

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BSD	Behavioral Symptoms of Dementia
EMS	Etablissements médico-sociaux
GE	Groupe expérimental
GT	Groupe témoin
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HT	Healing Touch
MMSE	Mini-Mental State Examination
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICO	Population, intervention, comparaison, outcome
SPCD	Symptômes psychologiques et comportementaux des démences
TT	Toucher thérapeutique ou Therapeutic Touch

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : PICO.....	18
Tableau 2 : Tableau récapitulatif.....	30
Tableau 3 : Tableau comparatif.....	33
Tableau 4 : Tableau à double entrée.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	19
--	----

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	v
Table des matières.....	6
1. Problématique.....	8
1.1. Contexte.....	8
2. Etat des connaissances.....	9
2.1. Démence.....	9
2.2. Symptômes psycho-comportementaux.....	10
2.3. Offre thérapeutique.....	12
2.3.1. Thérapies médicamenteuses.....	12
2.3.2. Thérapies non médicamenteuses.....	12
2.3.2.1. Toucher thérapeutique.....	13
3. Modèle du « Human caring » de Jean Watson.....	14
3.1. Métaconcepts selon Jean Watson.....	14
4. Question de recherche.....	16
5. Méthode.....	18
5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	18
5.2. Diagramme de flux.....	19
6. Résultats.....	20
6.1. Synthèse et analyse critique des articles retenus.....	20
7. Discussion.....	34
7.1. Modalité de l'intervention.....	36
7.1.1. Temporalité.....	36
7.1.2. Formation des soignants.....	38
7.1.3. Population cible.....	39
7.1.4. Lieu de l'intervention.....	40
7.2. Outcomes.....	40
7.3. Ethique.....	43
8. Conclusion.....	45

8.1.	Ressources et limites de la revue de littérature	45
8.2.	Recommandations	46
8.2.1.	Pour la recherche.....	46
8.2.2.	Pour l'enseignement	47
8.2.3.	Pour la pratique.....	47
8.3.	Formation en toucher thérapeutique en Suisse	48
9.	Références	49
10.	Annexes	53
10.1.	Mini-Mental State Examination	53
10.2.	Les 10 processus de Caritas selon Jean Watson	55
10.3.	Equations de recherche.....	56
10.4.	Echelle Cohen-Mansfield Agitation Intervention.....	57

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Contexte

Les avancées dans le domaine de la recherche médicale ont considérablement amélioré la santé et ont permis d'accroître notre espérance de vie. Ces 30 prochaines années, la Suisse verra ainsi l'âge moyen de sa population nettement augmenter. Selon l'Office Fédéral des Statistiques (2015) :

La croissance de la population âgée de 65 ans ou plus sera très forte, d'environ 84%. En effet, entre 2020 et 2035, les générations les plus nombreuses du baby-boom entreront progressivement dans le troisième âge.... A l'horizon 2045, la Suisse dénombre 2,7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, selon le scénario de référence, contre 1,5 million fin 2014 (p. 2).

Avec l'augmentation de la population vieillissante, certaines maladies verront leur nombre de cas augmenter conjointement. En effet, selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), « en Suisse, les trois quarts des décès (hommes: 74,6%; femmes: 75,9%) sont dus à des maladies chroniques appartenant à l'un des groupes suivants: affections cardiovasculaires, cancers, troubles respiratoires et démence » (2015, p. 126).

Par ailleurs, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016), 47,5 millions de personnes souffrent de démences dans le monde avec 7,7 millions de cas supplémentaires chaque année. En Suisse, près de 144'000 personnes seraient actuellement atteintes de démence, un nombre qui pourrait tripler d'ici à 2040, totalisant pas moins de 300'000 cas (Association Suisse Alzheimer, 2017).

C'est ainsi que les démences sont devenues un problème de santé majeur et donc une priorité de santé publique. Au niveau cantonal, selon les dernières estimations genevoises, le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs devrait passer de 6'500 actuellement à 13'000 cas aux environs de 2040 (Plan Alzheimer canton de Genève 2016-2019, p. 5).

Cette augmentation est notamment due à la croissance de la population mais est également imputable aux avancées dans le domaine de la médecine. En effet, ces avancées améliorant continuellement la longévité de manière globale, les patients souffrant de démence sont par conséquent plus à même de voir leur maladie se développer jusqu'à un stade avancé, comme le rappelle très justement l'OBSAN, « la probabilité d'être atteint de démence augmente fortement après 65 ans: une personne

sur 50 en est victime dans le groupe des 65–69 ans et une personne sur 8 chez les 80–84 » (2015, p. 111). Cette problématique de santé actuelle, sa prévention, son diagnostic, son traitement et surtout sa prise en charge représentent un véritable défi tant pour la société que pour son économie. Elle demande également une adaptation des lieux d'accueils et de la formation des soignants.

En Suisse, environ la moitié de la population souffrant de démence vit à domicile. Au début, une aide ponctuelle suffit puis, avec l'évolution de la maladie, une surveillance constante devient nécessaire. C'est l'évolution des symptômes et comportements problématiques dans la démence qui provoque l'épuisement des proches. C'est donc un facteur déterminant pour la famille ou le proche aidant dans la décision de placement en institution spécialisée (Benoit et al., 2003). Dans les établissements médico-sociaux en Suisse, deux tiers des résidents souffrent de démences type Alzheimer ou de troubles cognitifs, pour certains avec une maladie déjà très avancée (Association Suisse Alzheimer, 2014). Cela demande donc un accompagnement et des soins adaptés et spécifiques.

2. ETAT DES CONNAISSANCES

Dans le cadre de cet accompagnement, il est nécessaire de définir la démence et les symptômes qu'elle peut engendrer afin d'offrir une prise en soin spécifique à cette population. Ce développement fait l'objet des sous-chapitres suivants.

2.1. Démence

Selon l'OMS (2017):

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement... Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive.

Il existe plusieurs types de démences malgré une frontière encore peu nette entre les différentes formes de la pathologie. La maladie d'Alzheimer est la plus courante (60-70%), mais il existe aussi la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire ou

encore les démences mixtes (OMS, 2016). Le diagnostic est dépisté par des évaluations de type Mini Mental State Examination (MMSE), posé souvent à partir de la clinique du patient (évolution des déficits cognitifs) et complété à l'aide par exemple d'un bilan neuropsychologique. Un exemplaire de l'échelle MMSE est présenté en Annexe 1. Les atteintes cognitives évoluent de manière sournoise sur plusieurs années et s'associent très souvent à des troubles psycho-comportementaux. Ces troubles suscitent un intérêt croissant car ils causent d'importantes souffrances pour les patients mais ont également un impact considérable sur l'entourage et les soignants (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2007).

2.2. Symptômes psycho-comportementaux

Présents dans plus de 80% des cas de démence, les symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD) sont une conséquence du dysfonctionnement cérébral. Ils peuvent être présents dès le début, fluctuent au cours de l'évolution et se prononcent avec le déclin de la cognition (Benoit et al., 2006). L'étude de Benoit et al. (2003) explique que ces symptômes, associés aux troubles cognitifs sont retrouvés dans 92,5% des cas de patients ayant un MMSE entre 11 et 20 et 84% chez des patients ayant un MMSE entre 21 et 30¹. Cette étude avait pour but de mesurer la fréquence des SPCD chez la population souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ces symptômes ont été évalués avec l'outil de mesure « Inventaire neuropsychiatrique (NPI)²», qui est une échelle utilisée dans les pathologies démentielles. Les auteurs concluent donc que les SPCD augmentent avec l'aggravation cognitive et que quasiment tous les patients souffrant d'une démence avancée présentent au moins un trouble de l'humeur ou du comportement (Benoit et al., 2003).

Les SPCD regroupent deux catégories que sont :

- Les symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des identifications de personnes et lieux erronées, une apathie avec un manque d'intérêt, des troubles affectifs avec une labilité émotionnelle, de l'anxiété ou des manifestations d'angoisse.
- Les symptômes comportementaux tels que l'agitation, une agressivité physique ou verbale, des activités répétitives, une modification du rythme veille-sommeil,

¹ Normes : 27-30 : absence de dysfonction cognitive. 24-27 : déficit cognitif léger. Moins de 24 : demande une exploration pour une maladie démentielle.

² Échelle mesurant en 12 items les changements psychologiques et comportementaux chez les patients ayant un diagnostic de démence.

une désinhibition, une opposition (aux soins par exemple), des vocalises (Ebbing, 2016).

L'anxiété est une manifestation que l'on peut retrouver en général au début de la maladie, lorsque le patient a conscience du début des troubles et de son altération cognitive. Par la suite, cette anxiété peut se traduire par des comportements d'agitations comme une déambulation nocturne ou des conduites opposantes (Institut de la Maladie d'Alzheimer, 2017). Selon Benoît et al. (2003):

Les troubles psychotiques (délires, hallucinations), l'euphorie, les comportements moteurs aberrants (fugues, déambulations excessives) sont dans cette population nettement plus fréquents chez les patients les plus détériorés, alors que l'apathie, l'anxiété, la dépression ont des taux de prévalence déjà élevés. Ceux-ci augmentent avec l'aggravation cognitive (p. 5).

Ces symptômes et comportements entraînent une diminution de la qualité de vie de la personne ainsi qu'une péjoration de ses compétences dans les activités de la vie quotidienne (Ebbing, 2016). Cet auteur montre que cela augmente aussi le risque de stigmatisation, d'isolement ou même de négligence et maltraitance ou encore de contention physique et chimique.

De plus, pour les proches ainsi que les équipes soignantes, cela augmente le risque d'épuisement physique/psychique pouvant même mener à la dépression (Ebbing, 2016). Selon Ebbing (2016) :

Les troubles s'accroissent avec le stress des soignants, leur mécontentement quant à la prise en charge des patients, l'absence de disponibilité et de formation. Le manque d'activités structurées et adaptées, ainsi que la multiplication des intervenants, sont également des facteurs favorisant l'éclatement de ces symptômes (p. 788).

Certains symptômes sont plus difficiles à gérer par les équipes soignantes et souvent mal compris par l'entourage. L'agitation par exemple, qui se traduit par une activité verbale et motrice inadéquate à la situation de nature souvent excessive ou l'agressivité physique ou verbale, sont souvent les comportements les plus perturbateurs (Benoît et al., 2006).

Ces mêmes auteurs précisent que « les facteurs comportementaux diffèrent selon la gravité de l'atteinte cognitive » (Benoit et al., 2003, p. 5) et les résultats montrent qu'il y a une fréquence des SPCD dans la maladie d'Alzheimer très importante. Cela nécessite donc de trouver et d'améliorer des stratégies dans la prise en soins de ces troubles psycho-comportementaux retrouvés dans la maladie d'Alzheimer pour le bien-être des patients, des proches et des soignants.

2.3. Offre thérapeutique

2.3.1. Thérapies médicamenteuses

Il existe sur le marché deux types de médicaments utilisés dans la maladie d'Alzheimer: les inhibiteurs de la cholinestérase (ICH) et la mémantine. Ils peuvent retarder l'évolution des troubles cognitifs ou avoir une efficacité sur certains SPCD mais ne permettent pas de guérison de la maladie et leur efficacité est remise en doute par certains auteurs (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2007). Ainsi, Blythe, Chang, Johnson & Griffiths (2009) soulignent que :

L'utilisation des thérapies pharmacologiques (médicaments) n'est pas encouragée puisqu'elles ont de nombreux effets secondaires et sont connues comme accélérant le déclin des fonctions cognitives, ce qui induirait une augmentation de l'agitation. Cela n'aurait comme conséquence pas uniquement d'augmenter les problèmes d'agitation mais cela prédisposerait également les personnes souffrant de démence aux potentiels effets néfastes de la polypharmacologie (traduction libre, p. 976).

La médication dans cette pathologie est essentiellement symptomatologique : antidépresseurs, anxiolytiques en cas d'errance anxieuse, antipsychotiques en cas d'épisodes délirants et d'hallucinations, sédatifs en cas d'agitation, hypnotiques en cas de troubles du sommeil (Hervy et al., 2005, p. 138).

2.3.2. Thérapies non médicamenteuses

En raison de la difficulté à traiter certains comportements problématiques, de nombreuses thérapies non-médicamenteuses sont testées et mises en place dans les institutions pour les personnes atteintes de cette maladie. Watson, Chang & Johnson (2012) définissent les thérapies complémentaires (nommées également thérapies alternatives) de la façon suivante : « les thérapies complémentaires ... sont définies comme des pratiques de guérison traditionnelles indigènes dans différentes cultures et qui peuvent être initiées par des infirmières. Ces thérapies peuvent être utilisées avec la médecine dite orthodoxe » (traduction libre, p. 3420).

Ces mêmes auteurs démontrent que des thérapies complémentaires comme la musicothérapie, les massages, l'aromathérapie et le toucher thérapeutique apportent aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer une relaxation, des interactions sociales et de la distraction. Cela baisserait le taux d'agitation et aiderait les malades à entrer en communication avec autrui et leur permettrait de se sentir entendus et «pris

en compte » (Watson et al., 2012, traduction libre, p. 3417). Il est donc intéressant de se questionner sur la réelle efficacité de ces thérapies.

2.3.2.1. *Toucher thérapeutique*

Le toucher thérapeutique a été développé en 1975 par Dolorès Krieger (infirmière) et Dora van Gelder Kunz (guérisseuse). Krieger, Peper et Ancoli (1979) le décrivent comme « un acte de guérison par une technique ancienne qui consistait à apposer les mains et qui se révèle efficace en complémentarité avec des pratiques infirmières classiques » (traduction libre, p. 660). Pour ces auteurs, le corps humain possède un excès d'énergie et la personne qui va pratiquer le toucher thérapeutique va diriger sa propre énergie (l'énergie qu'elle a « en trop ») pour la transmettre à la personne malade. Patient et infirmière vont alors tout deux entrer dans une méditation où l'infirmière va « écouter » ce que le corps du patient va lui transmettre (ses besoins) et va redistribuer l'énergie dans chaque zone du corps et en libérer les tensions.

Quelques années plus tard, en 1989, Janet Mentgen met au point le *Healing touch*, en collaboration avec l'American Holistic Nurses Association (AHNA). Cette approche consiste en un ensemble de techniques et d'enseignements, accessibles notamment aux infirmières et qui promeut une vision globale du soin énergétique.

