

Le toucher

Les effets du toucher chez la personne âgée vivant en EMS

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par
Aurélie Menoud
Promotion 2006-2009

Sous la direction de Madame Isabelle Schouwey

Haute école de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 6 juillet 2009

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à adresser un grand merci à ma directrice de mémoire, Madame Isabelle Schouwey pour son suivi, ses conseils constructifs et son soutien.

Je souhaite ensuite adresser ma gratitude à mes quatre traductrices, Caroline Krieg, Aurélie Périsset, Jocelyne Reynaud et Stéphanie Guillaume, avec lesquelles j'ai passé plusieurs soirées à transcrire mes recherches de l'anglais au français. Un immense merci à elles pour leur patience et le temps qu'elles m'ont consacré.

Merci à Mesdames Monique Boegli, Corinne Schaub et Catherine Borel qui ont répondu favorablement à mes e-mails et m'ont fait parvenir de précieux documents.

Je remercie également mes collègues de classe pour leur soutien et leurs conseils pendant la rédaction de mon travail.

Enfin, j'adresse ma vive reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de cette étude, et spécialement à Mélanie Braillard, Roland Cettou et Stéphanie Guillaume qui ont pris le temps de la relire.

Résumé

Cette revue de littérature étoffée met l'accent sur les effets du toucher chez la personne âgée vivant en EMS qui ont été décrits dans les recherches antérieures. Le but de ce travail est de vérifier les effets du toucher chez ce type de population afin que les infirmières en connaissent les bénéfices et soient sensibilisées à l'utiliser dans leur pratique quotidienne. L'auteur de cette revue a choisi de développer, dans un premier temps, les concepts du toucher et de la personne âgée afin que le lecteur ait une meilleure compréhension du thème. Dans un deuxième temps, quelques éléments concernant la méthode de travail seront communiqués. Par la suite, le chapitre consacré aux résultats de cette recherche nous montrera les effets positifs du toucher et développera d'autres aspects tels que le toucher comme moyen de communication, les parties du corps touchées et la formation des professionnelles. Ces résultats, ainsi que la qualité des études seront traités et discutés. Une conclusion mettra en avant les implications pour la pratique infirmière et les recherches futures qui pourraient être effectuées.

Mots clés utilisés :

- Toucher, massage, personnes âgées, soins infirmiers, rôle infirmier
- Touch, massage, aged, nursing, nursing care, nurse's role

Table des matières

1. Introduction.....	6
2. Problématique	8
2.1 Question de recherche.....	9
2.2 Objectif	9
3. Cadre conceptuel.....	10
3.1 Le toucher	10
3.1.1 Le toucher dans les soins	10
3.1.2 La peau : organe du toucher.....	12
3.1.3 Le massage.....	12
3.1.4 Le massage et les personnes âgées	13
3.1.5 Le toucher-massage	14
3.2 La personne âgée	16
3.2.1 La personne âgée en EMS	17
3.2.2 La personne âgée et les soins infirmiers	18
3.2.3 La perte	19
4. Méthode	20
4.1 Critères d'inclusion.....	20
4.2 Critères d'exclusion	21
4.3 Résultats des stratégies de recherche	21
4.3.1 Stratégie 1	21
4.3.2 Stratégie 2	21
4.3.3 Stratégie 3	22
4.3.4 Stratégie 4	22
4.3.5 Stratégie 5	22
4.3.6 Stratégie 6	22

5. Résultats.....	23
5.1 Les effets du toucher.....	23
5.2 Le toucher comme forme de communication	26
5.3 Les parties du corps touchées	27
5.4 La formation des professionnels et l'application dans les soins infirmiers	28
6. Discussion	30
6.1 Discussion de la méthode et des résultats des diverses études	30
6.2 Discussion par rapport aux résultats de la présente étude	33
6.2.1 Les effets du toucher.....	33
6.2.2 Le toucher comme forme de communication	35
6.2.3 Les parties du corps touchées	37
6.2.4 La formation des professionnelles et l'application dans les soins infirmiers	38
6.3 Réponse à la question de recherche	39
6.4 Limites de l'étude	40
7. Conclusion	41
7.1 Conséquences pour les soins infirmiers.....	41
7.2 Recherches futures.....	43
7.3 Principaux apprentissages réalisés.....	44
Bibliographie	46
Documents publiés.....	46
Documents non publiés.....	49
Documents électroniques	50
Annexes.....	51
Annexe 1 : Déclaration d'authenticité	51
Annexe 2 : Etapes de l'analyse documentaire	52
Annexe 3 : Tableau de recension des écrits scientifiques.....	53
Annexe 4 : Tableaux des fiches d'identification des études.....	58

1. Introduction

Le toucher est un sens omniprésent dans les soins infirmiers. De toute évidence, les infirmières¹ ont des contacts physiques avec les patients. Elles utilisent le toucher à travers les soins techniques, mais aussi pour aider à la mobilisation, favoriser l'autonomie, attirer l'attention ou encore rassurer. Cependant, le fait de toucher ne va pas vraiment de soi ; en effet, le matériel de soins que nous utilisons au quotidien fait office d'intermédiaire dans la relation. Lorsque ce dernier est absent, il peut être difficile de toucher et le contact physique pourrait provoquer une certaine gêne et avoir un côté tabou.

Il est toutefois important de garder à l'esprit que la main est un vecteur très important dans la relation soignant-soigné (Bonneton-Tabariès & Lambert-Libert, 2006). Certaines formes de toucher ne peuvent être apprises avec un protocole mais font partie intégrante de tous les soins que les infirmières offrent quotidiennement. Le toucher, comme je l'entends dans ce travail, est différencié du toucher-massage, dans le sens où ce dernier peut être appris et intégré dans les soins afin d'améliorer le confort des patients.

Le toucher est un sens qui peut paraître anodin, nous n'y réfléchissons pas systématiquement ; il est souvent engendré par une intention, un geste technique. Toute infirmière a pu expérimenter le fait d'avoir envie de toucher certaines personnes et d'autres pas, de même que certains patients ont envie d'être touchés et d'autres ne le supportent pas. Comme l'expliquent Belmin, Amalberti et Beguin (2005), nous avons tous été confrontés à une réaction épidermique naturelle à ressentir gêne, ou même répulsion à toucher l'autre.

Selon moi, le toucher est plus mystérieux que les autres sens. Il s'explique davantage par des expériences et des témoignages que par des planches d'anatomie, même s'il est prouvé qu'il engendre des effets physiologiques.

Nous sommes familiarisés avec ce sens avant même de naître en baignant dans le liquide amniotique. Puis, tout au long de notre vie, nous faisons l'expérience de bonnes ou de mauvaises situations en lien avec le toucher, et ceci jusqu'à la mort. Savatofski

¹ Le terme infirmière sera utilisé tout au long du travail mais il s'applique tout aussi bien à l'infirmier.

(2003) l'exprime bien par sa citation « Si le toucher est sans doute le premier sens à apparaître, il est sûrement le dernier à disparaître ».

Le toucher est un sens qui m'interpelle et me questionne dans la pratique infirmière. Je tiens donc à rappeler le contexte d'émergence de mon thème. J'ai en effet pu expérimenter le toucher à plusieurs reprises, principalement en home et en soins à domicile avec une population âgée. C'est dans ces contextes que le sens du toucher m'a questionnée. Nous venions de recevoir des cours de massage à l'école et j'en ai ainsi profité pour l'appliquer dans les soins. Voici une de mes expériences : après avoir terminé les soins de nursing d'un patient à domicile, j'avais encore du temps à lui consacrer et je me suis mise à lui masser les mains. Lorsque j'ai voulu m'arrêter, il m'a serré la main. Je l'ai interprété comme un signe de reconnaissance et j'avais l'impression qu'il voulait que je continue. A partir de là, je me suis dit que mon geste n'était pas anodin et que j'avais peut-être trouvé un moyen d'entrer en relation avec ce patient qui ne communiquait plus verbalement. Dès lors, je me suis souvent demandé comment la personne soignée percevait le toucher et quels sont ces effets en lien avec les pertes que subissent nos aînés. C'est pourquoi, je vais tenter dans ce travail, de vérifier les effets du toucher auprès des personnes âgées vivant en Etablissement Medico-Social (EMS) afin de pouvoir l'intégrer dans les soins infirmiers. Dans un premier temps, la problématique sera exposée puis, les grands thèmes du toucher et de la personne âgée seront développés afin de préciser et cadrer certaines généralités. Dans un deuxième temps, la méthode utilisée pour la recension des écrits sera expliquée, ce qui conduira au développement des résultats et de la discussion. Pour terminer, une conclusion mettra en avant les implications pour la pratique infirmière et les recherches futures qui pourraient être effectuées.

2. Problématique

Les personnes âgées expriment fréquemment un sentiment de solitude, principalement dû au fait qu'elles vivent seules. Cette solitude est susceptible d'engendrer une carence au niveau de la relation corporelle et ainsi entraîner une grande souffrance psychologique (Bécart-Bandelow, 1989). Comme l'explique Moraga (2000), le vieillard peut-être soumis à un manque de contact physique, de toucher et de caresses. Selon Bécart-Bandelow (1989), ce manque peut être causé par les différentes pertes que rencontre la personne âgée comme par exemple, le passage à la retraite ou le décès de son conjoint. Bradford (1981), cité par Boudreault et Ntetu (2006), explique que le besoin de toucher et d'être touché augmente avec les années à cause de la diminution de l'acuité sensorielle qui accompagne la vieillesse.

Dans leur revue de littérature, Boudreault et Ntetu (2006) citent Héту (1992) qui nous rappelle que :

« Le fait de vieillir s'accompagne d'une suite plus ou moins longue de perte de contrôle : une baisse de la vigueur physique, des pertes sensorielles, des pertes de prestige avec le retrait de certains rôles, un éloignement géographique des enfants ou des petits enfants, un éloignement à cause d'un divorce, d'un déménagement, de la perte d'amis, du décès d'un conjoint. » (p. 59).

Selon Belmin et al. (2005), plusieurs signes montrent que la personne âgée a un réel besoin de contact physique à cause des déficits sensoriels, des détériorations cognitives et de la perte d'autonomie. Ils expliquent encore que ceci est accentué lorsque la communication verbale est diminuée. Le besoin d'être touché est augmenté en cas de maladie ou de stress qui peut être causé par une entrée en institution. Le vieillissement est parfois la cause de pathologies provoquant divers troubles. Ces altérations demandent de développer des modes de communication non-verbale pour percevoir une angoisse, évaluer une douleur, diminuer le sentiment de solitude ou encore aider l'entourage à repérer d'autres manières de communiquer avec leur proche. Lorsque la personne âgée perd ses fonctions cognitives, il est important pour l'infirmière d'être capable de décoder les émotions et les problèmes exprimés tels que l'anxiété, la peur, la douleur ou le mal-être.

