

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti-inflammatoire(s) non stéroïdien(s)
AVQ	Activité(s) de la vie quotidienne
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CINAHL	Cumulative index to nursing and allied health literature
ECR	Étude(s) randomisée(s) contrôlée(s)
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HT	Healing Touch
MPI	Multidimensional pain inventory
NRS	Numeric rating scale
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PATCIE	Pain assessment tool in cognitively impaired elders
PMR	Progressive muscle relaxation
SETTS	Subjective experience of therapeutic touch scale
SSED	Société suisse pour l'étude de la douleur
SUHB	Science of unitary human beings
TT	Toucher thérapeutique
VAS	Visual analogue scale
VDS	Verbal descriptor scale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT et termes Mesh.....	22
Tableau 2. Résumé des équations de recherche.....	23
Tableau 3. Tableaux synthétiques des études retenues et analyse critique	28
Tableau 4. Tableau récapitulatif des éléments identifiés	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	26
--	----

TABLE DES MATIERES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières	6
Introduction.....	8
1. Problématique	9
1.1. Vieillissement.....	9
1.2. Soins palliatifs	10
1.3. Maladies chroniques d'origine rhumatismales	11
1.4. Arthrose.....	12
1.4.1. Retentissements de la douleur chronique.....	12
1.4.2. Retentissements de l'arthrose	13
1.4.3. Traitements de l'arthrose	14
1.5. Thérapies énergétiques	15
1.5.1. Toucher Thérapeutique.....	15
1.5.2. Reiki	15
1.5.3. Healing Touch.....	16
2. Ancre discursive	16
2.1. Ancre théorique : la science de l'être humain unitaire	17
2.2. Postulats et principes	18
2.2.1. Postulats	18
2.2.2. Principes	19
2.2.3. Métaconcepts.....	19
2.3. Question de recherche.....	21
3. Méthode.....	21
3.1. Terminologie PICOT et termes Mesh	22
3.2. Bases de données de recherche	23
3.3. Critères d'éligibilité des articles.....	24
3.4. Articles retenus pour l'analyse	24
3.5. Diagramme de flux.....	26

4. Résultats.....	27
4.1. Analyse critique et synthèse des articles retenus	27
4.2. Éléments majeurs identifiés par l'analyse des articles.....	36
5. Discussion	38
5.1. Efficacité des thérapies énergétiques sur les outcomes et les modalités de distribution de l'intervention	38
5.1.1. Modalités des interventions	38
5.1.2. Praticiens des thérapies énergétiques.....	41
5.1.3. Outils de mesures	41
5.1.4. Effets sur les différents outcomes.....	42
5.1.5. Biais et limites	43
6. Conclusion	45
6.1. Apports et limites du travail	46
6.1.1. Apports.....	46
6.1.2. Limites.....	46
6.2. Recommandations	47
6.2.1. Recommandations pour la recherche	47
6.2.2. Recommandations pour la pratique	47
6.2.3. Recommandations pour la formation HES-SO en soins infirmiers	48
7. Références bibliographiques	49
8. Annexes.....	53
8.1. Cinq savoirs	53
8.2. Pyramide des niveaux de preuve.....	55
8.3. Exemple d'une fiche de lecture	56
8.4. Méthode Krieger et Kunz : phase du « scanning »	62

INTRODUCTION

« Quand on est malade, rien ne chante plus fort que l'envie de guérir » (Giono, (S.d) cité par LeMonde.fr, 2017). Cette citation de Jean Giono exprime bien ce que toute personne souffrant d'une maladie désire. Cependant, la guérison n'est pas le but premier à atteindre pour certaines pathologies au long cours, ce qui est le cas des maladies chroniques. Cette revue de littérature s'axe sur les maladies chroniques rhumatismales. Elle s'intéresse plus particulièrement à l'exploration de l'application des thérapies complémentaires énergétiques pour la gestion de la douleur des personnes âgées souffrant de maladies rhumatismales, afin de promouvoir le bien-être et la qualité de vie.

Dans un premier temps, l'ampleur épidémiologique du vieillissement de la population et des maladies chroniques sera mise en évidence. Les maladies rhumatismales et plus particulièrement l'arthrose et ses conséquences seront développées. Le concept de la douleur chronique sera mis en avant afin de mettre en exergue son importance dans la prise en soins et le rôle infirmier. Pour finir, trois thérapies énergétiques seront abordées : le toucher thérapeutique, le Reiki et le Healling Touch.

Dans un second temps, cette revue de littérature développera la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers qui a été choisie comme ancrage disciplinaire. La question de recherche sera élaborée à la lumière des constats mis en évidence dans la problématique.

Dans un troisième temps, les bases de données Pubmed et CINAHL seront interrogées afin d'identifier les articles scientifiques susceptibles de répondre à la question de recherche. Ces derniers seront analysés et présentés dans les tableaux de synthèses.

Finalement, les résultats seront discutés et mis en lien avec l'ancrage disciplinaire de Martha Rogers. Une discussion et une conclusion seront réalisées pour conclure par des recommandations pour la recherche et pour la pratique.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. Vieillissement

Le vieillissement peut être défini, au niveau biologique, comme une accumulation de diverses lésions au niveau moléculaire et cellulaire. Ces perturbations induisent, avec le temps, une diminution des ressources physiologiques, une réduction des capacités générales et une augmentation du risque d'apparition de diverses pathologies. À cela, s'ajoutent également des modifications psychologiques et sociales (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016, p. 29).

Actuellement, le phénomène du vieillissement de la population mondiale devient une problématique de santé majeure. « Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passera de 900 millions à 2 milliards entre 2015 et 2050 » (OMS, 2017). Ce constat est également confirmé au niveau national. « À l'horizon 2045, la Suisse dénombrera 2,7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus ... contre 1,5 million fin 2014 » (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015). À Genève, le constat reste identique concernant ce phénomène de vieillissement. « Avec un accroissement relatif variant entre 60,9% et 64,0% entre 2015 et 2040, le groupe des personnes âgées de 65 ans ou plus sera clairement celui qui progressera le plus. Son effectif passera de 80 500 personnes en 2015 à un total allant de 129 600 ... à 132 000 ... en 2040 » (Office cantonal de la statistique [OCSTAT], 2016, p. 27). Au vu de cette évolution démographique, il est intéressant de se pencher sur les besoins en soins des personnes âgées. Ces besoins sont influencés par l'état de santé fonctionnelle et par les maladies chroniques (OFS, 2012, p. 5). L'OMS (2004) précise que la population vieillissante fera augmenter la prévalence des maladies chroniques.

Ces dernières, évoluant à long terme, ont des répercussions importantes sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. De ce fait, il est fréquent de prendre en considération la notion de qualité de vie dans la prise en soins (Baumann & Briançon, 2010, p. 20). Effectivement, lorsque des maladies chroniques s'ajoutent aux conséquences du vieillissement normal, il serait possible de concevoir que la qualité de vie des personnes âgées soit altérée. L'une des perspectives de soin serait de préserver la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques, en faisant recours à une approche palliative.

1.2. Soins palliatifs

À l'origine, les soins palliatifs étaient destinés aux maladies mortelles. D'après L. Sechaud, cependant, avec le temps leurs champs d'action se sont élargis et s'appliquent également aux maladies chroniques (communication personnelle, 11 avril 2016). Depuis 2002, « les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives » (Office fédéral de la santé publique [OFSP] & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS], 2011, p. 8). Ils conçoivent la personne dans sa globalité (OFSP, CDS & palliative.ch, 2014, p. 5). De ce fait, les soins palliatifs se composent de traitements médicaux, de soins et de soutiens psychologiques, sociaux et spirituels. Ils offrent aux patients la meilleure qualité de vie possible en évitant la souffrance et les complications. Ils tiennent aussi compte des proches en leur proposant un soutien adéquat en fonction de la situation (OFSP & CDS, 2011, p. 8).

Selon l'OFSP, la CDS et palliative.ch (2014), les souhaits de l'individu jouent un rôle central dans l'approche palliative. En effet, cette dernière accorde une importance particulière aux problèmes, aux symptômes et aux besoins des patients, ainsi qu'aux besoins des proches. La stabilité de la maladie détermine les besoins en soins des patients. C'est pourquoi les soins palliatifs font la distinction entre les soins palliatifs « généraux » et « spécialisés » (pp. 5-6).

La gestion des symptômes telle que la douleur est l'une des priorités dans une approche palliative. L'international association for the study of pain (IASP) (2016), la définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes de tels dommages » (traduction libre). Il existe une distinction entre les différents types de douleurs : les aiguës et les chroniques¹. « Les douleurs aiguës constituent un signal d'alarme indiquant l'apparition imminente ou la présence d'une lésion tissulaire » (Société suisse pour l'étude de la douleur [SSED], 2015) et elles ne sont en principe pas durables. Tandis que « les douleurs chroniques sont des phénomènes qui durent (plus de 3 mois) et sont récurrentes. Les douleurs chroniques peuvent constituer une maladie en soi » (SSED, 2015). Ces dernières étant les plus invalidantes pour les patients, il est important de trouver un moyen pour diminuer la polymédication afin de favoriser une bonne qualité de vie. La personne âgée peut souffrir de plusieurs pathologies chroniques simultanément, ce phénomène se nomme la multimorbidité (OFSP, CDS &

¹ Il en existe encore d'autres, mais pas abordé dans cette revue de littérature.

palliative.ch, 2015, p. 20). En effet, « près de 45% des individus de plus de 85 ans ... sont atteints de multimorbidité » (Observatoire suisse de la santé [OBSAN], 2015, p. 19). Cette dernière, nécessitant une polymédication, rend la santé de la population âgée imprévisible et fragile. De plus, la polymédication de la personne âgée augmente le risque d'apparition d'effets indésirables, car les réactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques peuvent se modifier avec l'âge. (OFSP, CDS & palliative.ch, 2015, p. 20)

1.3. Maladies chroniques d'origine rhumatismales

Selon l'OFSP et la CDS (2011), les maladies chroniques sont des affections de longue durée à évolution lente, fréquemment accompagnées de complications et qui amènent généralement à une réduction de l'espérance de vie. Ce sont des pathologies telles que le cancer, la maladie de Parkinson, le diabète, la démence ou encore les rhumatismes. Elles requièrent des soins médicaux constants sans lesquels la santé du malade ou sa qualité de vie peuvent se détériorer de manière conséquente (p. 10).

Les maladies chroniques touchent environ un quart de la population suisse. « En Suisse, 2,2 millions d'individus souffrent d'une maladie chronique et une personne sur cinq de plus de 50 ans est atteinte de multimorbidité » (OBSAN, 2015, p.123).

Le concept de maladie chronique restant un champ vaste, cette revue de littérature s'oriente plus particulièrement sur les maladies rhumatismales.

D'après la Ligue suisse contre le rhumatisme (2017), le terme « rhumatisme » fait référence à plus de 200 maladies qui sont la source de douleurs articulaires, osseuses ou des parties molles.

« Le rhumatisme est très répandu : en Suisse, 2 millions de personnes souffrent de douleurs rhumatismales. Environ 300 000 personnes sont atteintes de formes chroniques graves de rhumatisme, première cause de handicap dans notre pays » (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2017).

Les affections les plus répandues sont l'arthrose, l'arthrite, le rhumatisme des parties molles (fibromyalgie), les dorsalgies (chroniques ou aiguës) et l'ostéoporose (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2017). Ces rhumatismes « font peser une lourde charge sociale et économique sur toutes les sociétés, pas seulement sur celles où l'espérance de vie est élevée » (OMS, 1992, p.1).

Selon la Ligue suisse contre le rhumatisme (2017) :

« Le rhumatisme engendre chaque année des coûts plus importants que toutes les autres maladies non transmissibles. Selon des études, le coût total s'élève à 23 milliards de francs par année. À titre de comparaison, les maladies cardio-vasculaires représentent des coûts de 17 milliards de francs, le cancer d'environ 11 milliards de francs. »

1.4. Arthrose

Parmi cet éventail, « l'arthrose est l'une des 10 maladies les plus invalidantes dans les pays développés. À l'échelle mondiale, on estime que 9,6 % des hommes et 18 % des femmes âgées de plus de 60 ans en souffrent » (OMS, 2003). L'arthrose affecte le plus souvent les personnes âgées, il est fortement probable que sa prévalence augmente avec le vieillissement de la population.

Cette pathologie est définie comme « une dégénérescence progressive du cartilage des articulations due à un processus de décomposition et d'altération chronique qui peut affecter l'ensemble des structures d'une articulation. L'arthrose peut survenir sans cause apparente (forme primaire) ou à la suite d'un traumatisme (forme secondaire) » (Reichenbach, 2012 ; SNF, 2009 cité par OBSAN, 2015, pp. 129-130).

Selon la Ligue suisse contre le rhumatisme (2017), l'arthrose peut se manifester par plusieurs symptômes typiques tels que la douleur, la raideur et la perte de la mobilité. En effet, l'un des premiers symptômes de l'arthrose est la manifestation d'une douleur, intense et diffuse, lors de la mobilisation. Cependant, avec l'évolution de la maladie, la douleur peut se manifester également au repos.

1.4.1. *Retentissements de la douleur chronique*

« Les maladies chroniques s'accompagnent souvent de douleurs constantes qui contribuent à détériorer la qualité de la vie, les relations sociales, la mobilité et les aptitudes professionnelles des malades. Ces derniers disent se sentir « prisonniers » de leurs maux » (OBSAN, 2015, p. 22). Cela peut également s'appliquer pour les maladies rhumatismales telles que l'arthrose. Ces douleurs peuvent être une source primaire d'isolement social (relation sociale), elles peuvent diminuer la qualité de vie et devenir une importante conséquence sur la santé psychique des aînés (OBSAN, 2015, p. 160). De plus, les facteurs environnementaux comme l'isolement social, la perte

d'autonomie liée aux pathologies somatiques, les douleurs chroniques ainsi que d'autres facteurs (internes et biologiques) sont des risques majeurs de dépression chez le sujet âgé (Lleshi & Bizzozzero, 2009, p. 1786). En effet, la dépression fait partie des causes de multimorbidité chez les personnes souffrant de maladies chroniques et notamment d'origine physique telle que l'arthrose (Baer et al., 2013 cité par OBSAN, 2015, p. 127). « Il n'y a pas de santé globale sans bien-être psychique Chez toute personne souffrant de maladie chronique, la dimension psychique doit elle aussi faire l'objet de la plus grande attention » (OBSAN, 2015, p. 123).

1.4.2. *Retentissements de l'arthrose*

L'arthrose accentue la dépendance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), une baisse de la mobilité et une forte douleur chez les patients. Cette pathologie restreint dans 80% des cas la mobilité des personnes âgées et 25% d'entre elles se voient dans l'impossibilité de réaliser leurs AVQ (OMS, 2003), tels que « se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche. Une limitation dans ces activités de base débouche souvent sur des besoins soutenus d'aide et de soins » (OFS, 2014, p. 2).

La personne âgée est souvent soutenue dans ces difficultés par un proche. Les proches aident à affronter les impacts sur le quotidien de la maladie. En effet, ils influencent l'évolution de l'état de santé de la personne atteinte, sont impliqués dans la gestion du traitement et sont souvent les substituts du personnel de soins. Ce soutien est indispensable au bien-être de l'aîné. C'est pourquoi il est important que les professionnels les prennent en considération dans le processus de soins. Les risques à long terme de ce processus sont l'inversion des rôles, entre la personne souffrante et le proche aidant, pouvant devenir une source de conflit et altérer l'estime de soi de la personne affectée (OBSAN, 2015, pp.169-171).

L'OFS (2014) ajoute que l'arthrose a un effet défavorable sur les compétences fonctionnelles. Elle entraîne une baisse de la fonction locomotrice et augmente les risques de chutes (p. 1). « Les aînés avec des restrictions de locomotion sont plus nombreux à tomber que ceux qui peuvent se déplacer aisément (43% contre 25%) » (OFS, 2014, p. 3).

Selon l'OFS (2014), « les chutes constituent une part importante des accidents, particulièrement chez les personnes âgées » (p. 62). En effet, les chutes et les arthropathies (arthrose et arthrite) représentent un risque majeur d'hospitalisation

(OFS, 2014). Ces dernières engendrent un important coût de la santé « direct » et « indirect » en Suisse (OBSAN, 2015, p. 21). En effet, selon l'OFS (2016), depuis 2012, les diagnostics les plus répandus du système ostéo-articulaire sont l'arthrose du genou et l'arthrose de la hanche. Ces dernières sont la première cause d'hospitalisation en Suisse avant les blessures, les commotions cérébrales, les maladies du système cardio-vasculaire et du système digestif ainsi que celles pour les troubles mentaux. De ce fait, 185'000 hospitalisations sont dues à l'arthrose ainsi qu'aux problèmes dorsaux et articulaires.

1.4.3. Traitements de l'arthrose

À ce jour, il est impossible de guérir l'arthrose. Néanmoins, différents traitements existent afin de diminuer les symptômes liés à la douleur et réduire leurs retentissements sur le quotidien. La physiothérapie pour le maintien de la mobilité, l'ergothérapie pour préserver l'autonomie, l'utilisation des moyens auxiliaires, la chirurgie ou la médecine alternative. Cependant, les traitements médicamenteux restent de premier recours. Les traitements principaux sont : les antalgiques (paracétamol), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les dérivés de la cortisone (injection intra-articulaire), le sulfate de chondroïtine et l'acide hyaluronique (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2013, pp. 14-23). Ces médicaments sont parfois prescrits à un dosage inadapté ou peuvent être pris sans indication médicale, ce qui peut aggraver les effets indésirables. En effet, les personnes souffrant de multimorbidité prennent souvent de multiples médicaments en même temps (OBSAN, 2015, p.19). C'est pourquoi un nombre grandissant de personnes atteintes de maladies chroniques souhaitent recevoir des informations sur leur pathologie et sur les possibilités de traitements qui s'offrent à elles (Haverhals et al., 2011 ; Rankin et al., 2011 cité par OBSAN, 2015, p. 156). La multimorbidité « confronte le personnel soignant ... à des problèmes complexes » (OBSAN, 2015, p.125).

Selon l'OBSAN (2015) :

Les problèmes liés aux maladies chroniques sont mieux résolus si les personnes touchées participent activement à la gestion de leurs maux. D'où la nécessité, pour les personnels de santé, d'être à leur écoute et de prendre en considération leurs besoins individuels (p. 23).