Le Reiki fait également partie des thérapies dites énergétiques. Il a été inventé par Mikao Usui au XIXème siècle au Japon. « Reiki » signifie « universel » « Ki », « force de la vie ». Cette thérapie utilise donc la force de la vie, autrement dit l'énergie universelle, afin de prévenir ou de guérir les malades. Tout comme le *Therapeutic touch* ainsi que le *Healing touch*, le *Reiki* cherche à stimuler ainsi qu'à rétablir le champ énergétique du patient. Ainsi, ces différentes approches ont pour but d'harmoniser le champ énergétique en partant de l'idée que le système est en perpétuel changement. Une personne en bonne santé aura un flux énergétique continu, son énergie se déplace dans tout son corps de façon ininterrompue et sera équilibrée dans chaque partie de son corps. A l'inverse, chez une personne malade, le flux d'énergie sera interrompu et ne se déplacera pas de façon fluide dans le corps, ce qui créera un déséquilibre énergétique. Le but du soin est justement de rétablir un flux énergétique normal et continu. Pour ce faire, le soignant doit être en harmonie avec lui-même afin de se concentrer sur sa propre énergie et de la diriger vers le patient pour enclencher un processus de guérison, il doit être dans une démarche altruiste avec l'intention d'aider l'autre (Association Internationale du Toucher Thérapeutique, 2017a). Le soignant se

mue alors en canal d'énergie et permet à celle-ci de passer librement de ses mains jusqu'au patient afin d'apporter son énergie.

Selon l'Association Internationale du Toucher Thérapeutique (2017b), le toucher thérapeutique est pratiqué par des infirmières diplômées mais peut également être dispensé par d'autres professionnels de la santé ayant suivi une formation reconnue sur ce dernier. Ce procédé peut varier en fonction de chaque soignant. Celui-ci va apposer ses mains sur le corps du patient, soit en posant ses mains directement sur le patient ou alors en les maintenant au-dessus de lui durant le soin. Il peut commencer de bas en haut (ou l'inverse) et remonter jusqu'à la tête afin de redistribuer l'énergie dans le corps tout entier.

3. MODÈLE DU « HUMAN CARING » DE JEAN WATSON

Afin d'ancrer la problématique de ce travail dans la discipline infirmière, la théorie du *Human Caring* de Jean Watson est celle qui nous est apparue comme la plus pertinente. En effet, son approche humaniste tient compte de l'aspect spirituel de l'être humain et permet d'ancrer une situation concrète de soin de toucher thérapeutique. Cette théorie de soins est un mode de vie à part entière, une posture. Elle est basée sur la morale et l'éthique qui jouent un rôle déterminant dans les soins. Le soin à la personne et le soin humain (*human care* et *human caring*) ainsi que la relation transpersonnelle de *caring* sont les valeurs fondamentales de la théorie de Watson (Fawcett, 2013).

Etant donné que la théorie de Watson se base sur la philosophie, elle pourrait se situer dans le niveau le plus abstrait de la hiérarchie des connaissances. Selon Aligood (2010), la théorie de Watson se situe au niveau de la philosophie tandis que pour Fawcett (2013), elle se situe dans ce qu'elle appelle les « Middle-range Theories » ou théories intermédiaires. La théorie du *Human Caring* appartient à l'Ecole du *caring* tout comme celle de Leininger, Boykin & Schonenhofer (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Elle se situe dans le paradigme de la transformation selon Pepin (2010), le paradigme de l'unitaire-transformatif selon Newman (2008) et le paradigme de l'action simultanée selon Fawcett (2013).

3.1. Métaconcepts selon Jean Watson

Selon Watson, « l'aspect curatif des activités de l'infirmière n'est pas une fin en soi, mais est intégré à l'aspect de *caring* » (Pepin et al., 2010, p. 70). Ici, le toucher thérapeutique prendrait alors tout son sens car au-delà d'un soin il s'agit tout d'abord

d'un acte de *caring* au sens propre, tout comme le décrit Jean Watson dans sa théorie. En effet, le toucher thérapeutique est l'application d'un soin énergétique par l'infirmière mais pour fonctionner, il nécessite que l'infirmière adopte une posture bienveillante et soit en accord avec ses propres valeurs holistiques.

L'être humain chez Watson est vu comme un être-dans-le-monde unique qui contient trois sphères : l'esprit, le corps, l'âme. Ces trois sphères sont indissociables (Fawcett 2013). Le soin du toucher thérapeutique va travailler sur ces trois sphères sans jamais les dissocier mais en faisant en sorte que l'équilibre et l'énergie soient diffusées de façon égale.

La santé dans cette théorie se réfère à une unité et une harmonie. C'est un équilibre de l'esprit, du corps et de l'âme. La santé ne représente pas que l'absence de maladie, c'est une expérience subjective. Pour être en santé, il est nécessaire qu'il y ait une cohérence entre le soi que l'on perçoit, le soi idéal et le soi vécu (Aligood, 2010 ; Fawcett, 2013). Le soin du toucher thérapeutique par l'équilibre de l'énergie crée une harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit.

L'environnement dans cette théorie est infini. C'est le niveau universel ou cosmique de l'existence, êtres humains et environnementaux sont un champ de connexions (Fawcett, 2013). Les champs énergétiques sont présents dans l'environnement de chacun et sont utilisés dans le toucher thérapeutique par l'infirmière afin de travailler sur le(s) champs énergétique(s) de son patient et de les rééquilibrer.

Le *caring* est l'essence du soin, l'élément central et la cible de la pratique des soins. Le *caring* transpersonnel devient transformatif : il nous libère pour vivre et pratiquer l'amour et le *caring* dans nos vies quotidiennes de manière non conventionnelle (Fawcett, 2013).

Jean Watson a établi dix processus *caritas* disponibles en Annexe 2. Ces facteurs représentent une « ligne directrice » pour l'infirmière dans sa pratique. Cette ligne directrice permet à l'infirmière de se positionner dans ses soins, de rester congruente et entière. La posture soignante est primordiale dans la théorie de Jean Watson puisqu'elle marque l'engagement de celle-ci envers le patient.

Comme souligné précédemment, les comportements des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont souvent empreints d'agitation voire même d'agressivité ce qui peut rendre parfois difficile l'accès à la « personne ». Ces manifestations peuvent être difficiles à gérer dans la pratique infirmière ; elles nécessitent surtout beaucoup d'effort afin de déchiffrer ces comportements et d'en déduire les attentes de la

personne malade. La vision de Watson permet justement à l'infirmière de « soutenir les valeurs humanistes- altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui » (Processus de caritas n°1, Watson 2015).

A travers son engagement moral et son intention de protéger et de renforcer la dignité humaine ainsi que le sentiment d'intégralité (*wholeness*) du patient, l'infirmière va, par l'approche du toucher thérapeutique, rééquilibrer l'énergie du patient afin qu'il se sente contenu et surtout afin de diminuer les symptômes tels que l'errance, l'agitation et l'angoisse (Fawcett, 2013). Par cette intervention, l'infirmière va « créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine » (Processus de caritas n°8 Watson, 2015).

Il arrive parfois lorsque l'on souffre de la maladie d'Alzheimer que la sphère du corps et ses limites soient modifiées. Le travail de l'infirmière va alors permettre à travers le toucher énergétique de rappeler l'enveloppe corporelle de la personne afin de lui permettre de retrouver une unicité et une harmonie en « insufflant la confiance ainsi que l'espoir et honore les autres » (Processus de caritas n°2 Watson, 2015).

Ce « moment » lors du soin dans lequel l'infirmière entre en relation avec le patient est appelé une « occasion de *caring* » par Jean Watson (Cara, 2008). C'est en effet dans ce moment-là qu'un lien est établi entre l'infirmière et le patient et qu'une « transaction » d'humain-à-humain se fait, c'est-à-dire que tous deux vont se rencontrer avec leur bagage, leur vécu et ainsi partager leurs perceptions, leurs expériences et leurs émotions, une relation d'aide et de confiance va se mettre en place (4^{ème} processus de caritas). Cette notion de transaction illustre parfaitement le soin du toucher thérapeutique puisqu'il s'agit exactement de transférer un trop plein d'énergie afin d'en rééquilibrer une autre et en établissant un lien soignant/soigné durant un moment défini. Cette réciprocité entre soignant et soigné est l'une des clefs de la prise en charge de Watson. La notion d'égalité est importante puisqu'il ne s'agit pas pour l'infirmière d'imposer ou d'apprendre quelque chose au patient mais de partager son expérience avec celui-ci dans un échange réciproque.

4. QUESTION DE RECHERCHE

Avec l'avancée de la médecine et l'augmentation de l'espérance de vie, la maladie démentielle a plus de possibilité de se développer à des stades avancés. Dans ce sens, le choix de la population cible s'est dirigé vers les personnes atteintes de démence. Cela demande donc de réfléchir autour d'une prise en soin plus spécialisée

avec des structures adaptées et un personnel formé. Lié à cette évolution de la maladie au cours du temps, le développement de certains troubles du comportement confronte les équipes soignantes à des difficultés de prise en soins. Cela les amène à devoir penser et développer des stratégies et approches alternatives pour gérer ces comportements problématiques.

Comme Watson le souligne dans sa théorie, il est nécessaire dans la pratique infirmière de ne pas dissocier les trois sphères qui composent l'être humain : l'âme, le corps et l'esprit. C'est aussi l'un des concepts primordiaux de certaines thérapies alternatives comme le toucher thérapeutique, le *healing touch*, le Reiki, ou encore la méditation.

Dans ce sens, le toucher thérapeutique est un bon exemple de thérapie complémentaire qui ne demande pas de compétences cognitives particulières aux patients et est donc adapté à la population cible. Il est susceptible d'être efficace dans la gestion des symptômes du stade avancé de la maladie tels que l'agitation, l'angoisse, l'errance ou l'agressivité physique et verbale. La revue systématique de la littérature effectuée par Blythe et al. (2009) montre qu'une grande part des médicaments administrés dans les démences traitent la symptomatologie plutôt que directement la maladie mais que les comportements problématiques restent très présents dans les institutions spécialisées et posent un réel problème tant pour les soignants que pour les familles. C'est dans ce cas-là que la réflexion autour de l'introduction de thérapies alternatives au sein des institutions devient intéressante.

Le but de la revue de la littérature qui suit est d'apporter plus d'évidence concernant le toucher thérapeutique dans la discipline infirmière. Pour ce faire, dans un premier temps, la recherche d'articles scientifiques va nous permettre de déterminer si la thérapie alternative qu'est le toucher thérapeutique est efficace auprès des patients de la population cible. Dans un second temps, nous allons explorer sur quels symptômes psycho-comportementaux le toucher thérapeutique peut faire effet et analyserons ce que cette thérapie apporte à la relation patient/soignant par l'intermédiaire de l'ancrage théorique de Jean Watson.

Notre travail de recherche vise par conséquent, à répondre à la question suivante :

Quels sont les effets du toucher thérapeutique sur les symptômes psycho-comportementaux des patients institutionnalisés souffrant de démence ?

5. MÉTHODE

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La démarche méthodologique de notre travail de recherche a été dans un premier temps d'identifier les concepts de notre problématique et de les définir, puis, dans un second temps, plusieurs mots-clés ont été choisis pour les recherches dans les bases de données. Pour nous aider, nous avons mis au point un PICO afin d'identifier plus précisément notre public cible (P), l'intervention (I), le type de comparaison souhaitée (C) et enfin l'outcome (O).

Tableau 1 : PICO

PICO	Mots-clés
Population (P)	Démence, Alzheimer
Intervention (I)	Toucher thérapeutique
Comparaison (C)	Traitements médicamenteux, soins habituels
Outcome (O)	Symptômes psycho-comportementaux.

Les mots-clés retenus ont été traduits dans un premier temps en anglais (HEtop) puis entrés dans les différentes bases de données.

Mots clés en français	Mots clés en anglais (Hetop)
Démence	Dementia, senile dementia
Maladie d'Alzheimer	Alzheimer's disease
Toucher thérapeutique	Therapeutic touch (TT)

L'outcome n'a pas été utilisé comme mot-clé dans la recherche documentaire car la littérature sur le sujet étant encore limitée, l'utilisation de mots-clé nous aurait mis en échec. Nous avons donc été guidées par nos résultats de recherche documentaire afin de définir plus précisément notre outcome.

Les bases de données Pubmed et Cinahl ont donc été consultées durant les mois de septembre à juin 2017 à l'aide d'équations de recherche (Annexe 3). Après quelques

recherches peu fructueuses, nous avons décidé de ne pas mettre de filtre (date de publication par exemple) dans les bases de données car encore une fois, la littérature étant restreinte sur le sujet, nous ne voulions pas passer à côté d'articles intéressants. Afin d'optimiser nos recherches, nous avons construit nos équations de recherche en cherchant avec les MeSH terms et dans les «title/abstract». La sélection des études a été menée avec les critères suivants : démence/maladie d'Alzheimer, effet du toucher thérapeutique sur des conséquences de la démence. Après avoir procédé à un premier tri des articles trouvés à travers plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion (titre et devis de l'étude, lecture du résumé), nous n'avions pas assez de littérature pour construire notre revue. Nous avons donc décidé d'ouvrir nos recherches au «Healing touch» et avons décidé d'étudier aussi une recherche traitant du toucher thérapeutique chez des sujets ne présentant pas de troubles cognitifs pour nourrir notre revue de la littérature et notre discussion. Ces deux articles divergeant quelque peu de nos critères de sélection ont été eux aussi trouvés à l'aide de nos équations de recherche de base.

5.2. Diagramme de flux

En reconsidérant nos mots-clés et nos critères d'exclusion nous sommes arrivées à la sélection de six articles. La démarche de processus d'identification des articles est présentée en Figure .