Savatofski (2002) ajoute que le fait d'introduire le massage aux soins quotidiens de la personne âgée peut améliorer la communication, aider à mieux supporter la solitude et répondre au besoin inassouvi d'être touché et encore touchable. Le toucher-massage, selon son concepteur, Savatofski, est un geste qui dépend des besoins de la personne massée, de la perception du soignant et du contexte ; son but étant de procurer du bien être. La sensibilisation au toucher pourrait effectivement améliorer la qualité des soins en EMS. La formation est de courte durée et son contenu est simple, concret, facile à intégrer dans les soins et peu coûteux. D'ailleurs, la charte éthique élaborée par l'Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (AFIPA) sert à faire respecter les principes fondamentaux en matière d'accueil, de soutien et de respect de la personne âgée vivant en institution.

2.1 Question de recherche

Sur les bases théoriques de la littérature et sachant que le toucher a toute son importance dans les soins infirmiers, la question suivante a été formulée :

Quels sont les effets du toucher auprès des personnes âgées vivant en EMS qui sont décrits, vérifiés et donc à intégrer dans les soins infirmiers ?

2.2 Objectif

Selon divers auteurs, le toucher peut être utilisé pour procurer de la détente ou comme moyen de communication dans les soins. Le but de cette étude est donc de découvrir les effets du toucher qui ont été décrits dans les recherches antérieures afin de sensibiliser les infirmières à l'importance de ce sens pour qu'elles puissent l'intégrer dans les soins quotidiens.

Le fait que le toucher ait des effets positifs sur la qualité de la prise en soin de la personne âgée est l'hypothèse de départ.

3. Cadre conceptuel

Les différents points retenus dans ce paragraphe serviront à préciser et à cadrer certaines généralités. Deux grands thèmes, à savoir le toucher et les personnes âgées, vont être développées à l'aide de références de différents auteurs qui ont déjà écrits sur ces sujets.

3.1 Le toucher

Landry (1989) explique que le toucher est un sens complémentaire à la parole ; on l'appelle paralangage, c'est-à-dire messages non-verbaux. « Le toucher est le sens de la plus grande proximité (à l'opposé de la vue) dans lequel la distance physique s'annule. [...]. On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même » (Pascal Prayez, 1989, p. 103). Moraga (2000) fait référence à Montagu qui pense que le toucher est différent des autres sens car on ne peut séparer le corps que l'on touche du corps avec lequel nous touchons. Le toucher, comme les autres sens, peut perdre de sa sensibilité s'il n'est pas suffisamment stimulé. Plus une peau est caressée, touchée, plus elle devient sensible et réceptive (Savatofski, 1989).

Dans notre société, le toucher est le sens « interdit ». Alors qu'il ne viendrait pas à l'individu l'idée de se bander les yeux pour se priver de la vue ou de se boucher les oreilles pour se priver de l'audition, il est en revanche facilement observable que les hommes prennent passablement de distance les uns par rapport aux autres (Savatofski, 1989).

3.1.1 Le toucher dans les soins

Dans son ouvrage, « le toucher apprivoisé », Savatofski (1989) attire l'attention des soignants sur l'importance du toucher dans les soins et sur la nécessité des contacts physiques permettant une communication plus authentique. Selon Landry (1989), lorsqu'un patient ne peut plus faire usage de la parole et/ou du regard, le toucher devient le meilleur moyen de communication.

« Le soin infirmier implique une relation de corps à corps où le toucher est à la fois un sens tactile (récepteur cutané), et un émetteur de messages subtils véhiculés dans le contact de peau à peau. Il peut donc être langage à lui seul. 85% des soins infirmiers nécessitent le recours au toucher pour être effectués.» (Delalieux, Jegou, Malaquin-Pavan & Nectoux, 2001, p. 20).

Ces mêmes auteurs, dans l'article « Soins, approche corporelle et toucher-massage », expliquent que tout individu, en particulier les personnes malades, ont besoin d'un minimum de contact physique pour vivre, voir survivre. Différents canaux (voco-acoustiques, visuels, olfactifs, tactiles et thermiques) permettent d'enrichir la communication humaine et donc de dépasser les informations transmises par la parole. Ils font référence à Hall par rapport à ses travaux sur la proxémie². Hall démontre que la plupart des soins infirmiers se trouvent dans la zone intime (inférieure à 45 cm jusqu'au contact physique). Dans cette « bulle » que l'infirmière crée avec le patient, ce sont les sens du toucher et de l'odorat qui priment. Dans cette intimité, le contact physique peut connoter la violence, l'érotisation ou la tendresse. L'engagement corporel et le contact physique nous rappellent que le corps ne ment jamais et qu'il est messager de la communication.

Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006) ont nommé le toucher infirmier comme toucher pathique qui diffère du toucher gnostique pratiqué par le médecin, qui examine et cherche à établir un diagnostic. Dans leur ouvrage « le toucher dans la relation soignant-soigné », elles ont distingué plusieurs fonctions du toucher infirmier :

- Le toucher technique caractérise les soins usuels. Il est souvent rapide.
- Le toucher diagnostique permet par exemple d'évaluer la douleur ou de rechercher l'étendue sensible d'une plaie. C'est le toucher qui fait mal, souvent peu accepté du patient.
- Le toucher relationnel est effectué pendant un soin lorsque, en plus de la technicité, le soignant s'implique par son toucher et son attitude.
- Le toucher déshumanisé et déshumanisant. Le toucher déshumanisé est caractérisé par tous les gestes infirmiers, routiniers et répétitifs. Le toucher n'est plus senti et devient automatisé. « Déshumanisé, le toucher devient vite déshumanisant ». Le patient n'est plus considéré comme capable. Les soignants sont tentés de faire à la place du patient au lieu de l'aider à retrouver une certaine autonomie.
- Le toucher communication représente l'ensemble des attitudes ou comportements des soignants (gestes, postures, expression du visage) qui suscitent chez le patient des réactions. Lorsqu'une personne ne peut plus

² Selon Hall, chacun est entouré d'un espace dynamique et conscient qu'il défend du mieux qu'il peut. La proxémie est l'espace nécessaire entre deux individus pour se sentir soi-même à l'aise.

s'exprimer verbalement, l'infirmière peut avoir recours au toucher comme moyen de communication non-verbale, afin de s'adresser au malade alors que les mots manquent.

Delalieux et al. (2001) nous rappellent l'importance de garder à l'esprit que le corps de l'autre, c'est-à-dire celui qui est soigné, représente son territoire, son propre monde.

3.1.2 La peau : organe du toucher

La peau est considérée comme l'organe du toucher ; c'est la surface la plus sensible et la plus étendue du corps humain. Elle est composée de millions de récepteurs, toujours en éveil. L'exemple des aveugles qui lisent avec le bout de leurs doigts, par contact tactile, est très représentatif. Cette sensibilité peut varier, selon la nature ou l'intensité du toucher. Tout contact, aussi léger qu'il soit, peut provoquer une émotion, qui se traduit soit en répulsion, en agression, ou au contraire en instant apaisant et bienfaiteur. D'après Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), ces différents effets peuvent être expliqués physiologiquement en sachant qu'en touchant la peau, il est possible de :

- augmenter la perspiration³ insensible en augmentant le débit des glandes sudoripares
- faciliter les sécrétions sébacées
- entraîner des échanges de substances grasses (pénétration de crèmes, pommades)
- provoquer des rougeurs

Selon Savatofski (1989), la main est un organe très sensible. La pulpe des doigts contient des récepteurs sensitifs dix fois supérieurs qu'au niveau du dos, sur une surface égale.

3.1.3 Le massage

Le terme « massage » apparaît au XIX^{ème} siècle dans le vocabulaire français. Son étymologie remonte au verbe grec *massein* (presser, palper). L'origine arabe est également retenue, *mass* désignant le toucher et, plus spécifiquement, la mobilisation des muscles du corps pour leur donner souplesse et vitalité (Vinit, 2007).

³ Elimination permanente et inapparente de l'eau.

Savatofski (2003) explique qu'en France, les massages se sont développés dans le cadre des soins infirmiers. En effet, cette pratique était d'abord réservée aux hommes car c'était un acte plutôt mécanique qui s'intéressait aux muscles, tendons, articulations, et renvoyait l'image d'un praticien fort et endurant. Puis, progressivement, une spécialité d'infirmière masseur est née. La kinésithérapie est arrivée en 1946 et s'est considérablement développée avec ses propres compétences.

3.1.4 Le massage et les personnes âgées

Dans son article « Donner des soins restructurant à la personne âgée », Moraga (2000) explique que la personne âgée vit des événements traumatisants qui, comme la vieillesse, peuvent être liés à une étape normale du processus de vie. Ces événements, en lien avec la perte et le deuil, peuvent provoquer une détresse physiologique, sociale et psychologique susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie. Comme exemples d'événements perturbateurs, Moraga cite principalement le passage à la retraite et la perte de prestige social qui l'accompagne. Ceci peut être une des causes de l'isolement et c'est à partir de ce moment-là que le vieillard est soumis au manque de contact physique, de toucher et de caresses.

Comme l'explique Bécart-Bandelow (1989) dans l'ouvrage « le corps et la caresse », les personnes âgées peuvent ressentir une carence importante au niveau de la relation du corps, ce qui peut entraîner une grande souffrance psychologique. En effet, pour un couple dont les deux membres vivaient ensemble, il peut y avoir une coupure de cette relation par le divorce, le décès ou le placement du conjoint. Dans notre société, le contact du corps est plus particulièrement réservé à la relation sexuelle. Lorsque cette relation n'est plus présente, les diverses occasions de caresses n'existent plus. La stimulation neuropsychologique créée par le contact physique est très importante chez la personne âgée, chez qui les blocages, notamment au niveau des articulations, sont très présents. Les soins donnés aux personnes âgées sont souvent dirigés vers des gestes anti-douleurs ou contre la maladie et non vers la recherche du bien être et du plaisir.

Delalieux et al. (2001) expliquent que les diverses pathologies de la vieillesse entraînent des modifications ou des troubles de la communication. Les soignants ont pour défi de trouver un autre moyen d'entrer en communication lorsque la relation verbale est amoindrie.

Moraga (2000) parle du toucher et du massage comme des approches corporelles restructurantes car la chaleur et les caresses participent à la reconstruction de l'identité et à l'émergence de la pensée. Le toucher, comme soin restructurant, implique la protocolarisation, l'observation et l'analyse de situation.