Autrement dit, la personne se trouve au centre de la pratique et de la profession infirmière. Elle devrait être considérée dans sa globalité, afin de préserver son bien-être et sa qualité de vie malgré sa pathologie. Le rôle de l'infirmier serait de prodiguer

des soins individualisés afin de répondre aux besoins de la personne tout en intégrant les proches dans la prise en soin. De plus, l'infirmier devrait informer le patient sur tous les moyens de traitements possibles, y compris sur les traitements non conventionnels tels que les thérapies complémentaires.

1.5. Thérapies énergétiques

Parmi les diverses médecines complémentaires, il est intéressant de se pencher sur les approches énergétiques comme le toucher thérapeutique (TT), le Reiki et le Healing Touch (HT) afin de comprendre leurs principes et leurs indications.

Ces thérapies énergétiques se basent sur l'utilisation d'un contact direct ou indirect. Elles influencent les champs d'énergie humaine et ajustent les dimensions physiques, émotionnelles, mentales et spirituelles du patient. Lorsque les champs énergétiques du corps sont fermés ou bouleversés, une perturbation se produit dans l'harmonie de l'être humain, ce qui peut entraîner une maladie, une faiblesse, une douleur ainsi que d'autres problèmes (Fazzino, Quinn, Griffin, McNulty & Fitzpatrick, 2010, traduction libre, p. 79).

1.5.1. *Toucher Thérapeutique*

Le TT est un concept apparu dans les années 1970. Les pionnières de cette approche sont Dolores Krieger et Dora Kunz (Krieger, 1979, pp. 4-13 ; 1981, pp. 138-147 ; Kunz, 1991, pp. 5-6 cité par Sokal, 2005, p. 56). Il « consiste principalement à moduler les champs énergétiques du patient et n'implique pas un contact direct avec la peau » (Krieger, 1993, p. 11, cité par Sokal, 2005, p. 57). Le TT est une méthode de l'imposition des mains qui repose sur le principe que le corps, l'esprit, les émotions et l'intuition forment un unique champ d'énergie, complexe et dynamique. Cette pratique reste une intervention non invasive impliquant une évaluation des manifestations et une libération du champ énergétique environnemental de l'être humain (Fazzino & al., 2010, traduction libre, p. 80). Elle se base sur des découvertes scientifiques et en aucun cas sur des bases religieuses. En effet, aucun acte de foi de la part du patient n'est nécessaire pour qu'il démontre son efficacité (Krieger, 1981, p. 138 cité par Sokal, 2005, p. 56).

1.5.2. *Reiki*

Le Reiki a été introduit par Mikao Usui en 1840. Ce mot japonais signifie : énergie universelle. Cette technique transmet de l'énergie en mettant les mains sur différentes

parties du corps. Pour canaliser l'énergie universelle, les mains peuvent être positionnées soit directement soit indirectement sur une zone spécifique du corps de l'individu. Cette énergie est une force qui va créer une harmonie et un équilibre, va influencer et améliorer l'état physique, émotionnel, mental et spirituel. Les adeptes déclarent que le Reiki à le pouvoir de réorganiser, de renforcer les champs énergétiques afin de diminuer la douleur, les tensions musculaires, d'augmenter le processus de guérison pour les blessures et brûlures, d'améliorer le sommeil ainsi que la capacité du corps à s'auto-guérir naturellement (Fazzino & al., 2010, traduction libre, p. 85).

1.5.3. *Healing Touch*

Le HT est une approche complémentaire développée par Janet Mentgen en 1980, qui s'intéresse à réorganiser l'harmonie et l'équilibre du système énergétique d'une personne. Elle s'appuie sur des méthodes déjà existantes telles que le Reiki et le TT. Cette approche offre l'utilisation des mains qui exercent un toucher direct (doux) et indirect sur le corps, afin d'agir sur une relaxation profonde et de promouvoir un bien-être par la stimulation de cette énergie. Les santés physique, émotionnelle et spirituelle peuvent être « nettoyées » et « rééquilibrée » par une libération des toxines, des énergies bloquées et immobilisées (Fazzino & al., 2010, traduction libre, p. 83).

Pour la réalisation de ce type d'interventions, il serait bénéfique que la posture infirmière se repose sur un ancrage disciplinaire.

2. ANCORAGE DISCIPLINAIRE

Dans cette revue de littérature, il semble cohérent de retenir le modèle conceptuel de Martha Rogers comme ancrage théorique. En effet, Martha Rogers crée un nouveau paradigme. Sa vision unitaire définit que l'art de la pratique infirmière, sous forme de soins créatifs tels que des modalités non invasives, a pour but la promotion du bien-être de la personne. Ce modèle met également l'accent sur les dynamiques énergétiques entre des champs d'énergies afin de conserver le bien-être intérieur de la personne. Martha Rogers précise que le bien-être est une expression du processus de la vie qui est considéré comme une valeur propre à chacun et qui n'est en aucun cas absolu (Fawcett, 2013, traduction libre).

La discipline infirmière est guidée par cinq savoirs (voir annexe 8.1) : personnel, esthétique, éthique, empirique et sociopolitique ou émancipatoire (Pepin, Kérouac &

Ducharme, 2010, pp. 18-22). La vision du soin infirmier de Martha Rogers peut faire penser que le savoir esthétique est mis en avant dans son modèle.

2.1. Ancrage théorique : la science de l'être humain unitaire

Le modèle conceptuel de Martha Rogers des soins infirmiers est appelé la science des êtres humains unitaires (SUHB)² (Fawcett, 2013, traduction libre, p. 231). « Dès 1970, Martha Rogers [1914-1994] présentait une conception unitaire de la discipline infirmière qui se démarquait des autres par son originalité » (Pepin & al., 2010, p. 65). Elle a été la pionnière dans le développement de cette conception unitaire de la discipline infirmière. En effet, elle a été l'une des premières infirmières à placer la personne au centre de l'intérêt de la discipline infirmière (Newman, 1972 cité par Fawcett, 2013, traduction libre, p. 232).

La science de Martha Rogers émerge des connaissances issues de plusieurs disciplines, telles que l'anthropologie, la psychologie, l'astronomie, la philosophie, la physique, la littérature. En effet, la conception de l'être humain en relation avec la nature de Nightingale, la théorie de la relativité d'Einstein, la théorie électrodynamique de Burr et Northrop et la théorie générale des systèmes de von Bertalanffy ont inspiré Martha Rogers (Alligood, 2014, traduction libre, pp. 222-223)

Les postulats et principes de ce modèle conceptuel constituent les fondations pour d'autres théories et paradigmes tels que deux grandes théories : la théorie de Margaret Newman « health as expanding consciousness » (Alligood, 2014, p. 227) et la théorie de Rosemarie Rizzo Parse « Humaindevenant » (Parse, 2014, p. 9). De plus, de nombreuses théories intermédiaires découlent également de la science de Martha Rogers, telles que la théorie d'Elizabeth Barrett « power-as-knowing-participation-in-change » (Alligood, 2014, p. 227) ainsi que la « Self-Transcendence Theory » (Alligood, 2014, p. 227) de Pamela Reed (Alligood, 2014, p. 227)

Martha Rogers se situe dans le paradigme de transformation³ (Pepin & al., 2010, p. 37) et s'inscrit plus précisément dans l'école des patterns. Dans cette école, « les théoriciennes répondent à la question : « *Sur quoi l'attention des infirmières porte-t-elle ?* » (Pepin & al., 2010, p. 65).

² Science Of Unitary Human Beings

³ Le paradigme de la transformation se nomme différemment selon les auteurs : unitaire-transformatif (Newman, 1991 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 12) ; action simultanée (Fawcett, 2013) ; simultanéité (Parse, 2014)

2.2. Postulats et principes

La SUHB est fondée sur quatre postulats qui sont le champ d'énergie, la pandimentionalité, l'ouverture et les patterns. Ainsi que sur trois principes de l'homéodynamique qui sont la résonance, l'hélicie et l'intégralité.

2.2.1. Postulats

Le champ d'énergie est l'unité fondamentale du vivant et du non-vivant qui est une dynamique, infinie et en mouvement continu (Rogers, 1990, p. 7 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239). Cette unité est définie par deux champs d'énergie, le champ humain et le champ environnemental, qui sont distincts, mais inséparables. Le champ humain peut être conceptualisé par la personne, la famille, le groupe ou la communauté. Le champ d'énergie humain-environnement constitue une totalité irréductible qui ne peut pas être séparée en plusieurs composantes. C'est-à-dire que l'humain unitaire ne peut pas être décrit comme une entité bio-psycho-socio-spirituel-culturelle. L'humain est en processus mutuel avec l'environnement. De ce fait, si un changement d'un des deux champs se produit, l'autre changera simultanément (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239).

Martha Rogers définit la pandimentionalité comme un domaine non linéaire sans attributs spatiaux ou temporels (Rogers, 1990, p. 29 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239). Une réalité pandimentionale transcende les notions d'espace et de temps qui sont perçues comme des limites dans la réalité actuelle (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239).

L'ouverture est caractérisée par un univers ouvert et sans frontières. De ce fait, l'humain et l'environnement ne sont pas séparés par des limites. L'énergie de chacun s'écoule continuellement dans l'autre sous forme d'une onde continue (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239).

Les patterns sont en changement continual et donnent une identité à chaque processus du champ unique humain-environnement. Même si les patterns sont abstraits et ne sont pas observables, ils se révèlent à travers leurs manifestations (Rogers 1992, p. 29 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239). Ces dernières se reflètent sur le processus mutuel du champ humain-environnement (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 239).

2.2.2. *Principes*

Selon Smith et Parker (2015), les trois principes de l'homéodynamique traduisent la nature et le processus de changement de l'entité humain-environnement (traduction libre, pp. 239-240).

Les changements du champ d'énergie humain-environnement se traduisent par un flux non linéaire et continu. Ce processus varie entre des ondes de basse et haute fréquence. Ce phénomène se nomme la résonance (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 240).

L'hélicie⁴ est résumée par la diversité des structures du champ humain-environnement. Ces structures peuvent être continues, innovantes, imprévisibles et croissantes (Rogers, 1992, p. 31 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 240). Ce phénomène décrit la nature créative et diversifiée, du changement en cours, dans la structure du champ humain-environnement (Phillips, 2010a, p. 57 cité par Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 240).

L'intégralité précise que le changement dans le processus intégral du champ humain-univers où la personne et l'environnement sont unitaires et donc indissociables (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 240).

2.2.3. *Métaconcepts*

Dans la SUHB de Martha Rogers, les quatre métaconcepts sont définis comme suit :

2.2.3.1. La personne et l'environnement

La personne est définie comme un être humain unitaire. C'est un champ d'énergie invisible, irréductible et pandimentionnel, qui est identifié par des patterns et des manifestations uniques (Rogers, 1992, p.29 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 223).

⁴ « Helicity is « the continuous, innovative, unpredictable, increasing diversity of human and environmental field patterns » (Rogers, 1992, p. 31). It describes the creative and diverse nature of ongoing change in field patterning, a « diversity of pattern that is innovative, creative, and unpredictable » » (Smith & Parker, 2015, p. 240).

L'environnement est également un champ d'énergie irréductible et pandimentionnel, qui est identifié par des patterns et manifestations uniques (Rogers, 1994a, p. 3 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 224). Il constitue, avec le champ d'énergie de l'être humain, un système ouvert en processus continu (Alligood, 2014, traduction libre, p. 223).

Dans le cas des personnes âgées souffrant de maladies chroniques d'origine rhumatismale, l'équilibre du champ d'énergie humain peut être perturbé. Ce qui engendrera simultanément un changement dans le champ d'énergie de l'environnement. Ce déséquilibre pourrait se manifester par différentes répercussions sur l'entité humain-environnement telles que la douleur, la diminution des capacités fonctionnelles, l'isolement social ou l'inversion des rôles entre la personne et son proche.

2.2.3.2. La santé

La santé est perçue comme une valeur propre à la culture de chaque personne (Alligood, 2014, traduction libre, p. 223). De ce fait, l'utilisation du terme « bien-être » est plus appropriée que le terme « santé », car ce dernier est trop ambigu (Rogers, 1994b, p. 34 cité par Alligood, 2014, traduction libre, p. 223). « Selon cette conception, la santé fait référence au bien-être, à l'optimisation et à la réalisation du potentiel des personnes par leur participation consciente au changement » (Pepin & al., 2010, p. 66). Cette notion peut faire écho avec l'objectif de cette revue de littérature. En effet, ici le but est de promouvoir le bien-être par la diminution de l'intensité de la douleur due à l'arthrose.

2.2.3.3. Le soin

Les soins infirmiers sont considérés à la fois comme une science et un art (Fawcett, 2013, p. 237). La science infirmière est définie par Martha Rogers comme un ensemble de savoirs abstraits issus de la recherche scientifique et de l'analyse logique. L'art de la pratique infirmière se caractérise quant à lui par une utilisation créative de la science infirmière. Le but des soins infirmiers est de promouvoir la santé et le bien-être de toute personne et cela, peu importe l'endroit où elle se trouve (Rogers, 1992b, pp. 28-33 cité par Fawcett, 2013, traduction libre, p. 237). En effet, Martha Rogers privilégie des interventions non invasives dans la pratique, telles que le toucher thérapeutique, la méditation, la relaxation ... (Fawcett, 2013, traduction libre, p. 239). Dans ce travail, l'art de la pratique infirmière pourrait s'identifier aux modalités non invasives des

thérapies énergétiques (toucher thérapeutique, Healing Touch et Reiki). Leur but est de rétablir l'équilibre dans le champ d'énergie humain-environnement afin de promouvoir le bien-être.

Au terme de ce chapitre, les constats mis en exergue et la vision de la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers permettent d'introduire la question de recherche dans le chapitre suivant.

2.3. Question de recherche

Les constats mis en avant dans la problématique démontrent les retentissements sur le quotidien auquel peuvent faire face des personnes âgées souffrant d'arthrose. Il a été mis en évidence que les soins infirmiers tiennent un rôle important dans la prise en soins de cette population pour promouvoir leur bien-être et leur qualité de vie. De plus, les effets indésirables de la polymédication peuvent s'ajouter aux conséquences de la pathologie et réduire davantage la qualité de vie des personnes âgées. De ce fait, les thérapies non médicamenteuses pourraient avoir un avantage considérable pour la gestion de la douleur chronique d'origine rhumatismale.

Ces constatations mettent en lumière l'importance de se pencher sur ces phénomènes pour le futur exercice de la profession infirmière. C'est pourquoi la question de recherche suivante a été retenue :

Les interventions infirmières des thérapies énergétiques du toucher thérapeutique, du Healing Touch ou du Reiki, en complément aux thérapies conventionnelles, diminuent-elles les douleurs chroniques des personnes âgées souffrant de maladies rhumatismales telles que l'arthrose et ont-elles un effet sur le bien-être et la qualité de vie ?

3. METHODE

Dans le but de répondre à la question de recherche au travers de cette revue de littérature, des outils méthodologiques ont été nécessaires et sont décrits dans ce chapitre. Dans cette revue de littérature, la méthode PICOT a servi à mettre en évidence les concepts clés (ou mots-clés) tirés de la question de recherche. Ces derniers ont été traduits en termes Mesh dans le but de pouvoir interroger les bases de données afin d'identifier des articles scientifiques.

3.1. Terminologie PICOT et termes Mesh

La mise en avant des concepts clés de la question de recherche a été effectuée avec la méthode PICOT. C'est une anagramme qui permet de décomposer une question clinique en plusieurs éléments (Cochrane, 2011). « P » désigne la pathologie ou la population cible ; « I » correspond à l'intervention évaluée ; « C » signifie le comparateur (ou intervention témoin) ; « O » équivaut à l'outcome qui est le résultat recherché ; « T » désigne la temporalité. Les éléments du PICOT ne sont pas tous pris en compte pour effectuer les équations de recherche.

La traduction des mots-clés en termes Mesh a été réalisée au travers de la plateforme « HeTOP » pour les bases de données PubMed et CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Cette plateforme est dédiée à la base de données PubMed. Pour la base de données CINAHL, il a fallu vérifier la validité de ces termes par leur propre thésaurus Mesh qui est « CINAHL Headings ». Le fruit de cette démarche est présenté dans le tableau 1 qui met en évidence les mots-clés identifiés en français, traduits en anglais pour l'élaboration du PICOT.

	P	I	C	O	T
Concepts	(Personnes âgées) souffrant d'arthrose	Toucher thérapeutique	-	Douleur chronique	-
Mesh terms PubMed	Osteoarthritis	Therapeutic touch	-	Chronic pain	-
CINAHL Headings	Osteoarthritis	Therapeutic touch	-	Chronic pain	-

Tableau 1. PICOT et termes Mesh

3.2. Bases de données de recherche

Les bases de données choisies pour la recherche d'articles ont été CINAHL et PubMed. CINAHL offre aux soins infirmiers et aux domaines paramédicaux des articles scientifiques. Pubmed rassemble des articles scientifiques des domaines biomédicaux.

Les recherches d'articles ont été réalisées en deux temps avec plusieurs équations.

Dans un premier temps, les bases de données PubMed et CINAHL ont été interrogées par une première équation : « Osteoarthritis » AND « Therapeutic Touch ».

Pour avoir des résultats plus précis, différentes spécifications de sélection ont été testées telles que « MM Exact Major Subject Heading » et « MH Exact Subject Heading » dans CINAHL et « MeSH Major Topic » et « MeSH Terms » dans PubMed. Le faible nombre de résultats obtenu a contraint les recherches d'articles à être moins précises par l'utilisation d'une autre spécification de sélection (All Fields) sur les deux bases de données. Au total, 11 articles sur CINAHL et 22 articles sur PubMed ont été identifiés. Au vu des pauvres résultats de la première équation de recherche, il a été impossible d'ajouter un filtre par « date de publication ».

Dans un second temps, afin d'identifier des études plus récentes, la base de données PubMed a été interrogée par une seconde équation avec la précision de sélection « All Fields » : « Therapeutic Touch » AND « Chronic pain ». Avec cette dernière, les résultats ont été plus nombreux ; cela a nécessité l'ajout d'un filtre par « date de publication » de moins de 10 ans. Au total 82 études ont été identifiées.

Tableau 2. Résumé des équations de recherche

Bases de données et dates	Équations de recherche	Filtres	Résultats
CINAHL, juin 2017	Therapeutic touch AND Osteoarthritis	-	11 résultats dont 1 retenu
PubMed, juin 2017	Therapeutic touch AND Osteoarthritis	-	22 résultats retenus 3
Pubmed juin 2017	Therapeutic touch AND Chronic pain	Publication date 10 years	82 résultats retenus 7



3.3. Critères d'éligibilité des articles

Au départ, les critères d'inclusion ont été basés sur : la langue (français, anglais et italien) ; la population âgée de plus de 65 ans ; l'intervention du TT ; la pathologie de l'arthrose.

