cette réduction pourrait être expliquée par une diminution de l'influx nociceptif d'entrée. Certaines zones cérébrales contrôlant les systèmes inhibiteurs descendants seraient plus sensibles au vieillissement, tels le cortex frontocingulaire, l'amygdale, le locus cœruleus et les noyaux du raphé.

L'étude du comportement nociceptif à une douleur aiguë expérimentale en fonction du passé douloureux de sujets âgés n'a pas permis de mettre en évidence de lien probant (29), la pratique clinique démentant ce fait lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques où la part du passé affectif y est indissociable.

Dans le cas d'un vieillissement cognitif non pathologique affectant la mémoire épisodique, l'absence d'anticipation vis-à-vis d'une douleur limiterait l'angoisse et diminuerait la réaction



douloureuse. L'atteinte du système limbique diminuerait la réaction émotionnelle. Les modifications du comportement douloureux des sujets âgés dépendraient davantage des modifications des aires associatives plutôt que des systèmes impliqués dans la nociception et l'analyse élémentaire de la douleur.

Ces données indiquent que les effets antalgiques du massage, obtenus dans la population générale, auraient un impact plus modéré sur la personne âgée, les contrôles de la douleur pouvant être défaillants lors du vieillissement.

### 3. APPROCHE PSYCHO-SOCIALE

Une grande souffrance morale résulte de l'absence de soulagement, liée en partie au doute qui s'installe autour de l'authenticité de l'écoute de la part du personnel soignant et de l'entourage, sur l'intérêt qu'ils portent à la douleur, voire sur leur niveau de compétence, d'où un possible «nomadisme médical». Elle peut se traduire par une angoisse, associée à un désir de mort plus ou moins exprimé, des troubles du comportement à type de repli ou, au contraire, d'agitation. Cette souffrance renvoie les soignants à un sentiment d'impuissance vis-à-vis de la douleur aboutissant à une perte d'intérêt pour trouver une solution (27).

#### 3.1. L'image du corps dans la vieillesse.

La dégradation du corps est associée à la «vieillesse», si les domaines de la santé et de l'apparence physique sont abordés (20). L'appréciation positive du corps diminue progressivement en parallèle des pertes fonctionnelles, la personne âgée ne s'attarde donc plus

à ses petits soins quotidiens et délaisse son apparence. Les douleurs surviennent et la passivité vis-à-vis des médicaments antalgiques s'installe. Au contraire, le masseur se préoccupe de ce corps, le place au centre des attentions et stimule ses perceptions, tout en apportant un soulagement, un confort non négligeable. La satisfaction corporelle qui en résulte, sorte de flatterie narcissique, peut être utile pour rendre à l'individu le goût de l'autogestion de ses capacités à faire face à la douleur (5).

### 3.2. Sentiment d'existence.

Ressentir son corps, l'exprimer, est associé à une preuve de vie : *«J'ai gémi toute la nuit, ça me donne l'impression d'exister, d'être encore là...»* [Q]. La douleur est une sensation particulière qui permet d'avoir un effet sur l'entourage qui cherche spontanément à atténuer ce mal, et donc à s'occuper, à prendre soin et à faire exister en retour la personne souffrante. Le massage propose une alternative sensitive, autre que celle de douleur, souvent décrite comme des sensations de chaleur, de détente, de relaxation, et de ressentis agréables... Pour traduire ses impressions, le massé fait appel à l'intégration de tout ce qu'il perçoit durant la séance, mettant en jeu sa propre personnalité et la qualité relationnelle vécue (5) ; il est donc intéressant de prendre un temps après le massage pour lui permettre de s'exprimer.

### 3.3. L'effet placebo

Un placebo (du latin *placere*, plaire) est par définition un témoin de l'activité d'un traitement. La dopamine et les endorphines ont clairement été identifiées comme médiateurs

des effets placebos. Ceux-ci s'accompagnent de modifications semblables à celles observées après administration du traitement, et cela dans les mêmes aires cérébrales (17).

Le taux de réponse le plus élevé est obtenu dans le traitement de la douleur, surtout si elle affecte l'état psychique (17).

Si on interprète l'effet placebo comme un conditionnement pavlovien, il est particulièrement opérant si le sujet a déjà été traité efficacement par le même acte et lorsqu'il ne présente pas de lésions organiques. Sans ce vécu, c'est l'attente positive du patient concernant l'amélioration de son état qui semble être le moteur de l'effet placebo. De plus, le toucher par la main constitue un symbole d'apaisement en établissant un vécu positif. Cette conviction est d'autant plus efficace sur le soulagement qu'elle est partagée avec le thérapeute (17). L'effet placebo dépend également de la qualité de la relation soignant-soigné.

#### 4. MATERIEL ET METHODE

La population choisie pour l'étude est un groupe de douze personnes âgées de 64 à 95 ans, résidentes de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) du *Val de Meuse* située à Neufchâteau. Elles ne présentent pas de trouble de la communication, permettant ainsi l'utilisation d'échelles et questionnaires d'auto-évaluation. Dans le cas contraire, les échelles d'hétéro-évaluation, de type DOLOPLUS-2<sup>®</sup> validée par l'HAS (Haute Autorité de Santé), sont plus appropriées (33). Le second critère de sélection est une série de trois questions : «*Avez-vous des douleurs ?*», «*Depuis combien de temps ?*», «*Ces douleurs vous gênent-elles dans la vie de tous les jours ?*». Une réponse positive à la première question, suivie d'une durée supérieure à trois mois et affectant de façon péjorative la vie quotidienne, amenait la proposition de la prise en charge, afin d'éviter le biais d'un

sujet désirant un «massage bien-être». Ainsi vingt-quatre résidents ont été auditionnés sur orientation du personnel soignant de l'institution, afin d'atteindre la population préalablement définie de douze personnes, nombre optimal pour répondre aux exigences de l'étude selon le temps imparti. Celles-ci ont accepté la prise en charge fixée à deux séances de massage par semaine durant 4 semaines : un premier groupe de six les lundis et jeudis, le second groupe les mardis et vendredis. Les séances se déroulent le matin, l'après-midi étant réservé aux visites et activités.

#### 4.1. Les questionnaires d'évaluation de la douleur (27) (34) (annexes I et II)

Afin de réaliser l'évaluation la plus significative possible, il est indispensable, au premier contact avec la personne, de n'avoir aucun préjugé quant à la sincérité des plaintes formulées (7). De la patience est nécessaire afin de parvenir à solliciter une souffrance inexprimée spontanément. Enfin, il faut prendre conscience des variations possibles de cette expression douloureuse en fonction du statut de l'évaluateur (infirmier, médecin, aide-soignant, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute...) (16).

Cependant, un entretien complet selon une grille de l'HAS, reposant sur un accord professionnel fort, exigeant un long temps d'évaluation, n'était pas réalisable en pratique (34). Les critères jugés les plus pertinents pour cette étude ont donc été retenus. Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui laisse le patient exprimer librement sa souffrance tout en le réorientant vers les informations recherchées. Certains points de ces recommandations ont par ailleurs été modifiés pour s'adapter à l'interlocuteur qu'est la personne âgée. Ainsi, contrairement au protocole recommandé, le questionnaire d'auto-évaluation est rempli par le

thérapeute en fonction des réponses orales du patient, avec une exception faite pour le schéma des zones douloureuses. En effet, les limitations d'activités de certaines personnes âgées concernant la lecture et l'écriture n'auraient pas permis un auto-remplissage.

### SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES

Les explications fournies pour le remplissage du schéma sont les suivantes : *«Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les huit derniers jours) en hachurant la zone. Mettez sur le schéma un «S» pour une douleur près de la surface de votre corps ou un «P» pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un «I» à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.»*

Ce schéma est utile pour faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier ainsi que pour détecter des douleurs multiples ou diffuses. Il permet de vérifier une corrélation avec la description orale faite par le patient pendant l'entretien.

### ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

D'après l'HAS, il est préférable d'utiliser l'EVA en premier lieu, plus sensible que les autres échelles de mesure de l'intensité de la douleur, échelle numérique (EN) ou échelle verbale simple (EVS). Au préalable, il faut s'assurer de la bonne compréhension de son utilisation : une extrémité correspond à la «douleur maximale imaginable», l'autre extrémité correspond à «pas de douleur», termes neutres, sans connotation émotionnelle. Une simple ligne joint les deux extrémités, sur laquelle le patient positionne le curseur de la réglette. Au dos, la graduation est précisée, au dixième près, afin de permettre au soignant la visualisation d'un chiffre non communiqué au patient, ce qui altérerait la sensibilité de l'échelle.

Validée en position horizontale, elle est souvent mieux comprise par les personnes âgées en position verticale, présentée à la manière d'un thermomètre de la douleur. Cette astuce a été retenue pour cette étude.

Dans notre cas, l'EVA est utilisée pour évaluer l'intensité moyenne de douleur dans quatre circonstances : lors de l'évaluation, depuis une semaine, un mois, trois mois. La date d'apparition des douleurs est à mentionner. Les réponses donnent des indications sur le profil évolutif de la douleur en fonction du temps ainsi qu'une référence pour le suivi au cours du traitement. Ces informations sont complétées par l'item traitant du caractère continu ou intermittent de la douleur et dans ce dernier cas, sa durée et sa fréquence.

## QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

### (DU QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR DE SAINT-ANTOINE ABRÉGÉ)

Les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées à partir de la grille d'évaluation nommée *Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ)* (25). Leur longueur les rend difficilement applicables et les versions courtes ne sont pas actuellement validées, mais l'expérience des utilisateurs indique qu'elles apportent des informations utiles, notamment le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé, permettant de préciser et standardiser la description, souvent pauvre spontanément.