3.1.5 Le toucher-massage

« Le terme toucher-massage sous-entend le lien intime qui existe entre la qualité propre au toucher, action informelle, intuitive, relationnelle, et le massage, gestuelle plus élaborée aux effets multiples bienfaisants. Cette pratique, cette « approche » du malade réhabilite les gestes simples, « naturels », et ne peut être rigidifiée en une technique trop précise, bien apprise, et appliquée de façon mécanique, trop systématique. C'est une méthode plus subjective, une manière de faire et d'être, de communiquer, d'accompagner le soin, dans le but de rassurer, calmer, détendre immédiatement. » (Savatofski, 1999).

Savatofski décrit le toucher-massage comme une méthode ouverte, évolutive, vivante, non-réductrice, laissant de la place aux capacités de chacun pour expérimenter, innover, la dispenser généreusement en fonction du moment et des besoins de la personne concernée, en dehors de toute prescription médicale. C'est une démarche qui accepte l'hésitation, le doute, l'émotion, l'humour de la part du soignant et transcende les hiérarchies. L'expérience et les nombreux témoignages sur le toucher-massage vont tous dans le même sens ; les soignants se sentent plus motivés, valorisés et trouvent un nouveau sens à leur travail. En effet, les infirmières ont une position idéale à l'hôpital pour répondre aux besoins de confort et de mieux-être du malade. Elles sont présentes tous les jours, s'adaptent aux situations, et ont une formation qui prend de plus en plus en compte les besoins physiques, psychologiques, émotionnels et sociaux des malades.

Selon Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), le toucher-massage est avant tout un prolongement, une suite naturelle du toucher. Il fait naître des réactions physiologiques bénéfiques aux patients. Il a pour but de nouer ou renouer un lien fort avec la personne souffrante en lui montrant une présence.

Dans leur ouvrage « Le toucher dans la relation soignant-soigné », ces mêmes auteurs montrent un listing des bénéfices du toucher-massage en différenciant le plan physique (l'augmentation de la vascularisation, l'assouplissement des tissus et une diminution des

tensions musculaires), le plan moral (la diminution du stress et une sensation de calme) et le plan émotionnel (l'amélioration de la confiance en soi et du schéma corporel, la reconnaissance du besoin d'être touché). Il est expliqué que le toucher-massage permet au patient de « respirer », au sens propre et au sens figuré. En effet, il agit sur la respiration et permet de se relaxer. Peu à peu, le patient se sent compris, soulagé et en confiance. Cette technique permet un lien d'égal à égal entre le soignant et le soigné.

Après avoir relevé les bénéfices que le toucher-massage apporte aux patients, il est tout aussi important d'analyser ce qu'il implique chez le soignant. Nous pouvons reprendre la citation de Pascal Prayez (1989) : « On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même ».

Selon Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), le toucher-massage doit être vécu comme un plaisir que l'on fait partager à celui qui est malade et avec qui l'on veut établir une relation plus proche et plus humaine. Le soignant doit être conscient de sa propre situation, de son état et de ses réticences afin que le soin reste lié à un désir, une intention et un choix personnel. Les auteurs donnent quelques exemples de peurs les plus souvent éprouvées par les soignants : peur de faire mal ou de mal faire, peur d'infantiliser les patients, peur de choquer certains patients qui considèrent qu'ils sont là uniquement pour se faire soigner, peur de l'intimité ou encore, peur de se révéler.

Selon Delalieux et al. (2001), le fait de toucher volontairement permet à l'infirmière de se sentir présente, d'être en relation autrement. Cela lui permet également de reconnaître le patient tel qu'il est, en dehors d'un corps témoin de la maladie. L'infirmière peut donc amener le soigné à une meilleure conscience de son schéma corporel. Le toucher représente encore, pour les soignants, un moyen de répondre aux besoins spécifiques du patient âgé (isolement, perte d'autonomie).

Belmin et al. (2005) expliquent que le toucher-massage n'est ni un massage kinesithérapeutique, ni une rééducation neuromusculaire. Le toucher-massage est à la portée de tout soignant, il nécessite une formation complémentaire de courte durée et est surtout utilisé pour augmenter le confort.

« L'intérêt majeur du toucher-massage réside justement dans la pluralité des acteurs : il faut permettre à chaque malade de pouvoir être touché par qui bon lui semble et qui lui semble bon » (Savaofski, 2002).

3.2 La personne âgée

Selon Miller (2007), les personnes âgées vivent aujourd'hui plus longtemps, en meilleure santé et dans des conditions économiques plus favorables que les aînés des générations précédentes. Le nombre de personnes âgées dans le monde n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui. Ce vieillissement démographique est certainement dû au prolongement de la durée de vie. En effet, à l'époque du XVIII^{ème} siècle, l'espérance de vie ne dépassait pas trente ans alors qu'actuellement elle va au-delà de septante ans dans la plupart des pays développés. L'amélioration des conditions de vie et les progrès scientifiques ont permis de lutter contre les morts infantiles, les maladies infectieuses, les grandes épidémies, les maladies cardio-vasculaires et les cancers (Belmin et al., 2005).

« Le vieillissement correspond à un processus de réduction des réserves physiologiques rendant l'organisme plus vulnérable. [...]. Chaque individu ne vieillit pas au même rythme. » (Hervy, Molitor, Béguin, Chahbenderian, Farah in Belmin et al., 2006).

Les personnes âgées subissent des modifications corporelles au niveau de l'aspect et des performances qui ne sont pas toujours faciles à accepter. Les rapports sociaux sont également modifiés lors du passage à la retraite, par exemple. Enfin, l'avancée en âge génère un sentiment d'angoisse vécu différemment par les personnes âgées selon leur histoire de vie et leur personnalité. De plus, il peut s'ajouter des expériences engendrées par la maladie, la perte d'autonomie et la perte d'indépendance (Belmin et al., 2005).

Selon Malaquin-Pavan et Jouteau-Neves, cité par Belmin et al. (2005), 80% de la communication est non-verbale, que l'on soit récepteur ou émetteur. Notre comportement peut faciliter ou altérer la qualité de la communication. Une bonne qualité de communication permet à la personne âgée de garder une image positive d'elle-même afin que l'adaptation dans son nouvel environnement se passe dans les meilleures conditions en particulier lors de l'institutionnalisation. Elle aide aussi à faire face aux pertes multiples auxquelles la personne âgée est confrontée et à maintenir son autonomie et son indépendance.

3.2.1 La personne âgée en EMS

Gineste et Pellissier (2003) expliquent l'évolution des maisons de retraite « d'hier à demain » en passant par les salles communes des hospices aux chambres des maisons de retraites que nous connaissons aujourd'hui. Les principaux objectifs des institutions actuelles englobent les notions de qualité de vie et de respect des personnes qui n'existaient pas à l'époque. Selon la fédération genevoise des établissements médico-sociaux (fegems, 2003), la mission d'un EMS est :

« Offrir et garantir des soins individualisés à la personne âgée en tenant compte des besoins globaux (physiques, psychiques, affectifs, spirituels, sociaux et culturels). Décider et exécuter des soins infirmiers faisant partie de son rôle propre. Exécuter des tâches déléguées par les médecins. Guider les aides soignantes dans l'accomplissement de leurs tâches. »

La loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 englobe dans les EMS, les établissements qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation dans les soins de longue durée.

Dans le canton de Fribourg, la prise en charge des personnes âgées est assurée par un large réseau d'institution, soit 2'273 lits médicalisés dans 47 EMS. En 2006, 34'874 personnes étaient âgées de plus de 65 ans dans le canton (statistiques de l'Office Fédéral de la Santé tirés du site de l'AFIPA) dont 9758 avaient plus de 80 ans. Le taux de vieillissement de la population fribourgeoise⁴ est de 13,1%. Les directeurs des EMS membres de l'AFIPA ont développé une réflexion commune pour l'élaboration d'une charte éthique afin de faire respecter les principes fondamentaux en matière d'accueil, de soutien et de respect de la personne âgée vivant en institution. Ils s'engagent à développer la qualité de vie des résidents, réduire au maximum les contraintes de la vie en collectivité, préserver l'autonomie, respecter les différents droits (intimité, pudeur, jouissance des biens, exercice des droits civiques et civils) et enfin, reconnaître le rôle social de la personne âgée en favorisant les liens avec l'entourage et la famille.

Belmin et al. (2005) expliquent que les personnes âgées vivant en institution ont souvent été contraintes de quitter leur domicile. L'acceptation est souvent difficile car ce passage implique la perte d'une certaine liberté.

⁴ Nombre de personnes de plus de 65 ans par rapport à la population générale

3.2.2 La personne âgée et les soins infirmiers

La gériologie, née en 1940 lors de la fondation de son premier institut, le Gerontological Society of America, est la discipline scientifique qui traite du vieillissement et des personnes âgées. Au début du XX^{ème} siècle, les infirmières ont le désir de se consacrer aux besoins de la personne âgée et c'est uniquement dans les années 1960 que les soins infirmiers en gériologie deviennent un domaine de soins à part entière. Dans les années 1970, les « soins infirmiers gériatriques » qui se concentraient principalement sur les pathologies des patients ont été remplacés par les « soins infirmiers gériologiques » qui s'occupent davantage des problèmes de santé et de l'optimisation de l'autonomie. Les personnes âgées représentent le type de patients qui demandent le plus de soins et c'est pour cette raison que les infirmières s'intéressent à ce domaine. Les affections chroniques de nos aînés expliquent la majorité de leurs besoins en soins (Miller, 2007).

En EMS, l'infirmière doit assurer la personnalisation des soins infirmiers. Pour ce faire, le travail en équipe est primordial. Il permet de déterminer des objectifs clairs pour chaque résident, de répartir le travail en fonction des compétences et du statut de chaque membre de l'équipe, d'assurer la continuité des soins et de transmettre les informations nécessaires dans le dossier infirmier (EMS Villa Beausite). Dans les maisons de retraites, les infirmières ont la responsabilité d'aider à maintenir le bien-être psychologique des résidents (Miller, 2007).

Les directives médico-éthiques et les recommandations du traitement et de la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) concernent les médecins, les soignants, les thérapeutes s'occupant de personnes âgées en situation de dépendance, à leur domicile, à l'hôpital ou en institution de soins de longue durée.

« La situation de dépendance signifie que la personne a durablement besoin d'aide et de soutien dans les activités quotidiennes de base (c'est-à-dire l'habillement, la toilette, l'alimentation, la possibilité d'aller aux toilettes, la mobilité, l'organisation de son quotidien, les contacts sociaux). [...]. Une personne âgée ne peut être privée, en raison de son âge ou de sa dépendance, des soins que requiert son état. Le médecin traitant, les soignants et les thérapeutes fondent leurs décisions sur une évaluation commune des aspects médicaux, psychiques, sociaux et fonctionnels

ainsi que de l'environnement ; ils respectent la dignité, la sphère privée et la sphère intime de la personne prise en charge, aussi, lorsque celle-ci n'est plus capable de discernement ou souffre de troubles psychiques. » (ASSM, 2004).