Selon les bases de données CINAHL et PubMed, l'arthrose est définie par les termes suivants : l' « osteoarthritis » est une maladie articulaire progressive et dégénérative. C'est la forme la plus fréquente d'arthrite des personnes âgées ; l' « arthritis » est une inflammation aiguë ou chronique des articulations (Us national library of medecine & National institutes of health, 2017).

Le terme « arthritis » (arthrite) a été inclus comme synonyme d' « osteoarthritis » (arthrose) dans les critères d'inclusion pour la sélection des articles scientifiques.

Les critères d'inclusion ont été réévalués. Ils ont été ouverts sur deux autres thérapies énergétiques, le Reiki et le Healing Touch, ainsi que toutes les pathologies musculo-squelettiques dont les maladies rhumatismales font partie. Il a fallu également élargir le critère de l'âge à 40 ans et plus pour obtenir des articles plus récents.

À l'origine, les autres pathologies comme le cancer ou la maladie d'Alzheimer ont été exclus ainsi que toutes autres thérapies, les doublons, les autres sujets, les articles basés sur des études, les articles simples ou sans abstract et les études avec un petit échantillon et/ou étude pilote. En raison de la seconde équation, deux critères d'exclusion ont été ajoutés : autres interventions et autres langues que celles déterminées préalablement.

Même si les critères excluaient initialement les études pilotes, il a été nécessaire d'en inclure pour compléter la recherche.

L'équation initiale a été revue avec ces ultimes critères d'inclusion et d'exclusion. Cependant les résultats n'ont pas été modifiés par ceux-ci.

3.4. Articles retenus pour l'analyse

Quatre articles de la première équation, dont une revue systématique répondent aux critères d'inclusion et ont été retenus. Sept articles de la seconde équation, dont trois revues systématiques, ont été retenus et répondent également aux critères d'inclusion.

Dans cette revue de littérature, il n'est pas possible d'analyser les revues systématiques identifiées, car leur degré d'abstraction est plus élevé que le reste des articles retenus. Cependant, une revue systématique a permis de compléter la recherche par une recherche manuelle. Ce processus de sélection d'articles est illustré dans le diagramme de flux (voir figure 3).

Les articles sélectionnés les plus pertinents et répondants à la question de recherche sont d'anciennes études. Pourtant, une revue systématique analyse ces mêmes articles, ce qui justifie leur sélection dans cette revue de littérature.

Le niveau de preuve scientifique des articles retenus a été vérifié par l'intermédiaire de la pyramide des preuves (voir annexe 8.2), qui a démontré leur degré scientifique :

Quatre revues systématiques : niveau de preuve 1

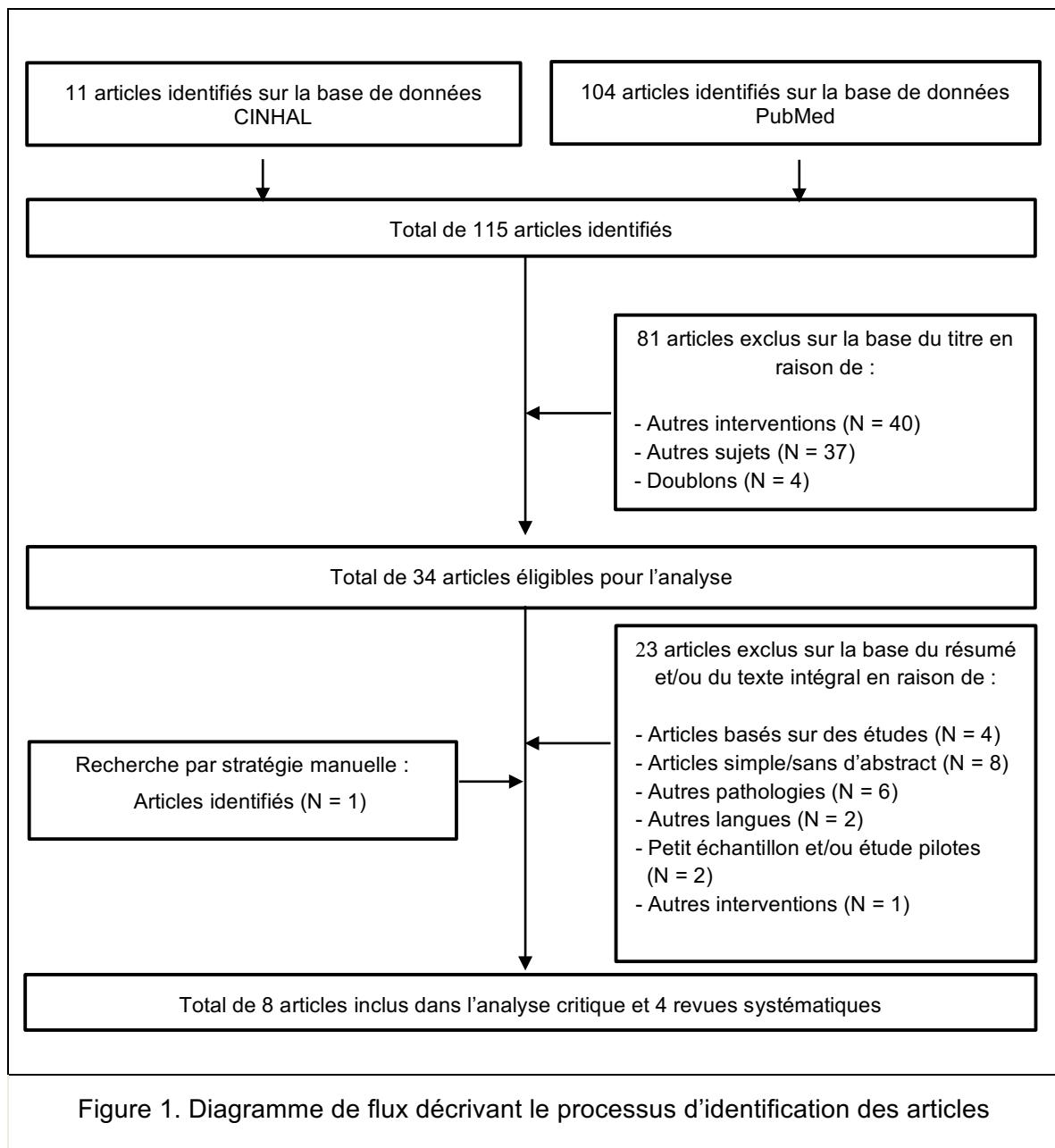
Cinq études contrôlées randomisées : niveau de preuve 2

Un essai clinique quasi expérimental : niveau de preuve 2

Deux études pilotes quasi-expérimentales : niveau de preuve 2

3.5. Diagramme de flux

Ce diagramme de flux met en évidence le processus initial de la recherche d'articles scientifiques et l'identification des articles retenus pour l'analyse basée sur des critères de sélection.



4. RESULTATS

Suite à l'approbation des études identifiées par la directrice de cette revue de littérature, des fiches de lecture ont été réalisées selon le modèle présenté en annexe 8.3. Elles ont permis de composer des tableaux synthétiques pour faciliter la comparaison.

La sélection finale inclut au total huit articles scientifiques pour l'analyse. Deux études pilotes quasi-expérimentales dont une est une étude quantitative (Decker, Wardell & Cron, 2012) et la seconde est une étude qualitative complémentaire à celle-ci, basée sur l'observation des praticiens (Wardell, Decker & Engebretson, 2012). Un essai clinique quasi-expérimental (Marta, Baldan, Berton, Pavam & da Silva, 2010). Cinq études randomisées contrôlées (ECR) dont deux, sont du même auteur (Peck, 1998 ; Peck, 1997). Ce qui différencie ces deux études sont les différents outcomes évalués. Trois sont des ECR en simple aveugle (Lin & Taylor, 1998 ; Gordon, Merenstein, D'Amico & Hudgens, 1998 ; Assefi, Bogart, Goldberg & Buchwald, 2008). De plus, Gordon et al. (1998) ajoutent une dimension qualitative à leur étude. En effet, plusieurs de ces devis sont anciens (1997 à 1998), mais restent de qualité.

4.1. Analyse critique et synthèse des articles retenus

Pour chacune de ces huit études, un tableau a été réalisé et exposé ci-après (voir tableau 3). Ces tableaux sont organisés selon un ordre fondé sur leurs niveaux de preuve scientifique allant du moins probant au plus probant.

Tableau 3. Tableaux synthétiques des études retenues et analyse critique

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Decker, S., Wardell, W. D. & Cron, S. G. (2012) Using a Healing Touch Intervention in Older Adults With Persistent Pain : A Feasibility Study Journal of Holistic Nursing	États-Unis (USA) Tester un protocole HT ainsi que l'utilisation du HT auprès d'une population âgée institutionnalisée souffrant de douleurs persistantes Etude pilote quasi- expérimentale pré et post-test Comparaison intergroupe entre le groupe HT et le groupe témoin (soins de présence (PC))	n = 32 répondent aux critères d'inclusion 9 drop outs avant le début de l'étude (5 pas intéressés, 1 ne croyant pas au HT, 2 pour des douleurs persistantes et 1 en attente de chirurgie). 3 drop outs après avoir signé le formulaire de consentement Terminer l'étude : n = 20 (HT : n = 12 ; PC : n = 8) Les sujets sont recrutés dans 5 EMS 4 résidents ayant un diagnostic de démence participent à l'étude (1 au groupe PC ; 3 au groupe HT) Échantillon non probabiliste par choix raisonné <u>Critères d'inclusion :</u> - Présence de douleurs persistantes - Âge : > 60 ans - Parler anglais - Capable de compléter les instruments de collecte de données <u>Critères d'exclusion :</u> - Personnes alitées - Soins palliatifs - Incapacité de donner son consentement	7 séances de 30 minutes sont réalisées, dont 6 séances 3x/semaine (sur une durée de 2 semaines) et la dernière à la 3 ^{ème} semaine. Les séances du HT sont effectuées par 3 praticiennes expérimentées (minimum 5 ans). Les séances du PC sont effectuées par 5 RA (assistants de recherche) Tous les sujets du groupe HT reçoivent les 7 séances (100%). 4 sujets du groupe PC terminent les 7 séances (50%), alors que les 4 autres (50%) font entre 3 et 6 séances Outcomes : douleur ; niveau d'autonomie ; qualité de vie Instruments : VDS ¹ , PATCIE ² , ADL de Katz ³ et EQ-5D ⁴ mesurées en pré et post- interventions. Les données post- intervention sont récoltées 2 semaines après la dernière séance Analyses statistiques descriptives et inférentielle avec une significativité à p < 0,05	Pour la douleur, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes pour les scores moyens du VDS (pré : 3,5 et post : 3,5) et pour ceux du PATCIE (pré : 4,1 et post : 2,8) Les scores moyens de l'ADL de Katz montrent une amélioration non significative pour le groupe HT (pré : 3,50 et post : 4,25) En pré-intervention, les scores moyens de la santé globale de l'EQ-5D sont légèrement plus élevés pour le groupe PC. Les scores moyens de la composante « douleur/inconfort » diminuent de façon non significative pour les groupes HT (pré : 2,33 et post : 2,25) et PC (pré : 2,00 et post : 1,60). Pour la composante « anxiété/dépression », les scores moyens diminuent légèrement pour le groupe PC (pré : 1,43 et post : 1,40) et augmente pour le groupe HT (pré : 1,42 et post : 1,75). Ces différences ne sont pas statistiquement significatives	Un calcul statistique de la taille de l'échantillon est réalisé Les raisons d'abandon de l'étude sont clairement énoncées Échantillon réparti aléatoirement dans les deux groupes Les praticiens du HT font une description qualitative des interventions (rapportée dans l'analyse complémentaire (Wardell & al., 2012)) Le protocole d'intervention du groupe témoin est bien défini avant le début des interventions ainsi que celui du groupe HT Les praticiens du HT ont 5 ans d'expérience. Les RA du groupe PC n'ont aucune notion du HT ce qui peut minimiser les effets thérapeutiques indirects du HT Praticiens du HT certifiés 2 RA sont assignés aux collectes de données (autres que ceux des interventions) Les chercheurs optent pour une double évaluation de la douleur avec les échelles VDS et PATCIE Information sur les traitements de base des sujets dans les 2 groupes	Étude pilote quasi- expérimentale avec un faible niveau de preuve Petit échantillon Sujets souffrant de troubles cognitifs sont inclus dans l'étude avec une répartition non équilibrée entre les groupes. L'obtention de leurs consentements de participation a pu être altérée La technique de « randomisation » est explicitée de manière superficielle. Elle ne permet pas de donner une explication de la différence du nombre de participants entre les deux groupes Possible effet thérapeutique indirect dans le groupe témoin Les évaluations post- intervention sont effectuées 2 semaines après la dernière séance Certaines mesures sont incomplètes à cause de l'arrêt soudain de l'étude

¹ « Verbal Descriptor Scale » est une auto-évaluation de l'intensité de la douleur calculée de 0 à 6 (0 = « pas de douleur » ; 6 = « douleur la plus intense imaginable »). ² « Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders » est une hétéro-évaluation de l'intensité de la douleur pour les personnes souffrant de troubles cognitifs. Il contient des indicateurs comportementaux évidents (ex : froncement des sourcils) et subtils (ex : changement dans l'état mental). 0 = absence de comportement douloureux ; 1 = présence de comportement douloureux de moins de 50% du temps lors d'un transfert ; 2 = présence du comportement douloureux de plus de 50% du temps lors d'un transfert. ³ « Katz Index of Independence in Activities of Daily Living » évalue 6 composantes (bain, habillage, hygiène de base, transfert, continence et alimentation). Points : 6 = indépendance ; 4 = dépendance modérée ; 2 et moins = dépendance totale. ⁴ L' « EuroQoL 5D » est une auto-évaluation utilisée pour évaluer la qualité de vie : mobilité, auto-soins, activités habituelles, la douleur/l'inconfort, anxiété et dépression. Ces dimensions comportent 3 réponses possibles : aucun problème ; un problème ; un problème extrême. Ainsi qu'une auto-évaluation sur l'état de santé global calculée de 0 à 100 (scores plus élevés reflète une meilleure santé).

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Wardell, W. D., Decker, S. A. & Engebretson, J. C. (2012) <i>Healing Touch for Older Adults With Persistent Pain</i> <i>Holistic Nursing Practice</i>	États-Unis (USA) Explorer les réponses individuelles des personnes âgées institutionnalisées souffrant de douleurs chroniques ayant reçu les interventions du HT afin d'identifier les effets (positifs et négatifs) de celles-ci Étude pilote quasi-expérimentale, pré et post test (rapport complémentaire de Decker & al., (2012)) Bien que l'étude initiale impliquait une comparaison intergroupe (HT et PC), seules les données du groupe d'intervention HT sont décrites dans cette analyse	n = 12 Tous les sujets souffrent de polyopathologies dont certaines sont chroniques (ex : arthrite) et traitées par leurs traitements habituels (polymédication) Certains sujets ont des problèmes associés causés par : des récentes chutes ou des exacerbations de leur pathologie chronique telle que la dorsalgie	Les séances du HT sont effectuées 3x/semaine pendant 30 minutes par 3 praticiennes d'au moins 5 ans d'expérience. Une dernière séance a été réalisée lors de la 3 ^{ème} semaine, afin d'informer les sujets de la fin des séances. Les praticiennes prodiguent comme d'habitude leur méthode lors des séances du HT en suivant un protocole d'approche naturaliste Cette analyse exploite les données quantitatives des instruments de mesure ; les données qualitatives des formulaires complétés par les praticiennes avant et après chaque intervention du HT Ce formulaire contient : les réponses et les commentaires des sujets exprimés aux praticiennes ; les notes prises pendant les sessions, les perceptions et les expériences des praticiennes. Ces données sont examinées pour déterminer si elles peuvent être regroupées. Cependant, les réponses des 12 sujets sont trop variées pour faire une synthèse générale. De ce fait elles sont présentées en 12 vignettes individuelles Les 12 vignettes sont classées selon l'efficacité des séances. Ce classement est validé par un chercheur externe. L'exactitude et la classification des vignettes sont validées par les praticiennes	Les praticiennes remarquent un changement autour de la 2 ^{ème} ou la 3 ^{ème} séance et estiment un certain bénéfice du HT. Cependant cette amélioration n'est pas forcément observable dans le comportement ou dans les déclarations des participants (surtout chez les sujets souffrant de troubles cognitifs). De plus, elles estiment que des séances plus longues ou plus fréquentes (tous les 2 jours) seraient plus bénéfiques. Il est observé qu'il y a une période variable de soulagement de douleur chez certains sujets. Certains changements ne sont pas liés à la douleur, mais sont comportementaux. Les praticiennes ne sont pas convaincues que les sujets se souviennent des effets dus aux interventions du HT. Ex. : un sujet ne s'est pas rendu compte de l'amélioration jusqu'à ce qu'il puisse faire un geste qu'il ne pouvait pas faire avec le début des séances (bouger son bras). Vignettes des 12 sujets : 1. <u>Aucun avantage</u> : pas de modification de l'intensité de la douleur et peu de changements sur le plan énergétique objectivés par la praticienne ; diminution des mouvements rapportée par le sujet 2. <u>Avantages douteux</u> * : une diminution régulière de l'intensité de la douleur et une amélioration du niveau d'indépendance sans modification du champ énergétique sont observées par la praticienne. De plus, elle constate une amélioration de courte durée alors que les données quantitatives en suggèrent une. 3. <u>Avantages minimes</u> : une diminution progressive de la douleur et une amélioration au niveau émotionnel avec une modification du champ énergétique sont observées par la praticienne. Elle constate que plus de séances sont nécessaires pour un réel bénéfice 4. <u>Avantages non attendus</u> : légère diminution de l'intensité de la douleur et une amélioration du niveau d'indépendance (pas forcément due au HT, mais à l'intermittence des symptômes) sans modification majeure du champ énergétique sont observés par la praticienne. Au niveau du comportement le sujet est « plus calme et plus interactif » à la fin des séances 5. <u>Avantages dans multiples domaines</u> : une diminution des comportements douloureux et une péjoration du niveau d'indépendance avec une amélioration du champ énergétique sont observées par la praticienne ; une amélioration au niveau émotionnel est rapportée par la fille du sujet 6. <u>Avantages sur un autre facteur</u> * : l'intensité de la douleur reste constante voire en péjoration. Cependant une amélioration des comportements douloureux, du niveau d'indépendance et du champ énergétique est observée par la praticienne ; le sujet exprime : « Excepté pour mon genou, je ne me suis pas sentie aussi bien depuis longtemps » 7. <u>Légers avantages</u> * : une amélioration des comportements douloureux (sujet détendu et souriant) avec une légère amélioration du champ énergétique est observée par la praticienne. Cependant elle doute de la bonne gestion de la douleur du sujet 8. <u>Avantages observés</u> : une diminution de l'intensité de la douleur et une amélioration du champ énergétique sont observées par la praticienne ; le HT est une solution pour réduire la douleur et le picotement selon le sujet 9. <u>Avantages intermittents</u> : aucune modification de l'intensité de la douleur. Une amélioration du niveau d'indépendance avec une modification du champ énergétique est observée par la praticienne 10. <u>Avantages émotionnels</u> : une amélioration au niveau émotionnel (sujet détendu) et une modification du champ énergétique sont observées par la praticienne 11. <u>Avantages physiques</u> : une amélioration du champ énergétique est observée par la praticienne ; le sujet rapporte un sentiment d'amélioration pour ses problématiques de santé (anciennes et récentes) 12. « <u>Angélique</u> » : La praticienne observe que le champ énergétique s'étend au cours des séances. Elle appuie le fait que le sujet à une âme « douce » et qu'il est très positif et réceptif à la thérapie	Analyse complémentaire qualitative Approche naturaliste Synthèse en vignettes individualisées (verbatim) des sujets	Le formulaire utilisé n'a pas de validité scientifique Sujets souffrant de troubles cognitifs inclus dans l'étude L'expérience des sujets n'est pas assez exploitée

* Sujets souffrant de troubles cognitifs.