Les qualificatifs sensoriels et émotionnels ont une valeur d'orientation diagnostique (non utilisée ici) pour faciliter la reconnaissance de la douleur, et apprécier le retentissement affectif, la tolérance à la douleur. Ces qualificatifs étant présentés oralement dans notre cas, le choix de ne pas quantifier chaque item, théoriquement pondéré selon quatre niveaux d'intensité, permet d'alléger l'interrogatoire.

## ÉCHELLE MULTIDIMENSIONNELLE

### (DU QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LA DOULEUR)

Ce questionnaire provient de la traduction du *Brief Pain Inventory* (8). La gêne engendrée par la douleur est évaluée sur six items : l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, la relation aux autres, le sommeil et le goût de vivre, à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 (aucune gêne) à 10 (gêne maximale), chaque score étant considéré comme une information distincte. L'échelle apprécie l'importance du retentissement de la douleur au sein de la vie quotidienne.

Le questionnaire comporte un item bref sur la connaissance de l'origine de la douleur, la souffrance étant d'autant plus difficile à supporter que la cause en est inconnue.

Connaître les fluctuations de la douleur en fonction de différentes situations ou actions, permet de savoir se soulager lorsqu'elle devient insupportable (item DIMINUTION), mais également de prévenir une situation plus douloureuse en connaissant les actions susceptibles de l'engendrer (item AUGMENTATION). Il est donc intéressant pour le thérapeute d'être au fait des connaissances du patient à savoir gérer et prévoir sa douleur, et le cas échéant pouvoir le conseiller à ce niveau.

L'information de la prise d'un traitement médicamenteux est obtenue soit par le patient s'il est autonome dans son administration, soit dans le dossier médical. L'attitude du patient envers ce traitement permet de connaître sa satisfaction et l'efficacité ressentie. Cet item est absent du bilan final car le traitement est inchangé ou non mémorisable pour les autonomes.

#### 4.2. Les modalités de prise en charge

Le massage consiste en une prise en charge globale de l'individu, même si l'acte manuel en lui-même peut être localisé. Son rôle est d'apaiser, soulager, atténuer la douleur, en tentant de rendre au sujet sa dignité par l'attention valorisante qu'on lui porte, moins par les manœuvres que par la main qui les prodigue. Ces manœuvres forment la partie technique du toucher, mais l'écoute par l'intermédiaire de la main est également indispensable pour s'adapter au patient, assimilée à une communication non verbale. Elle demande patience, concentration ainsi qu'une disponibilité qui doit transparaître dans l'attitude et les gestes, afin de ne pas susciter de résistance de la part du massé. Le résultat étant thérapeute-dépendant (6), le côté relationnel est essentiel à l'établissement d'un climat de confiance, la personnalité de chacun possédant alors une place prépondérante (28).

Le massé est l'interlocuteur (11) dont l'attention ne doit pas être distraite pendant le massage, ce qui est difficile lorsqu'il s'agit d'une personne âgée, profitant de l'occasion pour discuter de toute chose. Son assentiment doit être total pour ne pas estomper l'effet placebo et réduire le massage à un acte purement mécanique.

Ainsi, le massage est dirigé vers la zone indiquée par le patient comme étant la plus douloureuse, la plus gênante à l'instant même. Elle peut donc différer d'une séance à la suivante, et le thérapeute s'adapte en conséquence. Ce dernier prend également en compte l'aspect diffus ou localisé de la plainte, ainsi que son expression superficielle ou profonde, si celle-ci est distinguée par le patient, afin de choisir les manœuvres et leur intensité. Celles-ci sont mesurées en fonction de la fragilité des structures, cutanées en premier abord, du fait de



la finesse de la peau vieillie. Le rythme peut être élevé, mais la vitesse modérée afin de ne pas brusquer les tissus.

Le choix de l'utilisation d'huile ou de talc est laissé au sujet, s'il est jugé nécessaire par le thérapeute d'en user. Des études ont montré l'efficacité antalgique de certaines huiles essentielles qui pourraient alors être adjointes à l'huile de massage (32).

La durée de la séance est fixée à quarante minutes dont une demi-heure de massage, le reste du temps étant consacré à l'installation et à l'échange du ressenti. Cela peut paraître long pour ceux dont le temps est compté, mais une personne âgée dont la mobilité ou la réflexion est lente, ne doit pas se sentir pressée. La durée peut au contraire être réduite si la personne se sent fatiguée ou non disponible.

#### 4.3. Les protocoles de massage : positions et particularités loco-régionales (10)

##### **La région cervicale & dorsale supérieure (4 patients : [Q], [S], [T], [V])**

- Chacun des massages cervicaux ici effectués trouve une particularité :
  - assis sur une chaise avec un appui antérieur sur une table [S],
  - assis dans un fauteuil roulant, le dos appuyé contre le dossier [V],
  - assis sur une chaise positionnée avec le dossier à l'avant, permettant un appui antérieur du tronc, les épaules relâchées et le front reposant sur les mains [T],
  - en décubitus dorsal, dans le lit, allongé obliquement par rapport à celui-ci de façon à permettre l'abord de cette région par le thérapeute [Q].

Le décubitus dorsal offre l'avantage de l'accès au visage, dont l'abord est particulièrement sédatif chez les cervicalgiques tendus, appréhendant que l'on touche cette région.

- Le sens ergonomique dicte le choix de se placer debout ou assis, la position par rapport au sujet est liée l'orientation des manœuvres : dans l'axe du patient, à sa tête, ou latéralement.

#### **Le dos (4 patients : [Q], [R], [U], [V])**

- Deux patients ont choisi une position de décubitus ventral [U] [V], deux se sont placés en décubitus latéral gauche [Q] [R], position antalgique spontanée dite en «chien de fusil».

Un coussin placé sous le ventre afin d'éviter une lordose lombaire trop importante, source d'inconfort voire de douleurs, a été proposé pour la position en décubitus ventral.

- Le patient étant installé dans son lit, le praticien est limité dans l'espace et ne peut se placer à la tête du sujet. Il se place donc latéralement, de chaque côté si le lit n'est pas accolé à l'un des murs. Si le patient est en décubitus latéral, le thérapeute se placera face à lui, permettant une meilleure accessibilité à la surface massée que si le dos lui est directement présenté.

La notion d'axe de liaison est commune à tout le rachis, d'où la nécessité de s'intéresser à des zones allant au-delà de la stricte limite régionale du segment en cause. Les gestes concernant la région para-vertébrale sont multidirectionnels, en douceur, notamment les plis roulés susceptibles de déclencher des phénomènes douloureux.

De part sa situation postérieure, hors du champ visuel et de l'abord auto-palpatoire, le dos constitue une zone d'ombre du point de vue psychomoteur, très investie sur un plan psychologique, d'où l'intérêt accru du massage.

### **Le genou (1 patient : [Y])**

- Le patient est semi-assis dans un siège avec dossier et accoudoirs, un petit tabouret recouvert d'une serviette amenant la jambe à hauteur de la cuisse. La face postérieure de la cuisse avec les tendons des ischio-jambiers est alors aussi accessible aux manœuvres que la partie antérieure du genou. Il faut cependant prendre garde à ne pas placer l'articulation en tension voire en récurvatum, ce qui annulerait la notion de détente et pourrait engendrer des douleurs.
- Le thérapeute est placé latéralement, plus ou moins dans l'axe du membre inférieur.

Le massage permet d'assouplir les structures tégumentaires, de libérer les plans de glissement musculo-aponévrotiques, afin d'obtenir une meilleure mobilité, diminuant les gênes et douleurs. La fosse poplitée est abordée avec prudence, du fait du passage des éléments vasculo-nerveux.

### **La jambe, la cheville et le pied (5 patients : [O], [P], [Q], [T], [Z])**

- Certains possèdent un simple siège avec dossier et accoudoirs, deux d'entre eux ([O] [T]) ont fait l'acquisition d'un fauteuil réglable électriquement permettant une position semi-couchée, avec une tablette s'élevant pour placer les jambes en déclive. Pour les personnes ne possédant un tel matériel sophistiqué, on placera un tabouret surmonté d'une serviette pour plus de confort, évitant ainsi le risque de blessure sur la bordure de celui-ci, afin d'élever les jambes. Une personne [Q] a souhaité rester allongée dans son lit, les douleurs l'immobilisant.
- Le thérapeute est assis aux pieds du patient et s'oriente en fonction de la technique employée.

La déclive permet une aide au retour veineux. La face postérieure de la jambe est massée le genou légèrement fléchi, afin de la rendre accessible.

La face plantaire étant habituellement en contact avec le sol pour supporter le poids du corps, les manœuvres sont appuyées à ce niveau. L'importante sensibilité de cette zone confère au massage une finalité proprioceptive aux répercussions neuromusculaires. Le pied étant composé d'un nombre important de petites articulations, le massage recherche l'assouplissement par des mobilisations précises, jusqu'aux orteils, puis globales. Le plus bas situé, le pied forme un cul-de-sac circulatoire et la zone de démarrage du retour veineux et lymphatique ; le massage le stimule par des manœuvres de chasse au niveau de la semelle veineuse plantaire profonde, et par la mise en tension des aponévroses musculaires, en simulant l'appui de la marche par alternance de pressions statiques et glissées.

#### **La main & le membre supérieur (1 patient : [X])**

- La position assise au fond du siège, le dos appuyé contre le dossier, permet une détente musculaire optimale. L'avant-bras repose sur l'accoudoir et il est entraîné par les manœuvres appliquées en distal. La main repose sur l'extrémité de l'accoudoir sans être pendue, ou bien est soutenue par le masseur-kinésithérapeute selon le déroulement de la séance.
- Le masseur se place assis à côté du massé, plus ou moins latéralement selon son besoin, mais suffisamment proche pour permettre une position ergonomique du dos et des épaules et une liberté de mouvement de ses membres supérieurs.