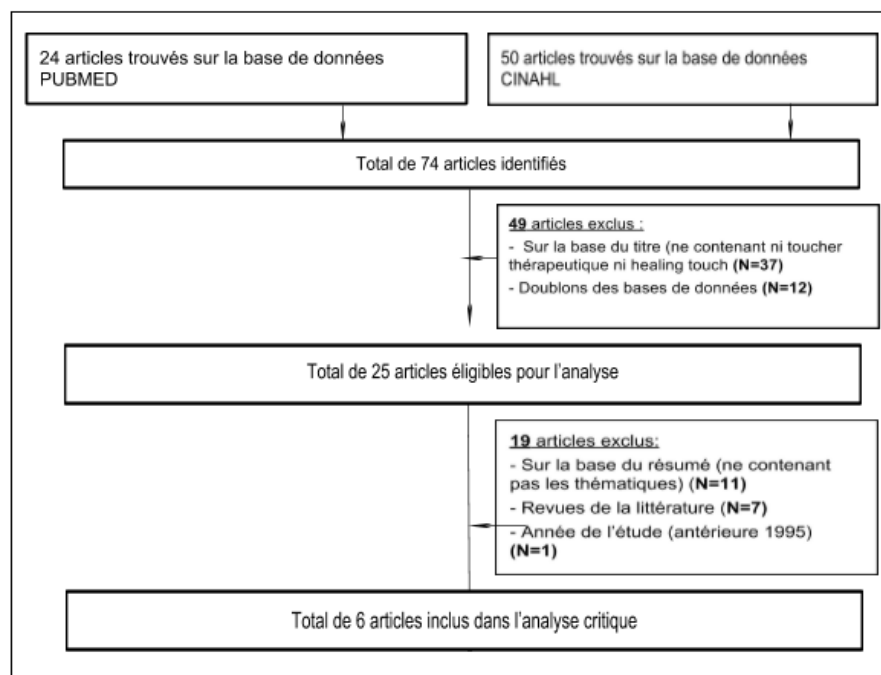


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

6. RÉSULTATS

Dans cette partie, les résultats des recherches sont mis en évidence afin de répondre à notre question de recherche. Les analyses des six articles retenus sont présentées selon le devis d'étude et avec la logique suivante : du niveau de preuve le plus bas au plus élevé. Ces analyses exposent le contenu principal de chaque étude. Afin de les compléter, l'analyse critique de chaque étude est synthétisée sous la forme d'un tableau récapitulatif³.

6.1. Synthèse et analyse critique des articles retenus

L'étude pilote avec un devis expérimental, conduite en 2006 par Wang, K.L., & Hermann, C. avait pour objectif d'évaluer l'effet du *Healing Touch* (HT) sur le taux d'agitation des résidents souffrant de démence. L'échantillon (n=14) a été sélectionné dans une unité spécialisée en Arizona, qui accueille d'anciens vétérans souffrant de démence. Les chercheurs ont défini l'agitation comme une expression verbale perturbée, accompagnée de cris et d'une activité motrice inappropriée. A ces SPCD, s'ajoutent également l'auto et l'hétéro-agressivité, les avances sexuelles ainsi que la répétition continue de mots ou de questions.

Les résidents ont été séparés en deux groupes : un groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT), de manière non-aléatoire, suivant leur score Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Cette échelle, qui se trouve en Annexe 5, permet d'évaluer l'état d'agitation du patient âgé sur une période donnée. Elle est composée de 29 items, classés selon quatre catégories. Un score, allant de zéro à sept, est attribué au patient selon la fréquence des comportements observés, sept étant le score le plus élevé d'agitation. Le groupe expérimental comportait six résidents présentant un état d'agitation plus important. Le groupe témoin était constitué de huit autres résidents possédant un score moyen du taux d'agitation le plus faible.

L'intervention du HT a duré maximum dix minutes, une fois par jour durant quatre semaines et a été conduite par des praticiens certifiés. Elle consistait dans un premier temps à influencer le système énergétique sans toucher le corps du participant puis, dans un second temps, à tenir la tête du participant entre ses mains en canalisant l'énergie. Les auteurs ont choisi cette modalité d'intervention car elle pouvait être réalisée tant sur un patient assis que debout et pouvait être mise en place sur une courte période, ce qui était intéressant pour cette population étant donné qu'elle présente des troubles du comportement de type déambulation ou agitation motrice. Le

³ Tableau récapitulatif p. 30 et suivantes

GT a, lui, reçu les soins habituels. La recherche a duré en tout huit semaines et le taux d'agitation a été évalué à plusieurs reprises : une première fois deux semaines avant l'intervention (semaines 1 et 2), puis durant l'intervention (semaines 3, 4, 5, 6) et finalement deux semaines après l'intervention (semaine 7 et 8). Les scores CMAI de tous les patients d'un même groupe (GE et GT) ont été mis en moyenne et comparés entre eux. Ainsi, les chercheurs ont pu observer l'évolution de ces scores d'agitation au fil des semaines.

Les résultats de l'étude ont montré une augmentation de l'agitation dans les deux groupes durant la première semaine d'évaluation (avant l'intervention) puis une diminution significative de l'agitation dans le GE durant la période de traitement (semaine 3 à 6). Une augmentation de l'agitation a été observée à la semaine 7, après l'arrêt de l'intervention du HT. Il a également été observé, dans le GT, une baisse de la moyenne du score CMAI durant la période de traitement. Les résultats paraissent surprenants sachant que ce groupe n'avait reçu ni traitement de HT ni même de placebo. L'une des hypothèses des chercheurs était que la diminution de l'agitation dans le GE a eu un impact sur l'atmosphère de l'unité ce qui aurait ainsi influencé l'énergie des autres résidents présents. Ainsi, étant donné que les résidents vivaient dans le même environnement, au même moment, cela pourrait expliquer une diminution du score d'agitation sans pour autant qu'ils aient reçu de traitement. De plus, les patients avaient bénéficié d'une présence humaine et d'une attention plus soutenue que d'habitude, ce qui, selon les auteurs, pourrait également expliquer une telle diminution. Les analyses statistiques avaient montré une *p-value* de 0.00104, les chercheurs ont par conséquent rejeté H0. Ils en ont donc conclu une différence entre les deux groupes étudiés, ce qui laisserait présager une diminution de la fréquence de l'agitation par le HT.

L'étude de faisabilité conduite par Lu, D.F., Hart, L.K., Lutgendorf, S.K., Oh, H. & Shilling, M. (2013) a analysé l'efficacité de la combinaison des effets du *healing touch* avec ceux du *body talk cortices* sur des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette étude a été menée sur deux groupes de personnes souffrant d'un stade débutant de la maladie, résidant à domicile ou dans des institutions de soins. Les participants ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : 65 ans ou plus, un stade de la maladie d'Alzheimer inférieur ou égal à quatre, pouvant lire ou parler anglais. Ils ne devaient pas non plus souffrir d'une maladie à corps de Lewy, de la maladie de Huntington ou du syndrome de Wernicke-Korsakoff.

Douze d'entre eux ont été assignés aléatoirement au groupe expérimental recevant la combinaison *healing touch* (HT) et *body talk cortices* (BTC) et dix d'entre eux au groupe témoin qui ont continué leurs soins habituels. Les traitements médicamenteux, que les patients recevaient, ont été maintenus tout au long de l'étude. Le premier groupe a donc reçu, durant six mois, une séance de HT par semaine et une séance de BTC par jour. La durée de la séance de BTC était de moins d'une minute, cependant, celle du HT n'a pas été précisée par les auteurs. Deux équipes, composées de deux infirmières diplômées en HT, ont prodigué le *healing touch*, tandis que le BTC a été dispensé par un soignant ayant une formation préalable à ce sujet. Il est important de souligner que le patient a également reçu cette formation afin qu'il puisse lui aussi exercer le BTC. Par conséquent, le fait que ce dernier ait eu connaissance de la procédure du BTC pourrait être considéré comme un biais. Une fois par semaine, lors de leur intervention hebdomadaire du *healing touch*, les deux infirmières observaient, à la même occasion, le bon déroulement de la pratique du BTC.

En ce qui concerne les modalités de l'intervention du HT, les infirmières devaient placer leurs mains sur les points énergétiques du front, de la nuque et du visage afin de redistribuer l'énergie dans le reste du corps. Le soin du BTC, lui, consistait à faire de petits tapotements avec les doigts sur la tête (au niveau des deux hémisphères) en alternance (chaque cycle respiratoire) avec de petits tapotements sur le sternum.

Les fonctions cognitives ont été analysées au début de l'intervention et six mois après à l'aide de l'outil MoCA⁴ (Montreal Cognitive Assessment test), prétendu comme étant plus précis que le MMSE. L'humeur ainsi que le "niveau de dépression", ont été mesurés au début de l'intervention, au bout de trois mois et au bout des six mois à l'aide de l'outil POMS-BF (Profil of Mood States-Brief Form).

Le taux de l'humeur et de la dépression ont été similaires dans les deux groupes avant le début de l'intervention. Durant les observations des trois premiers mois, les chercheurs ont observé une amélioration significative de l'humeur chez les patients du groupe expérimental (*p-value* 0.001). Cette amélioration est restée significative au cours des trois mois suivants (*p-value* 0.001). Dans le groupe témoin, les résultats n'ont pas montré de changement (*p-value* 0.569). Malgré ces résultats, les tests statistiques ne permettent pas de rejeter l'hypothèse qu'il y ait une différence significative (*p-value* 0.135) dans la comparaison entre ces deux groupes (GE et GT).

⁴ MoCA : Score de 1 à 30. Si en dessous de 26, il est considéré comme anormal.

Avant l'intervention, le niveau du score MoCA des troubles cognitifs des participants des deux groupes étaient égaux. Après six mois d'intervention, les résultats ont mis en évidence une amélioration significative (*p-value* 0,008) du score MoCA sur le groupe expérimental. Malgré des tests statistiques non significatifs (*p-value* 0.383), le score MoCA du groupe contrôle a continué à baisser durant ces six mois alors que le groupe expérimental a vu le score des tests MoCA augmenter, ce qui signifierait un ralentissement de déclin cognitif.

Les auteurs Lin, Y.S & Gill-Taylor, A. (1998) ont présenté une étude quantitative de type observationnelle et comparative. Cette étude a été menée auprès de 90 sujets recrutés dans diverses institutions sanitaires (EMS, accueil de jour, soins ambulatoires, etc.). Les critères de sélection étaient les suivants : les participants devaient être âgés de 65 ans ou plus, souffrant de douleurs musculaires, ayant toutes leurs facultés cognitives et ayant fait une évaluation préalable de la douleur à l'aide de la Numeric rating scale⁵ (NRS) ou EVA en français.

Le but de cette étude était de démontrer l'effet du toucher thérapeutique sur l'anxiété, la douleur ainsi que sur le taux de cortisol (stress). Les participants ont été répartis aléatoirement dans trois groupes : le groupe expérimental (GE) composé de 31 malades recevait 20 minutes de toucher thérapeutique durant trois jours, le groupe placebo composé de 29 malades recevait une fois par jour, 20 minutes de placebo durant trois jours et le groupe témoin (GT) composé de 30 malades recevait des soins standards. Le soin du TT était pratiqué par un soignant diplômé et celui du groupe placebo par une infirmière non spécialisée en TT. Afin d'éviter les biais, les chercheurs ont décidé de n'avoir qu'un seul praticien en TT et une seule infirmière pour le placebo. Le soin du toucher thérapeutique, tel qu'il est décrit dans l'étude, consistait à mentaliser et rediriger l'énergie du soignant vers le patient en déplaçant ses mains quelques centimètres au-dessus du corps du patient. Durant l'intervention, le praticien en TT a utilisé un protocole précis en plusieurs étapes. Huit étapes étaient à respecter : la première consistait entre autre à expliquer le soin au patient et la dernière à reporter les données observées durant le soin.

La douleur et l'anxiété ont été mesurées dans chaque groupe une fois avant l'intervention et une fois après, durant les trois jours d'intervention. Le cortisol, lui, a été mesuré une fois avant le début de la première intervention, une fois après la dernière intervention et enfin trois jours après.



Trois méthodes ont été utilisées par les auteurs afin d'évaluer les trois critères testés dans leur étude. La NRS a servi d'échelle de mesure pour la douleur et l'anxiété a été mesurée par l'échelle Form Y.I (STAI = Spielberger State Trait Anxiety Inventory). Enfin le cortisol salivaire a été analysé par le laboratoire DPC (Diagnostic Products Corporation).

La recherche a mis en exergue une baisse significative de la douleur dans le GE avec une *p-value* <.001 et surtout une forte baisse de l'anxiété avec une *p-value* <.01 mais n'a cependant pas montré de changement en ce qui concerne les résultats du cortisol salivaire. En effet, le taux était déjà relativement bas avant l'intervention et n'a pas significativement différencié entre le pré et post intervention. Les chercheurs ont conclu que 20 minutes de toucher thérapeutique administré trois jours consécutifs permettent de réduire la douleur et l'anxiété.

Les tests statistiques (*p-value* 0.39) n'ont pas montré de résultats significatifs entre le cortisol et de l'anxiété. Cependant, les auteurs ont indiqué un coefficient de corrélation ($r = 0.70$) montrant un lien modéré à fort entre ces deux variables. C'est pourquoi, des recherches plus abouties devraient être conduites afin de voir un réel effet physiologique (cortisol) du toucher thérapeutique sur les personnes âgées présentant des douleurs chroniques et de l'anxiété.

L'étude randomisée contrôlée de Woods, D.L., Craven, R.F., Whitney, J. (2005) avait pour but d'examiner l'effet du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux de la démence. Les 57 participants ont été sélectionnés dans trois unités spécialisées. Ils devaient avoir été diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer avec un MMSE <20, être stable sous traitement, être mobiles et vivre dans l'unité depuis au moins deux mois. Les résidents ayant une maladie psychiatrique apparentée ou étant à des stades de la maladie d'Alzheimer extrêmes (débutante ou très avancée) n'ont pas été sélectionnés. Les auteurs définissent les comportements symptomatologiques de la démence par de l'agitation, des questions répétitives, de la déambulation et des cris.

L'échantillon provenait de trois établissements spécialisés dans la démence et a été divisé, en aveugle, en trois groupes : un premier groupe expérimental (GE) qui a reçu le TT, le 2^{ème} groupe a reçu le placebo (GP) et le 3^{ème} groupe témoin (GT) a reçu les soins habituels. Le placebo consistait à simuler le TT sans intention de se mettre en condition de méditation ni d'entrer en relation avec le résident. Le praticien comptait dans sa tête de sept en sept en partant de 100 afin d'être concentré sur autre chose.