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Marta, I. E., Baldan S. S., Berton, A. F., Pavam M. & Paes da Silva M. J. (2010) The effectiveness of Therapeutic Touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain : clinical trial. Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP)	Brésil Déterminer si le TT diminue l'intensité de la douleur, la dépression et améliore la qualité du sommeil chez les patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses Essai clinique quasi expérimental, pré et post-test Les sujets sont leur propre contrôle Groupe unique sans groupe témoin	Terminer l'étude : n = 30 Échantillon probabiliste aléatoire simple L'échantillon a été sélectionné aléatoirement par tirage au sort sur la base d'une enquête faite auprès des personnes âgées de l'unité de soins d'Américo Possari <u>Critères d'inclusion :</u> - Douleurs non cancéreuses > 6 mois. - Douleur persistante malgré un traitement médical - Disponibilité pour se rendre à l'unité de santé 2x/semaine pendant 4 semaines - Intervalle minimum de 6h entre la dernière dose de médicament analgésique et la séance du TT - Garder le traitement antalgique habituel pendant toute la durée des collectes de données	Chaque sujet a reçu 8 séances de TT d'environ 25 minutes, 2x/semaine pendant un mois. Les séances se déroulent dans l'unité de soin. Les séances sont effectuées par 3 chercheurs formés pour l'étude Outcomes : douleur ; dépression ; qualité du sommeil Instruments : VAS ¹ mesurée en pré et post- intervention ; BDI ² recolté avant la 1 ^{ère} et après la dernière séance ; PSQI ³ mesurée avant la 1 ^{ère} et après la dernière séance Analyses statistiques descriptives et inférentielles avec un seuil de significativité de p < 0.05	Il y a une baisse significative de l'intensité de la douleur concernant toutes les séances individuelles (p < 0.05). Les différences entre les scores moyens du VAS, avant la 1 ^{ère} (1,647) et après la 8 ^{ème} séance (0,270), montrent une diminution significative (p = 0.007) Les scores moyens du BDI montrent une diminution significative de 20 catégories sur 21, après la dernière séance. Le score moyen global est de 31,43 avant la 1 ^{ère} et de 26,60 après la dernière session. Cette différence est significative (p = 0.006) En ce qui concerne les 7 composantes du PSQI, le score moyen global avant la 1 ^{ère} séance est de 9.067, contre 5.233 après la dernière séance. Cette différence est significative (p = 0.000)	Échantillonnage aléatoire simple Échantillon représentatif Interventions de 25 minutes sur une durée d'un mois Utilisation de la méthode Krieger et Kunz Cette étude accentue le fait que le TT devrait être utilisé en complément des traitements de base d'un individu	Un devis quasi expérimental est utilisé, au lieu d'un devis expérimental (niveau de preuve plus élevé), ce qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus Aucune information sur la taille de l'échantillon et l'analyse de puissance Manque d'information sur les sujets contactés au départ, ainsi que sur les drop outs éventuels Le critère de sélection de la douleur montre une non-homogénéité des plaintes (douleurs localisées ou multiples) Les traitements médicamenteux habituels des sujets manquent de précision (dosage, fréquence de la prise et molécule utilisée) Pas de précision sur le temps de formation des chercheurs pour les séances du TT Le protocole du TT n'est pas détaillé L'utilisation de l'échelle VAS non graduée peut être mal interprétée Pas de certitude que le résultat correspond aux ressentis et aux perceptions réelles des sujets Les données sont récoltées par un des chercheurs, aucune précision si ce dernier est différent de ceux qui pratique les interventions

¹ « Visual Analogue Scale » (10 cm) non numérotée qui s'interprète de gauche (« pas de douleur ») à droite (« douleur extrême »), coté de 0 à 10. Le score se calcule en mesurant à l'aide d'une règle, la distance entre le point « pas de douleur » et le point dessiné par le sujet, à l'aide d'une règle. ² « Beck Depression Inventory » est une auto-évaluation de 21 catégories basées sur des symptômes et attitudes dépressifs. Chacune est constituée de 4 affirmations possibles, cotées de 0 à 3 selon leur intensité. Plus le score total est élevé, plus il indique une dépression sévère. ³ « Pittsburgh Sleep Quality Index » regroupe des questions en 7 composantes : qualité subjective du sommeil ; latence du sommeil, durée du sommeil ; efficacité habituelle du sommeil ; utilisation de médicaments pour dormir ; trouble du sommeil ; mauvaise forme durant la journée. Chaque composante est cotée de 0 à 3, de sorte que le score maximal soit de 21 points. Un score global supérieur à 5 indique une mauvaise qualité du sommeil.

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Peck, S. D. (1997) The Effectiveness of Therapeutic Touch for Decreasing Pain in Elders With Degenerative Arthritis <i>Journal of Holistic Nursing</i>	États-Unis (USA) Déterminer si le TT, diminue la douleur des personnes âgées souffrant d'arthrite dégénérative Devis expérimental ECR, pré et post-test Les sujets sont leur propre contrôle sur 4 semaines (période de référence). Utilisation des interventions et mesures répétées <u>Hypothèses testées :</u> 1. Le TT sans contact permettra aux aînés une diminution de la douleur en comparaison à leur douleur de base (comparaison intragroupe) 2. Le TT sans contact permettra aux aînés d'avoir une plus grande diminution de la douleur que le groupe recevant la relaxation progressive des muscles (PMR) (comparaison intergroupe)	n = 130 Les sujets sont sélectionnés dans les églises locales, les centres de loisirs, les sites pour séniors et à domicile n = 108 répondent aux critères d'inclusion. 14 drop outs avant le début des interventions (9 = groupe TT ; 5 = groupe PMR). 12 drop out au cours de l'étude (6 dans chaque groupe) Raisons : conflits familiaux, manque de temps, être proche aidant, trop de formalités et certains ont évoqué que le TT n'est pas fait pour eux Terminer l'étude : n = 82 (TT : n = 45 ; PMR : n = 37) Échantillon non probabiliste accidentel (ou par convenance) Répartition aléatoire des sujets dans les deux groupes <u>Critères d'inclusion :</u> - Âge : 55 à 99 ans - Non institutionnalisé - Arthrite dégénérative > 6 mois (arthrose ou arthrite en dehors des phases inflammatoires) - Douleurs chroniques > 6 mois - Parler et lire l'anglais - Capable de compléter les instruments de mesure	Les 5 praticiens du TT ont plus de 2 ans d'expérience. Les séances durent entre 10 et 33 min, avec une moyenne de 19,77 minutes Les 7 infirmières prodiguant le PMR sont formées pour l'étude. Les séances durent entre 18 et 22 min, avec une moyenne de 19,52 minutes. Les sujets sont restés avec le même intervenant Au total, les sujets reçoivent 6 interventions, tous les 5 à 7 jours. Cet intervalle est choisi pour permettre aux sujets de compléter « l'auto-guérison » facilitée par le TT. Les séances se déroulent dans les cabinets privés des praticiens ou dans les lieux de vie des sujets qui ne peuvent pas se déplacer. Les sujets prennent leurs traitements habituels (antalgiques, application thermique, massage, physiothérapie, chiropraxie, repos, injection de stéroïdes) 4 semaines avant le début des interventions et les poursuivent durant l'étude. Outcomes : la douleur et ses conséquences (détresse affective) Instrument : VAS ¹ Les mesures sont réalisées 2 fois pendant la période de référence, puis avant et après chaque intervention Analyses statistiques descriptives et inférentielles avec un seuil de significativité de p < 0.05	Pour le groupe du TT, il y a une diminution significative des scores moyens de la douleur entre : la pré- et la post-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention (p = < 0.001). Il y a une diminution significative des scores moyens de la conséquence de la douleur entre : la pré- et la post-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention (p = < 0.001). La douleur de l'arthrite et ses conséquences ont diminué par rapport à la période de référence. Ces données ne rejettent pas l'hypothèse 1 Pour le groupe PMR, il y a une diminution significative des scores moyens de la douleur entre : la pré- et la post-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention (p = 0.004) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention (p = < 0.001). Il y a une diminution significative des scores moyens de la conséquence de la douleur entre : la pré- et la post-intervention (p = < 0.001) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention (p = 0.004) ; la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention (p = < 0.001). Les scores moyens de pré-intervention sont similaires pour les 2 groupes. Les scores moyens de la post-intervention du groupe PMR sont inférieurs aux scores moyens du groupe TT, ce qui indique une réduction plus importante de la douleur et de sa conséquence dans le groupe PMR. Cette différence n'est pas significative pour la douleur (p = 0.06), mais est significative pour la conséquence de la douleur (p = 0.005). En conclusion, l'hypothèse 2 est rejetée.	ECR, pré et post-test 7 infirmières formées pour administrer le PMR et évaluées pour la bonne cohérence du protocole établi Le niveau d'expérience des praticiens du TT est évalué 2 fois par l'échelle SETTS ² Les sujets sont assignés au hasard aux praticiens expérimentés Utilisation d'un traitement du TT « complet » qui n'est pas contraint par le temps L'étude fait référence à la théorie de l'être humain unitaire de Martha Rogers Utilise la méthode Krieger et Kunz	Étude datant de 1997 La constitution de l'échantillon n'est pas clairement définie Pas de détails sur les caractéristiques démographiques des sujets de chaque groupe Dans le groupe du TT, les praticiens avaient 2 ans d'expérience tandis que dans le groupe du PMR les infirmières ont été formées pour l'étude Aucune information sur la nature du traitement utilisé par chaque sujet Aucune information concernant la personne qui récolte les données

¹ Utilisation verticale du VAS (10 cm) avec des extrémités étiquetées. Étiquetage de la douleur : bas = pas de douleur ; haut = pire douleur imaginable. Étiquetage de la détresse : Bas = ne me dérange pas ; haut = insupportable. Les sujets placent un trait en fonction de l'intensité de leur douleur. La distance est mesurée en millimètre depuis le bas jusqu'au trait du sujet et est utilisée comme index numérique. ² « Subjective Experience of Therapeutic Touch Scale » mesure l'efficacité du praticien du TT. Un score de 177 indique qu'il est expérimenté et efficace. Avant le début des interventions, les scores du SETTS varient entre 152 et 180. Lors de la deuxième évaluation (milieu de l'étude) les scores varient entre 185 et 214.

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Peck, S. D. (1998) The efficacy of Therapeutic Touch for Improving Functional Ability in Elders With Degenerative Arthritis Nursing Science Quarterly	États-Unis (USA) Déterminer si le TT améliore les capacités fonctionnelles des personnes âgées souffrant d'arthrite dégénérative Devis expérimental ECR, pré et post-test Les sujets sont leur propre contrôle sur 4 semaines (période de référence). Utilisation des interventions et mesures répétées <u>Hypothèses testées :</u> 1. Le TT permettra aux personnes âgées d'améliorer leurs capacités fonctionnelles en comparaison avec leurs capacités fonctionnelles de base (comparaison intragroupe) 2. Le TT permettra aux personnes âgées d'avoir une plus grande amélioration de leurs capacités fonctionnelles que le groupe recevant la relaxation progressive des muscles (PMR) (comparaison intergroupe)	n = 130 Les sujets sont sélectionnés dans les églises locales, les centres de loisirs, les sites pour séniors et à domicile n = 108 répondent aux critères d'inclusion. 14 drop outs avant le début des interventions (9 = groupe TT ; 5 = groupe PMR). 12 drop out au cours de l'étude (6 dans chaque groupe) Raisons : conflits familiaux, manque de temps, être proche aidant, trop de formalités et certains ont évoqué que le TT n'est pas fait pour eux Terminer l'étude : n = 82 (TT : n = 45 ; PMR : n = 37) Échantillon non probabiliste accidentel (ou par convenance) Randomisation à la pièce de monnaie. Critères d'inclusion : - Âge : 55 à 99 ans - Non institutionnalisé - Arthrite dégénérative > 6 mois - Douleurs chroniques > 6 mois - Parler et lire l'anglais - Capable de compléter les instruments de mesure	Les praticiens du TT ont plus de 2 ans d'expérience. Les infirmières prodiguant le PMR sont formées pour l'étude. Les sujets sont restés avec le même intervenant. Au total, les sujets reçoivent 6 interventions, tous les 5 à 7 jours. Cet intervalle est choisi pour permettre aux sujets de compléter « l'auto-guérison » facilitée par le TT. La durée du traitement du TT n'est pas définie, mais estimée entre 15 à 20 min. Les séances se déroulent dans les cabinets privés des praticiens ou dans les lieux de vie des sujets qui ne peuvent pas se déplacer. Les sujets prennent leurs traitements antalgiques habituels (paracétamol, AINS et morphiniques) 4 semaines avant le début des interventions et le poursuivent durant l'étude. Outcome : capacités fonctionnelles Instrument : AIMS2* Pour l'étude, la dimension du soutien familial n'est pas exploitée. 11 dimensions sont évaluées. Pour l'évaluation, les sujets prennent en compte leurs capacités fonctionnelles des 2-3 dernières semaines. Les mesures sont réalisées 2 fois pendant la période de référence, puis après la 1 ^{ère} , 3 ^{ème} et 6 ^{ème} intervention Analyses statistiques descriptives et inférentielles avec un seuil de significativité de p < 0.05	Pour le groupe du TT, il y a une amélioration sur toutes les dimensions, mais la différence est significative uniquement pour la douleur (p = 0,004), la mobilité de la main (p = 0,007), la tension (p = 0,014), l'humeur (p < 0,001) et la satisfaction (p = 0,008). Ces données soutiennent partiellement l'hypothèse 1 Pour le groupe PMR les résultats révèlent une amélioration sur toutes les dimensions sauf la mobilité, les activités sociales et domestiques. Ces 3 montrent une pénioration des résultats de départ. Cependant, une différence significative est observée pour la marche/flexion/articulation (p = 0,044), la douleur (p < 0,001), la tension (p = 0,027), l'humeur (p = 0,008) et la satisfaction (p = 0,007) Il y a une différence significative entre les 2 groupes depuis la période de référence à la 6 ^{ème} post-intervention pour la mobilité et la mobilité de la main. Ces données soutiennent partiellement l'hypothèse 2	ECR, pré et post-test L'étude met en avant les effets bénéfiques du TT par des praticiens expérimentés Le TT n'est pas utilisé comme seul traitement, mais est en association avec les antalgiques de base L'étude fait référence à la théorie de l'être humain unitaire de Martha Rogers Utilise la méthode Krieger et Kunz	Étude datant de 1998 Questionnaire trop long selon les sujets et a pu modifier leurs réponses La constitution de l'échantillon n'est pas clairement définie et est exclusivement caucasien ce qui ne garantit pas une bonne représentativité de la population cible. Dans le groupe du TT, les praticiens avaient 2 ans d'expérience tandis que dans le groupe du PMR les infirmières ont été formées pour l'étude. Aucune information sur le dosage et la fréquence des prises des traitements antalgiques Aucune information concernant la personne qui récolte les données

¹ « Arthritis Impact Measurement Scale », version 2, contient 78 questions au total. Les 57 premières sont divisées en 12 dimensions (niveau de mobilité, marche et articulation, mobilité des mains et des doigts, mobilité des bras, soins d'hygiène de base, activités domestiques, activités sociales, soutien familial, douleur (arthrite), travail, niveau de tension et humeur). Les réponses aux dimensions se cotent de 4 à 6 points de sorte qu'une faible valeur indique un meilleur état de santé.