Le massage de la main est un moment insolite où la main cesse de toucher pour, à son tour, être manipulée. Son rôle est d'améliorer la mobilité des petites articulations composant la main, le poignet, et d'assouplir les tissus principalement à la face palmaire où ils sont plus denses. Les mobilisations sont précises au niveau articulaire mais douces, sans chercher d'amplitudes extrêmes, qui seront progressivement augmentées sans contrainte (13). Le

thérapeute y ajoute flexion-extension et prono-supination avec harmonie, facilement réalisables par la petitesse du segment distal. La peau dorsale, d'une extrême finesse, est traitée avec beaucoup de précaution afin d'éviter toute lésion.

Une étude réalisée sur les douleurs arthritiques de la main présente un protocole d'auto-massage qui sera proposé à la patiente à la fin du mois de prise en charge (14).

## 5. RESULTATS (Annexes III, IV, V et VI)

### 5.1. Présentation des résultats

**M. O : 95 ans.**

**BILAN INITIAL.** Les douleurs se situent au niveau des *«mollets et des pieds»* quelques minutes, plusieurs fois dans la journée. *«Je tremble dès que je suis debout. J'ai des fourmis et les pieds froids»*. D'après le patient, elles pourraient provenir de l'arthrose, ou bien de la répétition d'accidents de la voie publique, dont le dernier date d'une dizaine d'années. Les douleurs augmentent en position debout ; relever ses pieds, assis au fauteuil, permet de les supprimer. Il porte des chaussettes de contention. Un traitement initié depuis une semaine, comprenant 1g de paracétamol, trois fois par jour, lui permet de retrouver un bon sommeil.

Attentes : *«Espérons du bien, c'est tout. Espérons toujours !»*.

**BILAN FINAL.** Dès la quatrième séance, les douleurs de type fourmillement diminuent. Après deux semaines, le patient déclare : *«J'étais malheureux pour faire un pas. J'avais peur de soulever le pied tellement je tremblais. Je (ne) tenais pas debout une minute. Maintenant je marche dans le couloir et je n'ai plus de problème pour aller à la salle-à-manger. J'avais*

(étais) *tombé quatre fois avec la charrette* (son déambulateur à quatre roulettes). *Maintenant c'est fini !*». Les douleurs ont disparu alors.

**Mme. P : 86 ans.**

**BILAN INITIAL.** La douleur est présente *«dans toute la jambe, la gauche surtout»*, au cours de la marche et diminue au repos sans prise d'antalgique. Due à *«la vieillesse»*, elle serait la conséquence, toujours d'après le patient, du travail difficile dès l'âge de 14 ans.

Attentes : *«Je pense qu'il y aura un résultat, sûrement. Ça (ne) peut pas me faire de mal»*.

**BILAN FINAL.** Les douleurs ont diminué progressivement jusqu'à la sixième séance : *«Je marche plus longtemps quand vous venez, même si je (ne) marche pas beaucoup quand même. C'est efficace quand même, je n'ai plus mal !»*.

**Mme. Q : 84 ans.**

**BILAN INITIAL.** Ses douleurs sont définies localement, *«colonne vertébrale, jambes, bras»*, et finalement *«partout»*, permanentes, augmentées par le mouvement, légèrement soulagées par le repos en position allongée. *«A cette heure-ci, les chevilles me brûlent d'une façon intolérable !»*. Le patient est persuadé que cela provient d'un médicament contre l'hypercholestérolémie, la pravastatine, pris *«pendant des années»*.

La prise de paracétamol 1g, trois fois par jour n'a aucun effet antalgique, ni la morphine, administrée au cours d'un épisode antérieur de douleurs intenses.

Attentes : *«Un assouplissement des muscles, tout le temps contractés, comme j'ai mal»*.

*«J'en finirai moi-même si je ne trouve pas quelque chose qui me soulage !»*

**BILAN FINAL.** Les douleurs sont davantage ciblées au niveau de la tête, *«les os du crâne, le cou»*, mais également *«les jambes»* et *«les biceps»*. Le dos est moins douloureux depuis *«les*

*infiltrations*» (corticoïdes) à ce niveau, effectuées le 2 octobre mais le jour de l'évaluation finale, «*les douleurs sont insupportables dans le dos*». «*Les jambes m'ont toujours handicapé au plus haut point*». Le massage lui permet de se relaxer, «*J'ai dormi après ! Votre méthode est douce et efficace, elle me procure un calme bienfaisant*», même si l'effet est de courte durée : «*la nuit je sommeille mais ne dors pas*». Un massage supplémentaire par semaine n'aurait pas été de trop. «*Si c'est pour durer des années, autant en finir*».

**Mme. R : 90 ans.**

**BILAN INITIAL.** Couchée dans son lit, gémissant, criant, elle supplie de l'aide dès la première visite. Les douleurs sont diffuses, permanentes avec des crises paroxystiques, «*J'ai mal partout !*», et plus intenses au niveau du dos. Elles auraient pour cause un zona, il y a six ans, et sont augmentées depuis le décès de son conjoint deux mois auparavant. «*C'est insupportable ! Qu'on en finisse, je n'en peux plus !*». La souffrance augmente en position assise et lorsqu'il faut sortir de la chambre, «*Je pleure pour aller manger*». La prise médicamenteuse est de six doses de dextropropoxyphène-paracétamol par jour, diminuant un peu le mal. «*Je n'ai plus de famille, et personne ne s'occupe de moi !*».

Attentes : «*Un soulagement !*».

ARRÊT de la prise en charge.

**Mme. S : 93 ans.**

**BILAN INITIAL.** Les douleurs se situent au niveau du «*cou*», régulièrement l'après-midi. Elles sont accentuées par le froid ou une activité inhabituelle. «*La minerve m'aide beaucoup et m'allonger me fait du bien*». Le patient gère en fonction de ses besoins, les 1 à 4g de

paracétamol par jour, *«je pense que ça fait du bien»*. *«Le docteur m'a dit que c'est de l'arthrose aux cervicales.»*

Attentes : *«Que ça me soulage bien !»*.

**BILAN FINAL.** La douleur se traduit par une sensation de raideur diffuse permanente. Une plus importante mobilité est ressentie à la suite du massage, associée au soulagement. *«Je n'ai plus mal comme avant, avant que vous veniez.»*

**M. T : 64 ans.**

**BILAN INITIAL.** *«Là, les épaules ! C'est depuis que je suis ici...»*. La douleur dure environ une heure, au moins quatre fois dans la journée, *«ça me fatigue»*. Elle est un peu atténuée par les médicaments, aspirine et paracétamol, qui *«font un peu mais pas beaucoup»* et le repos allongé au chaud. Au contraire le froid lui est désagréable : *«la climatisation me tape dessus l'été»*. *«Ça (ne) peut pas être de l'arthrose, ça passerait !»*.

Attentes : *«Soulagement»*.

**BILAN FINAL.** La douleur est permanente mais moins intense. *«Ça m'énerve quand les copains rigolent parce que j'ai toujours mal là !»*. *«J'ai travaillé pendant huit ans, torse nu au soleil, dans les jardins d'un château ; moi je suis sûr que c'est ça !»*. *«Les massages, ça fait du bien. C'est ce que j'attendais.»*

**Mme. U : 83 ans.**

**BILAN INITIAL.** La douleur est décrite au niveau du *«dos jusqu'au coccyx»*, des *«jambes»* et du *«genou droit»*. *«C'est terrible, c'est en permanence !»*. Le repos avec les jambes allongées permet de la soulager, ainsi que les frictions, mais se relever est ensuite difficile. Les nombreuses activités, la marche et la station debout prolongée debout fatiguent et



augmentent les douleurs. Le patient est autonome pour le traitement en paracétamol 1g, trois fois par jour, qui diminue la douleur *«pendant quelques temps»*.

Attentes : *«Bien-être»*.

**BILAN FINAL.** La douleur au niveau du dos a totalement disparu à la suite des massages. Les jambes quant à elles sont toujours douloureuses le matin pendant environ une demi-heure où la douleur diminue alors grâce au *«déroutillage»* et à l'auto-massage. *«Je me pose mal la journée à cause de mon ongle incarné et je ne marche pas droit»*. Les massages ont procuré *«une relaxation extraordinaire, et un bien-être immense»*. Les modalités de prise en charge répondaient totalement à l'attente, avec un souhait de poursuite de la prise en charge. *«Ça m'a fait un bien inouï !»*.

**M. V : 78 ans.**

**BILAN INITIAL.** *«C'est les douleurs de rhumatisme du dos, ça vient avec le changement de temps»*. Les douleurs sont diurnes et absentes au repos. Le traitement médicamenteux est composé de paracétamol 1g, deux fois par jour, permettant de *«stabiliser la douleur»*.

Attentes : *«Que ça me remonte quand même un petit peu !»*.

ARRÊT de la prise en charge.

**Mme. W : 87 ans.**

**BILAN INITIAL.** *«Je ne peux pas bouger la tête quand j'ai trop mal au cou, mais je (ne) sais pas d'où ça vient»*. Le port d'une minerve permet de diminuer cette douleur permanente, ainsi que le paracétamol 1g, quatre fois par jour. Elle est augmentée lors des changements de temps et les courants d'air.

Attentes : *«Soulagement»*.

**BILAN FINAL.** La douleur est toujours permanente mais moins gênante : *«Je n'ai guère mis la minerve depuis que vous venez.»*. *«Le massage fait du bien ça soulage. Je suis bien contente que vous ayez frappé à ma porte !»*.