Il est important d'être attentif aux changements liés à l'âge et à ses facteurs de risques. En effet, les soins ne sont pas orientés de la même façon pour un milieu aigu ou chronique. Les changements liés à l'âge sont effectivement irréversibles et permanents. Dès lors, des interventions de soins ciblées peuvent réduire les répercussions et créer des conséquences fonctionnelles positives (Miller, 2007).

3.2.3 La perte

Selon Belmin et al. (2005), les pertes augmentent chez la personne âgée comme, par exemple, la perte des proches, la confrontation à son propre vieillissement avec le risque de se sentir infantilisée par ses propres enfants et les modifications corporelles avec un corps qui ne correspond plus à la représentation psychique que la personne se fait d'elle-même. Elle doit sans cesse trouver des ressources pour être en relation avec les autres.

Carlson (1982) définit le concept de perte comme :

« Un changement perturbant la possibilité d'atteindre des buts explicites ou implicites. [...]. On observe les conséquences de la perte de partie du corps ou de fonctions corporelles, de personnes ou de possession estimées, de capacité et même de choses plus abstraites telles que la certitude ou la capacité de pouvoir faire des projets dans la vie. »

Pour les soins infirmiers, il est important de cerner le sens qu'ont les pertes pour l'individu et également de mettre en place des méthodes pour prévenir ou réduire l'impact de la perte. L'incapacité de réaliser ses buts peut être parfois plus handicapant que la perte de l'objet, de la partie du corps ou de la fonction corporelle. Les buts d'une personne existent pour répondre à ses besoins. La gravité de la perte dépend de sa signification et de la projection des buts (Carlson, 1982).

Le cadre conceptuel a maintenant été posé pour aider à mieux cerner le sens que prendra l'étude. Nous pouvons maintenant passer à la recherche en expliquant tout d'abord la méthode utilisée.

4. Méthode

Afin de répondre à la question de recherche « quels sont les effets du toucher auprès des personnes âgées vivant en EMS qui sont décrits, vérifiés et donc à intégrer dans les soins infirmiers ? » cette revue de littérature a été effectuée sur la banque de données PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Le choix du devis de la revue de littérature étoffée paraît pertinent. En effet, ce devis permettra d'avoir de meilleures connaissances sur le toucher et plus particulièrement sur ses effets. Ce thème n'est pas encore très développé mais quelques recherches ont déjà été réalisées. Une analyse critique des articles existants pourra être effectuée afin de faire le point sur les connaissances et de donner des pistes pour une future recherche sur le terrain. Le choix du type d'études s'est porté principalement sur des études qualitatives afin de mieux cerner les ressentis des patients et des soignants. Pour aboutir à cette revue de littérature étoffée, l'auteur s'est référé aux étapes de l'analyse documentaire selon Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Tatano Beck (2007) (voir annexe 2 page 52).

Les recherches ont été effectuées de mai 2008 à mai 2009 en associant divers termes MeSH afin d'obtenir un nombre plausible d'études.

4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus pour la sélection des études sont les suivants :

- Articles publiés de 1990 à ce jour
- Langues : français, anglais
- Articles concernant les personnes âgées de 70 ans et plus
- Articles traitant du toucher ou du massage
- Contexte de recherche en milieu chronique, lieu de vie ou soins à long terme
- Articles avec question de recherche, but, méthode, résultats et discussion
- Références avec abstract sur PubMed
- De préférence, des recherches qualitatives

4.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus pour la sélection des études sont les suivants :

- Articles contextualisés en milieu aigu
- Articles avec un échantillon d'adultes, d'adolescents, d'enfants ou de nouveau-nés
- Revue de littérature qui traite de recherches déjà sélectionnées

4.3 Résultats des stratégies de recherche

Dans ce chapitre, les différentes stratégies de recherche effectuées seront développées. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte pour la sélection des articles.

4.3.1 Stratégie 1

(["Touch"[Mesh] AND "Aged"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])

Résultats: 68 articles dont les suivant ont été retenus:

- Boudreault et Ntetu (2006)
- Kolcaba, Schirm et Steiner (2006)
- Butts (2001)
- Kim et Buschmann (1999)
- Routasalo et Isola (1998)
- Routasalo et Isola (1996)
- Routasalo (1996)
- Snyder, Egan et Burns (1995)
- Moore et Gilbert (1995)
- Simington et Laing (1993)
- McCann et McKenna (1993)

4.3.2 Stratégie 2

(["Massage"[Mesh] AND "Nurse's Role"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh])

Résultats: 3 articles et aucun n'a été retenu

4.3.3 Stratégie 3

(["Aged"[Mesh]]) AND (("Nursing Care"[Mesh])) AND (("Massage"[Mesh])

Résultats: 42 et les articles retenus ont déjà été sélectionnés dans la stratégie 1, à savoir:

- Kolcaba, Schirm et Steiner (2006)
- Kim et Buschmann (1999)
- Snyder, Egan et Burns (1995)

4.3.4 Stratégie 4

Après lecture de l'article « Des moments d'apaisement et de réconfort » de Elisabeth Cabotte et Monique Boegli tiré de la revue Soins Infirmiers (2006), les auteurs ont été contactés par e-mail. Ils y ont répondu favorablement et ont transmis deux recherches en français, à savoir :

- Malaquin-Pavan (1997)
- Rapin, Desaulles, Bron, Ducraux, Loevenbruck et Steiner (2003)

4.3.5 Stratégie 5

Ayant contacté par e-mail Corinne Schaub, auteur d'une recherche en cours à la Hecv Santé de Lausanne, une recherche récente a été envoyée en retour :

- Holliday-Welsh, Gessert et Renier (2008)

4.3.6 Stratégie 6

A partir de la bibliographie de la recherche de Holliday-Welsh, Gessert et Renier (2008), les recherches suivantes ont été sélectionnées :

- Sansone et Schmitt (2000)
- Wang et Hermann (2006)

Concernant les stratégies 4, 5 et 6, les études se trouvent également sur la banque de données PubMed.

Pour chaque résultat, les résumés ont été lus et l'étude a été incluse ou exclue selon les critères ci-dessus.

Maintenant que nos seize études ont été sélectionnées, chacun de leurs résultats peuvent être analysés et regroupés en divers catégories.

5. Résultats

Le toucher est un thème subjectif, difficilement quantifiable. D'ailleurs, dans ce domaine, les recherches publiées sont plutôt de type qualitatif. De plus, sur le peu d'études réalisées sur ce thème, certaines étaient des projets pilotes et d'autres des études expérimentales afin d'évaluer leur pertinence dans le but futur d'élaborer une recherche à plus grande échelle. Pour certaines d'entre elles, l'échantillon n'était pas assez grand et indiquait une faible capacité de généralisation. La plupart des chercheurs ont utilisé l'intervention du toucher ou du massage comme outil de collecte de données souvent complété par un questionnaire ou une interview.

L'essentiel des seize recherches sélectionnées, selon les critères d'inclusion, a été retranscrit sous forme de fiche d'identification des études (voir annexe 3, page 58). Ensuite, une grille récapitulative a été réalisée afin de comparer les points essentiels des différentes recherches (voir annexe 4, page 53). Par cette opération, quatre thèmes principaux ont été retenus pour répondre à la question de recherche :

1. Les effets du toucher
2. Le toucher comme forme de communication
3. Les parties du corps touchées
4. La formation des professionnels et l'application dans les soins infirmiers

Ces quatre thèmes ont été choisis car ce sont les aspects qui émergeaient le plus des seize recherches analysées. Dans ce chapitre, chacun des thèmes seront présentés de manière plus approfondie.

5.1 Les effets du toucher

Dans l'étude de Rapin et al. (2003), les effets du toucher sont positifs pour l'ensemble des aspects observés (trait du visage, communication verbale et non-verbale, tonus musculaire, mouvements, repos, plainte). 66% des résidents ont des scores positifs pendant le massage et 90% après. Le fait que les effets positifs se manifestent plutôt après le massage que pendant n'a pas surpris les auteurs car la personne massée ressent souvent un sentiment de légèreté après l'intervention. Certains participants à l'étude de Boudreault et Ntetu (2006) ont confié que le toucher affectif les a aidés à mieux passer leur période de maladie. D'autres ont souligné que ce geste les mettait de bonne humeur ou montrait une marque de sincérité. De plus, ils ont déclaré vivre un sentiment de bien-

être et se sentaient heureux d'être touchés. Le toucher affectif a également été perçu comme un moyen de briser la solitude et d'exprimer ses émotions. Butts (2001) a examiné si le « confort touch⁵ » améliore l'estime de soi chez les personnes âgées. En lien avec chacune des cinq variables⁶ du modèle de Neumann, les effets positifs du « confort touch » augmentent pendant les quatre semaines de l'évaluation. L'étude de Sansone et Schmitt (2000) montre que les douleurs ont diminué pour les vingt-cinq résidents participants. Selon Wang et Hermann (2006), cinq résidents sur six ont pu diminuer leur dose de psychotropes grâce aux effets du toucher.

Malaquin-Pavan (1997) a ressorti que les signes physiques de détente qui sont l'endormissement, l'expression de satisfaction, de bien-être et de confort, sont plus importants durant les séances que 15 minutes après. 62% des soignants qui ont pu exercer le « tender touch » dans la recherche de Sansone et Schmitt (2000) pensent que ce geste peut diminuer l'anxiété des patients âgés et qu'il a également des résultats positifs sur l'insomnie et la déprime. Simington et Laing (1993) ont remarqué une diminution significative du niveau d'anxiété pour les personnes âgées ayant reçu une intervention de toucher thérapeutique. C'est une intervention indiquée pour ce type de population qui montre souvent un niveau d'anxiété élevée avec peu de moyens pour y remédier. Le toucher thérapeutique montre également d'excellents résultats cliniques pour promouvoir le sommeil.

Dans leur étude, Kolcaba, Schirm et Steiner (2006) ont testé le massage des mains comme une intervention de confort en utilisant la théorie de Kolcaba qui guide l'évaluation du confort en quatre domaines : le confort physique, le confort psychospirituel, le confort socioculturel et le confort environnemental. Les résultats ne montrent pas de différences significatives pour le niveau de confort entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle dans le temps. Par contre, ils ont obtenu une différence significative entre les deux groupes pendant la période d'intervention. Le massage des mains peut donc améliorer le confort sur une courte période de temps. Kim et Buschmann (1999) confirment ce résultat. Ils ont déterminé les effets du toucher sur l'anxiété des patients déments en l'évaluant par la diminution ou l'augmentation des pulsations. Les résultats montrent que les pulsations diminuent de 2 à 3 pls/min après le

⁵ Confort touch : Contact de peau à peau utilisé à des fins de confort.