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Lin, Y-S. & Taylor, A.G. (1998) Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population <i>Integrative Medicine</i>	États-Unis (USA) Déterminer si le TT a une efficacité pour la réduction de la douleur chronique et de l'anxiété de la personne âgée Devis expérimental ECR en simple aveugle, pré et post-test Comparaison intergroupe entre : TT, placebo (MT) et groupe témoin (soins standard (SC))	n = 95 répondent aux critères inclusion. 5 drop outs (2 = groupe TT ; 1 = groupe MT ; 2 = groupe SC) Terminer l'étude : n = 90 (TT : n = 31 ; MT : n = 29 ; SC : n = 30) Les sujets sont recrutés dans 7 institutions comprenant des résidences pour personnes âgées ; EMS ; foyers de jour ; centres d'activités pour séniors Échantillon probabiliste aléatoire stratifié. Randomisation par enveloppe Âge moyen : 78,1 ans <u>Critères d'inclusion :</u> - Âge : > 65 ans - Douleurs chroniques musculo-squelettiques (minimum 5/10 sur l'échelle numérique (NRS)) - Bonnes capacités cognitives <u>Critère d'exclusion :</u> - Bénéficiant d'autres techniques de relaxation	Les sujets des groupes TT et MT reçoivent des interventions de 20 minutes pendant 3 jours consécutifs par un praticien (TT) et une infirmière (MT). Les interventions se déroulent dans les institutions des sujets. Les sujets de ces 2 groupes reçoivent leurs soins habituels durant les interventions Les sujets du groupe SC reçoivent des soins de routine : aide pour les AVQ, prise des signes vitaux, administration des traitements médicamenteux Outcomes : douleur ; anxiété ; taux de cortisol salivaire Instruments : NRS ¹ mesuré en pré- et post-interventions chaque jour ; STAI-Y1 ² mesuré en pré-intervention (J1 et J2) et post-intervention (J2 et J3) ; Cortisol Coat-A-Count ³ mesuré en pré-intervention (J1) et post-intervention (J3). Ces mesures sont effectuées pour les 3 groupes Analyses statistiques descriptives, inférentielles et corrélations entre les variables indépendantes Seuil de significativité de p < 0.05	Pour l'intensité de la douleur, il y a une diminution dans les 3 groupes entre les données de la pré- et la post-intervention. Une réduction significative est observable dans le groupe TT (↓ de 5,95) par rapport aux groupes MT (↓ de 1,83) et SC (↓ de 0,75). Cette différence est significative avec un p < 0.001 Pour le niveau d'anxiété, il y a une diminution dans les 3 groupes. Une réduction plus importante est présente pour le groupe TT (↓ de 8,07) par rapport aux groupes MT (↓ de 3,41) et SC (↓ de 1,37). Cette différence est significative par un p < 0.01 Les taux moyens de cortisol salivaire avant la 1 ^{ère} intervention sont relativement bas dans les 3 groupes (0,20 à 0,31 g/dl). Après les interventions, il y a peu de changements du taux moyen de cortisol pour les groupes TT et MT. Le taux moyen de cortisol a légèrement augmenté dans le groupe SC (0,31 à 0,69 g/dl). Concernant ces changements, aucune différence significative observée pour les 3 groupes. Les corrélations entre les variables sont utilisées afin d'examiner la relation entre les outcomes. Un coefficient de 0,70 indique une corrélation modérée à élevée entre l'anxiété et le cortisol salivaire. Ce qui suggère que le cortisol salivaire est une bonne mesure physiologique de l'anxiété. Des petites corrélations entre la douleur et l'anxiété (r = 0.11) et entre la douleur et le cortisol salivaire (r = 0.01) rapportent une faible voire relation nulle entre ces variables.	ECR en simple aveugle. Distribution aléatoire de l'échantillon dans les 3 groupes Échantillon sélectionné dans divers lieux pour personnes âgées Test de l'efficacité du TT en comparant un groupe d'intervention avec un groupe MT et un groupe témoin (SC) Réduction des différences de protocole en faisant appel à un seul intervenant pour chaque intervention Interventions de 20 minutes sur 3 jours consécutifs avec un protocole bien établi Les données sont récoltées par un assistant de recherche	Étude datant de 1998. Manque d'informations sur la taille de la population initiale avant l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. Aucune explication concernant l'abandon de 5 sujets durant l'étude La randomisation par enveloppe n'est pas clairement explicitée (opaque et scellée) Les chercheurs ne mentionnent pas les interprétations des valeurs des outils de mesures.

¹ « Numeric Rating Scale » évalue l'intensité de la douleur de 0 à 10 (0 = aucune douleur ; 10 = douleur la plus intense). ² « State-Trait Anxiety Inventory » est un questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété. Il contient 20 phrases basées sur les ressentis et sentiments, cotées de 1 à 4. Le score total du STAI-Y va de 20 à 80 (< 45 = faible ; 46 - 55 = moyen ; > 56 = élevé). ³Kit qui mesure l'indicateur physiologique du stress, selon une procédure prédéfinie par la société « Diagnostic Products Corporation » (DPC).

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Gordon, A., Merenstein, J. H., D'Amico, F. & Hudgens D. (1998) The Effects of Therapeutic Touch on Patients with Osteoarthritis of the Knee. <i>The Journal of Family Practice</i>	Etats-Unis (USA) Déterminer les effets du TT sur la douleur, les capacités fonctionnelles et le bien-être général chez les patients atteints d'arthrose du genou Devis expérimental ECR en simple aveugle, pré et post-test Comparaison intragroupe et intergroupe entre : TT, placebo (MTT) et groupe témoin (aucune intervention)	n = 31 répondent aux critères d'inclusion 4 drop outs. Raison : sans explication, manque de temps, inaptes à participer n = 27 reçoivent toutes les interventions. Cependant 2 sujets n'ont pas pu être contactés pour compléter l'entretien final (semaine 13)	Les groupes TT et MTT reçoivent des séances 1x/semaine pendant 6 semaines. Les sujets ont continué à recevoir leurs traitements habituels Le TT est réalisé par une praticienne expérimentée à quelques centimètres du corps du sujet. Pour les séances du MTT, l'actrice réalise les mêmes mouvements se concentrant sur autre une tâche (ex : compter à l'envers) plutôt que sur le sujet Outcomes : capacités fonctionnelles ; bien-être ; douleur Instruments : HAQ ¹ mesuré à la 1 ^{ère} (pré-intervention), 7 ^{ème} et 13 ^{ème} semaine pour les 3 groupes ; VAS ² mesuré avant et après chaque séance pour les groupes TT et MTT, et seulement à la 1 ^{ère} , 7 ^{ème} , 13 ^{ème} pour le groupe témoin ; MPI ³ mesuré à la 1 ^{ère} (pré-intervention), 7 ^{ème} et 13 ^{ème} semaine pour les 3 groupes Réalisation d'interviews afin d'investiguer les expériences des patients et de déterminer s'il y a des changements qui ne sont pas abordés par les instruments de mesure. Réalisées à la fin des interventions (semaine 6) et 1 1/2 mois après (semaine 13) pour les groupes TT et MTT Analyses statistiques descriptives et inférentielles avec un seuil de significativité de p < 0.05 L'analyse des entretiens est réalisée selon la méthode décrite dans une autre étude	Il n'y a pas de différence significative concernant les capacités fonctionnelles entre les groupes. Cependant sur le plan de la santé globale, il y a une amélioration significative pour le groupe TT par rapport au groupe MTT sur deux mesures de l'état de santé actuel (continu avec p = 0.05 et ordinal avec p = 0.001), de leurs émotions négatives (p = 0.05) (semaine 7) et du nombre d'articulations assouplies (p = 0.02). Il y a une amélioration significative du groupe TT par rapport au groupe témoin sur le niveau d'énergie (p = 0.02), d'adaptation aux émotions négatives (p = 0.02) (semaine 13), de l'humeur (p = 0.04) et de l'état de santé général Les scores moyens du bien-être démontrent une plus grande amélioration dans le groupe TT par rapport aux autres groupes. Il y a une amélioration sur 10 des 13 sections du MPI pour le groupe TT par rapport aux autres groupes. Les groupes TT et MTT améliorent leurs niveaux d'activités générales (p = 0.0005) et diminuent l'intensité de leurs douleurs (p = 0.0006). Mais cette amélioration reste plus importante pour le groupe TT. Sur l'échelle VAS, il y a une amélioration pour le groupe TT comparé aux autres groupes Les données qualitatives soutiennent l'amélioration du groupe TT observé sur le MPI. Un sujet du groupe TT avec une faible douleur de base observe peu de changement. Tous les autres signalent une diminution de l'intensité de leurs douleurs et des symptômes d'arthrose. Beaucoup décrivent un meilleur niveau d'activité ou plus de facilité dans l'exécution dans diverses activités. Plusieurs rapportent pouvoir retarder ou diminuer la prise du traitement habituel. À la 13 ^{ème} semaine, la plupart des sujets transmettent une péjoration des symptômes, mais restent améliorés par rapport aux données de base. Dans le groupe MTT, 5 des 11 sujets ont une diminution de la douleur, dont 3 ont un sentiment mitigé : « un peu, mais pas beaucoup ». 4 sujets disent se sentir mieux, mais décrivent l'effet comme « relaxation ». Les autres sujets n'observent aucun changement. 2 sujets observent une diminution de « l'étanchéité dans les articulations ». 1 sujet estime que cela l'a aidé. À la 13 ^{ème} semaine, les sujets qui ont ressenti une amélioration sont plus susceptibles de décrire des symptômes de longue date que ceux du groupe TT (qui décrivent leur expérience pendant les interventions et depuis la fin de celles-ci)	ECR en simple aveugle avec comparaison entre 3 groupes La randomisation assure une homogénéité dans les trois groupes (même proportion de diagnostics légers, modérés et sévères) Dimension qualitative ajoutée à l'étude Collectes de données réalisées sur une longue période (4 mois) Avant l'étude, les interventions pour les groupes TT et MTT sont enregistrées et examinées par un observateur externe afin d'assurer qu'elles soient identiques Réduction des disparités de protocole en faisant appel à un seul praticien pour chaque intervention (TT et MT) Mesure des résultats réalisés 1 1/2 mois après la fin des interventions Outil d'évaluation de la douleur simple (VAS) et complexe (MPI)	Étude datant de 1998 Échantillon de petite taille La randomisation de l'échantillon est expliquée de manière superficielle Aucune information sur les traitements de base de l'arthrose utilisés par les sujets des 3 groupes Aucune précision sur la méthode de TT utilisée pendant les interventions Pas d'informations sur le nombre de personnes contactées au départ Utilisation du VAS pour évaluer le bien-être

¹ « Health Assessment Questionnaire » évalue l'intensité de la douleur, les capacités fonctionnelles (AVQ ; AVD ; utilisation de moyens auxiliaires) et l'état de santé général. Un petit score total signifie une meilleure capacité fonctionnelle. ² Évalue l'intensité de la douleur et le bien-être dans l'étude. L'évaluation de ce dernier se calcule de 0 à 10 (0 = « meilleur bien-être » ; 10 = « pire possible »). ³ « Multidimensional Pain Inventory » évalue l'expérience, la perception et l'impact de la douleur sur le quotidien des sujets. Un petit score total indique une faible douleur et peu d'impact.

Auteurs Année Titre Journal	Lieu Objectif Design	N/n Population Échantillon	Interventions Outcomes Instruments de mesures Tests statistiques	Principaux résultats	Forces	Faiblesses
Assefi, N., Bogart, A., Goldberg, J. & Buchwald, D. (2008) Reiki for the Treatment of Fibromyalgia : A Randomized Controlled Trial <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>	États-Unis (USA) Déterminer si le Reiki est bénéfique en tant que traitement complémentaire pour soulager la douleur causée par la fibromyalgie Devis expérimental ECR en simple aveugle Comparaison intergroupe entre 4 groupes divisés en 2 grands groupes : Intervention (groupes 1 et 2) et témoin (groupes 3 et 4)	n = 656 Les sujets sont recrutés entre avril 2003 et septembre 2004. Le recrutement : diffusion des informations par le biais des médias, pose d'affiches (université, hôpitaux, unité de soins tertiaire et locaux de soutien (fibromyalgie)) et prise de contact avec des personnes atteintes de fibromyalgie (ayant participé à un essai clinique 2 ans auparavant) ainsi que des patients atteints de fibromyalgie dans une clinique spécialisée n = 100 répondent aux critères d'inclusion, dont 7 drop outs avant la 1 ^{ère} intervention. 12 drop out en cours d'étude (de la 1 ^{ère} à la 8 ^{ème} séance). Raisons : manque de temps ou autres engagements Terminer l'étude : n = 81 La randomisation faite par ordinateur. 50 sujets sont assignés au hasard dans les 2 grands groupes (intervention et témoin). Échantillon probabiliste en grappe <u>Critères d'inclusion :</u> - Parler anglais - Âge : > 18 ans - Diagnostic médical de fibromyalgie - Douleur d'au moins 4/10 - Disposés à être randomisés - Continuer les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses pour la fibromyalgie durant toute l'étude - Utilisation d'acétaminophène (paracétamol) et d'ibuprofène (AINS) uniquement en cas de douleur <u>Critères d'exclusion (n = 556) :</u> - Autres pathologies provoquant de la douleur - Grossesse ou allaitement - Prises de stupéfiants - Avoir des procédures en cours liées à leur fibromyalgie ou recevoir des indemnisations d'invalidités - Vivre à plus d'une heure du centre de recherche - Impossibilité d'assister aux 8 semaines de thérapie - Avoir déjà reçu une modalité de médecine énergétique	Les séances de 30 minutes se déroulent 2x/semaine pendant 8 semaines (total de 16 séances). Les sujets sont traités par le même praticien <u>3 maîtres expérimentés du Reiki (5 à 18 ans) :</u> Groupe 1 (n = 23) = Technique du Reiki par contact direct. Toucher légèrement le sujet pendant 2 minutes aux 12 points standards du Reiki Groupe 2 (n = 24) = Technique du Reiki sans contact direct (distance ~ 60 cm). Maintenir les positions des mains dans un mode « d'envoi » avec l'intention de guérison focalisée sur le sujet <u>4 praticiens simulés (acteurs) :</u> Groupe 3 (n = 23) = Simulation du Reiki par contact direct. Imiter les positions des mains aux 12 points standards du Reiki Groupe 4 (n = 23) = Simulation du Reiki sans contact direct (distance ~ 60 cm). Imiter les positions des mains dans un mode « d'envoi » en occupant leur esprit avec des pensées sans rapport avec le participant Outcomes : douleur ; fatigue ; qualité du sommeil ; bien-être ; fonctionnement physique ; santé mentale Instruments : VAS ¹ et SF-36 ² Les mesures sont récoltées avant le début des interventions (semaine 0), à la semaine 4, après la totalité des interventions (semaine 8) et 3 mois après la dernière intervention (semaine 20) Analyses statistiques descriptives et inférentielles avec un seuil de significativité de p < 0.05	Il n'y a pas de différence significative entre les 4 groupes pendant les interventions (semaine 0 à 8) ou post-interventions (semaine 20). Comparaison entre les groupes d'intervention et témoin. Sur le VAS : douleur (Δ scores moyens* = - 0.4 avec p = 0.31) ; fatigue (Δ scores moyens = 0.4 avec p = 0.31) ; qualité du sommeil (Δ scores moyens = 0.2 avec p = 0.52) ; bien-être (Δ scores moyens = - 0.2 avec p = 0.61). Sur le SF-36 : fonctionnement physique (Δ scores moyens = - 1.7 avec p = 0.32) ; santé mentale (Δ scores moyens = - 1.2 avec p = 0.52) Il n'y a pas de différence significative entre les groupes qui reçoivent les thérapies directes ou indirectes par un maître du Reiki, pendant les interventions (semaine 0 à 8) ou post-interventions (semaine 20). Comparaison entre les groupes 1 et 2. Sur le VAS : douleur (Δ scores moyens = 0.2 avec p = 0.52) ; fatigue (Δ scores moyens = - 0.3 avec p = 0.45) ; qualité du sommeil (Δ scores moyens = - 0.1 avec p = 0.78) ; bien-être (Δ scores moyens = 0.2 avec p = 0.51). Sur le SF-36 : fonctionnement physique (Δ scores moyens = 1.9 avec p = 0.26) ; santé mentale (Δ scores moyens = 0.7 avec p = 0.72)	ECR en simple aveugle avec comparaison entre 4 groupes Recrutement de la population cible sur 17 mois Échantillonnage en grappe Faible dropout équivalent entre les groupes Les sujets des groupes d'interventions ne connaissent pas l'existence des groupes témoins Pas de contact direct entre les sujets Maître du Reiki avec 5 à 18 ans d'expérience Évaluation du nombre de médicaments contre la douleur, ainsi que le nombre de consultations des professionnels de santé au début et à la 4 ^{ème} , 8 ^{ème} et 20 ^{ème} semaine Mesure des résultats réalisée 3 mois après la fin des interventions (semaine 20) Interventions réalisées par le même praticien tout au long de l'étude	Utilisation du VAS pour la fatigue, le bien-être et la qualité du sommeil Échantillonage en grappe Faible dropout équivalent entre les groupes Les sujets des groupes d'interventions ne connaissent pas l'existence des groupes témoins Pas de contact direct entre les sujets Maître du Reiki avec 5 à 18 ans d'expérience Évaluation du nombre de médicaments contre la douleur, ainsi que le nombre de consultations des professionnels de santé au début et à la 4 ^{ème} , 8 ^{ème} et 20 ^{ème} semaine Mesure des résultats réalisée 3 mois après la fin des interventions (semaine 20) Interventions réalisées par le même praticien tout au long de l'étude

* Différences des scores moyens.

¹ Évalue la douleur (0 = « pas de douleur » ; 10 = « douleur sévère »), la fatigue (0 = « pas de fatigue » ; 10 = « fatigue sévère »), la qualité du sommeil (0 = « pire possible » ; 10 = « ne pourrait pas être mieux »), le bien-être (0 = « pire possible » ; 10 = « ne pourrait pas être mieux »). ² « Short Form-36 » se calcule de 0 à 100. Un score élevé indique des meilleurs fonctionnements.

4.2. Éléments majeurs identifiés par l'analyse des articles

En conclusion de ce chapitre et dans la perspective de pouvoir comparer et discuter les différents éléments présentés dans les études retenues, il a paru approprié d'organiser le matériel recueilli. C'est pourquoi plusieurs familles et axes ont été identifiés. Les familles sont les suivantes : les interventions, les expériences des praticiens, les outcomes et les ancrages disciplinaires. Ces dernières sont composées de plusieurs axes qui sont à la base du tableau 4 présenté à la page suivante.

Tableau 4. Tableau récapitulatif des éléments identifiés

		Étude pilote		Essai clinique	ECR				
		Decker & al. (2012)	Wardell & al. (2012)		Marta & al. (2010)	Peck (1997)	Peck (1998)	Lin & Taylor (1998)	Gordon & al. (1998)
INTERVENTIONS	Therapeutic Touch			√	√	√	√	√	
	Healing Touch	√	√						
	Reiki								√
FORMATIONS	Praticiens expérimentés	√	√		√	√	√	√	√
	Praticiens non expérimentés			√					
OUTCOMES	Douleur / retentissements	√		√	√		√	√	√
	Capacités fonctionnelles	√				√		√	√
	Facteurs psychologiques			√			√		√
	Qualité du sommeil / fatigue			√					√
	Bien-être / qualité de vie	√						√	√
	Expériences des participants		√					√	
ANCRAGES	Modèle conceptuel de Martha Rogers				√	√			
	Modèle du Caring de Jean Watson	√							

5. DISCUSSION

Ce chapitre met en perspective et discute l'analyse critique des huit recherches afin de répondre à la question de recherche. Le chapitre s'articule autour des interventions et des outcomes identifiés tout en les considérant à la lumière de la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers.