**Mme. X : 85 ans.**

**BILAN INITIAL.** Les douleurs sont présentes en permanence au niveau du genou droit (instable, avec genouillère) et du membre supérieur droit, plus intenses au niveau de la main. *«J'ai l'impression que le bras pèse cent kilos»*. *«C'est les articulations qui ne marchent pas trop bien.»*. La marche est douloureuse, la position allongée sur le dos, le bras droit reposant sur le ventre, permet au contraire d'atténuer les douleurs. Ses douleurs sont très handicapantes pour l'écriture et ne lui permettent plus de tricoter. Des douleurs d'estomac, provoquées par les médicaments antalgiques, empêchent la prise de ceux-ci.

Attentes : *«Faire du bien. Il faut garder l'espoir !»*.

**BILAN FINAL.** Les douleurs sont toujours décrites permanentes dans les mêmes localisations. Un *«bien-être en douceur»* est ressenti pendant le massage. Par la suite, la main, le bras sont *«plus souples, plus faciles à bouger»*. *«C'est tout à fait ce qu'il me fallait»*.

**Mme. Y : 85 ans.**

**BILAN INITIAL.** Les douleurs sont permanentes, localisées au genou droit principalement, plus discrètement à la cheville droite, provenant peut-être d'un *«talon qui craque»*. Le fait de surélever les jambes permet de les atténuer, alors que la marche accroît la sensation douloureuse. *«Les médicaments ? J(e)' (n')en sais rien j'ai tout le temps mal que j'en prenne ou pas»*, malgré une dose de six dextropropoxyphène-paracétamol par jour.

Attentes : *«Peut-être que ça me soulagera...»*.

**BILAN FINAL.** Le genou est toujours douloureux en permanence. La prise en charge est bien acceptée, répondant aux attentes. *«Ça me détend, ça me relaxe.»*

**Mme. Z : 75 ans.**

**BILAN INITIAL.** *«J'ai mal aux pieds. Pour marcher ça fait drôlement mal !»*. Les douleurs diminuent en position assise mais resurgissent au cours de la marche. Les médicaments, deux fois 1g de paracétamol dans la journée, ne sont pas efficaces, *«Y a des fois j(e)'(ne) les prendrais bien pas... Même le docteur (ne) sait pas pourquoi j'ai mal !»*.

Attentes : *«Que ça soulage, que ça fasse un peu quelque chose»*.

ARRÊT de la prise en charge.

## 5.2. Traitement statistique des résultats.

L'étude est composée de douze patients, dont  $\frac{1}{4}$  d'hommes et  $\frac{3}{4}$  de femmes. La moyenne d'âge est de 83,75 ans. Les douleurs datent en moyenne de douze années.

L'EVA moyenne est de 3,7 au moment de l'évaluation, de 6,1 pour la semaine précédente, 5,5 le mois dernier et également 5,5 pour les trois derniers mois, les valeurs étant identiques sur un et trois mois.

Entre les deux évaluations, en ce qui concerne les neuf patients ayant reçu la prise en charge jusqu'à son terme, l'EVA est en moyenne diminuée de (en points au dixième près) :

2,0 = à l'évaluation                      2,8 = la semaine précédente                      2,5 = le mois précédent.

Au bilan initial comme au bilan final, chaque personne emploie en moyenne trois qualificatifs sensoriels : 41 % des termes choisis sont conservés et 59 % ont été modifiés avec 31 % de suppression du qualificatif initial et 28 % de nouveaux termes. En ce qui concerne

l'évaluation émotionnelle initiale et finale, deux qualificatifs sont en moyenne utilisés : 54 % des termes choisis sont conservés et 46 % ont été modifiés avec une égale part d'ajout et de suppression.

La gêne entraînée par la douleur a en moyenne diminué de (au point près) :

1 = l'humeur	3 = la marche	1 = les activités
2 = les relations aux autres	2 = le sommeil	1 = le goût de vivre

## 6. DISCUSSION

Les résultats obtenus indiquent une globale diminution des douleurs, retrouvée également au niveau de la gêne entraînée au quotidien. Au cours de l'étude, les patients [O] et [P] ont affirmé que leurs douleurs avaient disparu totalement. A ceux-là s'ajoutent les patients [T] et [X] qui ne présentaient pas de douleur le jour de l'évaluation finale et de faible intensité au cours de la dernière semaine. L'absence totale de douleur, même si elle est espérée et bien entendu préférable, n'est pas l'objectif premier lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques installées comme celles présentées ici, mais d'obtenir un soulagement le plus conséquent possible afin qu'elles soient plus aisément acceptées au quotidien. Il aurait été utopique de penser «guérir» ces patients, vu la complexité des éléments entrant en jeu dans la douleur chronique de la personne âgée.

Le massage a l'avantage de prendre en compte l'aspect somatique et d'avoir une action jusqu'au niveau psycho-social (14). Des améliorations de caractère homéostatique (retour spontané vers un état d'équilibre) sont observées, et non vectorisé comme l'action

médicamenteuse qui présente en outre le risque d'interactions néfastes avec d'autres prescriptions en cours.

[O] - Ce patient était très enthousiaste dès la première visite à l'idée des séances de massage, et de la compagnie qu'elles apportaient, étant seul et malentendant. *«Avec vous tout va bien !»* exprime clairement l'importance du contact humain dans l'amélioration des douleurs jusqu'à leur suppression, associée à l'initiation du traitement médicamenteux.

[P] - Cette personne est très attachée à son apparence. Elle aimait autrefois danser et se mettre en valeur, mais avec l'avancée en âge, ses soins se sont réduits au minimum. Le massage a relancé cette attention particulière à s'occuper de son corps.

[Q] - Cette patiente est très résistante à toute forme d'antalgie et très critique vis-à-vis du personnel soignant. Elle a essayé auparavant de nombreux traitements, chez différents spécialistes sans jamais trouver de satisfaction, exemple de «nomadisme médical». Elle est très sensible à l'écoute, la patience et la disponibilité que lui accorde son interlocuteur. Bien que le questionnaire apporte une notion d'augmentation des douleurs, elle reste très demandeuse de la poursuite des massages qui lui assurent la trêve d'une sérénité, bien que passagère. Une visite, le mois suivant, a révélé la présence d'une fatigue intense, associée à une importante perte de poids et des douleurs toujours aussi insupportables.

[R] - Refusant tout mouvement, toute communication, elle s'ouvre petit à petit à la discussion au cours de la première séance, et souhaite de l'aide pour se lever, s'habiller, se coiffer après le massage. Après avoir été enchantée par les quatre premières séances où son vœu est de *«se*

*faire masser pendant des heures»* en exprimant de moins en moins son désir de mourir, elle s'est alors trouvée déçue des effets antalgiques qui ne perduraient dans le temps et a refusé définitivement la sixième séance.

[S] - Réservee, elle s'exprime peu sur ses douleurs, mais à la fin de la séance, la mise en confiance lui permet de s'étendre davantage sur ses sensations. Le soulagement n'est pas immédiat et les effets restent limités dans le temps.

[T] - Plutôt passif pendant la séance, il accorde des bienfaits au massage sans conviction, ni réelle attention envers ses sensations.

[U] - Elle est enchantée par la proposition des massages, qu'elle a déjà pu apprécier antérieurement. Très attentive pendant la séance, elle décrit son bien-être par *«des vagues agréables qui se propagent dans tout le corps»*, et apprécie beaucoup la communication avec le masseur. L'effet placebo est visible ici, dans la mesure où elle était persuadée que cela lui procurerait le plus grand bien.

[V] - L'arrêt est consécutif à une recrudescence de la douleur et à un mauvais sommeil la nuit suivant la première séance, étant immédiatement associés au massage.

[W] - Assise dans un fauteuil roulant, cette personne est prise en charge trois fois par semaine par un masseur-kinésithérapeute pour l'entretien de la marche, mais se trouve insatisfaite du peu de temps qu'il lui accorde à chaque séance. Elle est très heureuse de sentir la disponibilité du masseur et la prise en compte de ses douleurs, ce qui l'oriente sur la voie l'apaisement.

[X] - «*Rien que d'en parler, ça va déjà mieux*» dit-elle au cours du premier entretien, soulignant l'importance du dialogue et de l'écoute. Les massages soulagent la douleur et amplifient la mobilité. Ces améliorations étant également constatées par ses proches, ceux-ci lui renvoient une image positive supplémentaire non négligeable.

[Y] - Ses douleurs l'épuisent rendant difficiles les visites de la famille. «*J'ai moins mal et puis j'ai votre compagnie*», cette présence du masseur est un moment de communication mais dans l'apaisement, le repos étant essentiel chez cette personne très fatigable. Les tensions musculaires se relâchent progressivement amenant une réduction des douleurs à court terme.

[Z] - Elle était indisponible à l'heure prévue des séances, de façon répétée, ne permettant pas une prise en charge régulière, et absente lors de l'évaluation finale. Très distraite pendant les quatre séances effectuées, elle perçoit une amélioration des douleurs, mais ces effets s'estompent avec le temps.

A l'évaluation initiale, l'EVA estimée sur un mois et sur trois mois est identique, ce qui peut signifier l'absence de perception ou de souvenir d'une modification d'intensité, ou bien une constance exprimant le caractère stable de la douleur chronique. Celle-ci a cependant évolué vers une globale diminution sur le mois de traitement, excepté pour le patient [Q].

Cette stabilité est bouleversée en ce qui concerne l'analyse des qualificatifs de la douleur. En effet, la comparaison initiale et finale, du choix des termes employés pour qualifier les plaintes, montre que pour environ la moitié, ils ne sont pas conservés un mois après. Ceux-ci n'ont pas été évalués sur les trois mois précédents l'étude, car jugés non mémorisables pour ces patients, n'indiquant pas l'évolution par rapport à une période précédente le traitement.

Cette observation peut s'expliquer par la présence d'une difficulté de compréhension des termes proposés (bien qu'expliqués lors du bilan), de distinction sensible de l'expression douloureuse ou par une réelle variation des sensations de douleur.