⁶ Les cinq variables : Estime de soi, bien être et processus social, état de santé, satisfaction de la vie, foi/croyance/responsabilité.

massage. Par contre, chaque jour avant l'intervention, la valeur est identique à celle de la veille. L'effet n'est donc pas cumulable de jour en jour. A contrario, en évaluant les comportements dysfonctionnels, ils remarquent que ces derniers diminuent significativement de jour en jour pendant la période d'intervention. Cela signifie que plus le massage est exercé à long terme, plus les effets sont positifs. Les résultats de cette recherche sur le toucher avec verbalisation⁷ montrent que les comportements que les soignants adoptent en touchant peuvent réduire les désordres émotionnels chez les patients stressés et diminuer les troubles du comportement. Dans la recherche, la relation entre les deux variables (stress-anxiété et comportements dysfonctionnels) n'a pas été mesurée mais il est probable que la diminution de l'anxiété sur le quotidien diminue les comportements dysfonctionnels. En décrivant les effets du toucher-massage sur les comportements de la personne âgée, Malaquin-Pavan (1997) a trouvé que 79% des comportements dysfonctionnels diminuent pendant la séance de toucher-massage et 70% après l'intervention. Hollyday-Welsh, Gessert et Renier (2009) ont trouvé des diminutions statistiquement significatives des comportements dysfonctionnels comme l'errance, l'agitation verbale, l'agitation physique et la résistance aux soins pendant et après une intervention de massage chez des patients avec des troubles cognitifs importants. Les effets ont continué pendant 7 à 14 jours après la période d'intervention. Wang et Hermann (2006), par les résultats de leur recherche, ont montré une diminution de la fréquence des comportements d'agitation chez les résidents atteints de démence, présentant des scores élevés d'agitation. Les participants se sentaient souvent détendus après le traitement et ont apprécié l'intervention. Ils se sont d'ailleurs fréquemment endormis. Snyder, Egans et Burns (1995) ont choisi d'évaluer l'effet du massage des mains sur les comportements dysfonctionnels survenant durant les activités de soins. Il s'est avéré que ce type d'intervention pratiquée avant les soins du matin avait une influence sur la fréquence et l'intensité de certains comportement perturbateurs (agripper, frapper, crier, fuir). Par contre, les auteurs de cette recherche n'ont pas obtenu de résultats significatifs concernant d'autres types de comportements tels que la résistance physique et les répétitions de phrase, par exemple.

⁷ Verbalisation : Discours calme et calmant. Le coté émotionnel et le ressenti ont toute leur importance. La signification des mots utilisés est moins importante que la manière.

5.2 Le toucher comme forme de communication

Pendant les interventions de toucher-massage appliquées aux personnes âgées atteintes de démence de type alzheimer, dans l'étude de Malaquin-Pavan (1997), trois grandes formes de communication sont ressorties : le regard (76% pendant les séances et 16% après), le toucher par le patient (14% pendant les séances et 16% après) et les propos, par exemple, les commentaires de vie, les demandes (51% pendant les séances et 17% après). Ces formes de communication ont vraisemblablement favorisé le renforcement d'un climat de sécurité et de confiance auquel les personnes âgées atteintes de démence de type alzheimer sont très sensibles. Ces résultats confirment que c'est une approche utile à investir pour aller plus loin dans la communication avec la personne âgée atteinte de cette maladie. Kim et Buschmann (1999) ont choisi de déterminer les effets du toucher avec verbalisation sous forme de massage des mains. L'étude a été réalisée en trois périodes (baseline, intervention, washout). Dès le milieu de la phase d'intervention, il a été remarqué que certains patients qui répondaient peu se sont davantage exprimés, ont commencé à sourire, à répondre verbalement et à toucher les mains des chercheurs. Hollyday-Welsh et Renier (2009) ont effectué des interventions de massage pour évaluer leurs effets sur le contrôle de l'agitation chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs importants. Dans leur conclusion, il est expliqué que le rituel du massage qui implique la communication non-verbale et l'interaction de personne à personne est sans doute plus important que les effets physiques. Routasalo (1996) a réalisé une étude sur l'existence du toucher non-nécessaire (TNN) qu'il définit comme un acte spontané et émotionnel. La théorie de la proxémie de Hall a été utilisée, elle comprend quatre dimensions : intime, personnelle, sociale et pudique. En mettant en lien la communication verbale et le toucher, le chercheur a relevé que l'infirmière utilise le toucher pour souligner et intensifier le message verbal ou pour attirer l'attention du patient. Dans cette étude, les bénéfices positifs attendus n'ont pas pu être vérifiés et cela peut être expliqué par le fait que les soignants vivaient une période de stress et ont transmis cette émotion négative au patient. Pour les patients, le toucher est utilisé par les infirmières pour communiquer la gentillesse, l'amitié et parfois la mauvaise humeur. En règle générale, l'infirmière touche pour aider le patient mais évite de toucher plus que nécessaire (Routasalo & Isola, 1996). Hollyday-Welsh et Renier (2009) expliquent que le toucher peut améliorer la communication chez les personnes où l'expression verbale devient difficile. En effet, dans l'étude de Sansone et Schmitt

(2000) 71% des soignants pensent que le « tender touch⁸ » améliore leur capacité de communiquer avec les résidents.

5.3 Les parties du corps touchées

Plusieurs chercheurs ont choisi le massage des mains comme type d'intervention (Kolcaba & al., 2006 ; Kim & Buschmann, 1999 ; Snyder & al., 1995). Boudreault et Ntetu (2006) ont mis en évidence les modalités du toucher qui sont les plus appréciées par les personnes âgées. « Placer la main sur l'épaule » a été mentionné par le plus grand nombre de sujet. Viennent ensuite, « Placer la main sur le bras et placer la main sur le visage ». Routasalo (1996) a observé les parties du corps que les infirmières touchent le plus fréquemment. Sur les 178 situations observées, 107 (60%) se situent dans la zone sociale (théorie de la proxémie selon Hall) et 80 de celles-ci concernent les épaules et la partie supérieure du dos. 35 touchers ont été effectués dans la zone personnelle c'est-à-dire la zone demandant la permission, à savoir les cuisses et les genoux. Finalement, 35 touchers ont été faits sur les zones vulnérables (cheveux, oreille, joue, front, tempe, sourcil, nez, menton). Routasalo et Isola (1996) ont décrit les expériences du toucher entre patients et infirmières. Ils expliquent que ces dernières touchent principalement les mains, les bras, les épaules et les pieds. Lorsqu'une relation de confiance est établie, l'infirmière touche les joues et les cheveux. McCann et McKenna (1993) ont étudié les différents types de toucher. Il s'est avéré que les infirmières touchent également les mains, les jambes, les épaules, les bras et le dos. Tous les patients trouvent confortable d'être touchés sur les bras et les épaules. 149 touchers ont été enregistrés sur vidéo, 142 étaient des touchés instrumentaux⁹ et 7 étaient expressifs¹⁰. Le toucher instrumental est perçu comme plus confortable que le toucher expressif.

⁸ Tender touch : Défini comme une intervention systématique et structurée avec des gestes lents, un massage doux et des caresses. Les zones du corps touchées sont le front, le cou, les épaules, le dos et les mains.

⁹ Toucher instrumental : Le principal objectif du toucher est d'effectuer un acte.

¹⁰ Toucher expressif : Contact spontané et affectif.

5.4 La formation des professionnels et l'application dans les soins infirmiers

Suite à l'étude où Malaquin-Pavan (1997) a pu ressortir de réels bénéfices du toucher-massage, une formation a été mise en place au sein de l'unité. Une fois les effets positifs du toucher mesurés, un grand nombre de chercheurs, ont montré leur intérêt à l'intégrer dans les soins infirmiers. Rapin et al (2003) pensent qu'il pourrait être intégré comme nouveau moyen pour diminuer les sentiments d'impuissance chez les soignants et davantage introduit dans la formation des infirmières. Dans cette étude, les soignants ont été satisfaits de la formation au toucher-massage et se sont sentis valorisés. Certains effectuaient déjà des gestes spontanés de détente mais ne savaient pas s'ils étaient efficaces ou adaptés. Grâce à la formation, ils ont pu acquérir confiance et légitimité. Ils soulignent également que le rapport coût/bénéfice est intéressant pour une institution puisque la formation peut inclure un groupe de quatorze personnes pour une durée de trois fois trois heures. Sansone et Schmitt (2000) ont souligné que les participants étaient beaucoup plus positifs après la formation ; seulement 7% des soignants disent ne pas pouvoir en profiter dans la pratique, principalement par manque de temps.

Kolcaba et al. (2006) ont testé l'efficacité du massage des mains comme une intervention de confort sur un groupe de résidents âgés. Comme d'autres chercheurs, ils ont confirmé que cette intervention était un moyen peu cher, facile à appliquer et à intégrer dans les soins quotidiens d'une maison de retraite. Il pourrait également être enseigné aux familles (Rapin & al, 2003 ; Boudreault & Ntetu, 2006 ; Butts, 2001 ; Hollyday-Welsh & Renier, 2009 ; Routasalo, 1996 ; Sansone & Schmitt, 2000). D'ailleurs, Hollyday-Welsh et al. (2009) proposent une recherche supplémentaire pour clarifier la façon dont les proches pourraient être formés à donner des massages.

A la fin de l'étude de Sansone et Schmit (2000), les soignants ont continué à administrer le « tender touch » pour renforcer leurs relations avec les personnes soignées. Ils proposent d'introduire un masseur thérapeute dans les maisons de soins afin de former les autres soignants. De plus, Kolcaba et al. (2006) ont remarqué que la satisfaction des soins en général était significativement plus haute dans les semaines après la période d'intervention.

Dans l'ensemble des études, il est ressorti que les soignants apprécient ce soin, ils aiment masser et être massés. Dans l'étude de Rapin et al. (2003), certains soignants ont déclaré préférer avoir une formation plus longue pour mieux assimiler le contenu.

Après avoir exposé les résultats, nous pouvons affirmer que le toucher a des effets positifs, notamment sur le stress, l'anxiété, les comportements dysfonctionnels et encore, l'endormissement. Nous avons pu analyser de plus près, le toucher comme forme de communication favorisant un climat de confiance. Les parties du corps touchés ainsi que la promotion d'une formation aux interventions de toucher ont été exposés. A présent, les résultats de cette étude peuvent être discutés.

6. Discussion

Dans ce chapitre, les résultats et la méthode des diverses études seront tout d'abord critiqués. Puis, les résultats de la présente revue de littérature seront discutés et mis en lien avec le cadre conceptuel.