L'intervention quant à elle, demandait au praticien de se centrer et de mentaliser le soin en portant son attention sur le résident. Il posait ses mains alternativement sur les épaules, la nuque et les oreilles du résident et effectuait des mouvements calmes, puis laissait une main posée sur le front et une autre derrière la nuque. A la fin du soin, le praticien restait un moment avec ses mains posées sur les épaules du résident en pensant à rééquilibrer les énergies. Les praticiens étaient formés et avaient entre cinq et huit années d'expériences. L'intervention se passait dans la chambre du résident et durait entre cinq à sept minutes, deux fois par jour aux mêmes heures. L'étude a duré trois jours de pré-intervention, trois jours d'intervention et trois jours de post-intervention. Les comportements ont été évalués tout au long de l'étude par des observateurs qui ne savaient pas quel groupe ils observaient (entre le GE, ou placebo). Ces derniers ont été évalués durant les 9 jours, toutes les 20 minutes durant dix heures par jour avec l'outil *Modified Agitated Behavior Rating Scale (mABRS)*. Cette échelle mesure la fréquence et l'intensité des comportements. Les scores trouvés ont été mis en moyenne afin d'être comparés.

Les résultats ont montré une différence significative entre les trois groupes avec une *p-value* 0.033. Les chercheurs ont exposé dans leur article les résultats d'analyse de chaque comportement observé et ont pu déterminer qu'il y avait une différence significative sur les « manual manipulation (agitation) » avec une *p-value* 0.020 et les « vocalization (cris) » avec une *p-value* 0.030, lorsqu'ils ont comparé le GE et le GT. Les résultats sont intéressants sachant que l'agitation et les cris sont respectivement 44% et 24-28% des symptômes comportementaux de la démence et sont ceux qui contribuent à augmenter la détresse des résidents et des soignants en institution. Les résultats n'ont pas montré de changements significatifs dans les autres comportements observés (*searching/wandering, escape restraint, tapping/banging, pacing/walking*). Les auteurs ont conclu qu'il y a eu un changement évident des scores de comportements (fréquence et intensité) entre la période de pré et de post-intervention dans le groupe d'intervention comparé aux deux autres groupes. Cependant, l'étude n'a pas montré de différence significative en comparant le GP avec le GT et le GE. Les chercheurs expliquent ces résultats par une diminution des comportements induite par une présence augmentée de soignants. Cette présence aurait provoqué une distraction inhabituelle pour les résidents et favoriserait la diminution de leurs comportements.

Hawranik, P., Johnston, P. & Deatrich, J. (2008) ont conduit une étude expérimentale randomisée dont le but était de tester l'effet du toucher thérapeutique sur l'agitation chez des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'étude s'est déroulée au

Canada dans une institution pour personnes souffrant de cette maladie avec la participation de 51 sujets répartis aléatoirement dans trois groupes d'études (GE, GP et GT). Ces trois groupes ont été comparés : le soin toucher thérapeutique, le soin simulé du toucher thérapeutique (placebo) et les soins standards que recevaient ces patients tous les jours.

Les trois variables analysées étaient : l'agressivité physique, les comportements physiques non-agressifs et l'agitation verbale. L'échantillon de participants s'est basé sur six critères : le sujet devait être âgé de 65 ans ou plus, devait avoir un score de 23 ou moins au MMSE, avoir été diagnostiqué de la maladie d'Alzheimer, avoir été signalé comme ayant un comportement d'agitation dans le mois précédent ou du moins un antécédent, devait avoir résidé dans l'unité où s'est déroulée l'expérience depuis au moins deux mois et ne devait pas souffrir d'une maladie aiguë. Les mesures du taux d'agitation ont été faites soit par une praticienne en TT soit par un volontaire (pour le groupe placebo) et répertoriées dans un "journal standardisé" dans lequel ils notaient les différentes caractéristiques observées avant, durant et après le soin ainsi que toutes "perturbations" qui auraient pu atteindre le patient (comme par exemple une visite ou trop de bruit). Ces mesures ont été faites deux heures après chaque soin, 24h après le dernier soin et une semaine après le dernier soin. Ces mesures ont été faites selon le l'échelle CMAI qui contient 29 comportements d'agitation et ces derniers ont été classés en trois catégories, à savoir l'agressivité physique, les comportements physiques non-agressifs et l'agitation verbale.

L'intervention a été faite par différentes infirmières diplômées ayant reçu une formation avancée en toucher thérapeutique. Cette formation existait depuis déjà de nombreuses années dans cette ville au sein du *Therapeutic Touch and Healing Program* et a été dispensée par un instructeur qualifié, également infirmier diplômé. Les praticiennes ont administré le TT une fois par jour durant cinq jours. Chaque intervention a duré environ 30-40 minutes. Quant aux modalités de l'intervention, les praticiennes ont appliqué le TT selon cinq phases, sans toucher le patient. Afin que les autres patients ne soient pas "influencés" dans leur énergie par ceux qui recevaient le TT, le GE a reçu le soin après que les deux autres groupes aient reçu le leur, cela afin de ne pas avoir d'influence sur l'énergie des autres participants. En ce qui concerne les volontaires, qui étaient des infirmiers, étudiants ou bénévoles, les chercheurs ont délibérément choisi des personnes n'ayant pas de connaissance sur le toucher thérapeutique. Ils ont reçu une formation de trois heures sur une technique de simulation du TT.

Les résultats de cette étude montrent qu'il n'y a pas de différence significative dans les comportements d'agressivité physique avec une *p-value* 0.32 et d'agitation verbale

avec une *p-value* 0.37 entre les trois groupes. Cependant, dans la dernière catégorie de comportements (comportements physiques non agressifs), l'étude a démontré que l'effet du toucher thérapeutique a eu impact important dans la diminution des comportements physiques non-agressifs (*p-value* <0.05). Dans leur article, les chercheurs détaillent plus précisément les résultats de la catégorie des comportements physiques non-agressifs et ils ont démontré une baisse importante au cinquième jour de l'intervention dans les trois groupes (groupe TT, groupe placebo et groupe contrôle) mais le groupe du TT a montré une plus grande diminution que les autres groupes. L'une des explications des auteurs à ce sujet était que l'errance et la déambulation qui sont évalués dans la catégorie des comportements physique non-agressifs sont les deux comportements les plus fréquents mais également les plus visibles (observables) par les infirmières. Ils seraient donc plus facilement évaluables.

Pour les trois catégories de comportement, l'étude ne démontre pas de différence significative dans les groupes en post-intervention (de 24h après l'intervention à deux semaines après). Ce qui signifie qu'il n'y a pas d'effets résiduels du TT et qu'il serait donc judicieux d'implanter, sur une base régulière, le soin du toucher thérapeutique dans ce genre d'établissement.

L'étude de Woods, D-L., Beck, C. & Sinha, K. (2009) est une étude randomisée contrôlée qui avait pour but d'étudier l'effet du toucher thérapeutique (TT) sur les symptômes comportementaux de la démence (BSD, appelé dans notre travail SPCD) et le niveau basal de cortisol chez les résidents de trois établissements médico-sociaux (EMS) spécialisés pour les personnes souffrant de démence. L'échantillon était composé d'un total de 64 résidents. Les critères d'inclusion de l'échantillon (n=64) étaient d'avoir plus de 65 ans, vivre en EMS depuis plus de deux mois, être stable au niveau des traitements psychotropes depuis plus d'un mois, être capable de marcher et avoir un diagnostic de démence modéré ou sévère. Ils devaient avoir un score d'au moins 15 au test « Brief Agitation Rating Scale (BARS) ». Cette échelle, est un dérivé de l'échelle CMAI et comporte 10 items.

Afin d'apporter une preuve plus facilement objectivable sur la diminution des BSD, les chercheurs ont décidé d'étudier un facteur biologique : le taux de cortisol. Malgré l'effet et le mécanisme d'action du TT encore non déterminé, l'hypothèse de départ était que le TT agissait sur la modulation de la réponse au stress qui est, lui, reflété par le taux basal de cortisol.

Les participants ont été divisés en trois groupes au hasard : un groupe expérimental (GE) qui recevait le TT, un groupe qui recevait un placebo (GP) du TT et un groupe témoin (GT) qui recevait les soins habituels.

Les auteurs incluent dans les BSD : les cris, l'agitation, la sur-stimulation et tous autres comportements qui pourraient poser problème à l'individu, aux familles et aux soignants.

Les participants ont été observés avec l'outil d'évaluation *Brief Agitation Rating Scale* (BARS) lors des deux semaines précédant l'intervention, puis, durant la période d'intervention, ils ont été évalués avec l'échelle *Modified Agitated Behavior Rating Scale* (mABRS). Les comportements ont été répartis en six groupes et ont été observés chaque 20 minute durant dix heures par jour (*restlessness, vocalization, escape, seach, tapping, pacing*).

Le TT était administré deux fois par jour durant trois jours. La séance de TT a duré en moyenne cinq à sept minutes. L'étude, elle, a duré pendant quatre jours de « baseline **(B)** », trois jours de traitement n°1 (**T1**) suivi de trois jours post-traitement (**P1**) puis trois jours de traitement n°2 (**T2**) suivit de cinq jours post traitement (**P2**).

En ce qui concerne la modalité des traitements, le TT consistait à effectuer une série de mouvements sur les épaules, la nuque et autour des oreilles des résidents, puis à laisser une main sur le front et l'autre en contact avec la nuque. Le praticien devait être centré et diriger son attention sur le résident tout en mentalisant le soin. Pour le placebo, le volontaire devait effectuer les mêmes gestes toutefois, il ne se concentrait pas sur la personne et effectuait des gestes sans intention de soigner ni d'entrer en relation avec le résident ; il comptait dans sa tête de sept en sept en partant de 100. Il n'avait connaissance ni du but de l'étude ni de ce qu'était le toucher thérapeutique. Le test de *Salivary cortisol* analyse le taux de cortisol libre dans le plasma. La salive est récoltée 30 minutes après le réveil, six heures et 12 heures après. Enfin, le troisième groupe recevait les soins habituels par les soignants des institutions.

Les résultats principaux ont montré une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour l'agitation avec une *p-value 0.03*. Les autres comportements, eux, n'ont pas montré de changements significatifs. Les chercheurs ont donc détaillé plus précisément les chiffres trouvés pour l'agitation. Cette analyse montre une baisse de l'agitation significative surtout après le T2, cela peut suggérer un délai d'action ou un effet cumulatif. Ils pensent que le système somato-sensoriel des personnes souffrant de démence peut avoir été sensibilisé lors de la première phase de traitement et que cela a augmenté sa réponse lors de la deuxième phase.

Malgré une différence significative du taux de cortisol le matin dans tous les groupes avec une *p-value* < 0.0001 et la moyenne des comportements globalement inférieure dans le groupe expérimental comparée aux deux autres groupes, le test ANOVA n'a pas montré le lien entre le taux de cortisol et les comportements.

Chacune des études commentées précédemment est présentée aux pages suivantes sous forme d'un tableau récapitulatif qui complète les analyses.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif

Auteur/Titre	Type d'étude	Population cible Niveau EBN ⁶	But de l'étude	Intervention/méthode/instrument de mesure	Résultats principaux	Limite de l'étude
Wang, K.-L., & Hermann, C. (2006) Pilot Study to Test the Effectiveness of Healing Touch on Agitation in People With Dementia	Etude pilote de type expérimental	14 résidents hommes avec diagnostic de démence (à des stades de déclinaison physique et mental différents) vivant dans un DSCU (Dementia Special Care Unite) en Arizona Pays : Etats-Unis Niveau de preuve: 3	Évaluer l'effet du «Healing touch » sur l'agitation chez les résidents souffrants de démence.	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : 1x/jour durant max. 10 minutes durant 4 semaines. <u>Echantillon</u> : L'étude comporte 2 groupes d'étude : un groupe expérimental, recevant du TT et un groupe contrôle recevant les soins habituels. <u>Echelle</u> : Echelle de mesure des comportements The Cohen-Mansfield Agitation Inventory. (CMAI) <u>Test statistique utilisé</u> : <i>1-sided pair Student's t test.</i>	Une diminution de l'agitation a été significative pour le groupe d'intervention durant la période de traitement.	Teste seulement l'effet du HT sur la diminution de l'agitation sans prendre en compte d'autres composantes (présence de soignants), l'effet peut donc être confondu avec d'autres facteurs. Petit échantillon non randomisé et testé sur une courte période. Il est recruté dans un seul établissement et distribué dans les groupes non pas aléatoirement mais suivant les états cognitifs. Que deux groupes testés, sans un groupe placebo La récolte de données est faite une seule fois par semaine.
Lu, D-F., Hart, L-K., Lutgendorf, S-K., Oh, H. & Shilling, M. (2013). Slowing progression of early stages of AD with alternative therapies: a feasibility study	Etude de faisabilité de type expérimental	22 personnes ont été sélectionnées soit en institution spécialisée soit à domicile. Critères d'exclusion : moins de 65ans, maladie d'Alzheimer à un stade 5 ou plus, ATCD d'AVC, de démence à corps de Lewy ou maladie de Parkinson. Pays : Etats-Unis Niveau de preuve: 4	Identifier la faisabilité et l'efficacité du HT combiné au body talk cortices dans la progression de la maladie d'Alzheimer	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : 1x/semaine de HT et 1x/ jour de BTC durant 6 mois. <u>Echantillon</u> : Les participants sont répartis en 2 groupes : groupe intervention recevant une combinaison entre le HT et de BTC et un groupe contrôle. <u>Echelles</u> : les fonctions cognitives ont été évaluées par MoCa, le moral et l'état dépressif ont été évalués avec l'échelle POMS-BF. <u>Test statistique utilisé</u> : ANOVA	Les résultats montrent qu'il y a une amélioration significative (p 0,001) sur l'humeur et la dépression. La combinaison entre le BTC et le HT pourrait avoir un effet sur l'évolution des troubles cognitifs.	Petit échantillon rend les résultats difficiles à généraliser. Malgré la longue durée de l'étude, les chercheurs n'ont pas observé les comportements en post-intervention.

⁶ Niveau de preuve EBN selon Cochrane (1= élevé, 4= faible).