Lors du bilan initial, tous les patients déclaraient leur douleur comme épuisante, ce qui souligne bien l'association de cette caractéristique à la douleur chronique. Cet élément est conservé au bilan final, même si les patients avouent être plus détendus après le massage, leur permettant de trouver repos et sommeil plus aisément.

La remarque d'un effet insuffisant dans le temps est retrouvée à plusieurs reprises, ainsi que pour d'autres études (21). Une visite un mois après l'évaluation finale, sans la formalité d'évaluation, a permis d'estimer la satisfaction du traitement et son résultat à plus long terme. Les patients ont formulé des réponses sensiblement identiques à celles de l'évaluation finale. Il est cependant probable que celles-ci aient été biaisées par la joie relative aux retrouvailles.

Les résultats positifs peuvent provenir de la prise en charge apportée par cette étude, mais également d'un nouvel apport médicamenteux (patients [O] et [Q]), ou d'une simple modification de la posologie n'ayant pu être vérifié chez les patients gérant eux-mêmes leur médication. Un évènement d'ordre affectif a pu contribuer à la maîtrise de la sensation douloureuse. Enfin, la relation de confiance établie entre soignant et soigné peut inciter le sujet à majorer l'amélioration à l'évaluation finale, par sympathie envers le travail fourni.

Il serait intéressant de comparer l'effet d'autres techniques de massage en gériatrie à l'image des études réalisées sur les douleurs chroniques de dos (21).



## 7. CONCLUSION

La massothérapie est favorable au soulagement de la douleur chronique, mais son effet est modéré sur la durée. L'étude étant réalisée sur un nombre non significatif de sujets et ne comportant pas de groupe témoin de contrôle, il est impossible de corréler exclusivement les résultats, globalement positifs, à la technique employée.

Cette étude met l'accent sur le côté relationnel de la prise en charge, la conviction et l'attente d'une possible amélioration, ainsi que la détente et l'apaisement que procurent les manœuvres. C'est une communication dans laquelle les deux interlocuteurs jouent un rôle actif vers le soulagement. Ce résultat dépend principalement des précautions mises en œuvre par le thérapeute pour s'adapter au mieux, et de l'acceptation en retour, du traitement par le patient.

Cependant, le massage n'est pas l'unique solution au soulagement de la douleur et ne peut se substituer aux thérapies, médicamenteuses ou non, suivant le même but. Il est essentiel de les essayer sans découragement, jusqu'à la combinaison optimale, judicieusement choisie en fonction de la sensibilité de la personne à chaque thérapie et du rapport bénéfice/risque accepté.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BOCQUILLON C. H., PIERRON G. - Etude des effets relaxant du massage objectivés par l'EEG quantitatif. - Annales de kinésithérapie. 1991, t.18, n°9, p. 401 - 411.
2. CALMELS P., BARET G., PARATTE B. - Rôle de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge de la douleur chronique - Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 1997, 17, 3, p. 99 - 105.
3. CALVINO B. - Les bases neurales de la douleur. - Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement. 2006, 4, 1, p. 7 - 20.
4. CLOSS S. J. - Assessment of pain in older people : the key to effective management. - Current Anaesthesia & Critical Care, 2005, 16, p. 40 - 45.
5. COLNE P., DUFOUR M., CARETTE P., GOUILLY P. - Les effets du massage. - DUFOUR M., COLNE P., GOUILLY P. - Massage et massothérapie : effets, techniques et applications. - 2<sup>ème</sup> éd. - Paris : Maloine, 2006. - p. 77 - 103.
6. COURTILLON A. - Approche thérapeutique dans la rééducation des lombalgies chroniques : essai comparatif de trois techniques de rééducation. - Mémoire pour le CES de rhumatologie : université René-Descartes, faculté de médecine Cochin-Port Royal, Paris, 1978.
7. COWAN D. T., FITZPATRICK J. M., ROBERTS J. D., WHILE A. E., BALDWIN J. - The assessment and management of pain among older people in care homes : current status and future directions. - International Journal of Nursing Studies, 2003, 40, p. 291 - 298.

8. DAUT R. L., CLEELAND C. S., FLAVERY R. C. - Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. - *Pain*, 1983, 17, p. 197 - 200.
9. DELORME T. - La douleur : un mal à combattre. - *Les cahiers du MURS*, 2000, 38, p. 17 - 35.
10. DUFOUR M. - La technologie régionale. - DUFOUR M., COLNE P., GOUILLY P. - *Massage et massothérapie : effets, techniques et applications*. - 2<sup>ème</sup> éd. - Paris : Maloine, 2006. - p 105 - 268.
11. DUFOUR M., COLNE P., GOUILLY P. - *Massage et massothérapie : effets, techniques et applications*. - 2<sup>ème</sup> éd. - Paris : Maloine, 2006. - 417 p.
12. FIELD T., DIEGO M., CULLEN C., HERNANDEZ-REIF M., SUNSHINE W., DOUGLAS S. - Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. - *Journal of Clinical Rheumatology*, 2002, 8, p. 72 - 76.
13. FIELD T., DIEGO M., HERNANDEZ-REIF M. - Massage therapy research. - *Developmental Review*, 2007, 27, p. 75 - 89.
14. FIELD T., DIEGO M., HERNANDEZ-REIF M., SHEA J. - Hand arthritis pain is reduced by massage therapy. - *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2007, 11, p. 21 - 24.
15. FIELD T., HERNANDEZ-REIF M., DIEGO M., SCHANBERG S., KUHN C. - Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. - *International Journal of Neuroscience*, 2005, 115, p. 1397 - 1413.
16. GREGORY J., HAIGH C. - Multi-disciplinary interpretations of pain in older patients on medical units. - *Nurse Education in Practice*, 2008, 8, p. 249 - 257.

17. HAOUR F. - Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : données neurobiologiques chez l'homme et l'animal. - Médecine science, 2005, 21, 3, p. 315 - 319.
18. HARKINS S. W., CHAPMAN C. R., EISDORFER C. - Memory loss and response bias in senescence. - The Journals of gerontology, 1977, 32, p. 428 - 435.
19. HELME R. D., GIBSON S. J. - Pain in the elderly. - IASP, 1997, 64, p. 919 - 943.
20. HUMMEL C. - Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. - Gérontologie et société, 2001, 98, p. 239 - 252.
21. IMAMURA M., FURLAN A. D., DRYDEN T., IRVIN E. - Evidence-informed management of chronic low back pain with massage. - The Spine Journal 8, 2008, p. 121 - 133.
22. JAKOBSSON U., KLEVSGARD R., WESTERGREN A., HALLBERG I. R. - Old people in pain : a comparative study. - Journal of Pain and Symptom Management, 2003, 26, 1, p. 625 - 636.
23. LALIVE-D'EPINAY C., BICKEL J. F., HAGMANN H. M., MAYSTRE C., MICHEL J.P. - Comment définir la grande vieillesse ? : du recours à l'âge chronologique ou à l'âge sociofonctionnel. - Année Gérontologie, 1999, p. 64 - 83.
24. LE BARS D., VILLANUEVA L., CHITOUR D. - Les mécanismes physiologiques de contrôle de la douleur. - BRASSEUR L., CHAUVIN L., GUILBAUD G. - Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. - Paris : Maloine, 1997. - p. 23 - 37.
25. MELZACK R. - The Mac Gill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods. - Pain, 1975, 1, p. 277 - 299.

26. MELZACK R., WALL P. D. - Pain Mechanisms: a new theory. - Science, 1965, 150, p. 971 - 979.
27. SEBAG-LANOË R., WARY B., MISCHLICH D. - La douleur des femmes et des hommes âgés. - Paris : Masson, 2002. - 324 p. - Âges, Santé, Société.
28. SMITH J. M., SULLIVAN S. J., BAXTER G. D. - The culture of massage therapy : valued elements and the role of comfort, contact, connection and caring. - Complementary Therapies in Medicine, 2009, 17, p. 181 - 189.
29. TREMBLAY N., ALLARD. N., VEILLETTE Y. - Effect of age on pain perception : preliminary results. - International Association for the Study of Pain, 1993.
30. WISE R. A., ROMPRE P. P. - Brain dopamine and reward. Annual Review of Psychology, 1989, 40, p. 191 - 225.
31. WOODRIVE K. M., FRIEDMAN G. D., SIEGELAUB A., COLLEN M. F. - Pain tolerance : differences according to age sex and race. - Psychosomatic Medicine, 1972, 34, p. 548 - 556.
32. YIP Y. B., TAM A. C. Y. - An experimental study on the effectiveness of massage with aromatic ginger and orange essential oil for moderate-to-severe knee pain among the elderly in Hong Kong. - Complementary Therapies in Medicine, 2008, 16, p. 131 - 138.

## AUTRES REFERENCES

33. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) - Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. - 2000, 53 p.
34. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) - Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. - 1999, 124 p.
35. HAS (Haute Autorité de Santé) - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient - Consensus formalisé - Argumentaire, 2008, 120 p.
36. HAS (Haute Autorité de Santé) - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient - Consensus formalisé - Recommandations, 2008, 27 p.
37. HAS (Haute Autorité de Santé) - Recommandations pour la pratique clinique : masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile - Argumentaire, 2005, 13 p.

# ~ ANNEXES ~





## Retentissement comportemental : Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD)

Humeur

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Capacité à marcher

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Travail habituel (activités)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Relation avec les autres

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Sommeil

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Goût de vivre

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

### POURQUOI ?

«A votre avis, d'où proviennent vos douleurs ?» .....

- Modification des douleurs :

AUGMENTATION = .....

DIMINUTION = .....

- Traitement médicamenteux antalgique :

Nom : ..... Dose : ..... Fréquence : .....

Nom : ..... Dose : ..... Fréquence : .....