6.1 Discussion de la méthode et des résultats des diverses études

Au total, seize études ont été résumées sous forme de « fiche d'identification des études ». Les origines de ces dernières étaient très diversifiées, passant par les Etats-Unis, l'Irlande, la Scandinavie, la Finlande, la Corée, le Canada et la Suisse. Les études ont été sélectionnées depuis 1990 à ce jour, ceci permettant de voir l'évolution des recherches sur le thème du toucher. Etant donné qu'il n'y a pas un immense éventail d'études réalisées dans ce domaine, ce critère assez large a permis d'obtenir un nombre de recherches suffisant pour une revue de littérature étoffée. Pour le choix des études, la priorité a été donnée à des études qualitatives car le toucher est une notion peu quantifiable. De plus, ce type d'études permet de mieux cerner la perception et le ressenti des personnes soignées et des infirmières. Lors de l'élaboration des stratégies de recherche, une revue de littérature pertinente pour le thème a été trouvée mais n'a pas été retenue car elle traitait de certaines études déjà incluses dans l'analyse.

Après la sélection des études, un article a été éliminé pour son manque de pertinence. Il s'agit de l'étude de Moore et Gilbert (1995) qui traitait du sentiment d'amour et d'appartenance communiqué aux personnes âgées par le toucher. Les investigateurs ont utilisé un outil de collecte de données très peu fiable. Les sujets âgés ont visionné une vidéo où une interaction représentant une infirmière et un patient âgé était jouée. Puis, les résidents devaient répondre à des questions sur la perception du toucher en lien avec les vidéos visionnées. L'instrument de mesure contenait un grand biais étant donné que les actrices étaient toutes des infirmières du même âge, ce qui ne représentait pas l'interaction entre une infirmière et un patient âgé. La méthode de la vidéo n'est pas adéquate par rapport au thème du toucher, il est vrai que les effets du toucher devraient s'évaluer en étant en relation direct et non pas par l'intermédiaire d'un écran. De plus, plusieurs chercheurs pensent que la simulation est trop artificielle.

Quinze articles ont donc été inclus dans cette revue de littérature. L'ensemble des études sélectionnées concerne le toucher ou le massage chez les patients âgés. Le

massage a été choisi car, comme décrit dans le cadre conceptuel, c'est un type de toucher qui peut très facilement être intégré dans les soins infirmiers. La plupart des chercheurs ont utilisé une intervention de toucher ou de massage pour leur méthode de collecte de données (Malaquin-Pavan, 1997 ; Rapin & al., 2003 ; Kolcaba & al., 2006 ; Butts, 2001 ; Kim & Buschmann, 1999 ; Holliday-Welsh & al., 2009 ; Snyder & al., 1995 ; Sansone & Schmitt, 2000 ; Simington & Laing, 1993 ; Wang & Hermann, 2006). D'autres ont choisi d'évaluer l'efficacité du toucher en observant les interactions infirmières-patients (Boudreault & Ntetu, 2006 ; Routasalo, 1996 ; Routasalo & Isola, 1998 ; McCann & McKenna, 1993). D'autres encore ont collecté leurs données sous forme d'interviews (Routasalo & Isola, 1996). Concernant les interviews, la forme des questionnaires a souvent été adaptée à la personne âgée, par exemple en alternant des questions ouvertes et fermées, en fractionnant le temps en plusieurs périodes, ceci pour éviter la fatigue. En outre, un questionnaire écrit a été modifié en agrandissant les lettres des items afin qu'il soit plus lisible.

Par rapport aux cadres de références utilisés dans les études, aucune similarité n'a été trouvée. Néanmoins, des théories intéressantes ont été employées et pourraient être reprises dans une recherche future. Kolcaba et al. (2006) ont utilisé la théorie du confort de Kolcaba qui guide l'évaluation du confort en quatre domaines (physique, psychospirituel, socioculturel, environnemental). Cette théorie est effectivement intéressante car elle permet d'évaluer un aspect bien précis de la personne dans sa globalité. Le modèle de Neumann qu'a utilisé Butts (2001) considère aussi la personne globalement en tenant compte des dimensions psychologiques, socio-culturelles, biologiques, développementales et spirituelles mais cette fois-ci, un accent est mis sur l'estime de soi, le bien-être, l'état de santé, la satisfaction de la vie et la foi/les croyances/la responsabilité de soi-même. Boudreault et Ntetu (2006) ont choisi le modèle de Montbourquette comme cadre de référence qui identifie huit signes pour percevoir l'estime de soi par rapport aux valeurs personnelles et aux compétences de la personne. Routasalo (1996) a choisi d'observer l'existence du « toucher non-nécessaire » et a utilisé la théorie de la proxémie selon Hall qui différencie la distance intime, personnelle, sociale et pudique. Cette approche est effectivement très intéressante pour analyser les interactions entre patients et infirmières, en se demandant, par exemple « Est-ce que l'infirmière touche ? Quelles zones l'infirmière touche ? Comment l'infirmière touche ? ». Elle pourrait être utilisée dans la première

collecte de données d'une recherche pour avoir une évaluation de base et, afin de connaître les effets du toucher, il faudrait une appréciation plus fine. Le modèle de Hargie et Marshall utilisé par McCann et McKenna (1993) pourrait le compléter car il contextualise l'interaction du toucher, définit son rôle, l'environnement et les influences culturelles. Il en ressort deux catégories : le toucher instrumental et le toucher expressif. Ces deux éléments rejoignent les fonctions du toucher distinguées par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006) à savoir le toucher technique, le toucher diagnostique, le toucher relationnel, le toucher deshumanisant et déshumanisé et encore, le toucher communication.

Pour certaines études, on donnait l'explication que l'échantillon n'était pas assez important, ce qui a amené à une faible capacité de généralisation. L'échantillon comprenait généralement des personnes âgées de 65 ans et plus, résidants dans des maisons de retraites ou hospitalisées en soins de longue durée, en réadaptation, par exemple. Dans d'autres études, les auteurs se sont concentrés sur un échantillon de patients et d'infirmières dans la même étude (Routasalo, 1996 ; Routasalo & Isola, 1996 ; Routasalo, 1998). Malgré cette petite taille d'échantillons les études ont ramené des résultats plus ou moins similaires ce qui nous conforte quant aux choix de les analyser dans cette revue de littérature tout en sachant qu'une recherche plus rigoureuse devrait être effectuée.

Dans toutes les études, chaque participant a donné son accord pour y participer. Le but de l'étude a souvent été expliqué par un des chercheurs au patient ou à sa famille. Parfois, il n'a pas été mentionné que l'étude concernait le toucher afin de ne pas y mettre un biais. Pour les études qui comprenaient un groupe de traitement et un groupe de contrôle, les patients n'avaient pas connaissance du groupe auquel ils appartenaient.

La plupart des chercheurs ont mentionnés avoir fait la demande à la commission d'éthique qui a chaque fois été approuvée. Ils ont respectés l'anonymat lors des interviews et des questionnaires. De plus, les participants ont toujours eu le choix de prendre part à l'étude ou pas. Les études sélectionnées respectent donc les recommandations éthiques.

6.2 Discussion par rapport aux résultats de la présente étude

Ce chapitre résume les différents résultats de la présente étude en les mettant en lien avec le cadre conceptuel présenté afin de trouver des pistes d'action concrètes pour la pratique infirmière par rapport à l'utilisation du toucher vont être repris et discutés.

6.2.1 Les effets du toucher

Comme développé dans les résultats, la plupart des chercheurs ont trouvé des effets positifs à l'utilisation du toucher. Les participants de l'étude de Boudreault et Ntetu (2006) ont confié que le toucher affectif les a aidés à mieux passer leur période de maladie. Ils ont peut-être perçu le toucher comme une approche corporelle restructurante participant à la reconstruction de l'identité et à l'émergence de la pensée (Moraga, 2000). Ce même auteur explique également que le vieillard est confronté à plusieurs événements en lien avec la perte et le deuil qui le soumet à un manque de contact physique, de toucher et de caresse. Ceci apparaît au moment où la personne âgée subit divers pertes qui l'amène à s'isoler. Dans l'étude de Boudreault et Ntetu (2006), le toucher affectif a été perçu comme un moyen de briser la solitude.

Sur le plan physique, le toucher-massage amène à une augmentation de la vascularisation, à l'assouplissement des tissus et à une diminution des tensions musculaires (Bonneton-Tabariès & Lambert-Libert, 2006). Sansone et Schmitt (2000) ont prouvé que pendant les interventions de massage, les douleurs des 25 résidents participants à l'étude ont diminué.

Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006) ajoute que sur le plan moral, le toucher-massage amène à une diminution du stress et une sensation de calme. Il est donc probable que dans l'étude de Wang et Hermann (2006) où la dose de psychotropes des résidents a été diminuée pour cinq patients sur six, le toucher a eu un effet positif sur le plan moral, qui a permis ces bénéfices. L'étude de Malaquin-Pavan (1997) le confirme car les chercheurs ont obtenu des résultats positifs sur l'endormissement, l'expression de satisfaction de bien être et de confort. Toujours en référence à la littérature de Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006) qui expliquent que le toucher-massage agit sur la respiration et permet de se relaxer, plusieurs auteurs ont remarqué une diminution de l'anxiété chez les patients âgés (Sansone & Schmitt, 2000 ; Simington & Laing, 1993 ; Kim & Buschmann, 1999). Par rapport à l'endormissement, plusieurs études ont

montré que le toucher ou le toucher-massage est une intervention indiquée pour promouvoir le sommeil (Malaquin-Pavan, 1997 ; Sansone & Schmitt, 2000 ; Simington & Laing, 1993 ; Wang & Hermann, 2006). Par les résultats de ces diverses recherches, nous pouvons en déduire que le but du toucher-massage présenté par Savatofski (1999) comme moyen de rassurer, de calmer, de détendre immédiatement est confirmé.

Pascal Prayez (1989) nous rappelle « qu'on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. » En discutant leurs résultats, Kim et Buschmann (1999) relèvent le fait que les comportements adoptés par les soignants en touchant peuvent réduire les désordres émotionnels chez les patients stressés et ainsi diminuer les comportements dysfonctionnels. Snyder et al. (1995) ont examiné si le massage des mains administré avant les soins qui sont associés à des comportements agités, réduirait la fréquence et l'intensité de ces comportements durant les activités de soins. Ces chercheurs n'ont pas obtenu les résultats positifs attendus et font l'hypothèse que les soignants n'ont peut être pas administré le massage en étant confortables et ont communiqué leur stress aux patients. Il est donc intéressant de souligner que selon Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), le toucher-massage doit être vécu comme un plaisir et le soignant doit être conscient de sa propre situation. L'unité où s'est déroulée cette dernière étude avait une charge importante de travail durant le temps des recherches. Ceci peut expliquer la situation de stress des soignants. Il est tout de même important de souligner que cette étude contient probablement un biais. En effet, le temps des massages a été diminué vu la charge de travail de l'unité et il n'est pas sûr que les cinq minutes d'interventions suffisent pour amener à une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements.