5.1. Efficacité des thérapies énergétiques sur les outcomes et les modalités de distribution de l'intervention

La question de recherche de cette revue de littérature s'intéresse aux effets des thérapies énergétiques sur les douleurs chroniques d'origine rhumatismale afin de maintenir le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Les conséquences dues à ces douleurs sont également primordiales et doivent être prises en considération comme argumentées dans la problématique.

Suite à l'analyse critique des recherches présentées dans le chapitre précédent, il est partiellement possible de confirmer que les thérapies énergétiques ont un effet sur la diminution de la douleur chronique et ses retentissements. Leurs effets sont également variables sur les autres outcomes considérés tels que les capacités fonctionnelles, les facteurs psychologiques, la qualité du sommeil, la fatigue, le bien-être et la qualité de vie.

Les douleurs et les pathologies sous-jacentes peuvent perturber les champs énergétiques majeurs de l'être humain et de l'environnement. Ces derniers sont développés dans la SUHB de Martha Rogers. C'est pourquoi une pratique infirmière selon Rogers s'intéresse à la gestion de la douleur avec une utilisation créative des soins. Les interventions infirmières sont conçues pour coordonner le rythme entre les champs énergétiques (humain et environnement), en aidant le patient dans son processus de changement pour atteindre un meilleur état de santé (Latina, Linares, Punzo, Biçer & Di Biagio, 2016, traduction libre, p. 115).

5.1.1. Modalités des interventions

Dans les études analysées, la durée d'interventions du TT, du HT et du Reiki varie entre 10 et 33 minutes. Cependant, le nombre de séances totales diffère entre les recherches, variant entre 3 et 16 avec une moyenne de 7,4 séances.

L'intervention du TT est testée dans les études de Peck (1997), Peck (1998), Lin et Taylor (1998), Gordon et al. (1998) et Marta et al. (2010).

Trois études (Peck, 1997 ; Peck, 1998 ; Marta & al., 2010) se sont basées sur les quatre phases de la méthode Krieger et Kunz. Ces phases se déclinent ainsi : a) « Centering » : le praticien doit se concentrer et créer une relation avec le patient. Ce dernier peut garder ses vêtements et être en position assise ou allongée selon son état de santé. b) « Scanning » : sert à évaluer les conditions du champ énergétique du patient. Cette pratique peut s'effectuer par contact direct ou à distance (4 à 6 cm) du corps en utilisant des mouvements rythmiques de la tête aux pieds (voir annexe 8.4). Le praticien ressent ce champ énergétique par des signaux sensoriels (chaleur, sensation de froid, fourmillements, secousses) en fonction de l'avancée de la pathologie ou de l'impact des symptômes sur le quotidien. c) « Clearing » : aide le patient à restructurer son propre champ d'énergie, afin d'activer les zones où le niveau d'énergie est réduit ou au contraire de réduire les zones trop élevées. Ici le praticien effectue des mouvements de haut en bas pour remodeler le champ énergétique. d) « Grounding » : consiste à véhiculer le surplus d'énergie vers les pieds du patient en touchant et en effleurant son corps. Le praticien se concentre sur l'ultime contact qui est entre ses mains et le dos des pieds du patient et maintient ce contact jusqu'à ce qu'il en ressente la nécessité. Ces phases peuvent être répétées selon les besoins du patient, ainsi que la perception et l'intuition du praticien (Latina, & al., 2016, traduction libre, p. 117). De plus, l'étude de Peck (1997) s'inspirant de plusieurs auteurs, précise que le TT est une intervention dans laquelle l'infirmière assume une forme médiatique de sensibilisation et utilise ses propres mains, sans contact physique afin de modéliser l'énergie mutuelle entre infirmier, patient et environnement. Ce processus se base également sur ces quatre phases et confirme la procédure présentée ci-dessus.

Alors que l'étude de Lin et Taylor (1998) ne nomme pas la méthode utilisée, il apparaît que la description du protocole bien détaillée ressemble fortement à la méthode Krieger et Kunz. Par contre, Gordon et al. (1998) indiquent que le TT est réalisé à distance sans détailler davantage le protocole. Cependant, ils nomment dans leur introduction que cette intervention a été développée par Krieger et Kunz, ce qui fait penser qu'ils utilisent cette méthode.

Deux études (Peck, 1997 ; Peck, 1998) citent le modèle de la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers. Peck (1997) affirme que le modèle de Martha Rogers n'est pas testé, mais est pris en considération comme un cadre de référence permettant de comprendre les interventions du TT. Ce n'est pas le cas pour l'étude de Lin et Taylor (1998) qui ne mentionne pas avoir utilisé ce modèle. Toutefois les auteurs citent

Martha Rogers et Dolores Krieger. Ils argumentent que la littérature de recherche et la pratique suggèrent que le TT est une modalité de guérison non invasive, ne nécessitant aucun effort cognitif de la part du patient et qui peut être efficace dans le traitement de la douleur chronique chez les personnes âgées.

Les trois études restantes (Decker & al., 2012 ; Wardell & al., 2012 ; Assefi & al., 2008) ont utilisé deux différentes interventions (HT et Reiki), ce qui engendre deux protocoles assez distincts.

L'intervention du HT est proposée par Decker et al. (2012) et Wardell et al. (2012). Decker et al. (2012) citent plusieurs auteurs qui détaillent la procédure du HT développée par Janet Mentgen. Le praticien positionne ses mains dans une série de mouvements standardisés. Il doit se centrer sur son intention d'aider afin de faciliter l'auto-guérison physique, émotionnelle, mentale et/ou spirituelle du patient. Selon son évaluation du champ énergétique, il peut intervenir par des techniques « locales » (zone spécifique) ou « globales » (sur tout le corps). Tandis que l'étude de Wardell et al. (2012), qui est l'analyse complémentaire de l'étude de Decker et al. (2012), offre des précisions supplémentaires sur l'intervention réalisée. Le praticien évalue le champ énergétique en plaçant ses mains, sans contact direct, au-dessus du corps du sujet afin d'en déterminer la régularité et la forme. Il évalue également l'ouverture des sept chakras majeurs à l'aide d'un pendule, afin de déterminer si ces derniers sont fonctionnels. Ces sept points énergétiques du corps s'étendent de la base de la colonne vertébrale au sommet de la tête. Ce protocole peut faire penser que les auteurs se basent sur la SUHB de Martha Rogers. Cependant ils mettent en avant la théorie du « caring » de Jean Watson en précisant que l'importance du soin, ici l'intervention du HT, va plus loin que le moment présent pour s'intégrer à l'histoire de vie des participants et ainsi au modèle de vie complexe de cette théorie.

L'étude d'Assefi et al. (2008) cite la méthode du Reiki développée par Mikao Usui et résume son protocole selon deux techniques. La première technique du Reiki est réalisée avec un contact direct. Le sujet est légèrement touché pendant deux minutes aux 12 points standards du Reiki : les yeux, l'arrière de la tête, les tempes, la nuque, les poumons, le plexus solaire, l'abdomen, la scapula, le milieu du dos, le bas du dos, le sacrum et les pieds. Le sens s'effectue de la tête aux pieds. La seconde technique du Reiki est réalisée sans contact à une distance d'environ 60 centimètres du sujet. Le praticien maintient la position de ses mains dans un « mode d'envoi » avec l'intention de guérison focalisée sur le sujet. Ce protocole semble être adéquat, car il a été utilisé dans d'autres études analysées dans la revue systématique de Vitale (2007).

La différence entre les protocoles de ces études est que celle de Decker et al. (2012) et celle de Wardell et al. (2012) réalisent leurs interventions à distance ou par contact direct selon la préférence du praticien, tandis que celle d'Assefi et al. (2008) réalisent les deux, c'est-à-dire, à distance et par contact direct sur le corps du sujet.

5.1.2. Praticiens des thérapies énergétiques

Les praticiens réalisant les interventions des différentes thérapies énergétiques (Peck, 1997 ; Peck, 1998 ; Gordon & al., 1998 ; Decker & al., 2012 ; Wardell & al., 2012 ; Assefi & al., 2008) ont tous entre 2 et 18 ans d'expérience, tandis que l'étude de Lin et Taylor (1998) parle d'un praticien expérimenté, mais sans aucune notion des années d'expérience. L'étude de Peck (1997) confirme l'efficacité des praticiens expérimentés en les évaluant à deux reprise par l'échelle SETTS⁵. Seule l'étude de Marta et al. (2010) a choisi de former des infirmières pour l'étude. De plus, cette même étude déclare que les praticiens du TT ne tendent pas à promouvoir la guérison, dans son sens habituel attribué par le domaine médical, mais s'intéressent à apporter leur aide pour atteindre un état de bien-être, ce qui fait écho avec le modèle de Martha Rogers. En effet, elle utilise le terme « bien-être » pour définir la santé. Le bien-être et la maladie ne peuvent pas être différenciés selon Martha Rogers, mais sont considérés comme un continuum non dichotomique (Fawcett, 2013, traduction libre, p. 237).

5.1.3. Outils de mesures

Les résultats de l'analyse ont pu être influencés par le choix des instruments de mesure des différents outcomes. Plusieurs études (Marta & al., 2008 ; Peck, 1997 ; Gordon & al., 1998 ; Lin & Taylor, 1998 ; Decker & al., 2012 ; Wardell & al., 2012 ; Assefi & al., 2008) utilisent des échelles courtes de type VAS, VDS ou NRS pour évaluer l'outcome de la douleur qui semblent appropriée pour une population âgée. Cependant ces mêmes échelles sont utilisées pour évaluer la qualité du sommeil, le bien-être et la qualité de vie, ce qui peut faire réfléchir sur le choix de l'instrument de mesure. Même si ces échelles sont valides pour évaluer la douleur, leur validité concernant les autres outcomes pose question.

Cependant, la modalité d'utilisation de ces échelles n'est pas identique dans toutes les recherches. Assefi et al. (2008) transforment le VAS en faisant une utilisation inversée des extrémités pour les outcomes du bien-être et de la qualité du sommeil. C'est-à-dire

⁵ « Subjective Experience of Therapeutic Touch Scale »

qu'ils définissent la cotation la plus haute comme étant un signe de meilleur résultat. De plus, Peck (1997) fait une utilisation verticale du VAS au lieu de la lecture horizontale habituelle. L'auteur ajoute que cette lecture verticale est plus logique et plus simple à comprendre pour les personnes âgées. Cependant l'étude de Decker et al. (2012) utilisent l'échelle PATCIE⁶, qui est spécifique pour l'évaluation de la douleur pour les personnes ayant des troubles cognitifs et l'échelle VAS « standard » pour les autres participants. De plus, la spécificité de l'étude de Gordon et al. (1998) est que l'évaluation de l'intensité de la douleur est complétée par une évaluation multidimensionnelle avec l'échelle MPI⁷. Cet intérêt pour l'évaluation des retentissements de la douleur sur le quotidien se retrouve également dans l'étude de Peck (1997), mais est évaluée uniquement par le VAS. Même si plusieurs études utilisent le VAS pour l'évaluation de la douleur chronique, selon Kunz (2014), les échelles unidimensionnelles (analogiques et numériques) sont adéquates pour l'évaluation de la douleur aiguë, mais le sont moins pour la douleur chronique. De plus l'auteur souligne qu'il serait favorable d'évaluer la douleur chronique avec une échelle multidimensionnelle (p. 312).

Enfin, il est possible de constater que plusieurs études (Marta & al., 2008 ; Peck, 1997 ; Peck, 1998 ; Gordon & al., 1998) ne fournissent pas de précision sur les personnes assignées à la récolte des données et cela ne permet pas de confirmer si elles sont différentes de celles qui pratiquent les interventions. En effet, si la récolte de données est effectuée par les intervenants, les résultats pourraient être altérés par la désirabilité sociale des sujets.

5.1.4. Effets sur les différents outcomes

Ce qui émerge des résultats est que les interventions du TT (Peck, 1997 ; Peck, 1998 ; Marta & al., 2010 ; Gordon & al., 1998 ; Lin & Taylor, 1998) ont eu plus d'efficacité que celles du HT (Decker & al., 2012 ; Wardell & al., 2012) et du Reiki (Assefi & al., 2008) qui n'ont eu aucun effet sur les différents outcomes, y compris la douleur. D'après ces constats, il est possible d'émettre plusieurs hypothèses pour expliquer ces différences. Les thérapies énergétiques et protocoles utilisés, les praticiens et leurs expériences, la fréquence des séances et les instruments de mesure pourraient influencer les résultats obtenus dans les études analysées.

⁶ Pain Assessment Tool in Cognitively Impaired Elders

⁷ Multidimensional Pain Inventory

En effet, seulement trois études (Marta & al., 2010 ; Gordon & al., 1998 ; Lin & Taylor, 1998) montrent une efficacité des interventions du TT sur la diminution de la douleur, des symptômes dépressifs, de l'anxiété, de l'amélioration de la qualité du sommeil et du bien-être. Cependant, dans l'étude de Peck (1997) les résultats restent mitigés. Dans cette étude, l'intervention du TT diminue la douleur des sujets par rapport aux données initiales, cependant elle n'est pas plus efficace que le PMR et rejette sa seconde hypothèse qui est : le TT sans contact permettra aux aînés une plus grande diminution de la douleur que le groupe recevant le PMR. L'auteur souligne que la diminution de la douleur pourrait être considérée comme un résultat de l'interaction du champ d'énergie entre le patient et le praticien.

Ainsi, même si le nombre de séances des études de Peck (1997), Peck (1998) et Gordon et al. (1998) reste identique, leur efficacité sur la diminution de la douleur ne l'est pas.

De plus, l'étude de Peck (1998) montre une diminution de l'intensité de la douleur et une amélioration des capacités fonctionnelles partiellement significatives pour les deux hypothèses suivantes :

1. Le TT permettra aux personnes âgées d'améliorer leurs capacités fonctionnelles en comparaison avec leurs capacités fonctionnelles de base.
2. Le TT permettra aux personnes âgées d'avoir une plus grande amélioration de leurs capacités fonctionnelles que le groupe recevant le PMR.

Nonobstant tous ces résultats qui peuvent être rassurants, trois études (Decker & al., 2012 ; Wardell & al., 2012 ; Assefi & al., 2008) montrent le contraire. En effet, il n'y a aucune efficacité des interventions du HT et du Reiki sur la douleur, la qualité de vie, le bien-être, les capacités fonctionnelles, les facteurs psychologiques, la qualité du sommeil et la fatigue. C'est pourquoi il convient de s'interroger sur les différents résultats obtenus.

5.1.5. Biais et limites

Il est possible d'observer que des résultats positifs ne sont pas directement en lien avec l'expérience des praticiens. Par exemple, l'étude de Marta et al. (2010) montre une efficacité significative du TT sur la diminution de l'intensité de la douleur, la diminution des symptômes dépressifs et l'amélioration de la qualité du sommeil. Cependant, ces résultats peuvent être remis en question au vu du manque d'expérience des infirmières pratiquant le TT. De plus, leur formation n'est pas détaillée

et ne permet pas de statuer sur leur « validité », même si l'étude cite l'utilisation de la méthode Krieger et Kunz. La plupart des études analysées ont fait appel à plusieurs praticiens sauf pour les études de Gordon et al. (1998) et Lin et Taylor (1998) qui eux ont préféré faire appel à un seul praticien. Le fait qu'un seul praticien réalise toutes les interventions peut garantir une régularité méthodologique.

Au vu de la diversité d'instruments d'évaluation utilisés par les chercheurs, il est possible qu'une utilisation d'outils de mesure plus spécifiques et univoques, pour les outcomes tels que le bien-être, la qualité du sommeil et la qualité de vie, auraient pu mettre en évidence des résultats différents pour une diminution des biais potentiels liée à la mesure.

Pour finir, la petite taille d'échantillon dans les différentes études a peut-être influencé les résultats obtenus. Il est également possible que ces résultats soient différents avec un échantillon plus grand.

6. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis de questionner l'efficacité possible des différentes thérapies énergétiques en complément des thérapies médicamenteuses sur les douleurs chroniques des personnes âgées souffrant de rhumatisme.

Au terme de ce travail, il n'est pas possible de conclure que ces thérapies énergétiques sont efficaces pour diminuer la douleur due aux maladies rhumatismales, car les recherches sélectionnées et analysées ne donnent pas de réponses claires à ce sujet. En effet, les résultats des huit études analysées ne sont pas univoques. Les résultats ne peuvent pas être généralisés au vu des petits échantillons des études. De plus, il est risqué de s'appuyer uniquement sur d'anciennes études, car les contextes de soins ne sont pas comparables, même si celles-ci présentent des résultats concluants. La divergence des résultats peut s'expliquer non seulement par la qualité ou non des échelles d'évaluation utilisées, mais aussi par l'expérience subjective de la douleur de la part des participants. Ces propos sont soutenus par les données qualitatives de l'étude de Wardell et al. (2012) dans lesquelles l'efficacité de l'intervention dépend fortement de la subjectivité du sujet au point que les auteurs n'ont pas été en mesure de réaliser une synthèse et une interprétation générale des interviews.

Malgré l'écart observé dans les résultats, les thérapies énergétiques restent une option d'intervention infirmière non négligeable. En effet, un avantage non attendu par ce travail est mis en évidence par les données qualitatives analysées. Les interventions de thérapies énergétiques permettraient de diminuer la prise médicamenteuse des patients et ainsi de réduire les effets indésirables de la polymédication. En effet, un participant de l'étude de Gordon et al. (1998) exprime : « J'étais à un point où je devais prendre quatre doses de Tylenol (paracétamol) par jour. Depuis que je reçois ces thérapies, je prends uniquement deux comprimés le matin et je ne dois plus en prendre durant toute la journée » (traduction libre, p. 274). La revue systématique de Fazzini et al. (2010) met en évidence un aspect commun des études analysées et souligne également que la guérison par l'énergie, en complément à la médecine traditionnelle ou d'un traitement standard, diminue la quantité des médicaments antalgiques nécessaires ou augmente le délai entre les prises.

6.1. Apports et limites du travail

Ce travail a permis d'en apprendre davantage sur les thérapies énergétiques ainsi que sur les douleurs chroniques dues aux maladies rhumatismales et leurs conséquences sur le bien-être.