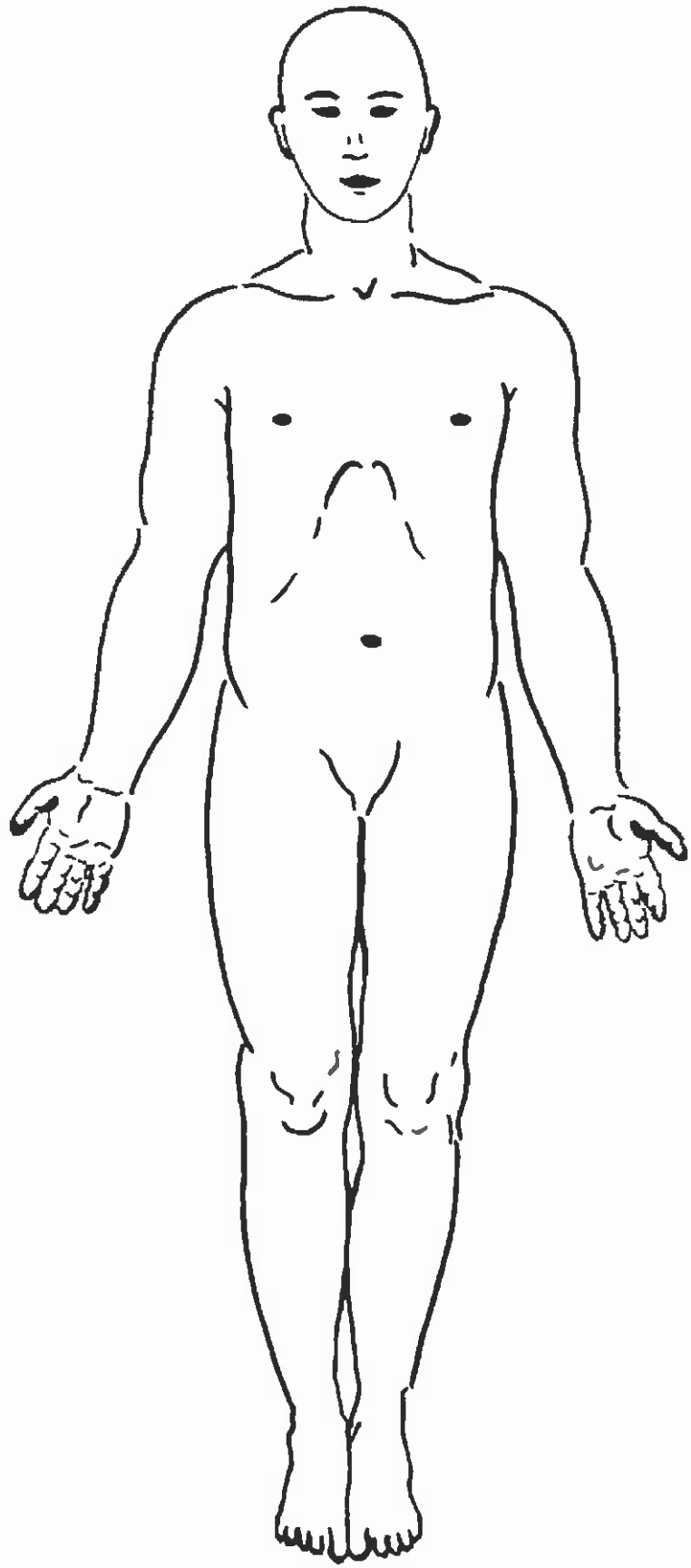
Nom : ..... Dose : ..... Fréquence : .....

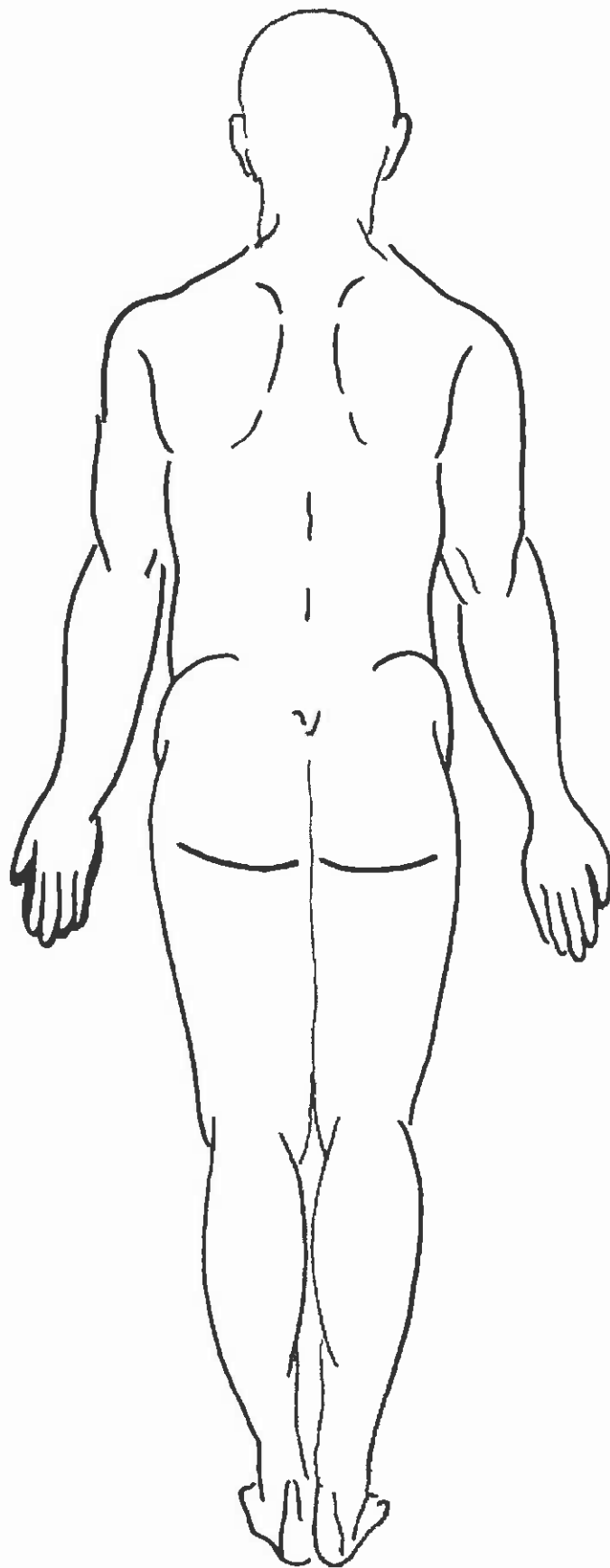
Attitude face aux médicaments : .....

.....

### ATTENTES DU SUJET :

.....







## Retentissement comportemental : Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD)

Humeur

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Capacité à marcher

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Travail habituel (activités)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Relation avec les autres

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Sommeil

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Goût de vivre

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

## POURQUOI ?

«A votre avis, d'où proviennent vos douleurs ?» .....

- Modification des douleurs :

AUGMENTATION = .....

DIMINUTION = .....

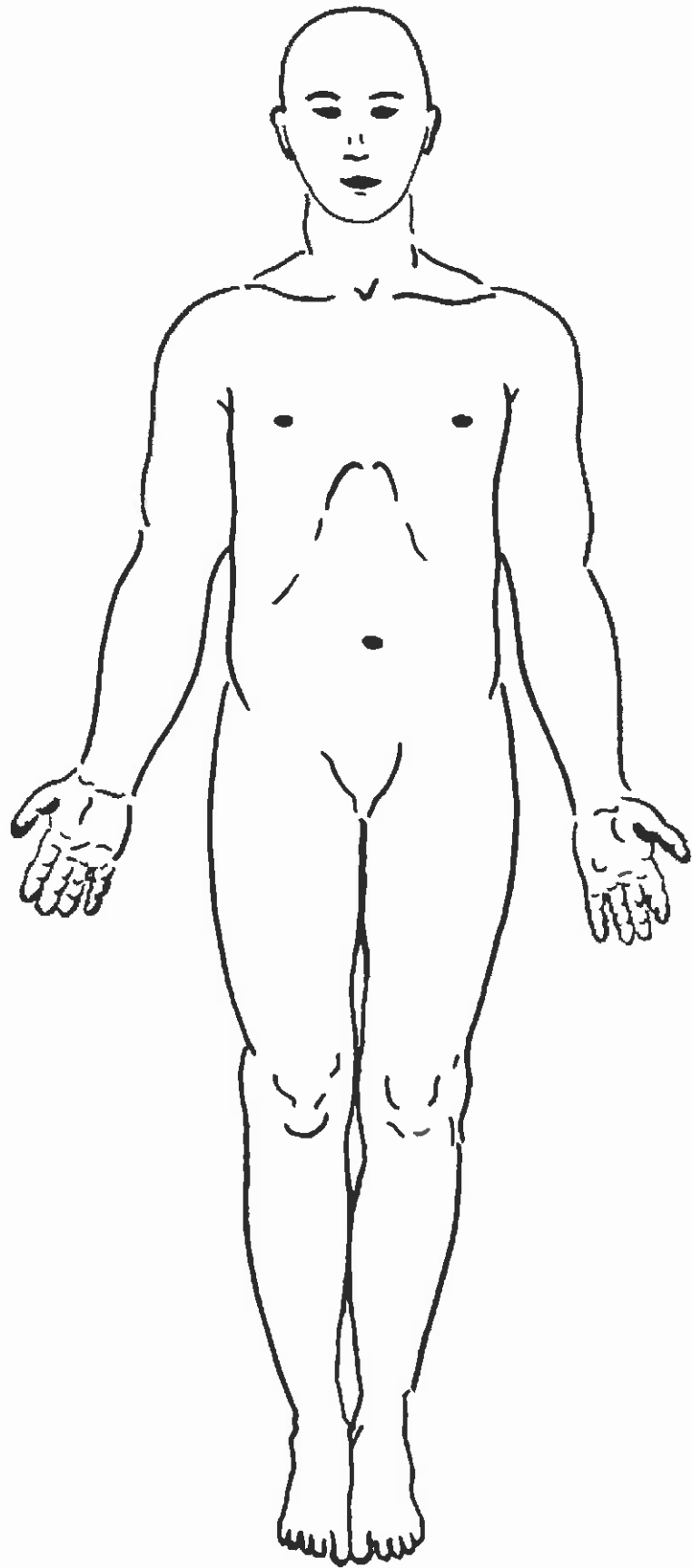
## IMPRESSION/REFLEXION DU SUJET SUR LA PRISE EN CHARGE :