Les effets positifs du toucher retrouvés dans la majorité des résultats confortent à l'idée de lui accorder davantage d'importance dans les soins. De plus, par rapport à la personne âgée qui perd un certain nombre de contacts physiques, il est important de garder à l'esprit que le sens du toucher peut perdre de sa sensibilité s'il n'est pas suffisamment stimulé (Savatofski, 1989).

6.2.2 Le toucher comme forme de communication

Selon Delalieux et al. (2001) 85% des soins infirmiers nécessitent le recours au toucher pour être effectués. On revient ici sur les différentes fonctions du toucher expliquées par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006) et ressorties comme toucher expressif et toucher expérimental dans l'étude de McCann et McKenna (1993).

Les résultats des études analysées dans cette revue de littérature montrent principalement le toucher comme un moyen utile pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs ou des troubles du comportement. Par exemple, Malaquin-Pavan (1997) a relevé trois grandes formes de communication, le regard, le toucher et les propos, qui ont vraisemblablement favorisé le renforcement d'un climat de sécurité et de confiance auxquels les personnes âgées atteintes de démence sont très sensibles. Delalieux et al. (2001) appuient cette notion en disant que tout individu, en particulier les personnes malades a besoin d'un minimum de contact physique pour vivre. De plus, les diverses pathologies de la vieillesse entraînent des modifications ou des troubles de la communication. C'est à ce moment-là que les soignants ont pour défi de trouver un autre moyen de communication pour combler le manque de relation verbale. Il est d'autant plus réconfortant d'appliquer le toucher car Holliday-Welsh et al. (2009) ont prouvé que ce dernier peut améliorer la communication chez les personnes où la communication verbale devient difficile. Pour les patients qui ne peuvent plus faire usage de la parole et/ou du langage, le toucher devient le meilleur moyen de communication. C'est un sens complémentaire à la parole qu'on appelle message non-verbal (Landry, 1989). En effet, Kim et Buschmann (1999) ont remarqué qu'au fil de la période d'intervention, les participants à leur étude se sont davantage exprimés, ont commencé à sourire, à répondre verbalement et à toucher les mains des chercheurs. Il est probable que grâce à l'utilisation du toucher, la communication est devenue plus authentique (Savatofski, 1989). Il est également important de s'intéresser aux personnes âgées qui peuvent encore communiquer verbalement car, selon Belmin et al. (2005), les pertes augmentent chez la personne âgée et celle-ci se trouve également confrontée à son propre vieillissement avec des modifications corporelles qui ne correspondent plus à la représentation psychique que la personne se fait d'elle-même.

La plupart des soignants (71%) qui ont participé à l'étude de Sansone et Schmitt (2000) ont également perçu le toucher comme un moyen pour améliorer leur capacité à

communiquer avec les résidents. Hall a démontré que la plupart des soins infirmiers se trouvent dans la zone intime et ce sont les sens du toucher et de l'odorat qui priment. Routasalo (1996) a utilisé ce modèle pour décrire l'existence du « toucher non-nécessaire » entre infirmière et patients âgés et il s'est avéré que la plupart des situations de toucher se situent dans la zone sociale¹¹ (60%). Cette différence pose des questions mais il est possible que Routasalo (1996) ait observé uniquement les situations de « toucher non-nécessaire » tandis que Hall englobe la totalité des soins infirmiers, y compris les soins techniques et les soins de base qui demandent une grande proximité.

80% de la communication est non-verbale. Le comportement que l'on adopte en interaction peut améliorer ou altérer la qualité de la communication. Elle peut ainsi permettre à la personne âgée de garder une image positive d'elle-même et améliorer son adaptation dans un nouvel environnement, par exemple lors de l'institutionnalisation (Malaquin-Pavan & Jouteau-Neves cité par Belmin & al., 2005). En effet, Hollyday-Welsh et al. (2009) ont souligné que le comportement de la personne, le rituel du massage et l'interaction de personne à personne sont plus importants que les effets physiques. D'où la nécessité d'être centré sur le patient en lui offrant un moment privilégié comme le massage. Simington et Laing (1993) ont démontré une diminution significative du niveau d'anxiété chez les patients recevant un massage par un thérapeute formé. Par contre, ils n'ont pas obtenu de différence significative entre le groupe qui a reçu une intervention par une infirmière peu familiarisée avec le massage et celle qui ne se centre pas sur le patient. Nous pouvons en déduire que le simple fait de se centrer sur le patient ne suffit peut-être pas et qu'il est nécessaire d'avoir une formation même de courte durée comme le propose Savatofski.

Par cette discussion, nous pouvons observer que le toucher est effectivement un moyen de communication privilégié avec les personnes âgées. En effet, la stimulation neuropsychologique créée par le contact physique est très importante pour nos aînés (Bécart-Bandelow, 1989). De plus, une bonne qualité de communication aide la personne âgée à faire face aux pertes auxquelles elle est confrontée (Malaquin-Pavan & Jouteau-Neves in Belmin & al., 2005).

¹¹ Zone sociale : Mains, bras, dos, épaule. La permission de la personne touchée n'a pas nécessairement besoin d'être demandée pour toucher ces zones.

6.2.3 Les parties du corps touchées

Le fait que plusieurs chercheurs aient choisi le massage des mains comme type d'intervention n'est pas étonnant. C'est une partie du corps facilement accessible, qui ne connote souvent pas de tabou, qui ne demande pas de se dévêtir et que l'on touche facilement dans la vie de tous les jours, par exemple pour se saluer. Savatofski (1989) précise que la main est une forme de langage, c'est une zone pratique, facile, et très agréable. Les effets sont immédiats et vont au-delà des mains. Le toucher-massage de la main est très localisé mais s'adresse finalement à l'ensemble de la personne.

Dans l'étude de Boudreault et Ntetu (2006), la zone du toucher la plus appréciée par les résidents a été l'épaule. McCann et McKenna (1993) ajoutent que les patients trouvent confortable d'être touchés sur les bras ou les épaules. Il est intéressant de voir, dans l'étude de Routasalo (1996), que les infirmières touchent justement principalement ces zones-là, c'est-à-dire les épaules et la partie supérieure du dos. Savatofski (1999) explique que le dos est la partie du corps qui contient toutes les tensions. Tous les soucis et les situations de stress s'accumulent sur cette partie considérée comme la plus solide du corps. Le fait de toucher les épaules, d'y poser sa main est un geste apaisant et sécurisant. Il est donc intéressant de souligner que, certainement inconsciemment, les infirmières touchent principalement la zone qui contient le plus de tension. D'autres auteurs qui ont observé les zones que touchent les infirmières, ont également relevé que le dos était une zone souvent touchée. Les autres zones sont les mains, les bras et les pieds (McCann & McKenna, 1993 ; Routasalo & Isola, 1996). Par contre, il est étonnant de voir, dans l'étude de McCann et McKenna (1993) que le toucher instrumental est perçu comme plus confortable que le toucher expressif. En effet, les patients ont peut être perçu le toucher expressif comme trop invasif et les infirmières devraient d'abord prendre le temps d'établir une relation de confiance et de bien connaître le patient avant de toucher les zones vulnérables¹². Les patients ont effectivement trouvé désagréable de se faire toucher le visage ; ils l'ont mal interprété et l'ont peut être considéré comme une intention sexuelle. De plus, il s'est avéré que les infirmières utilisent peu le toucher expressif et elles ne touchent donc pas plus que nécessaire (McCann & McKenna, 1993 ; Routasalo, 1996). Elles perçoivent certainement que le patient n'apprécie pas ce genre de toucher et l'utilise lorsque c'est adéquat.

¹² Zones vulnérables, selon Hall : Face, nuque et devant du corps.

6.2.4 La formation des professionnelles et l'application dans les soins infirmiers

Le toucher-massage nécessite une formation de courte durée (trois fois trois heures) et apporte au bénéficiaire un sentiment de bien-être tandis que les soignants découvrent de nouvelles possibilités de soins (Savatofski, 2002 ; Rapin, 2003). D'ailleurs, suite à plusieurs études, les unités de soins participantes ont continué à le pratiquer. Elles ont souhaité le mettre en place ou ont commencé les démarches. Par exemple, dans l'étude de Malaquin-Pavan (1997) les soignantes désirent mettre en place cette action le soir pour les patients ayant de la peine à s'endormir ou pour ceux dont les comportements dysfonctionnels augmentent avec la nuit. Elles aimeraient également la développer comme un temps d'animation, particulièrement pour les patients ne pouvant pas participer aux autres activités. Elles trouvent bénéfique de pouvoir aller plus loin dans l'approche du corps en l'intégrant dans les soins de nursing.

En expérimentant le toucher-massage, les soignants de l'étude de Rapin et al. (2003) se sont sentis valorisés ; ils ont pu acquérir confiance et légitimité. Savatofski (1999) l'a expliqué, en pratiquant le toucher-massage, les soignants sont plus motivés, valorisés et trouvent un sens à leur travail. De plus, c'est une méthode qui laisse de la place aux capacités de chacun pour expérimenter, innover en fonction du moment et des besoins de la personne concernée. Delalieux et al. (2001) l'appuient en disant que le toucher volontaire permet à l'infirmière de se sentir présente, d'être en relation autrement et permet de répondre aux besoins spécifiques du patient (isolement, perte d'autonomie). Routasalo (1996) a montré que les infirmières utilisent le toucher pour souligner ou intensifier le message verbal et pour attirer l'attention du patient. Routasalo et Isola (1998) ont prouvé que les infirmières ne touchent pas plus que nécessaire. Il est possible que les soignants ne touchent pas davantage par peur de faire mal ou de mal faire, peur d'infantiliser les patients, peur de choquer, peur de l'intimité ou peur de se révéler (Bonneton-Tabariès & Lambert-Libert, 2006).

Il est intéressant de relever qu'en offrant le massage des mains, la satisfaction des soins en général augmente (Kolcaba et al., 2006). C'est une notion importante car le massage des mains est une intervention facile à réaliser, prenant peu de temps et qui, apparemment, a un impact sur la qualité des soins (Savatofski, 1989).

Selon Gineste et Pellissier (2003), les principaux objectifs des institutions actuelles englobent les notions de qualité de vie et de respect des personnes âgées. En ayant

vérifié les effets du toucher et pouvant affirmer qu'ils sont positifs, cette intervention pourrait être intégrée dans les soins pour justement améliorer la qualité de vie. Elle permettrait également de mieux remplir la mission d'un EMS qui est d'offrir et de garantir des soins individualisés à la personne âgée en tenant compte des besoins globaux (Fegems, 2003).