Auteur/Titre	Type d'étude	Population cible Niveau EBN	But de l'étude	Intervention/méthode/instrument de mesure	Résultats principaux	Limite de l'étude
Yu-Shen Lin, Ann Gill Taylor, (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population	Etude expérimentale de type observationnelle comparative	90 sujets ont été suivis, vivant à domicile (type IEPA) (55,8%) en institution médicalisée (23,2%), domicile (17,3%) et en ambulatoire (3,2%). Pays : Etats-Unis Niveau de preuve: 2	Démontrer l'efficacité du toucher thérapeutique sur les personnes âgées en réduisant les douleurs musculaires et l'anxiété.	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : 1x 20 minutes durant 3 jours. <u>Echantillon</u> : Dans cette étude, l'échantillon est séparé en 3 groupes : Le 1er groupe a reçu 20min de TT durant 3 jours. Le 2ème groupe reçoit 20min de placebo MT= « mimic touch » durant 3 jours. Le 3ème groupe reçoit des soins standards. Les 2 premiers points sont mesurés 1x avant et 1x après l'intervention chaque jour pendant 3 jours. <u>Echelle</u> : EVA pour la douleur et STAI-Y pour l'anxiété. <u>Test statistique utilisé</u> : test de Kruskal-Wallis, ANOVA	Il a été observé significativement dans le 1er groupe une baisse de la douleur (p: 0.001) mais surtout une baisse de l'anxiété (p: 0.01) mais pas du cortisol (p: 0.39) qui a montré peu de changement.	Cette étude possède un faible échantillon. De plus, la récolte des comportements seulement 2x en trois jours. La récolte du cortisol a été effectuée seulement 2 fois sur toute l'étude, cela limite donc la comparaison.
D.-L. Woods, R.- F. Craven & J. Whitney, (2005). The effet of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia	Etude randomisée contrôlée	57 participants ont été sélectionnés dans 3 unités de soins spécialisées souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère et qui présente des symptômes comportementaux. Pays : Etats-Unis Niveau de preuve: 2	Examiner l'effet du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux de la démence. L'hypothèse de départ est que le TT pourrait diminuer la fréquence et l'intensité ou les deux des comportements de la démence	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : 2x/ jour durant 5-7 minutes, durant 3 jours. <u>Echantillon</u> : 57 personnes distribuées en 3 groupes au hasard. 1 groupe expérimental recevant du TT, un groupe placebo recevant une mimique du TT et un groupe contrôle. Les comportements sont observés durant l'étude et enregistrés chaque 20 minute pendant dix heures par jour de huit heures à 18 heures par des équipes de chercheurs formé. <u>Echelles</u> : MMSE, mABRS, the Revised Memory and Behavior Checklist (RPMBC) : avec 24 items, cette échelle fournit une évaluation globale sur les symptômes comportementaux de la démence. Elle prend en compte aussi d'autres symptômes tels que l'anxiété, la dépression. <u>Test statistique utilisé</u> : Students t-test, Tukey HSD, omnibus	Le test ANOVA démontre une différence significative entre les 3 groupes avec un $p = 0.033$ Le personnel soignant a noté une diminution des symptômes comportementaux et une ambiance plus apaisée. En conclusion, l'utilisation du TT diminue surtout les « perturbations vocales » (p 0,030) et l'agitation (p 0,020) et donc diminuer la détresse des résidents, soignants et des proches.	Les limites selon les chercheurs : il y avait un grand nombre de personnel dans les établissements qui vont et viennent. De plus, il y a un petit échantillon et presque tous étaient d'origine caucasienne. Ils parlent aussi peu des stades de la maladie et excluent les extrêmes.

Auteur/Titre	Type d'étude	Population cible Niveau EBN	But de l'étude	Intervention/méthode/instrument de mesure	Résultats principaux	Limite de l'étude
P.Hawranik, P. Johnston & J. Deatrich, (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease	Etude randomisée et contrôlée	L'échantillon a été sélectionné dans une unité de soins spécialisé pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Pays : Canada Niveau de preuve: 2	Démontrer l'efficacité du toucher thérapeutique sur l'agitation chez des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : TT 1x/jour durant 5 jours, pendant 30-40 minutes. <u>Echantillon</u> : Il est séparé en 3 groupes : le groupe expérimental qui reçoit du TT une fois par jour, le groupe placebo qui reçoit une mimique du TT et un groupe contrôle. L'intervention consiste à rééquilibrer les énergies sans toucher le patient. <u>Echelle de mesure</u> : CMAI	Les résultats ne montrent pas de différence significative dans la diminution des comportements agressifs et d'agitation verbale. Les analyses statistiques montrent une diminution significative dans les comportements physiques non-agressifs. Par contre, la diminution des comportements observée dans le groupe expérimental s'observe aussi dans le groupe placebo	Dans cette étude, l'échantillon a été sélectionné dans un seul établissement. La comparaison des résultats du groupe expérimental et du groupe placebo interroge, cela pourrait expliquer qu'il y a eu des biais importants. Les chercheurs expliquent que dans leur étude, il y a probablement eu des biais dans l'observation des comportements
Diana Lynn Woods, Cordelia Beck, Karabi Sinha, (2009). The effet of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia	Etude randomisée contrôlée	La population étudiée est de 64 participants (entre 67-93 ans) résident dans 3 EMS et souffrant de démence. Pays : Etats-Unis. Niveau de preuve: 2	Étudier l'effet du TT sur les symptômes comportementaux de la démence et le niveau basal de cortisol parmi les résidents souffrant de démence en EMS L'hypothèse de départ est que le TT réduit la fréquence et l'intensité des BSD du groupe expérimental et donc le TT réduit le taux de cortisol et examiner en plus la durée de l'effet et ce qui renforce les effets du TT	<u>Intervention</u> : Durée de l'étude/ de l'intervention : TT 2x/jour durant 5-7 minutes. <u>Echantillon</u> : Il est divisé en 3 groupes en double aveugle, mis au hasard. 1 groupe expérimental qui reçoit le TT sur la nuque et épaules. 1 groupe placebo qui reçoit une mimique du traitement qui semble identique au vrai. 1 groupe contrôle qui reçoit les soins habituels. 4 jours d'observation (baseline) puis 3 jours de TT (T1), puis 3 jours post TT = observation (P1), puis 3 jours de TT (T2), puis 5 jours de post TT (P2). <u>Echelles</u> : mABRS, MMSE, (description à voir au tableau de l'article n°4), BARS, salivary Cortisol. <u>Test statistique utilisé</u> : Test du Cohen's Kappa, test omnibus, test ANOVA	Test ANOVA ne montre pas de différence significative entre les groupes sur le taux de cortisol et les comportements mais la moyenne des scores de comportement a baissé dans le groupe expérimental comparé au placebo ou groupe contrôle. L'effet est significatif sur l'agitation. C'est un résultat intéressant car l'agitation est environ 50% des BSD et la diminution de l'agitation diminue la détresse vécue par les patients et les soignants. Il y a une grande variable du taux de cortisol au réveil mais les chiffres sont peu significatifs	L'échantillon est petit, les chercheurs ont eu de la difficulté de recruter cette population avec tous les critères d'inclusion. Biais : l'agitation diminue du groupe expérimental, l'effet peu avoir un impact sur le groupe contrôle car ils vivent dans un même lieu restreint. La médication (anti déprimeur) a créé une variable du taux de cortisol.

En guise de conclusion de ce chapitre résultats, le tableau suivant fait ressortir les points essentiels de chaque intervention du toucher thérapeutique. Au vu de la diversité des modalités d'intervention dans chacune des études, ce tableau permet leur comparaison et facilite ainsi la compréhension du lecteur.

Tableau 3 : Tableau comparatif

Etudes	Population étudiée	Outcomes	Fréquence, modalité et durée de l'intervention	Durée de l'étude	Résultats	Ethique et consentement
Wangs. K. & al. (2006)	Diagnosics de démences à des stades de déclinaisons physique et mentale différentes, vivant en institution	Agitation (expression verbale, vocale ou moteur inappropriées)	10 minutes de HT 1x/jour	4 semaines	Diminution significative de l'agitation dans le GE. Ré-augmentation de l'agitation en fin d'intervention. Une baisse de l'agitation observée aussi dans le GT.	Consentement obtenu auprès de la famille et du médecin.
Lu, D-F., & al. (2013)	Personnes atteintes d'Alzheimer, débutant < stage 4 vivant à domicile ou en institution.	Troubles cognitifs, de l'humeur et la dépression	1x/semaine de HT et 1x/jour de BTC Durée du HT : non précisé et durée du BTC : moins d'une minute	6 mois	Amélioration de l'humeur et du taux de dépression dans le GE. Possibilité d'amélioration/stabilisation des troubles cognitifs.	Consentement demandé à l'oral.
Lin, Y-S & al. (1999)	Résidents âgés de 65 ans ou plus, souffrant de douleurs musculaires, ayant toutes leurs facultés cognitives, vivant en EMS, à domicile, en foyer de jour.	Douleur et d'anxiété en lien avec le taux de cortisol salivaire.	20 minutes de TT 1x/jour	3 jours	Baisse significative de la douleur et de l'anxiété dans le GE. Il y a une corrélation importante entre le taux de cortisol et la baisse de la douleur/anxiété mais les analyses statistiques ne sont pas significatives.	Consentement administratif de chaque institution où ils ont fait signer un consentement écrit à chaque patient.
Woods, D-L., & al. (2005)	Personnes atteintes d'Alzheimer modéré avec MMSE <20, vivant en institutions.	Symptômes comportementaux	5-7 minutes de TT 2x/jour	3 jours	Baisse significatives de l'agitation physique et des cris. Pas de résultats significatifs pour les autres comportements.	Consentement obtenu auprès des familles.
Hawranik, P., & al. (2008)	Diagnostic de maladie d'Alzheimer avec un MMS à < 23, vivant en institution.	Agitation séparé en trois groupes : agressivité physique, activité physique non agressive, agitation verbale.	30-40 minutes de TT 1x/jour	5 jours	Baisse significatives des comportements physique non-agressifs. Pas de résultats significatifs pour les comportements agressifs et l'agitation verbale.	Consentement écrit par le tuteur, amis ou famille (légal). Consentement verbal avant chaque intervention.
Woods, D-L., & al. (2009)	Diagnostic de démence (modéré à sévère) MMSE < 25, vivant en institution.	Symptômes comportementaux. En lien avec le taux de cortisol.	5-7 minutes. De TT 2x/jour	18 jours	Baisse significative de l'agitation physique. Les résultats ne sont pas significatifs pour les autres comportements. Malgré une différence du taux de cortisol en post-intervention, les analyses statistiques ne sont pas significatives.	Consentement demandé aux familles.

7. DISCUSSION

Ce chapitre a pour but de discuter les différents résultats des articles étudiés précédemment. Les modalités d'administration de la thérapie énergétique étant différentes dans presque chaque article, il nous a semblé nécessaire de comparer également la durée du soin, sa temporalité ainsi que la formation des praticiens en faisant des liens avec les résultats trouvés dans chaque recherche. Un tableau à double entrée a été effectué pour avoir une vision globale des thèmes traités dans chaque étude. Celui-ci constitue la trame utilisée pour construire la discussion. Ce chapitre est argumenté en s'appuyant sur la vision unitaire de la théorie de Jean Watson.

Tableau 4 : Tableau à double entrée

			Wang & al. (2006)	Lu & al. (2013)	Lin & al. (1998)	Woods & al. (2005)	Hawranik & al. (2008)	Woods & al. (2009)
Intervention	Thérapie administrée	Therapeutic touch			✓	✓	✓	✓
		Healing touch	✓	✓				
		Body talk cortices		✓				
	Modalité	Avec du contact physique de tout le corps (bras, jambes, tronc)			✓			
		Avec contact physique de la nuque et des épaules	✓			✓		✓
		Sans contact physique	✓	✓			✓	
	Durée/ temporalité :	L'intervention dure sur du court terme (entre 3 et 5 de jours)			✓	✓	✓	
		Etude durant sur du moyen terme (entre 2 et 4 semaines)	✓					✓
		Etude durant sur du long terme (plusieurs mois)		✓				
	Population cible :	Pas de troubles cognitifs			✓			
		Diagnostic de démence/Alzheimer stade précoce	✓	✓		✓	✓	✓
		Diagnostic de démence/Alzheimer stade modéré	✓			✓	✓	✓
		Diagnostic de démence/Alzheimer stade avancé	✓					
	Praticiens	Praticiens possédant une formation reconnue	✓	✓		✓	✓	
		Non formé						
		Pas de précision concernant la formation des praticiens			✓			✓
	Lieu de l'intervention :	Institutions spécialisées/EMS	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Domicile		✓	✓			
Foyer de jour				✓				
Outcomes	Comportements observés	Agitation	✓			✓	✓	✓
		Cris	✓			✓	✓	✓
		Déambulation	✓			✓	✓	✓
		Auto/hétéro agressivité	✓			✓	✓	✓
		Dépression		✓	✓			
		Fonctions cognitives		✓				
		Douleur			✓			
		Anxiété			✓			
		Humeur		✓				
	Echelles utilisées	CMAI	✓				✓	
		BARS/mBARS				✓		✓
		POMS-BF (moral dépression)		✓				
		STAI (anxiété)			✓			
		MoCa (fonctions cognitives)		✓				
	Facteur biologique	Utilisation du taux de cortisol			✓		✓	
Ethique	Consentement oral au patient			✓			✓	
	Consentement écrit au responsable légal		✓		✓	✓	✓	✓

7.1.Modalité de l'intervention

L'analyse de chaque article nous a permis de mettre en lumière les différences de chaque étude concernant la modalité de l'intervention. En effet, chacune des recherches évalue les effets du soin énergétique, cependant, certaines parlent de toucher thérapeutique tandis que d'autres se réfèrent au *healing touch*. Il nous a donc semblé pertinent de comparer la manière dont le soin est administré puisqu'il diffère d'une étude à l'autre.