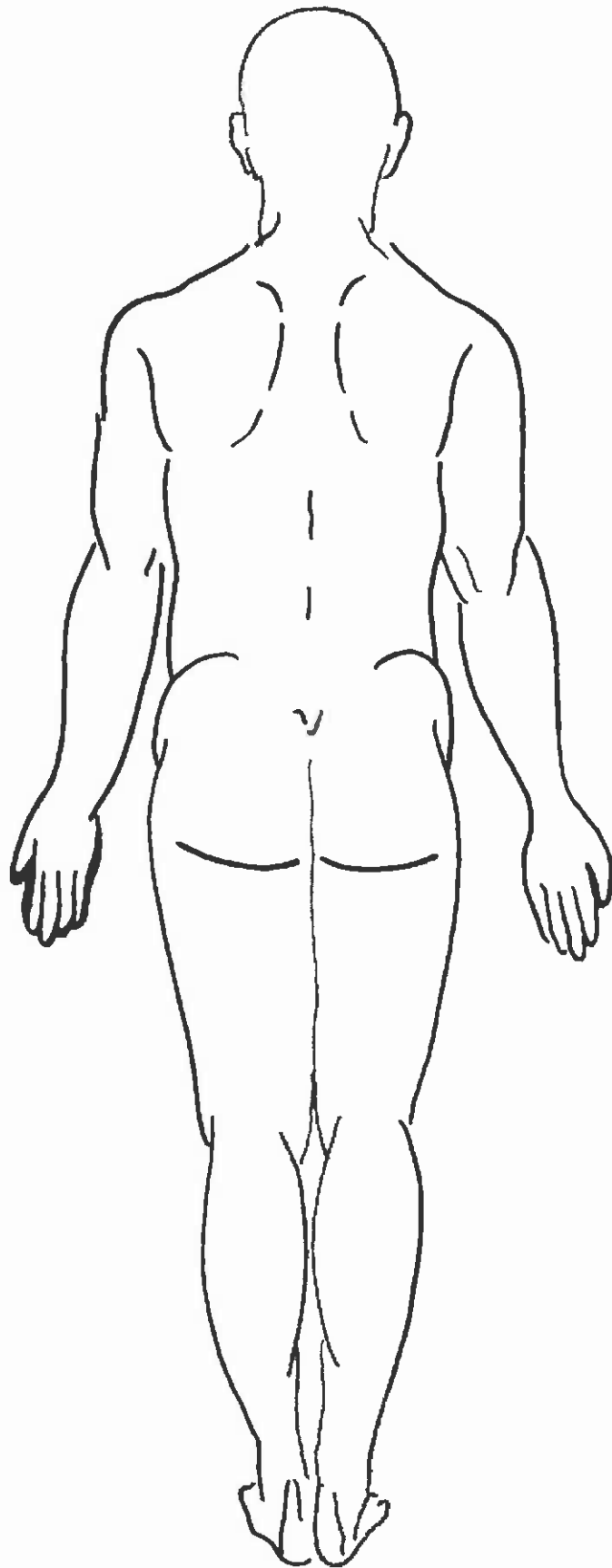
Effets ressentis pendant, à la suite du massage.

.....  
.....  
.....

Réflexion sur les modalités de l'acte, de la prise en charge (durée, fréquence, méthode...).

.....  
.....  
Réponse aux attentes formulées initialement.  
.....  
.....





## ANNEXE III

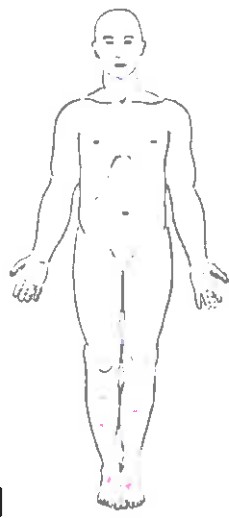
### SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES

#### Légende :

- Les schémas de gauche représentent le bilan initial, ceux de droite le bilan final.
- Les lettres correspondent aux lettres d'anonymat attribuées à chaque patient.
- Lorsque seuls deux schémas sont présentés, il s'agit de ceux du bilan initial, le bilan final n'ayant pas été réalisé dans ces cas là.

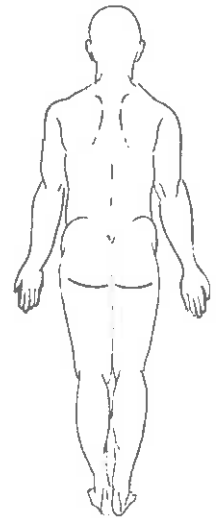
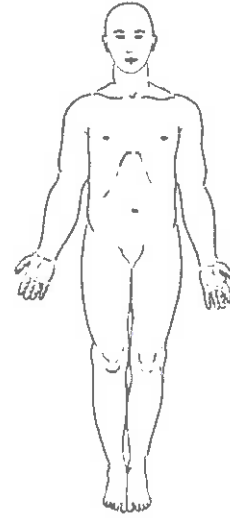
La mention d'une douleur «Locale» ou «Diffuse», présente dans le questionnaire, y est ajoutée.





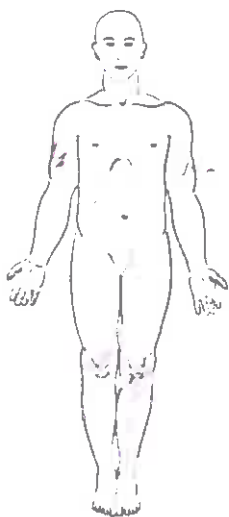
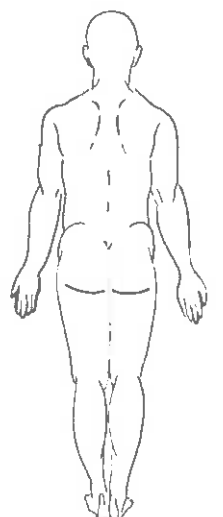
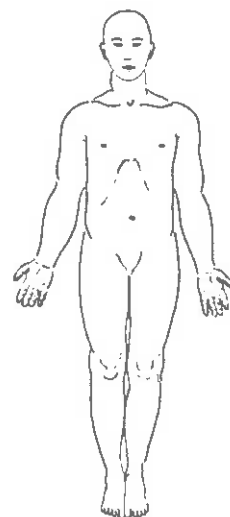
[O]

«Locale»



[P]

«Locale»



[Q]

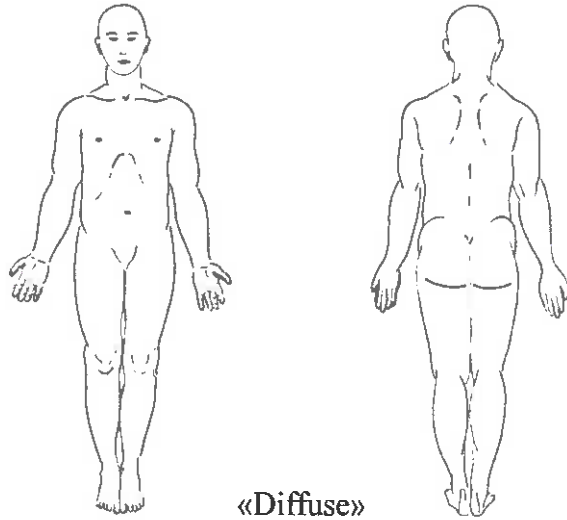
«Locale»



«Locale»

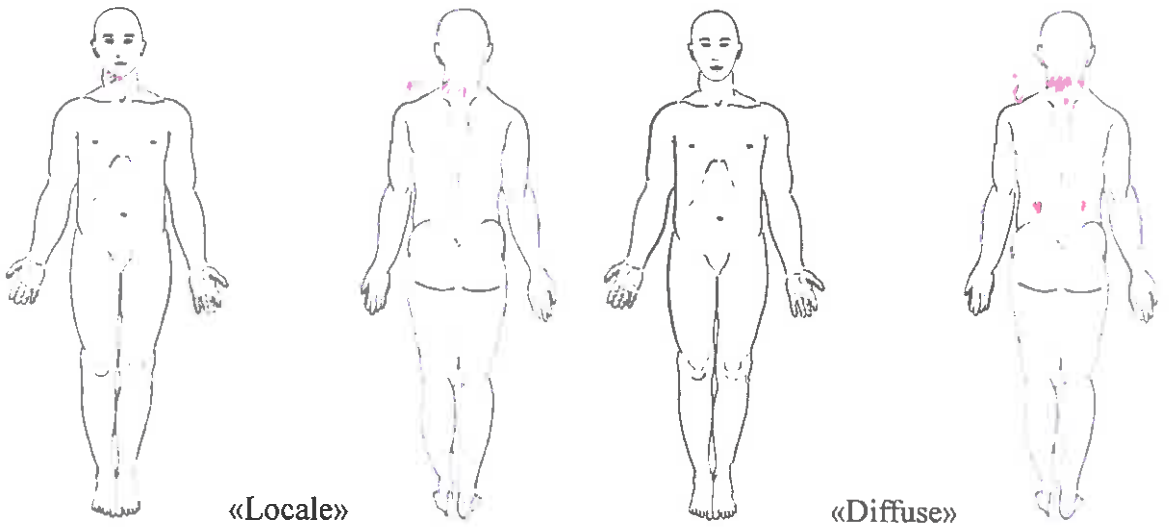


«J'ai mal partout !»