6.1.1. *Apports*

Ainsi, il serait intéressant de se pencher sur le sujet des thérapies énergétiques afin de faire appel à d'autres modalités de soins non invasives, autre que médicamenteuse. Elles peuvent limiter la prise de réserve des traitements antalgiques ou diminuer leur prescription. D'ailleurs elles pourraient permettre de prévenir les effets secondaires et promouvoir le maintien du confort, du bien-être et de la qualité de vie malgré la présence des symptômes douloureux chroniques.

Même si ces thérapies engendrent des coûts en ce qui touche les ressources humaines et au niveau de la formation, elles restent néanmoins peu coûteuses en terme de matériel. En outre, elles peuvent être réalisées dans n'importe quel lieu ou contexte et être prodiguées par des infirmiers formés ou autres personnes s'ils le souhaitent. Ces thérapies font partie du rôle infirmier indépendant et non pas du rôle médico-délégué. En effet, l'utilisation des thérapies non invasives, recommandées par Martha Rogers, attribue le rôle central du système de soins à la profession infirmière plutôt qu'à la profession médicale (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 242).

6.1.2. *Limites*

Bien que quatre études sélectionnées entre 1997 et 1998 démontrent des résultats satisfaisants, il n'a pas été possible de trouver des articles plus récents qui traitent du même sujet. Cette restriction a peut être été influencée par les critères de sélection de la pathologie ce qui a limité les résultats de recherche uniquement aux articles traitant du TT en lien avec la pathologie de l'arthrose. C'est pourquoi la recherche a été élargie sur d'autre thérapies énergétiques (HT et Reiki). Cependant, plusieurs revues systématiques récentes analysent également ces anciennes études.

Enfin, la sélection opérée dans cette revue comprend deux études pilotes, ce qui amoindri la portée de cette revue de littérature car leur niveau de preuve est faible. Néanmoins, une de ces étude pilote s'intéresse à l'aspect qualitatif et elle a pu apporter des données significatives en ce qui concerne l'expérience des sujets.

6.2. Recommandations

Après analyse et interprétation des recherches et de leurs résultats, les suggestions sont de favoriser les thérapies énergétiques en complément aux traitements de base (antalgiques) afin de diminuer les prises médicamenteuses en réserve ou en systématique concernant le symptôme de la douleur.

À ce propos, des études mixtes seraient nécessaires pour évaluer l'efficacité des thérapies sur la douleur chronique rhumatismale avec des outils plus spécifiques ou complémentaires aux VAS, NRS, VDS. De même, un échantillonnage plus grand serait souhaitable.

6.2.1. Recommandations pour la recherche

L'utilisation d'un devis mixte serait plus favorable pour étudier les thérapies énergétiques, car les données qualitatives sont nécessaires pour explorer leurs subjectivités. De plus, il serait intéressant de préciser la fréquence optimale d'administration, la durée de l'efficacité des thérapies énergétiques et de comparer les interventions du TT, du HT et du Reiki afin de déterminer lesquelles seraient plus bénéfiques pour la gestion de la douleur. Au vu de la prévalence des maladies rhumatismales, davantage de recherche, à ce sujet, serait souhaitable.

Concernant les outils de mesures de l'intensité de la douleur, ils devraient être complétés par un outil capable de prendre en compte la complexité de celle-ci chez la personne âgée, par une échelle multidimensionnelle comme le MPI. De plus, des études avec un échantillon plus grand et plus hétérogène seraient souhaitables. Elles permettraient une meilleure représentativité de la population cible et ainsi pouvoir généraliser les résultats.

6.2.2. Recommandations pour la pratique

Le personnel soignant devrait être informé sur les différentes thérapies énergétiques à disposition pour pouvoir informer le patient sur toutes les modalités thérapeutiques existantes. Si les infirmiers sont intéressés par ces thérapies, ils devraient avoir la possibilité de se former dans ce domaine. L'efficacité des thérapies énergétiques dépend également de l'intention et de la volonté de vouloir venir en aide à la personne. Ainsi, un proche aidant pourrait avoir une plus grande intention et volonté d'aide. C'est pourquoi il serait envisageable d'aller plus loin et de proposer une formation aux aidants « naturels », intéressés par ces approches afin qu'ils puissent l'exercer auprès de leur proche.

Ces types de modalités non invasives trouveraient aisément leur place au sein du système de santé actuel, notamment dans les centres de soins palliatifs, les établissements médico-sociaux (EMS) ou le réseau douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Il serait également possible de les intégrer au sein de l'institution de maintien à domicile (IMAD), tout en considérant les contraintes temporelles qui pourraient être une difficulté majeure à leur intégration.

6.2.3. Recommandations pour la formation HES-SO en soins infirmiers

La science infirmière enseignée dans le cursus de formation des soins infirmiers de la HES-SO permet aux étudiants d'acquérir une posture professionnelle. C'est pourquoi cette revue de littérature encourage l'enseignement de la science infirmière dans la formation.

Pour conclure, le cadre de référence de la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers permet de savoir que les douleurs chroniques perturbent l'homéodynamique entre les champs énergétiques (humain et environnement). Selon cette science, la pratique infirmière a pour but de promouvoir le bien-être en utilisant des thérapies non invasives sous forme d'art créatif du soin. Les interventions non invasives du TT, du HT et du Reiki, qui rétablissent l'équilibre entre les champs d'énergie, sont en congruence avec la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, Missouri : Elsevier Mosby.
- Assefi, N., Bogart, A., Goldberg, J. & Buchwald, D. (2008). Reiki for the treatment of fibromyalgia : a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(9), 1115-1122. doi: 10.1089/acm.2008.0068
- Baumann, C. & Briançon, S. (2010). Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. *Actualité et dossier en santé publique*, 3(72), 19-21. Accès <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>
- Cochrane (2011). *Tutoriel : « Introduction à l'evidence-based nursing »*. Accès <http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Etape%201.pdf>
- Cochrane (2011). *Définir le meilleur type d'étude*. Accès <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/d%C3%A9finir-le-meilleur-type-d%C3%A9tude.html>
- Decker, S., Wardell, D. W. & Cron, S. G. (2012). Using a healing touch intervention in older adults with persistent pain : a feasibility study. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 205-213. doi : 10.1177/0898010112440884
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia : F. A Davis Company.
- Fazzino, D. L., Griffin, M. T., McNutly, R. S. & Fitzpatrick, J. J. (2010). Energy healing and pain : a review of the literature. *Holistic Nursing Practice*, 24(2), 79-88. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181d39718
- Gordon, A., Merenstein, J. H., D'Amico, F. & Hudgens D. (1998). The effects of therapeutic touch on patients with osteoarthritis of the knee. *Journal of Family Practice*, 47(4), 271-277.
- International association for the study of pain (2016). *Taxonomy : pain*. Accès <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
- Kunz, R. (2014). Douleurs : bien que quotidiennes, elles représentent un défi complexe 14(19), PrimaryCare, 311-313. Accès <https://primary-hospital-care.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/pc-f.2014.00798/pc-f-00798.pdf/>

Latina, R., Linares, S., Punzo, N., Biçer, S. & Di Biagio, E. (2016). Introduzione al therapeutic touch come trattamento complementare e infermieristico nella gestione del dolore. *Pain Nursing Magazine*, 5(3), 112-120.
doi: 10.19190/PNM2016.3ap112

LeMonde.fr (2017). *Citations avec dico-citations*. Accès
<http://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-20659.php>

Ligue suisse contre le rhumatisme (2013). *Arthrose : Lorsque les articulations souffrent en silence* [Brochure]. Accès
http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/arthrose_F301_contenu_low_012013.pdf

Ligue suisse contre le rhumatisme (2017). *Faits et chiffres*. Accès
<https://www.ligues-rhumatisme.ch/medias/faits-et-chiffres>

Ligue Suisse contre les rhumatismes (2017). *L'arthrose*. Accès
<https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/arthrose>

Ligue suisse contre le rhumatisme (2017). *Prévention des chutes de la Ligue contre le rhumatisme*. Accès
https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/CH_Dokumente/medien/sturzpraevention-der-rheumaliga-schon-4000-senioren-gehen-sicherer-durch-den-alltag/Communique-de-Presse-Chute-Juillet-2017.pdf

Ligue suisse contre le rhumatisme (2017). *Qu'est-ce que le rhumatisme*. Accès
<https://www.ligues-rhumatisme.ch/blog/2016/quest-ce-que-le-rhumatisme>

Lin, Y-S. & Taylor, A.G. (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine*, 1(4), 155-162.
doi: 10.1016 / s1096-2190 (98) 00036-5

Lleshi, V. & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 5(216), 1785-1789. Accès
<https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-216/La-depression-du-sujet-age>

Marta, I. E., Baldan S. S., Berton, A. F., Pavam M. & da Silva M. J. (2010). The effectiveness of therapeutic Touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain : clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1094-1100. doi: 10.1590/S0080-62342010000400035

Observatoire suisse de la santé (2015). *La santé en Suisse : le point sur les maladies chroniques : Rapport national sur la santé 2015*. Accès https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Obsan_2015_Gesundheitsbericht_f.pdf

Office cantonal de la statistique (2016). *Projections démographiques pour le canton de Genève : population résidante de 2016 à 2040.* Accès <https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/analyses/communications/an-cs-2016-53.pdf>

Office fédéral de la santé publique & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2011). *Directives nationales concernant les soins palliatifs.* Accès <http://www.palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2012/02/directivesnat.pdf>

Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé & palliative.ch (2014). *Cadre général des soins palliatifs en Suisse : Définitions dans le domaine des soins palliatifs dans l'optique de la mise en œuvre de la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs ».* Accès https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/2_Palliative_Care/Cadre_general_des_soins_palliatifs_en_Suisse.pdf

Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et palliative.ch (2015). *Soins palliatifs généraux : recommandations et instruments de mise en œuvre.* Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/allgemeine-palliative-care.html>

Office fédéral de la statistique (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09.* Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.assetdetail.348097.html>

Office fédéral de la statistique (2014). *Enquête suisse sur la santé 2012 : la santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en ménage privé.* Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante.assetdetail.349315.html>

Office fédéral de la statistique (2014). *Statistiques de la santé 2014.* Accès <http://www.portal-stat.admin.ch/ges/docs/1291-1400.pdf>

Office fédéral de la statistique (2016). *Statistiques des établissements hospitaliers 2015 : données provisoires - une personne sur huit a été hospitalisée.* Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.1360579.html>

Organisation mondiale de la santé (1992). *Maladies rhumatismales.* Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37435/1/9242208167_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé (2003). *Des millions de personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr81/fr/>

Organisation mondiale de la santé (2004). *Nouvelle initiative de l'Organisation mondiale de la santé pour répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/fr/>

Organisation mondiale de la santé (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la santé (2017). *10 faits sur le vieillissement et la santé*. Accès <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>

Peck, S. D. (1997). The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. *Journal of Holistic Nursing*, 15(2), 176-198. doi: 10.1177/089801019701500208

Peck, S. D. (1998). The efficacy of therapeutic touch for improving functional ability in elders with degenerative arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 11(3), 123-132. doi: 10.1177/089431849801100311

Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). Philadelphia : F. A Davis Company.

Société suisse pour l'étude de la douleur (2015). *Syndromes douloureux : résumés des principaux états de douleur, de leur diagnostic différentiel et de leur traitement*. Accès <http://www.pain.ch/index.php?id=81&L=1&L=1>

Sokal A. D. (2005). *Pseudosciences et postmodernisme : adversaires ou compagnons de route ?*. Paris : O. Jacob.

Us national library of medecine & National institutes of health (2017). *Osteoarthritis*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=osteoarthritis>

Vitale, A. (2007). An integrative review of reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice*, 21(4), 167-179. doi: 10.1097/01.HNP.0000280927.83506.f

Wardell, D. W., Decker, S. A. & Engebretson J. C. (2012). Healing touch for older adults with persistent pain. *Holistic Nursing Practice*, 26(4), 194-202. doi: 10.1097/HNP.0b013e318258528d

8. ANNEXES

8.1. Cinq savoirs

Les cinq savoirs sont définis comme suit selon Pepin et al. (2010) :

Le mode personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée. ... Le savoir à partir de ce mode est formalisé par des descriptions d'histoires personnelles qui sont sources de réflexion et de partage rétrospectif d'une compréhension contribuant à enrichir la pratique. ... (pp. 17-18).

Le mode esthétique, ou l'art des soins infirmiers, fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience. Il est lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui font une différence pour l'autre. Il s'exprime dans la pratique par un art et par des actes qui transforment. Les expressions du savoir esthétique prennent la forme de critiques esthétiques et de travaux d'art qui inspirent. ... (pp. 18-19).

Le mode éthique fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins. Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable, et s'appuie sur des principes et des codes. Ainsi, une connaissance de diverses positions philosophiques relatives aux gestes à effectuer ou non est nécessaire pour prendre une décision éclairée. ... L'application du savoir éthique se fait en contexte et se démontre par le comportement moral et éthique de l'infirmière dans sa pratique quotidienne. ... (pp. 19-20).

Le mode empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. Diverses méthodes de recherche, qu'elles soient de type qualificatif ou quantitatif, traduisent l'approche scientifique. La recherche a abondamment contribué au développement des connaissances scientifiques au cours des dernières décennies. Ainsi, en sciences infirmières, les savoirs croissent sans cesse.

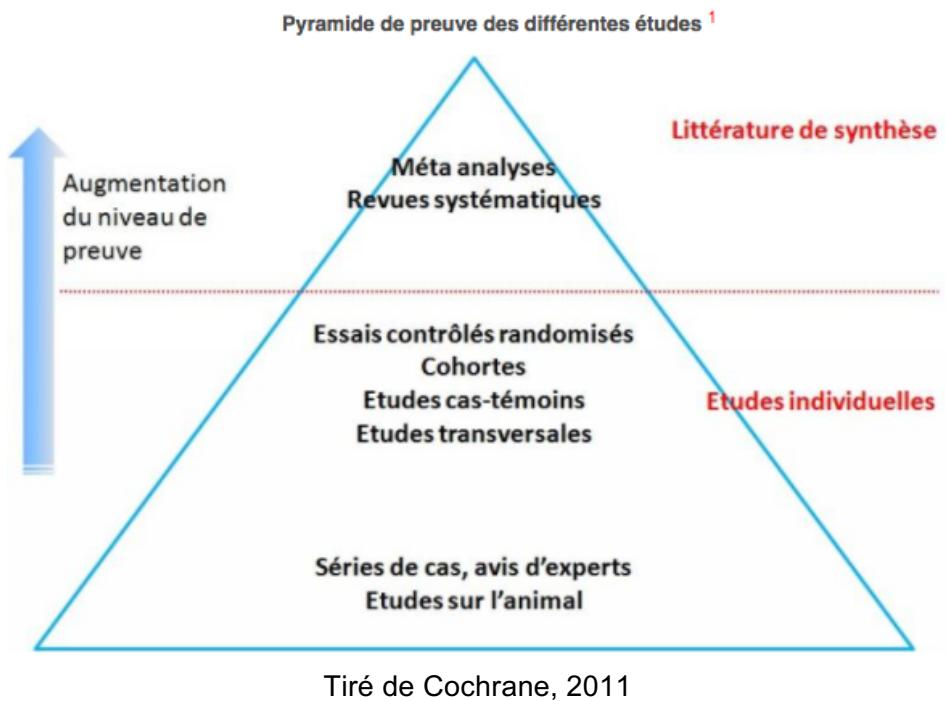
Cependant, le défi est de transformer les pratiques infirmières en fonction de ces savoirs. ... (p. 20).

White (1995) propose notamment l'ajout du mode sociopolitique. ... Le milieu sociopolitique des personnes fait référence au milieu culturel, à l'identité, aux perceptions quant à la santé et à la maladie, ainsi qu'au rôle social de chacun. ... L'infirmière, en raison de sa proximité avec les personnes et les familles et de sa connaissance des milieux cliniques et communautaires, est appelée à jouer un rôle social important. Ainsi, elle se doit de participer à l'analyse des problèmes, à la formulation des politiques, à la planification des soins et à la mise en place d'une gestion partagée avec les personnes et les familles. Le savoir sociopolitique s'acquiert par la discussion publique, les forums et l'engagement politique, et l'infirmière doit comprendre les subtilités du contexte qui s'y rattache. ... (p. 21).

En 2008, à partir d'écrits en sciences infirmières sur le contexte social et politique des soins et de critiques comme celle de White, Chinn et Kramer proposent un nouveau mode de développement et d'utilisation du savoir qu'elles nomment « mode émancipatoire ». Le processus qu'elles lui associent et la praxis, à savoir une réflexion critique et une action qui mènent au changement et à la création participative d'un futur qui soutient la santé pour tous. Les auteurs précisent que le mode émancipatoire est lié à la capacité d'examiner de manière critique le *statu quo* social, culturel et politique afin de déceler les inégalités. ... Les savoirs qui en résultent prennent la forme d'analyse critique, de manifestes, de plans d'action ou d'énoncés de vision. Leur crédibilité est basée sur la durabilité des changements implantés, le pouvoir partagé et l'équité sociale, et est évaluée par l'engagement constant dans une réflexion critique approfondie et une action, c'est-à-dire la praxis. ... (pp. 21-22).

Les cinq modes décrits - personnel, esthétique, éthique, empirique et sociopolitique ou émancipatoire - sont nécessaires au développement et à l'utilisation du savoir infirmier dans le domaine qu'est la discipline infirmière pour une contribution significative à la santé humaine. Même s'ils sont décrits séparément, les modes sont complémentaires (Carper, 1978 ; Silva, Sorrell et Sorrell, 1995) (p. 22).

8.2. Pyramide des niveaux de preuve



8.3. Exemple d'une fiche de lecture

Lin, Y-S. & Taylor, A.G. (1998). Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. *Integrative Medicine*, 1(4), 155-162.
doi:10.1016/S1096-2190(98)00036-5

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

1.1.1 Identité des auteurs

Cette étude a été réalisée par deux auteurs de l'Université de Virginia School of Nursing, Charlottesville (VA), États-Unis : Ann Gill Taylor et Yu-Shen Lin.

Ann Gill Taylor est Professeur en sciences infirmières et Directrice du Centre pour l'étude des thérapies complémentaires et alternatives (CSCAT), School of Nursing de l'Université de Virginie.

1.1.2 Nom et type de revue

Cette étude a été publiée en 1998 dans le journal « *Integrative Medicine* ». Ce dernier a publié de l'automne 1998 jusqu'à l'abandon du titre au printemps 2000. Selon les recherches, il n'y a pas de plus amples informations.