Toutes les études analysées ont décrit avec précision leur modalité d'administration. Dans l'étude de Wang et al. (2006) par exemple, l'intervention du *healing touch* consistait dans un premier temps à influencer le système énergétique sans toucher le patient, puis dans un second temps, le praticien maintenait la tête du patient entre ses mains. Dans celle de Lin. et al (1998), la praticien utilisait le TT avec ses mains et sa concentration mentale afin d'évaluer, d'harmoniser et d'équilibrer l'énergie des patients. La procédure complète a été mise en pratique pour chaque soin afin que l'intervention soit la même pour chaque participant. Dans l'étude de Woods et al. (2005), le praticien devait commencer par se centrer sur lui-même et mentaliser le soin en dirigeant son attention sur le résident, puis poser ses mains sur les épaules du participant en effectuant des mouvements calmes. Dans un second temps, il laissait une main sur le front et une derrière la nuque pour rééquilibrer les énergies. La même modalité d'intervention a été retenue dans l'étude faite de Woods et al. en 2009.

Quant aux auteurs d'Hawranik et al. (2008), les praticiens appliquaient le TT en cinq phases sans toucher le patient. Les auteurs ne donnent pas plus de détails concernant l'intervention du TT.

Enfin, dans l'étude Lu. et al (2013) qui combinait le *healing touch* et le body talk cortices, le praticien plaçait ses mains sur les points énergétiques du front, de la nuque et du visage pour le soin du HT, tandis que pour le BTC, il faisait de petits tapotements avec ses doigts au niveau des deux hémisphères cérébraux et du sternum.

7.1.1. Temporalité

La fréquence de l'intervention a été mesurée sur une durée d'étude de quelques jours en moyenne ou quelques semaines, mise à part l'étude de Lu et al. (2013) qui elle, a mené l'intervention sur six mois.

Ainsi, dans l'étude de Wang et al (2006) qui a démontré un effet du HT sur l'agitation, l'intervention a duré quatre semaines et les résultats ont montré une

baisse significative de l'agitation entre la première et la deuxième semaine d'intervention. L'évaluation de l'agitation a ensuite remonté en flèche dès l'arrêt du HT. Le protocole d'intervention proposé est intéressant car il dure sur huit semaines avec un temps d'évaluation pré-traitement et un temps d'évaluation post-traitement. En comparaison, l'étude menée par Woods et al. (2009) a séparé son intervention par des pauses de trois jours (quatre jours de « baseline », trois jours de traitement n°1 (**T1**) suivi de trois jours post-traitement (**P1**) puis trois jours de traitement n°2 (**T2**) suivi de cinq jours post traitement (**P2**)). Les résultats ont montré une chute du taux d'agitation lors du T2. Par contre, il n'y a pas eu d'évaluation de l'agitation après l'arrêt du TT.

Ces deux études ont utilisé un protocole différent, cependant, toutes deux ont montré une forte baisse de l'agitation les jours suivants l'intervention du TT. Cela pourrait laisser supposer que le TT n'agit pas le jour-même mais plutôt entre le troisième et le cinquième jour qui suit le début du soin.

Cependant, des résultats différents ont été observés dans l'étude de Wang et al. (2006) et celle d'Hawranik et al. (2008). En effet, les auteurs ont, eux, observé une ré-augmentation du taux d'agitation en post-intervention, dès les 24 heures qui ont suivi le traitement. Les mesures faites en post-intervention dans ces deux études signifieraient que l'efficacité de la thérapie ne perdure pas après l'arrêt du traitement lors d'intervention de courte durée.

Dès lors, il serait pertinent de voir l'effet du TT sur plusieurs mois comme cela a été le cas dans l'étude de Lu et al. (2013). Cette recherche leur a permis d'étudier l'effet des soins énergétiques sur du long terme. Ainsi, cela permettrait d'observer l'efficacité de la thérapie énergétique sur une période plus longue (de plusieurs mois consécutifs) et de voir combien de temps l'effet perdure. Les auteurs Lu et al. (2013) ont par conséquent observé une diminution importante du taux d'anxiété après trois mois qui a continué à diminuer à l'évaluation de 6 mois. Néanmoins, les chercheurs n'avaient pas effectué d'évaluation lors de l'arrêt de la thérapie. Cela ne nous indique donc pas si avec une administration d'une durée plus longue, l'effet du TT perdure dans le temps.

En outre, avoir des données sur une longue période permettrait également de pouvoir mieux observer l'évolution des symptômes psycho-comportementaux car ces derniers se révèlent souvent difficiles à évaluer pour les observateurs. Dans l'étude d'Hawranik et al. (2008) il est d'ailleurs mis en évidence que certains symptômes tels que la déambulation sont plus facilement observables car plus « visibles » contrairement à d'autres. C'est aussi pour cela qu'une durée plus longue

de l'intervention permettrait d'affiner les observations des comportements et d'en avoir une analyse plus précise.

La durée du soin, elle aussi, est assez variable selon les études. Elle dure entre cinq et sept minutes pour les deux études de Woods et al. (2005 et 2009) et jusqu'à 30 à 40 minutes dans l'étude d'Hawranik et al (2008). Dans les trois études, les résultats montrent une diminution de l'agitation et des comportements physiques non-agressifs. Nous pourrions donc penser qu'une intervention de courte durée (cinq à sept minutes) suffirait pour obtenir une efficacité du TT. De plus, sur les six études présentées dans ce travail, trois études ont administré le TT ou le HT une fois par jour et deux d'entre elles l'ont administré deux fois par jour. Les conclusions des auteurs ont été semblables et soulignent que les comportements d'agitation (non agressifs) et l'anxiété ont été diminués. Cela pourrait également nous indiquer que l'administration de la thérapie une fois par jour pourrait être suffisante pour avoir un effet.

7.1.2. Formation des soignants

La formation des praticiens en TT ou en HT divergent dans les différentes études analysées. En effet, dans la majorité des études, il est mentionné que ce sont des praticiens diplômés en soins énergétiques qui prodiguent les soins. Cependant, il n'est pas toujours spécifié que ce sont des infirmières qui sont les praticiennes, parfois il s'agit de thérapeutes comme par exemple dans l'étude de Wang et al. (2006) et celle de Woods et al. (2009) ou encore de volontaires qui ont reçu un workshop spécialement pour la recherche comme c'est le cas dans l'étude de Lu et al. (2013).

Il serait donc intéressant de voir l'influence d'un tel facteur sur la qualité de l'intervention en elle-même puisque certains auteurs ont choisi des praticiens qui avaient plusieurs années d'expérience alors que d'autres ont choisis de former directement des bénévoles. Dolorès Krieger (Therapeutic Touch International Association, 2017b) explique que sa formation est ouverte à tous, pas uniquement aux infirmières qui souhaitent se spécialiser mais également aux proches-aidants qui aimeraient apporter du bien être à leur proches. En effet, elle souligne que le toucher thérapeutique va apporter du bien-être au malade mais va également aider le proche-aidant en lui apportant une approche différente et peut être en l'associant au soin du malade.

En référence au modèle du « Human Caring » de Jean Watson, la thérapie du toucher thérapeutique est un moment de rééquilibrage d'énergie, un *moment de caring* et de partage avec un rapport d'humain à humain authentique. C'est par conséquent, l'attitude et le comportement du soignant qui prime dans ce soin. Il est important de souligner l'importance de l'intention que le soignant mettra en œuvre afin d'entrer dans un processus de guérison et dans la construction d'une relation basée sur la confiance et le partage. Jean Watson, à travers ses processus de caritas, met en évidence l'importance du savoir-être du soignant. Pour elle, c'est la qualité de l'intention de soigner et d'échanger avec le patient qui prime, puisque c'est là que réside le "travail" de l'infirmière : à travers la création de la relation transpersonnelle de l'infirmière avec le patient, la guérison ne sera que plus favorable. Dans le toucher thérapeutique, c'est donc au praticien de se concentrer et d'être parfaitement en accord avec qui il est (ses valeurs, croyances, etc.) et de mentaliser le soin afin de diriger toute son intention de guérison et de bien-être vers le malade par le biais de l'énergie.

7.1.3. Population cible

Nous avons également pu observer au cours de notre analyse que chaque étude possède un échantillon de population avec un stade de démence différent. En effet, l'étude de Lu et al. (2013) a utilisé un échantillon de population souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade débutant. L'étude de Woods et al. (2005) un échantillon avec une population souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré (MMSE <20) ou encore l'étude de Wang et al. (2006) qui utilisait un échantillon avec des stades de démence différents. A travers les six études analysées dans ce travail, nous avons pu constater que chaque stade de la démence ou de la maladie d'Alzheimer a été étudié et que les résultats montrent à chaque fois un effet sur l'agitation ou les autres symptômes. L'étude qui suit en est un exemple intéressant.

En effet, les auteurs Lin et al (1998) ont étudié l'effet du toucher thérapeutique sur la douleur et l'anxiété des résidents, cette fois-là, ne souffrant pas de troubles cognitifs. L'auto-évaluation du taux d'anxiété faite avec l'échelle STAI-Y, même si cela reste des données subjectives, est solide dans cette étude car les sujets en question possédaient toutes leurs facultés cognitives. Les résultats ont donc démontré que le toucher thérapeutique diminuait significativement le taux d'anxiété dans cette population. Ces résultats sont intéressants car ils montrent un effet positif du TT chez les personnes ne souffrant pas de démence. Cette thérapie pourrait également être destinée à d'autre type de population.

7.1.4. Lieu de l'intervention

Les auteurs Lin & al (1998) ainsi que Lu & al (2013) ont mené leur étude avec un échantillon venant de plusieurs lieux différents (domicile, unité d'accueil de jour), contrairement à l'étude de Hawranik et al. (2008), par exemple, qui avait sélectionné leur échantillon dans une seule unité de soin et dont les résultats peuvent interroger. En effet, ces derniers ont démontré une diminution des comportements physiques non agressifs dans le groupe d'intervention du TT avec une courbe quasiment similaire de diminution de ces comportements observée chez le groupe recevant le placebo. Les auteurs expliquent ces chiffres de la manière suivante : les personnes vivaient au sein du même lieu de vie, la diminution de la « tension globale » et de l'atmosphère de l'institution a pu avoir un effet d'apaisement tant bien même sur les résidents ne recevant pas de TT. De plus, la simple présence humaine lors des soins, même sans thérapie de TT (placebo), pourrait avoir un effet positif sur l'agitation et l'anxiété de ces résidents. Avoir un échantillon provenant de différents lieux de soins apporterait encore un niveau de preuve supplémentaire et permettrait de diminuer les biais retrouvés dans cette dernière étude citée.

7.2. Outcomes

Afin d'étudier l'efficacité du toucher thérapeutique sur les symptômes psycho-comportementaux, il est nécessaire, dans un premier temps de définir quels sont ces symptômes et de les décrire de la même manière.

Les études de Woods et al. (2005 et 2009) ont étudié l'effet du TT sur les symptômes comportementaux de la démence (BSD). Ils incluent dans les BSD, les perturbations vocales, l'agitation, l'errance, la sur-stimulation ainsi que d'autres comportements perturbant la personne. L'étude de Wang et al. (2006) a étudié l'effet du *healing touch* sur l'agitation. Ils définissent l'agitation telle que l'expression verbale augmentée, des cris et une activité motrice inappropriée ainsi que l'auto et l'hétéro-agressivité, les avances sexuelles et les questions ou phrases répétitives. En comparaison, les chercheurs Hawranik, et al. (2008) ont mené une étude afin d'évaluer l'effet du TT sur l'agitation. Ils ont décidé de diviser l'agitation en trois groupes : l'agitation verbale, l'agressivité physique et l'activité physique non agressive. Nous avons donc remarqué que chaque auteur expose une définition différente des comportements retrouvés dans la démence et que le terme « d'agitation » est souvent utilisé pour définir tous les SPCD (BSD selon Woods. et al.). Afin de nous aider à interpréter les résultats pour chaque comportement, nous avons décidé de nous baser sur la définition de l'agitation de la revue de littérature

menée par Watson et al. en 2012 qui regroupe tous les SPCD sous le terme d'agitation. Tout comme Hawranik et al. (2008), ces auteurs classent les comportements d'agitations en trois groupes : agitation physique agressive (violence envers soi et autrui), agitation physique non agressive (déambulation, tentative de fugue) et agitation verbale (bruit, cris, questions répétitives). L'échelle CMAI les classe également de la même manière.

Maintenant que nous avons fait le lien entre les différentes définitions et choisi une définition standardisée, il est intéressant de détailler l'effet de la thérapie pour chaque comportement. Les deux études de Woods et al. ont étudié l'efficacité du TT sur le BSD à l'aide des échelles BARS et mBARS. Ils ont donc étudié séparément chaque comportement (*restlessness, vocalization, escape, seach, tapping, pacing*). Leur étude de 2005 a démontré un effet sur les cris (*vocalization*) et sur l'agitation motrice (*restlessness*). Par contre, elle n'a pas montré d'effet significatif sur les autres comportements. Leur étude de 2009 démontre un effet uniquement sur l'agitation motrice et, tout comme leur étude de 2005, pas d'effet sur les autres comportements. Les auteurs d'Hawarnik et al. (2008) démontrent eux, un effet du TT sur les comportements physiques non-agressifs mais pas d'efficacité sur les comportements agressifs et l'agitation verbale.

L'étude de Wang & al (2006) est moins précise concernant les comportements, malgré le fait qu'ils avaient utilisé l'échelle d'évaluation CMAI. Ils donnent des résultats sur la diminution de l'agitation globale.

Au niveau des outils d'évaluation des comportements, sur les six articles retenus, deux d'entre eux ont utilisé l'échelle CMAI (Wang et al. et Hawranik et al.) et deux autres (Woods et al. 2005 et 2009) l'échelle BARS, qui est un dérivé du CMAI. Cela nous permet de savoir que les comportements ont été observés avec un outil de base similaire et nous donne donc une meilleure garantie d'homogénéité lors des comparaisons entre les études.

L'efficacité du TT sur chaque comportement reste encore floue mais ces résultats nous indiquent un potentiel effet sur l'agitation en général mais surtout sur les comportements d'agitation motrice sans agressivité tels que la déambulation, les gestes répétés, etc. L'efficacité pourrait aussi avoir un impact sur l'agitation verbale.

Dans notre revue de la littérature, d'autres symptômes ont été étudiés et mis en lien avec la thérapie énergétique comme par exemple, la douleur, l'humeur, les fonctions cognitives et l'anxiété. Cette dernière est une composante de l'agitation non négligeable. En effet, l'anxiété est une réelle problématique de santé, en particulier chez des personnes âgées qui souffrent de démence. L'étude de Lin et

al. (1998) a démontré que le TT avait baissé significativement le taux d'anxiété chez les résidents.