[R]

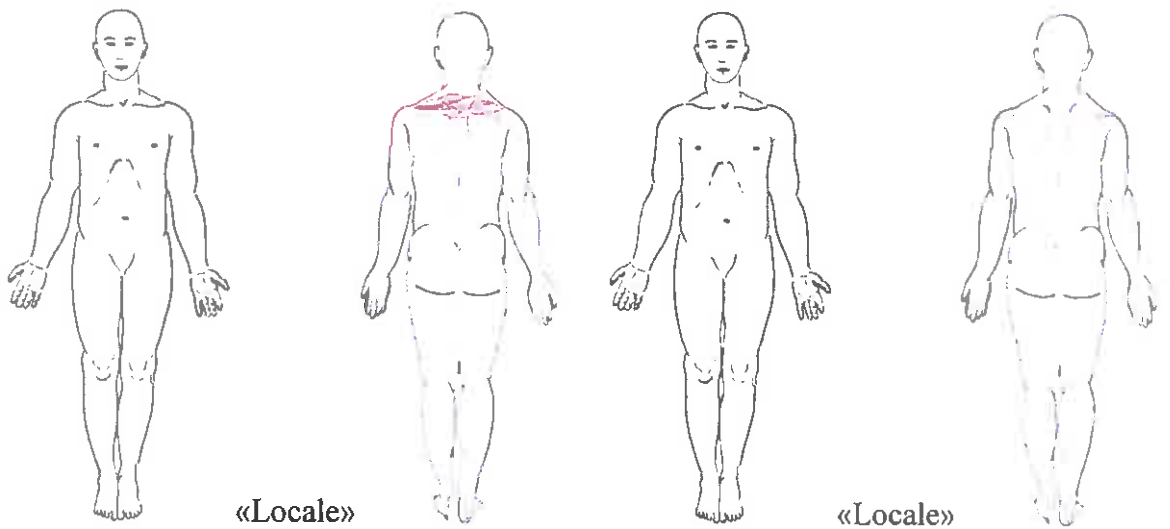
«Diffuse»



[S]

«Locale»

«Diffuse»



[T]

«Locale»

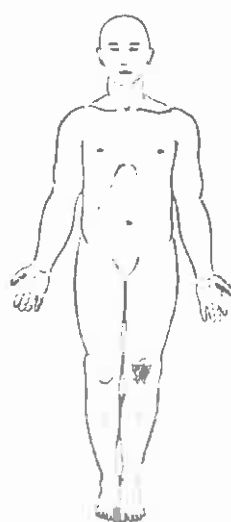
«Locale»



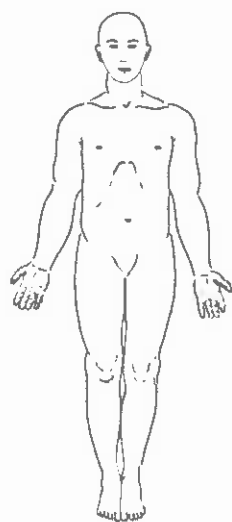
[U]



«Locale»



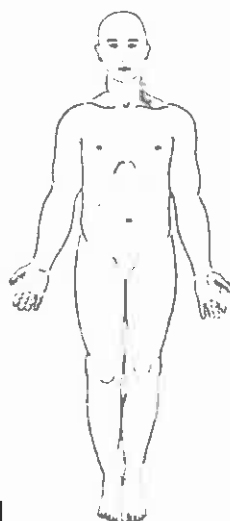
«Locale»



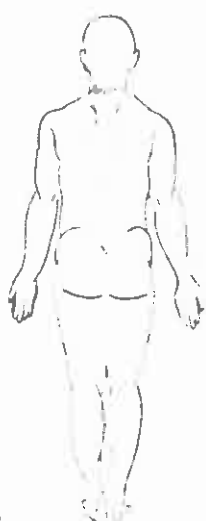
[V]



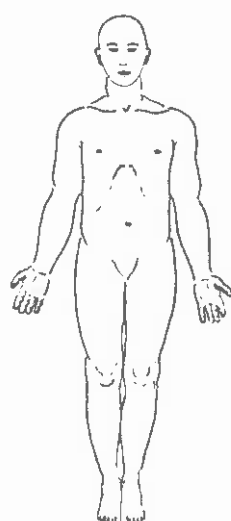
«Locale»



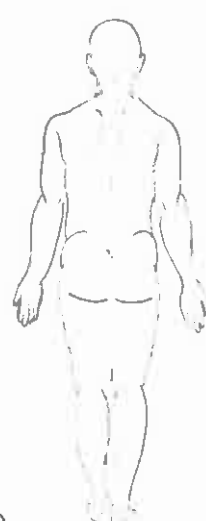
[W]



«Locale»



«Locale»





[X]

«Locale»

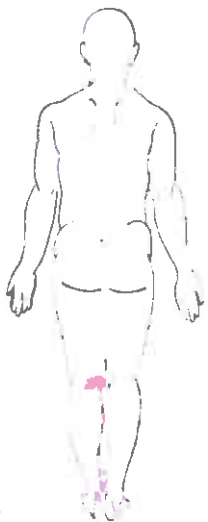


«Locale»

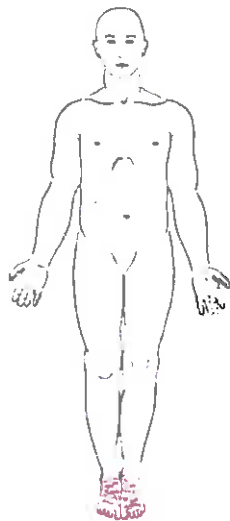


[Y]

«Locale»

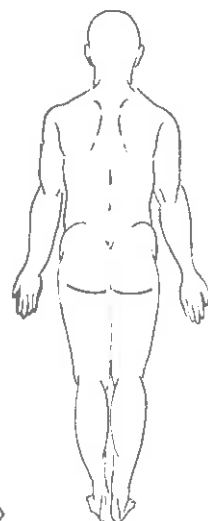


«Locale»



[Z]

«Locale»



## ANNEXE IV

### ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Légende : L. = Lettre d'Anonymat ; M = masculin ; F = Féminin ; Entrée = année d'entrée à la maison de retraite (mois précisé si l'entrée date de 2009) ; Début = nombre d'année depuis le début des douleurs ; EVA auj. = EVA le jour de l'évaluation ; EVA sem. = EVA de la semaine précédente ; EVA mois = EVA du mois précédent ; EVA 3m. = EVA des 3 derniers mois (moyenne d'intensité de douleur estimée par le patient) ; av. = avant, bilan initial ; ap. = après, bilan final.

L.	sexe	âge	entrée	début	EVA auj.		EVA sem.		EVA mois		EVA 3m.
					av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.
O	M	95	mai-09	10	0	0	6,5	0	6,5	0	6,5
P	F	86	2002	15	0	0	1,8	0	2,4	0	2,4
Q	F	84	mai-09	0,5	5,6	10	8,1	8,4	5,4	8,4	5,4
R	F	90	2008	6	10		10		10		10
S	F	93	2002	15	2,2	3,6	5	3,6	5	3,6	5
T	M	64	2003	6	2,4	0	8,1	2,7	5,6	2,7	5,6
U	F	83	2004	15	6,6	2	6,6	5,5	6,6	3,3	6,6
V	M	78	1999	30	0		6		4,4		4,4
W	F	87	2008	30	3,6	2,2	6,3	1,2	6,2	1,2	6,2
X	F	85	avr-09	4	5,3	0	5,3	2,8	5,3	1,7	5,3
Y	F	85	2007	0,5	4	2,4	4	2,4	4	2,4	4
Z	F	75	1994	10	5		5		5		5

## ANNEXE V

### QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR (QDSA ABRÉGÉ)

#### Qualificatifs sensoriels

Légende : Elan. = Elancement ; Pénét. = Pénétrante ; Déch. é. = Décharge électrique ; Poign. = Coup de poignard ; Etau = En étau ; Tira. = Tiraillement ; Brûl. = Brûlure ; Fourm. = Fourmillement ; Lourd. = Lourdeur ; Tot. = total.

	Elan.		Pénét.		Déch. é.		Poign.		Etau		Tira.		Brûl.		Fourm.		Lourd.	
	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.
L.															x			
O	x																	
P		x	x	x		x		x	x	x		x	x	x		x	x	x
Q			x	x														
R			x	x														
S			x	x					x		x							x
T				x					x		x	x					x	x
U	x		x	x				x	x		x	x		x			x	x
V			x	x														
W			x	x					x	x								
X	x		x	x					x		x						x	x
Y			x	x					x			x	x	x				x
Z			x	x					x									
Tot.	3	1	9	7	0	1	0	2	8	2	5	4	2	3	1	1	4	6

## ANNEXE VI

### ÉCHELLE MULTIDIMENSIONNELLE (DU QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LA DOULEUR)

L.	Humeur		Marche		Activités		Relations		Sommeil		Goût vie	
	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.	av.	ap.
O	4	0	10	0	10	0	10	0	2	0	4	0
P	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	8	10	8	7	7	8	0	0	9	10	10	10
R	10		10		10		10		10		10	
S	4	0	5	0	0	5	0	0	4	0	0	0
T	5	3	0	0	0	3	0	0	0	0	5	0
U	5	0	7	5	7	5	0	0	6	3	0	0
V	5		4		5		3		0		0	
W	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0
X	5	7	8	7	9	7	8	3	8	0	9	8
Y	5	8	7	8	7	8	5	6	4	0	7	6
Z	4		8		4		5		2		8	