1.1.3 Le lieu de l'étude

Le lieu de l'étude n'est pas très clairement spécifié. Il est possible de supposer qu'elle s'est déroulée en Virginie (USA) étant donné que les résultats d'analyse d'un des outils de mesure ont été réalisés par le laboratoire de l'Université de Virginie.

1.1.4 Les objectifs pratiques

Le but de cette étude est de déterminer si le toucher thérapeutique a une efficacité dans la réduction de la douleur chronique et de l'anxiété de la population âgée.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de recherche

L'objet de l'étude est de comparer par un essai contrôlé randomisé en simple aveugle en pré et post test (trois groupes aléatoires), l'efficacité du toucher thérapeutique (TT), d'un placebo du toucher thérapeutique (MT) et des soins standard (SC).

1.2.2 Question de recherche

La question de recherche n'est pas clairement définie dans l'étude, mais peut être déduite : est-ce que le toucher thérapeutique en comparaison avec un placebo ainsi que les soins standard est efficace pour réduire les douleurs chroniques et l'anxiété chez les aînés ?

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Population de l'étude

Les sujets de cette étude ont été sélectionnés dans sept différentes institutions, y compris les résidences pour personnes âgées (55,8%), les établissements médico-sociaux (EMS) (23,2%), les foyers de jour (3,2%) et les centres d'activité pour seniors (17,3%).

Plusieurs critères d'inclusion ont été définis pour la sélection de l'échantillon :

- Âgé de 65 ans et plus
- Souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques
- Clairement identifié comme évalué par l'équipe de recherche ;
- Évaluation de la douleur de haute intensité sur la base d'un score d'au moins 5 sur une échelle de notation numérique (NRS) de 0 à 10.

Les personnes qui bénéficiaient d'autres techniques de relaxation tels que la musicothérapie ou la relaxation par imagerie mentale dirigée ont été exclues.

Au total, 95 sujets ont satisfait les critères d'inclusions et ont accepté de participer à l'étude, mais seulement 90 d'entre eux ont terminé l'étude.

Les 5 sujets qui n'ont pas complété l'étude proviennent du groupe TT (n=2), du groupe MT (n=1) et du groupe SC (n=2).

Voici quelques caractéristiques de l'échantillonnage total :

<u>Race</u>	Blanche 84,4% (n=76) Noire 12,2% (n=11) Autres 3,2% (n=3)
<u>Genre</u>	Femmes 83,2% (n=76) Hommes 16,8% (n=14)
<u>Moyenne d'âge</u>	78,1 ans (+/- 8,73 ans)
<u>Moyenne du niveau de formation / éducation</u>	12,96 ans (+/- 3,57 ans)
<u>Statuts sociaux</u>	Marié 31,6% Divorcé 5,3% Célibataire 5,3% Veuf 57,9%
<u>Pathologie / plaintes</u>	Arthrose 64,2% Spasme musculaire 21% Mal de dos 9,4% Douleur post prothèse-totale de hanche (PTH) 5,3%

Une analyse de puissance a été utilisée afin de déterminer la taille de l'échantillon. D'après cette dernière, 30 sujets par groupe sont un échantillon adéquat pour tester l'efficacité de l'intervention avec une taille d'effet de 0.30 à 0.35.

1.3.2 Interventions de l'étude

Le consentement, la procédure de sélection et les données de références ont été réalisés en un jour et les interventions se sont déroulées sur une semaine.

Avant le début des interventions, les sujets ont été répartis en sous-groupe par le critère de l'institution d'où ils ont été recrutés et assignés aléatoirement à l'un des trois groupes d'intervention : toucher thérapeutique, placebo du toucher thérapeutique et soins standards.

Pour constituer les trois groupes d'intervention, une randomisation par enveloppe a été utilisée dont la procédure est la suivante :

Un nombre d'affectations (un à trois) a été généré au hasard par ordinateur et a été préparé pour chaque sous-groupe dans des enveloppes. L'attribution d'un sujet au

groupe d'intervention a été déterminée par le chiffre se trouvant dans l'enveloppe suivante et non dans l'enveloppe qui lui est attribuée.

Les sujets du groupe du toucher thérapeutique ont reçu trois interventions de 20 minutes par un seul praticien formé dans cette approche.

Durant la séance, le praticien a utilisé ses mains et sa concentration pour évaluer, harmoniser et équilibrer l'énergie des sujets. L'intervention a été administrée pendant trois jours consécutifs dans les lieux de vie des sujets.

L'intervention s'est déroulée en plusieurs étapes. Durant ce processus, le praticien :

- a expliqué la procédure au sujet
- s'est centré en amenant son corps, son esprit et ses émotions à un état de conscience calme et concentré
- a pris conscience de l'intention d'aider le sujet thérapeutiquement
- a évalué le champ d'énergie en prenant conscience des variations de sensation sur la surface de la paume des mains, ainsi que d'autres indices intuitifs et sensoriels. Les mains étaient tenues à environ 2 à 4 pouces du corps du sujet et déplacées de la tête aux pieds,
- a utilisé des mouvements de main calme et rythmique pour éliminer les déséquilibres du champ énergétique,
- a utilisé les mains comme un point focal pour moduler l'énergie telle que déterminée selon son évaluation,
- les phases précédentes ont été répétées si nécessaire
- a donné au sujet l'occasion de se reposer et d'évaluer l'efficacité de la procédure
- a documenté et a donné un feedback

L'intervention du groupe placebo du toucher thérapeutique s'est déroulée en 20 minutes pendant trois jours consécutifs dans les lieux de vie des sujets. Ici, l'infirmière n'a pas reçu de formation au toucher thérapeutique et est consciente d'imiter les mouvements physiques du praticien formé. Ses mains ont été également placées à une distance de 2 à 4 pouces du sujet avec le même déplacement de la tête aux pieds. L'infirmière n'a pas tenté d'avoir un état de conscience méditatif ou d'avoir l'intention d'aider le sujet thérapeutiquement. Afin de ne pas compromettre cette attitude, un décompte de 7 en 7 (à partir de 100) a été effectué par cette dernière.

Les sujets du groupe des soins standards ont reçu des soins de routine fournie par les établissements respectifs qui inclut l'aide pour les soins d'hygiène de base, la prise des repas, la prise des signes vitaux, l'administration des traitements médicamenteux selon la prescription. Les activités régulières telles que la marche, la lecture et la télévision ont été surveillées et évaluées comme d'habitude.

Les sujets des groupes du toucher thérapeutique et celui du placebo ont continué à recevoir leurs soins habituels durant les interventions.

Dans le but de minimiser les biais dus aux praticiens multiples, un seul praticien du toucher thérapeutique et une infirmière pour le groupe placebo ont été nommés pour garantir la cohérence des protocoles d'interventions.

1.3.3 *Instrument pour la récolte de données*

Pour tester les effets des différentes interventions, trois variables de résultat ont été évaluées dans chaque groupe : l'intensité de la douleur, l'anxiété et le taux de cortisol salivaire.

L'intensité de la douleur a été mesurée par une « Numeric Rating Scale » (NRS) en pré et post-interventions chaque jour pour tous les sujets dans les trois groupes.

Les sujets ont évalué leur douleur de 0 à 10, en considérant que 0 ne représente aucune douleur et que 10 représente la douleur la plus intense. Cet outil de mesure est fréquemment utilisé pour évaluer la douleur chez les personnes âgées, car cet instrument est facile à comprendre et se documente en peu de temps. La validité et la fiabilité du NRS ont été prouvées.

Le questionnaire d'auto-évaluation du « State-Trait Anxiety Inventory » (STAI-Y) comporte deux formes : A (état d'anxiété) et B (trait d'anxiété). La forme A représente l'anxiété à l'instant présent et la forme B représente l'anxiété habituelle. Dans cette étude, le questionnaire du STAI-Y/Forme A a été retenu pour évaluer le niveau d'anxiété de chaque sujet. Il contient 20 phrases basées sur les ressentis et sentiments. Le score total du STAI-Y forme A va de 20 à 80. Sa validité et sa fiabilité ont été démontrées. Les niveaux d'anxiété ont été mesurés en pré-intervention le premier jour, pré et post-intervention le deuxième jour et en post-intervention le troisième jour pour les sujets des trois groupes.

Le taux de cortisol salivaire a été mesuré comme un indicateur physiologique du stress chez les sujets. Les prélèvements salivaires ont été recueillis et analysés à l'aide du kit « Cortisol Coat-A-Count » selon une procédure prédéfinie par la société « Diagnostic Products Corporation » (DPC).

Les kits « Cortisol Coat-A-Count » ont été analysés dans le laboratoire du Centre général de recherche clinique de l'Université de Virginie. Pour la manipulation et le stockage des kits, les directives procédurales du DPC ont été suivies. Les procédures de mesure et la fiabilité du taux de cortisol salivaire en tant que mesure de la réponse au stress chez les personnes âgées ont été démontrées dans d'autres études. Le taux de cortisol salivaire a été évalué en pré-intervention le premier jour et en post-intervention le troisième jour pour les sujets dans les trois groupes.

Les procédures des collectes et des analyses des échantillons de salive sont les suivantes. Pour éliminer les cellules/tissus et les résidus alimentaires, les participants ont rincé leur bouche à l'eau 15 minutes avant l'arrivée de l'équipe de recherche. À l'aide d'un coton-tige, le prélèvement a été effectué par un assistant de recherche dans la bouche du sujet. Le sujet a ensuite tenu le coton-tige dans sa bouche environ 90-120 secondes jusqu'à ce qu'il soit saturé de salive. Il a été retiré et placé dans le tube de collecte en plastique. L'échantillon a été vérifié pour s'assurer qu'il n'y avait pas de traces de sang. Le tube de l'échantillon a été étiqueté avec le nom du sujet, la date de collecte et le protocole du jour de l'étude. Il a été conservé dans une glacière jusqu'à ce que tous les échantillons soient prélevés le jour même. Les échantillons ont été transportés au laboratoire, où ils ont été stockés dans un congélateur à -20°C afin de précipiter les mucines. Tous ont été centrifugés après décongélation et le surnageant a été transféré dans un récipient. La procédure nécessite 200 µL de salive par tube. Les données et les résultats de chaque sujet ont été enregistrés à l'aveugle par un assistant de recherche, mais cet aspect a été difficile à maintenir au cours de l'étude. Les mesures ont été faites dans les 5 à 10 minutes en pré et post-intervention pour les sujets des trois groupes.

1.3.4 *Type d'analyse*

Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée en simple aveugle, pré-test et post-test.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 *Principaux résultats de la recherche*

Le test ANOVA a été utilisé pour analyser la variance entre les données de pré et post-interventions ainsi que pour évaluer l'effet du toucher thérapeutique sur les trois variables de résultats (douleur, anxiété et taux du cortisol salivaire).

Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour tester la significativité des différences entre les trois groupes.

Les valeurs d'intensités de la **douleur** ont diminué dans les trois groupes entre les données de pré et post-intervention. Une réduction considérable de cette variable est observable dans le groupe du toucher thérapeutique (TT, ↓ de 5,95) par rapport aux groupes placebo (MT, ↓ de 1,83) et du groupe des soins standard (SC, ↓ de 0,75). Cette différence est significative avec un $p < 0.001$ donnant une taille d'effet de 0,92 et une puissance de 1,0.

Les boîtes à moustache concernant la différence de **douleur** entre les trois groupes indiquent que l'intervalle de confiance de la réduction moyenne de la douleur pour le groupe du TT ne dépassait pas celles des deux autres groupes.

Les valeurs qui indiquent le niveau d'**anxiété** des sujets a également diminué dans les trois groupes. Une réduction plus importante est présente pour le groupe du TT (↓ de 8.07) par rapport aux groupes du MT (↓ de 3.41) et du SC (↓ de 1.37). Cette différence est significative par un $p < 0.01$ avec une taille d'effet de 0,35 et une puissance de 0,85.

Les boîtes à moustache relative à la différence d'**anxiété** entre les trois groupes indiquent également des intervalles de confiance non chevauchée.

Les taux moyens de **cortisol** salivaire avant l'intervention étaient relativement bas (de 0,20 à 0,31 g/dl) dans les trois groupes. En moyenne, il n'y a eu que très peu de changement du taux de cortisol moyen pour les groupes du TT et du MT entre la pré et la post-intervention. Le niveau moyen est passé de 0,31 à 0,69 g/dl dans le groupe du SC. Aucune différence significative concernant le changement du cortisol salivaire n'a été observé pour les trois groupes. La courbe standard pour les données du cortisol salivaire se révèle normale.

Les corrélations de Spearman ont été utilisées afin d'examiner la relation entre les variables de résultat. Un coefficient de 0,70 indique une corrélation modérée à éléver entre l'anxiété et le cortisol salivaire ce qui suggère que le cortisol salivaire est une bonne mesure physiologique de l'anxiété. Des petites corrélations entre la douleur et l'anxiété ($r = 0.11$) et entre la douleur et le cortisol salivaire ($r = 0.01$) rapportent une faible voire nulle relation entre ces variables. L'analyse de séquence n'a démontré aucun effet relatif à l'ordre de sélection des établissements.

1.4.2 *Conclusions générales*

Les résultats de cette étude suggèrent que l'intervention du toucher thérapeutique a considérablement diminué l'intensité de la douleur musculo-squelettique chronique. D'après les résultats, cette intervention non invasive peut être une bonne option parmi les thérapies complémentaires pour le traitement de la douleur chronique pour une population âgée.

Ils indiquent que le toucher thérapeutique a été également efficace pour réduire l'anxiété chez une personne âgée souffrant de douleurs musculo-squelettiques. La taille d'effet de réduction de l'anxiété inférieure à celle de la réduction de la douleur peut être expliquée par un niveau d'anxiété de base faible à modérer ou par l'âge de la population qui rend le STAI moins sensible.

La mise en évidence d'un effet non significatif du toucher thérapeutique dans la réduction du taux de cortisol salivaire peut s'expliquer par un taux de cortisol salivaire relativement bas avant l'intervention.

1.4.3 *Particularité ou originalité de leur l'étude*

L'échantillon a été varié et sélectionné dans divers lieux pour personnes âgées. L'étude test l'efficacité du toucher thérapeutique en comparant un groupe d'intervention avec un groupe placebo et un groupe témoin. Les chercheurs ont réduit au maximum les biais liés au praticien en faisant appel à un seul praticien pour les interventions (TT et MT). Ils ont opté pour des interventions de 20 minutes sur trois jours consécutifs avec un protocole bien établi.

1.5 Éthique

L'étude a reçu l'approbation institutionnelle du Comité des enquêtes sur l'homme ainsi que l'autorisation administrative de chaque institution avant d'aborder les personnes âgées. Les assistants de recherche ont expliqué l'étude aux sujets avant d'obtenir leur consentement écrit et de déterminer leur admissibilité à l'étude.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

L'article permet de mettre en avant l'efficacité du toucher thérapeutique pour soulager les douleurs chroniques musculo-squelettiques chez les aînés, par le biais d'un praticien formé à cette thérapie. Le toucher thérapeutique a été utilisé comme complément des soins standard (aide pour les AVQ, traitements médicamenteux, etc.) et non comme traitement unique.

2.2 Limites

Il existe plusieurs limites dans cette étude. Elle date de 1998. Il manque l'information concernant la taille de la population initiale avant l'application des critères d'inclusions et d'exclusions. Les chercheurs ne donnent pas d'explications concernant l'abandon de 5 sujets durant l'étude.

Il est possible de remarquer des chiffres douteux quant à la population choisie. Il n'est pas mentionné si les chiffres donnés prennent en considération les abandons des 5 sujets. De plus, le nombre de sujets par groupe n'est pas très clair si le lecteur prend en considération les légendes du tableau 3. Il est observé une disparition ou un ajout de sujet sans explication.

La randomisation par enveloppe n'est pas clairement explicitée. Par exemple, il n'est pas mentionné si les enveloppes étaient opaques et scellées.

Les résultats pour le questionnaire du STAI-Y et pour le taux de cortisol ne sont pas expliqués et les chercheurs ne mentionnent pas les interprétations des valeurs des outils de mesures.

2.3 Pistes de réflexion

Les réponses physiologiques au toucher thérapeutique devraient être étudiées dans le futur.

8.4. Méthode Krieger et Kunz : phase du « scanning »

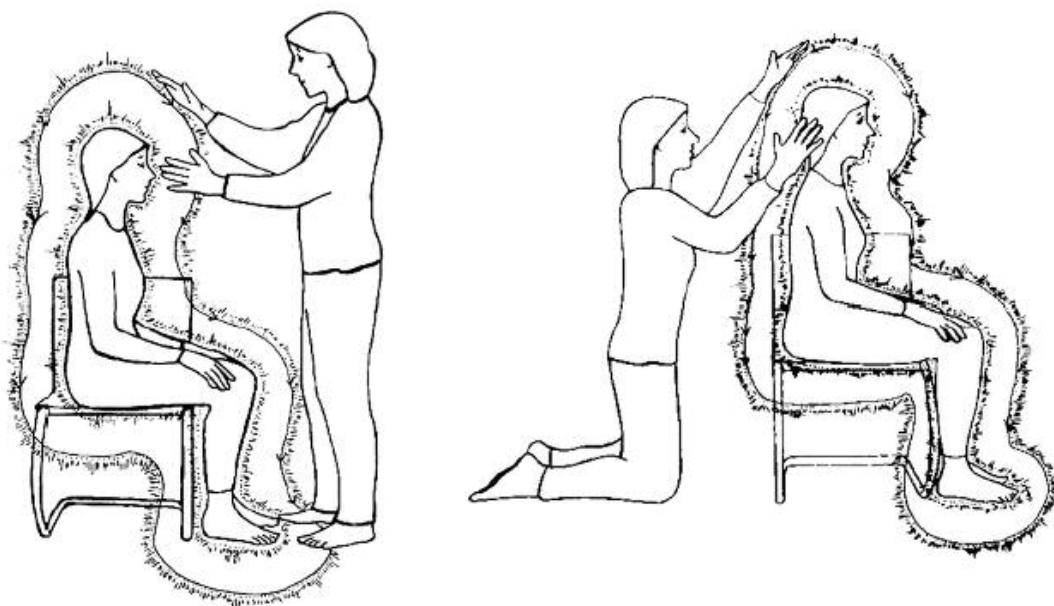


Figure 1 - Fase dello Scanning

La phase du « scanning » (Tiré de Pain Nursing Magazine, 2016, p.117)