Une anxiété peut aggraver voire même être à l'origine de cette agitation. Cela est intéressant car au lieu de gérer un symptôme (agitation), le TT pourrait aussi avoir un effet sur une éventuelle cause (anxiété).

Les autres symptômes abordés dans les études sont aussi intéressants à détailler et ont pour la plupart un impact sur la qualité de vie des patients. Malgré certaines limites méthodologiques comme la taille de l'échantillon ou encore le devis d'étude, les résultats des études concernant la douleur, la cognition et l'humeur ont montré que le TT a un effet sur leur diminution. Cela ouvre donc un champ application plus large à la thérapie énergétique.

Dans les articles présentés dans ce travail, les chercheurs se sont peu intéressés à l'impact qualitatif que la diminution des comportements problématique qu'auraient pu avoir sur les résidents, familles et équipes soignantes. L'étude de Wang et al. (2006) expose à la fin de l'article de courts commentaires qualitatifs. Il est dit que certains résidents avaient exprimé un contentement d'avoir reçu cette thérapie, un résident avait utilisé le terme de bénédiction, certains ont remercié chaleureusement le praticien. Concernant les équipes soignantes, dans l'étude de Woods et al. (2005), il est écrit que les soignants des unités de soin ont observé une diminution des comportements problématiques de type déambulation ou agitation ainsi qu'une ambiance générale plus apaisée. Par contre, ces données sont subjectives et non évaluées par un outil. Les observateurs (des comportements) lors de toutes ces études, ont été des membres du groupe de recherche. L'observation des soignants des équipes, qui connaissent bien les résidents, n'ont pas été évaluées.

Sur les six études sélectionnées pour le travail, deux d'entre elles ont utilisées un indicateur biologique. Les chercheurs ont récolté le cortisol salivaire, afin de comparer les fluctuations du taux de cortisol et les résultats des évaluations des comportements. Le cortisol, appelé aussi hormone de stress, est un marqueur biologique facile à prélever dans la salive.

Les chercheurs Woods et al. (2009) ont ajouté à leur évaluation des outcomes une analyse du taux de cortisol dans la salive des participants. Ils l'ont récoltée au réveil, 30 min, six heures après et 12 heures après, chaque période de l'étude (baseline, T1, P1, T2, P2). C'est un système de mesure intéressant étant donné que la récolte se fait à différents moments de la journée et donne une plus grande comparaison pour analyser les résultats. Malgré une baisse du taux de cortisol le matin dans le

groupe d'intervention au T1 et au P2, les tests statistiques n'ont pas permis d'objectiver un lien entre le taux de cortisol et la diminution des comportements problématiques.

L'étude de Lin et al. (1998) avait elle aussi déjà testé le taux de cortisol salivaire en lien avec l'anxiété des personnes âgées. La récolte a été effectuée en pré-intervention cinq à dix minutes avant le début de la première séance de TT et le troisième et dernier jour d'intervention, dix et quinze minutes après la fin de la séance. Malgré un taux déjà bas en pré-intervention, les résultats ont montré une petite baisse du taux de cortisol en post-intervention. Néanmoins, les résultats n'ont pas montré de différence entre les trois groupes étudiés. Le coefficient de corrélation entre l'anxiété et le cortisol étant de $r .70$, cela indique une corrélation modérée à forte entre les deux variables. Les chercheurs concluent que, malgré des résultats qui ne permettent pas dire que le TT diminue significativement le taux de cortisol, ce facteur biologique est un bon indicateur physiologique pour mesurer l'anxiété. Durant cette recherche, les récoltes ont été faites uniquement deux fois sur un intervalle de trois jours. Cela limite l'analyse de la fluctuation du taux de cortisol car la comparaison est peu explicite en utilisant uniquement deux mesures. Les résultats des deux études utilisant l'analyse du taux de cortisol sont encore peu concluants, malgré une baisse observée de cette hormone de stress chez les participants aux études. La durée des études étant relativement courte, les résultats obtenus restent difficiles à analyser et à mettre en lien avec la baisse des comportements problématiques de la démence.

7.3. Ethique

Dans la majorité des études présentées dans ce travail, la question de l'éthique est très peu abordée. Dans l'étude de Woods et al. (2009), par exemple, le consentement y est brièvement mentionné, en disant qu'il a été demandé un accord préalable pour le traitement au responsable légal du malade. Dans l'étude d'Hawranik et al. (2008), les chercheurs ont eu obtenu un consentement écrit de la part du responsable légal du malade, puis, juste avant de débiter la thérapie, les praticiens ont demandé un consentement oral au malade.

La problématique du consentement aux soins dans les institutions accueillant des personnes souffrant de troubles cognitifs pose de nombreuses questions éthiques. Ces questions sont d'autant plus importantes lorsqu'il s'agit de personnes n'ayant

parfois plus leur capacité de discernement. Comme le souligne l'article de Thorez, D., Noël, J.L., de Montgolfier, S. & Le Dastumer B. (2009) : "les maladies cognitives génèrent des troubles du jugement et de la compréhension, qui altèrent les capacités de décision de nos patients" (p. 131). Ces auteurs présentent une discussion éthique autour du consentement des personnes n'ayant plus leur capacité de discernement et expliquent quelles sont les recommandations de bonnes pratiques. Ils expliquent également que la recherche du consentement chez un patient souffrant de démence « doit répondre aux mêmes exigences que pour tout autre malade » (p. 131), et que notre devoir est de « délivrer une information loyale, claire et appropriée » (p. 131). Selon eux, il est nécessaire de peser les risques et les bénéfices, « en sachant que le bénéfice escompté n'est pas centré sur un organe à traiter mais sur une prise en soin globale du patient visant en toutes situations au respect de sa personne et à son confort » (Thorez et al., 2009, p. 138).

Les personnes souffrant de démence et qui n'ont plus de capacité de discernement sont une population vulnérable et il est donc nécessaire de se questionner sur les bénéfices ainsi que les risques du toucher thérapeutique sur des patients ne possédant plus leur capacité de discernement.

Alors comment fait-on si les malades sont dans l'incapacité de verbaliser leur accord au soin ou leur refus ? Une piste que nous donne les auteurs de l'article de Thorez et al. (2009) est que souvent, le mode d'expression des personnes souffrant de démence va peu à peu passer d'une expression verbale à une expression non verbale. La communication non verbale devient donc un moyen important de communication. Comme décrit précédemment, le moment de soin du toucher thérapeutique est un moment d'écoute et d'attention de l'autre. Si le praticien est attentif aux signes que peut donner son patient, il va peut-être pouvoir repérer des manifestations de contentement ou alors de refus.

En conclusion, il est primordial de se questionner sur la place à donner au choix du patient concernant ses soins, d'autant plus qu'il s'agit d'une population vulnérable. Le sens de nos soins doit « être issu d'une réflexion éthique » (Thorez et al., 2009, p. 143) et l'unique but de nos actions est « de pouvoir garantir au mieux le respect de la personne que l'on soigne » (Thorez et al., 2009, p. 146)

8. CONCLUSION

En conclusion, les changements cognitifs, l'évolution des comportements et les symptômes psychiatriques ont des conséquences importantes tant sur la clinique et la pratique infirmière, que sur la détresse du patient, des familles et des équipes soignantes (Lu et al., 2013).

Les symptômes psycho-comportementaux représentent un véritable défi pour les institutions spécialisées et la prise en soin infirmière.

Dans ce sens, les thérapies alternatives sont une approche intéressante pour les soins infirmiers. A travers ce travail, nous avons pu étudier les effets que pouvait avoir le toucher thérapeutique sur les personnes souffrant de troubles du comportement lié à la maladie démentielle. Les analyses détaillées des six études nous ont permis de conclure que le toucher thérapeutique (tout comme le *Healing touch*) a un effet significatif sur les comportements d'agitation et plus précisément sur l'agitation physique non-agressive. De plus, nous avons pu observer que cette thérapie est susceptible d'être efficace pour d'autres problématiques comme l'anxiété, la douleur ou l'évolution cognitive. L'utilisation du toucher thérapeutique peut donc être une réelle solution dans la gestion des symptômes psycho-comportementaux ainsi que sur d'autres symptômes plus élargis. Cela pourrait permettre aux infirmières de développer leur rôle autonome en gérant certains comportements qui sont problématiques et en apportant des outils pour développer leurs compétences professionnelles et relationnelles.

Par le biais de ce soin, le toucher thérapeutique permettrait aussi à l'infirmière d'améliorer sa prise en soins empreinte de *caring*. En effet, le toucher thérapeutique développe une nouvelle communication à travers une approche énergétique. La dimension énergétique de ce soin permet à l'infirmière, tout comme le souligne le dixième Processus Caritas de Watson, de s'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.

8.1. Ressources et limites de la revue de littérature

Le toucher thérapeutique est un soin encore très peu connu et reconnu, il est parfois considéré comme quelque chose d'abstrait. Le mécanisme d'action du TT n'est pas tout à fait déterminé et parfois son explication reste vague. Le travail des énergies, scientifiquement difficilement évaluable, reste ardu à étudier et cela rend les recherches compliquées, avec des résultats parfois peu probants accompagnés de biais non négligeables. C'est pour cela que le sujet étudié est encore très peu documenté, ce qui nous a donc obligé à utiliser des études plus anciennes (1998)

ainsi que deux études du même auteur. Ces études ont pourtant été de bonnes ressources car elles ont permis de comparer l'évolution des études et des connaissances sur le sujet

Les études choisies pour ce travail proviennent toutes du continent américain (Etats-Unis et Canada). Ces pays sont industrialisés et ont accès à un système de soins développé comme la Suisse mais il y a probablement une différence dans la manière d'appréhender la thérapie énergétique, avec des croyances qui diffèrent entre les deux continents.

Quatre des articles étudiés sont des études randomisées contrôlées, avec donc un niveau de preuve élevé. Cela apporte une légitimité aux résultats exposés dans ce travail. Néanmoins, ces études ont des échantillons de petite taille, ce qui est une information importante lors d'analyse des résultats.

De plus, ce travail ne présente qu'uniquement des études quantitatives. Cela a permis d'apporter au travail de solides données chiffrées. Malgré tout, le sujet mériterait de traiter d'études qualitatives. Il est difficile d'évaluer l'effet du soin de manière qualitative puisqu'il s'agit d'une sensation subjective propre à chacun. Cependant, il serait intéressant de créer des outils d'évaluation, tant pour l'infirmière que pour les résidents, et leurs proches. Cela permettrait d'évaluer leurs ressentis d'un changement tel qu'une modification d'ambiance générale de l'environnement institutionnel.

Cela permettrait d'apporter une autre dimension à la thématique et de compléter les données probantes sur le toucher thérapeutique.

8.2. Recommandations

8.2.1. Pour la recherche

Il serait intéressant d'approfondir les recherches sur ce sujet avec des études à plus grande échelle et donc avec des échantillons plus grands afin de limiter les biais. De plus, une étude conduite sur une période plus longue permettrait d'élargir les possibilités des effets du TT car les études présentées dans ce travail possèdent pour la majorité une durée d'intervention courte. Le temps d'observation des comportements est donc plutôt limité.

Dès lors, l'efficacité du TT prouvée dans la gestion des SCPD chez les personnes présentant des troubles cognitifs, il serait intéressant de comparer des groupes de sujets présentant des démences à des stades différents (pas de troubles cognitifs, démence débutante, modérée et avancées) afin d'évaluer sur quel stade de la

maladie le toucher thérapeutique est le plus efficace. De plus, il serait pertinent d'avoir des critères d'inclusions plus précis avec un diagnostic du type de démence (Alzheimer, à corps de Lewy ou vasculaire par exemple).

Par ailleurs, il serait approprié d'étudier de manière plus approfondie le protocole d'administration du TT: durée de l'intervention, fréquence, protocole d'administration, afin de déterminer la manière optimale dans l'utilisation du toucher thérapeutique et donc de pouvoir proposer un protocole standardisé.

En complémentarité, malgré des résultats peu concluants dans l'utilisation du cortisol, il serait pertinent de continuer les recherches en adaptant, par exemple, le protocole de récolte (heure, nombre collectes de données). Continuer à explorer ce marqueur permettrait d'appuyer les résultats des études par un facteur biologiquement mesurable et renforcerait les preuves de l'efficacité du toucher thérapeutique.

8.2.2. Pour l'enseignement

Implanter progressivement dans l'enseignement infirmier les thérapies alternatives représente une perspective intéressante. En complémentarité de la médecine allopathique, ces thérapies ouvrent de nouvelles perspectives de soins. De plus, elles apportent une réelle plus-value dans la relation soignant-soigné en créant une relation de partage et de confiance entre ceux-ci.

Il est certain que le toucher thérapeutique est un soin encore méconnu en Suisse mais de telles études permettent peu à peu de lui faire une place dans le milieu de la recherche et l'efficacité qui en est démontrée justifie l'intérêt qu'on peut lui porter. Il serait intéressant de commencer à sensibiliser les futurs professionnels de la santé à ce type de soins et d'en promouvoir les formations continues au sein des institutions.

8.2.3. Pour la pratique

Dans la pratique, les SPCD, comme exposé au début de ce travail, sont une réelle problématique de terrain et nécessitent une réflexion de prise en soin infirmière.

Les thérapies alternatives sont une perspective particulièrement intéressante chez cette population et il serait recommandable de sensibiliser, voir même de former les professionnels de terrain à ces approches.

Il serait intéressant d'observer si la thérapie alternative qu'est le toucher thérapeutique permet de diminuer les dosages des médicaments psychotropes et anxiolytiques. Nous savons que ces médicaments provoquent souvent de lourds

effets secondaires et que si cette thérapie permet de les diminuer, c'est un aspect non négligeable.

De plus, cette thérapie ne demandant pas de matériels ou d'espaces spécifiques, cela est un atout au niveau économique pour les institutions.

Par ailleurs, administrer une thérapie comme celle-ci à des personnes n'ayant plus leur capacité de discernement et leur capacité de refuser le soin d'une manière libre et éclairée, pose question. Il est primordial pour les équipes de soin de réfléchir à la manière de récupérer un consentement (légal et de la personne) afin de ne surtout pas négliger la question éthique que soulève la prise en soin de ces personnes.

Continuer la recherche sur le sujet permettrait donc une pratique infirmière fondée sur des résultats probants et de développer le rôle infirmier autonome.

8.3. Formation en toucher thérapeutique en Suisse

Aux Etats-Unis, il est possible de se former en toucher thérapeutique. La formation est divisée en plusieurs niveaux. Le premier niveau s'acquiert en 12 heures minimum, le niveau intermédiaire en 14 heures. Après avoir complété ces niveaux, la formation se poursuit avec un certains d'heures de pratiques à valider en présence d'un mentor TT sur une période d'une année.

Malgré une recherche intensive concernant la formation en toucher thérapeutique à Genève, il ne nous a pas été possible de trouver d'informations concernant cela. Nous avons donc conclu qu'il n'existe pas encore de formation certifiante reconnue en Suisse. Il serait intéressant de connaître quels seraient la durée et les coûts d'une telle formation et comment il serait possible d'implanter cette pratique dans les unités de soins.

9. RÉFÉRENCES

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theorists and their work* (7 ed.). USA : Mosby Elsevier.
- Association Alzheimer Suisse. (2014). *Personnes atteintes de démence dans les EMS suisses : des défis multiples*. [Brochure]. Accès : http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0ahUKEwjHiP_687TAhUJIMAKHYUCAVoQFghuMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.alz.ch%2Ffr%2Findex.php%2Fdonnees-importantes.html%3Ffile%3Dtl_files%2FPDFs%2FPDF-F-Gesellschaft%2520und%2520Politik%2FF_Demenz_im_Heim.pdf&usg=AFQjCNFwaopsKM8G1Fj4jYqB4NUSfCLzXw&sig2=EQ-SOkbSNQxwfGHM__n5PA
- Association Alzheimer Suisse. (2017). *Les données et les chiffres*. Accès : [//www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html](http://www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html)
- Benoit M., Staccini P., Brocker P., Benhamidat T., Bertogliati C., Lechowski L., Tortrat, D., Robert, P.-H., (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. *Rev Med Int* 2003 ; 24 : 319s-324
- Benoit, M., Arbus, C., Blanchard, F., Camus, V., Cerase, V., Clement, J.P., ... Robert, P. (2006). Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *La Revue de Gériatrie*, Tome 31(9), 689-696. Accès : https://www.researchgate.net/profile/Michel_Benoit/publication/233425018_Concertation_professionnelle_sur_le_traitement_de_l'agitation_de_l'agressivite_de_l'opposition_et_des_troubles_psychotiques_dans_les_demences/links/0912f50a8cfec1e5d000000.pdf
- Blythe, S.L., Chang, E., Johnson, A. Griffiths, R. (2009). The efficacy of nurse implemented non-pharmacological strategies for the symptom management of agitation in persons with advanced dementia living in residential aged care facilities : a systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*. 7(22), 975-1003.
- Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'appropriation de la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.

- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. USA : The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. Accès: [https://www.google.ch/?hl=fr#hl=fr&q=Cohen-Mansfield,+J.,+Marx,+M.,+%26+Rosenthal,+A.+\(1989\).+A+description+of+agitation+in+a+nursing+home.+Journals+of+Gerontology,+44\(3\),+M77-M84.+Retrieved+from+PsycINFO+database.&spf=1498224959249](https://www.google.ch/?hl=fr#hl=fr&q=Cohen-Mansfield,+J.,+Marx,+M.,+%26+Rosenthal,+A.+(1989).+A+description+of+agitation+in+a+nursing+home.+Journals+of+Gerontology,+44(3),+M77-M84.+Retrieved+from+PsycINFO+database.&spf=1498224959249)
- Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé. (2015). *Plan Alzheimer du canton de Genève 2016-2019* [Brochure]. Accès : <https://www.ge.ch/deas/doc/communiqués/2016-04-21--plan-Alzheimer-du-canton-GE-2016-2019.pdf>
- Ebbing, K. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la pharmacothérapie. *Revue médicale Suisse*, 12, 786-789.
- Fawcett, J. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Gérontologie en institution. (2009). *Cohen-Mansfield Agitation Inventory [Tableau]*. Accès : <http://papidoc.chic-cm.fr/12evalcmagitation.html>
- Haute Ecole de Santé, Centre de documentation. (2015). *Guide de présentation des citations et références bibliographiques (Style APA)*. Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/citation-ref-biblio/guidecitationsreferences_2015_siteweb.pdf
- Hawranik, P., Johnston, P. & Deatrich, J. (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 1-18 doi:10.1177/0193945907305126
- Hervy, M.P., Molitor, M.B., Béguin, V., Chahbenderian, L., & Farah, S. (2005). *Nouveau cahier de l'infirmière : Gérontologie, Gérontopsychiatrie*. Paris : Masson.
- Hôpital Universitaire de Genève (2017). Mini-mental State (MMS). Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/mms.pdf

- Institut de la Maladie d'Alzheimer (2017). *Comprendre la Maladie*. Accès: http://www.imaalzheimer.com/html/mal_comport.htm
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2007). *Maladie d'Alzheimer - Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Editions Enserm.
- Accès: <https://www.google.ch/?hl=fr#hl=fr&q=Institut+national+de+la+sant%C3%A9+et+de+la+recherche+m%C3%A9dicale.+2007.+Maladie+d%E2%80%99Alzheimer+-+Enjeux+scientifiques,+m%C3%A9dicaux+et+soci%C3%A9taux:+Sympt%C3%B4mes+psychologiques+et+comportementaux.+215-231.+Institut+national+de+la+sant%C3%A9+et+de+la+recherche+m%C3%A9dicale&spf=1498745143207>
- Krieger, D. Peper, E. Ancoli, S. (1979). Therapeutic Touch, searching for evidence of physiological change. *The American Journal of Nursing*, 79(4), 660-662.
- Lin, Y.S & Gill-Taylor, A. (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine*, 1(4), 155-162.
- Lu, D.F., Hart, L.K., Lutgendorf, S.K., Oh, H. & Shilling, M. (2013) Slowing progression of early stages of AD with alternative therapies : a feasibility study. *Geriatric Nursing* 34, 457-564. doi : 10.1016/j.gerinurse.2013.07.003
- Newman, M. A. Smith, M. C. Pharris, M. D. Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *ANS Advance in Nursing Science*, 31(1), 16-27.
- Observatoire Suisse de la santé. (2015). *La santé en Suisse, le point sur les maladies chroniques : Rapport national sur la santé 2015*. Accès : http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf
- Office fédéral de la statistique. (2015). *Communiqué de presse : scénario de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045*. Accès : <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/39912/master>
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *La démence*. Accès: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation

- Rousseau, J. & Lardry, J.M. (2011). L'histoire du Reiki. *Kinésithérapie la revue*, 112, 28-31.
- Therapeutic Touch International Association. (2017a). *The process of Therapeutic Touch*. Accès : <http://therapeutictouch.org/what-is-tt/history-of-tt/>
- Therapeutic Touch International Association. (2017b). Toucher thérapeutique.
Accès <http://therapeutictouch.org/int-contacts/tt-french/>
- Torez,D., Noël, J.L., de Montgolfier, S., Le Dastumer, B. (2009). Le libre choix du patient dément en institution. *Gérontologie et société*. 32(131), 131-146. doi : 10.3917/g.s.131.0131.
- Wang, K.L. & Hermann, C. (2006). Pilot Study to test the effectiveness of Healing Touch on agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing*, 27(1), 34-40. doi : 10.1016/j.gerinurse.2005.09.014
- Watson Caring Science Institute. (2015). *Version francophone des Watson's 10 Caritas processes*. Accès : <https://www.watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2015/11/FrenchCaritasProcesses.pdf>
- Watson, K., Chang, E., Johnson, A. (2012). The efficacy of complementary therapies for agitation among older people in residential care facilities: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*. 10(53), 3414-3486
- Woods, D.L., Craven, R.F., Whitney, J. (2005). The effet of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative therapies*, 11(1), 66-74.
- Woods, D.L., Beck, C. & Sinha, K. (2009). The effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia. *Forschende Komplementärmedizin* 16, 181-189. doi : 10.1159/000220479.

10. ANNEXES

10.1. Mini-Mental State Examination



MINI MENTAL STATE (MMS)

SCORE : .. Date: .. Rempli par:

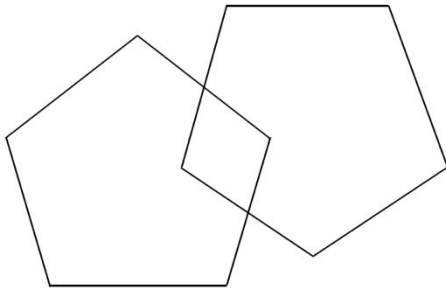
	Obtenu	Maximum
Orientation (1 point par réponse juste)		
• temps : année saison mois jour date		5
• espace : pays canton ville hôpital étage		5
Apprentissage (1 point par mot répété correctement; puis renommer jusqu'à mémorisation)		
• citron clé ballon		3
• (cigare fleur porte)		
Attention et calcul (1 point par soustraction exacte)		
• compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois (93 ; 86 ; 79 ; 72 ; 65)		5
• (épeler le mot « mardi » à l'envers)		
Rappel des 3 mots appris (1 point par mot remémoré)		3
Langage et praxies		
• dénomination : crayon montre (1 point par objet)		2
• répéter : « pas de mais, de si, ni de et » (1 point si la répétition est correcte)		1
• ordre verbal : « prenez le papier dans la main droite, pliez-le en deux et jetez-le par terre » (1 point par partie de consigne exécutée)		3
• ordre écrit : « FERMEZ LES YEUX » (1 point si consigne exécutée)		1
• dessin (1 point si tous les angles présents + intersection de deux côtés différents)		1
• écrire une phrase entière (1 point si au moins un sujet et un verbe)		1
Score total		30

Folstein MF. J Psychiatr Res 1975 ;12 :189-198

alerte somnolent stuporeux comateux

Scolarité	Age					
	≤ 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80
0 - 4 ans	20	20	20	19	18	16
5 - 8 ans	24	24	25	24	23	22
9 - 12 ans	28	28	27	27	26	23
collège ou école supérieure	29	29	28	28	27	26

FERMEZ LES YEUX !



10.2. Les 10 processus de Caritas selon Jean Watson



WATSON CARING
SCIENCE INSTITUTE

Version francophone (2015) des *Watson's(10)(Caritas)(Processes)(© (2007)*

Les 10 Processus de Caritas de Watson
1) Soutenir les valeurs humanistes - altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.
2) Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.
3) Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles.
4) Développer des relations d'aide, de confiance et de caring.
5) Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.
6) Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring.
7) Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.
8) Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine.
9) Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.
10) S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.

Version originale 2007:

Watson, J. (2007). 10 Caritas Processes™. *Watson(Caring)(Science)(Ins)(tute)*. <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/global-translations-10-caritas-processes/>

Traduction française 2015 par:

Chantal Cara, PhD., RN., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et *Senior(Watson(Caring)(Science)(Scholar)*, Watson Caring Science Institute.

Louise O'Reilly, PhD., RN., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Philippe Delmas, PhD., RN., Professeur ordinaire, Haute École de la Santé La Source, Lausanne, Suisse.

Sylvain Brousseau, PhD.c, RN., Professeur adjoint, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada.

Neal Rosenburg, PhD., RN., Doyen, École des sciences infirmières, *Nevada(State)(College)*, Las Vegas, É-U et *Watson(Caring)(Science)(Scholar)*, Watson Caring Science Institute.

10.3. Equations de recherche

Base de données	Equation de recherche
Pubmed	(((therapeutic touch[MeSH Terms]) OR therapeutic touch [Title/Abstract])) AND (((Dementia[MeSH Terms]) OR alzheimer disease [MeSH Terms]) OR senile dementia [Title/Abstract])
Cinhal	(MH "Alzheimer disease") OR (MH "Dementia") OR (MH "Dementia Senile") OR (MH "Dementia Presenile") AND (MH "Therapeutic touch (Iowa NIC)") OR (MH "Therapeutic touch")

10.4. Echelle Cohen-Mansfield Agitation Intervention

Échelle Cohen-Mansfield Agitation Intervention est une échelle qui a pour but d'évaluer la fréquence des comportements d'agitation chez la personne âgée. Elle a été conçue pour être utilisée en EMS. Elle comporte 29 items, chacun évalués de 0 à 7 (fréquence des comportements : 0: non évaluable, 1: jamais jusqu'à 7: plusieurs fois par heure). Cette échelle est une hétéro-évaluation qui analyse les comportements les plus fréquent de la démence (Cohen's Mansfield, traduction libre, 1991).

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

AGITATION PHYSIQUE NON AGRESSIVE	0	1	2	3	4	5	6	7
1 - cherche à saisir								
2 - déchire les affaires								
3 - mange des produits non comestibles								
4 - fait								
5 - déambule								
6 - se déshabille, se rhabille								
7 - attitudes répétitives								
8 - essaie d'aller ailleurs (fugue)								
9 - manipulation non conforme des objets								
10 - agitation								
11 - recherche constante d'attention								
12 - cache des objets								
13 - amasse des objets								
sous-score								
AGITATION VERBALE NON AGRESSIVE								
14 - répète des mots, phrases								
15 - se plaint								
16 - émet des bruits bizarres								
17 - fait des avances sexuelles verbales								
sous-score								
AGITATION + AGRESSIVITÉ PHYSIQUE								
18 - donne des coups								
19 - bouscule								
20 - mord								
21 - crache								
22 - donne des coups de pied								
23 - griffe								
24 - se blesse, blesse les autres								
25 - tombe volontairement								
26 - lance des objets								
sous-score								
AGITATION + AGRESSIVITÉ VERBALE								
27 - jure								
28 - est opposant								
29 - pousse des hurlements								
sous-score								
Total								

- | | |
|--|--|
| 0 - non évaluable | 4 - quelquefois au cours de la semaine |
| 1 - jamais | 5 - une à deux fois par jour |
| 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour | 6 - plusieurs fois par jour |
| 3 - une à deux fois par semaine | 7 - plusieurs fois par heure |

MSB 8904 : avril 2004 I sur bon

Tiré de : Gérontologie en institution