6.3 Réponse à la question de recherche

Les résultats des études sélectionnées ont permis de ressortir les effets du toucher chez les personnes âgées institutionnalisées. Les principaux thèmes retrouvés dans la plupart des résultats ont été catégorisés. Il en ressort que le toucher a de multiples effets, en particulier sur le confort, le bien être, l'estime de soi, le stress, l'anxiété et l'agitation des patients âgés. D'autres aspects intéressants pour la pratique infirmière comme les parties du corps ou la communication par le toucher ont été ressorti des différentes études. Nous pouvons remarquer que dans la plupart des études, les professionnels ont été ouvert à suivre une formation sur une intervention de massage. Ceci leur a permis d'avoir une nouvelle ressource dans la prise en charge des résidents. Nous pouvons en déduire que le principal frein à l'application du toucher dans les soins infirmiers est le manque de formation. En effet, après avoir été sensibilisé au toucher et à ces effets, les soignants ont facilement pu l'intégrer. C'est donc une piste concrète intéressante pour la pratique. Un autre frein à l'application du toucher peut être simplement dû au fait que les infirmières concernées ne se sentent pas à l'aise avec le sens du toucher. C'est un choix à respecter.

Nous pouvons donc dire que, malgré l'aspect peu généralisable des résultats des différentes recherches, ces derniers sont similaires et la réponse à la question de recherche a pu être donnée.

6.4 Limites de l'étude

Par rapport à la méthode, le point faible de la plupart des études analysées était principalement dû à la petite taille des échantillons. Par contre, il est rassurant de voir que les chercheurs ont souvent obtenu des résultats identiques. De plus, les études avaient généralement une bonne méthodologie comprenant une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et une conclusion. Peu d'études sur le sujet ont été menées en Suisse ; par contre, les résultats sont certainement transférables d'un pays à l'autre tout en sachant que les cultures sont différentes.

Pour l'auteur, la barrière principale a été la langue. En effet, la majorité des textes étaient écrits en anglais et, ne maîtrisant pas assez cette langue, elle a eu besoin d'aide pour les traductions. Cette revue de littérature étoffée était une première expérience et, les critères méthodologiques ont été respectés au mieux.

7. Conclusion

Dans ce chapitre, les conséquences qu'a cette étude pour les soins infirmiers ainsi que les possibilités de recherches futures seront développées. Pour terminer, l'auteur fera part de ses apprentissages.

7.1 Conséquences pour les soins infirmiers

Les résultats ont montré des effets positifs quant à l'utilisation du toucher dans les soins infirmiers. En effet, il permet d'augmenter la satisfaction des soins, de valoriser la personne âgée et de diminuer le sentiment d'impuissance chez les soignants. On a également pu remarquer qu'il avait une influence positive sur l'anxiété, l'agitation, les comportements dysfonctionnels et l'endormissement.

En synthétisant tous ces effets positifs, cela confirme que des interventions de toucher et de massage pourraient être intégrés dans les soins quotidiens de la personne âgée. Il est effectivement important de réfléchir sur ce thème car, comme le développent Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), le toucher peut devenir deshumanisant à cause de nos gestes répétitifs et routiniers. Avec les années d'expérience dans le même service, nous ne réfléchissons plus autant à nos tâches quotidiennes. Sœur Marjorie Connelly, citée dans l'étude de Sansone et Schmitt (2000), estime que la technologie dépersonnalise les patients et les offres, comme le toucher, les aident à se sentir eux-mêmes. De ce fait, il serait intéressant de former davantage les professionnels au toucher, à son importance et à ses effets pour que chacun puisse y réfléchir et l'intégrer dans sa pratique. Tout en sachant que tout soignant a le droit de toucher ou pas selon son ressenti.

En plus de l'intégrer dans les soins à proprement dit, comme les soins de nursing, comme temps d'animation ou pour aider à l'endormissement, il serait intéressant de pouvoir l'enseigner aux familles qui se sentent souvent impuissantes face à leur proche en perte d'autonomie. D'ailleurs, dans la charte de l'AFIPA, il est mentionné que l'EMS s'engage à reconnaître le rôle social de la personne âgée en favorisant les liens avec l'entourage et la famille. Il faut tout de même être vigilant par rapport à la famille et laisser le choix à chacun. Concrètement, par notre rôle propre, nous pourrions le leur proposer, leur enseigner la méthode et les laisser l'appliquer ou pas, selon leurs

intuitions, leurs ressentis. Comme expliqué par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006), le toucher-massage doit rester un plaisir pour le masseur et le massé.

Etant donné que le domaine de soins en gérontologie est relativement récent (1970), il y a certainement encore passablement de méthodes qui n'ont pas été développées. S'intéresser à ce domaine et amener de nouvelles propositions donnent une grande implication pour la pratique infirmière en EMS afin d'aboutir à une prise en charge optimale. En effet, la population devient de plus en plus vieillissante et la plupart des jeunes infirmières ne désirent pas travailler en ces lieux alors que c'est le type de patients qui ont le plus grand besoin en soins. Nous pouvons faire l'hypothèse que, comme le domaine est moins développé et moins mis en valeur dans la société, il devient moins intéressant. En y réfléchissant de plus près, on remarque que c'est un domaine très riche avec une multitude de moyens et d'actions à amener pour améliorer la qualité de vie du résident. Le toucher et ses interventions comme le toucher-massage font justement partie de ces moyens à mettre en place. La population rencontrée en EMS souffre souvent de troubles cognitifs associés à la maladie d'Alzheimer qui peut entraîner des comportements dysfonctionnels, tels que l'agitation. Snyder et al. (1995) ont montré que le massage des mains administré avant les soins du matin diminue la fréquence et l'intensité de l'agitation pendant les activités de soins. Il serait donc adéquat de prendre plus de temps pour rassurer le patient et le mettre en confiance avant de commencer les soins planifiés. Cela demanderait plus de temps et donc plus de personnel mais, si le patient est calme, on peut facilement imaginer que les soins demanderont moins de temps et d'énergie. Les soignants seront certainement moins épuisés et plus valorisés et les patients moins angoissés, ce qui amène, comme prouvé dans l'étude de Kim et Buschmann (1999), à une diminution des comportements dysfonctionnels.

Nous avons pu voir, dans la recherche de Kim et Buschmann (1999), que les comportements dysfonctionnels diminuent significativement de jour en jour. Nous pouvons en déduire que pratiquer une intervention de massage des mains quotidiennement a des effets positifs à long terme. C'est donc une intervention qui est bénéfique pour diminuer l'agitation durant les soins du matin et également, en le pratiquant régulièrement, pour avoir un certain niveau de confort sur l'ensemble de la journée.

Dans le concept de la perte, nous avons pu voir qu'il est important de reconnaître les buts de la personne soignée et l'importance qu'elle leur accorde. Il est donc pertinent d'évaluer cette importance avant de vouloir à tout pris combler ses pertes, par exemple, par le toucher en sachant qu'il a des effets positifs. Il faut garder en tête que ces effets ne sont pas présents pour chacun, que tout le monde n'aime pas être touché. « Il faut permettre à chaque malade de pouvoir être touché par qui bon lui semble et qui lui semble bon » (Savatofski, 2002).

Plusieurs arguments positifs par rapport à l'application du toucher dans les soins infirmiers ont été exposés. Nous pouvons donc observer qu'il serait favorable d'intégrer des interventions de massage ou une sensibilisation au toucher dans la pratique infirmière. D'autant plus que se sont des actions qui font partie de notre rôle propre. Concrètement, en EMS, les infirmières exercent un rôle important de leader. Sur une journée, il y a généralement moins d'infirmières que d'aides soignantes présentes et ce rôle a toute son importance pour que l'organisation se déroule au mieux. L'EMS est donc un lieu privilégié pour faire passer ce type de message, pour autant que l'équipe soit collaborante. Les principales difficultés pour sensibiliser une équipe à la notion du toucher sont les représentations que les différents soignants se font sur le thème. En effet, ces professionnels ont des habitudes déjà bien intégrées, des personnalités distinctes et viennent d'horizons différents. Il est donc certainement pertinent de commencer par travailler sur ces représentations sous forme, par exemple, de « brain storming ». Ceci pourrait amener à une séance où chacun aurait la possibilité d'échanger. Ensuite, il pourrait être envisagé de proposer la formation aux personnes intéressées.

7.2 Recherches futures

Ce travail porte sur les effets du toucher chez la personne âgée vivant en EMS et sur les actions à mettre en place dans la pratique pour profiter de ces effets qui se sont avérés positifs. Pour continuer dans ce sens, il serait utile d'envisager une recherche pour cerner les effets du toucher chez la personne âgée avec un échantillon plus grand que celui présenté dans les études analysées. Ceci permettrait d'avoir une meilleure vision et de pouvoir généraliser les résultats. Il faudrait, par exemple, que l'étude se déroule dans différents EMS de Suisse. D'ailleurs, une recherche est en cours à Lausanne sur le thème de « Soins aux personnes âgées démentes en institution : analyse de l'influence

des représentations des soignants sur leurs pratiques du toucher. » par Borel, Follonier, Schaub.

Il est vrai que peu d'études sur le thème du toucher en lien avec les personnes âgées ont été réalisées en Suisse. Par les stratégies de recherches développées plus haut, uniquement une recherche menée en Suisse a été ressortie. Même si, par rapport au thème du toucher, les résultats sont transférables d'un pays à l'autre, la culture est tout de même différente et les représentations sur par rapport au toucher le sont certainement aussi. Il serait donc intéressant d'avoir des études réalisées dans nos EMS car nous en connaissons le concept, la mission et la structure. Cela nous donnerait des notions encore plus concrètes à appliquer dans les soins.

La plupart des études trouvées s'intéressaient principalement aux effets qu'a le toucher sur les patients. Afin d'avoir une étude plus complète, il serait intéressant de se tourner du côté des infirmières et de savoir pourquoi elles touchent et pourquoi elles ne touchent pas. Ceci permettrait d'obtenir concrètement ses raisons et de mettre en place des moyens pour remédier à l'aspect négatif du toucher. Nous pourrions nous pencher sur les représentations ou sur les craintes des soignants. Routasalo et Isola (1996 et 1998) l'ont déjà en partie développé mais il serait pertinent d'aller encore plus loin.

7.3 Principaux apprentissages réalisés

Ce travail m'a permis de développer un thème que j'ai trouvé passionnant et qui me donne des pistes pour ma pratique professionnelle. En effet, projetant mon projet professionnel dans un service de réadaptation, je serai amenée à travailler tous les jours avec des personnes âgées. De plus, l'objectif principal d'un service de réadaptation est la restitution de l'autonomie du patient, et j'ai pu voir dans différentes recherches que le toucher pouvait améliorer la confiance en soi et ceci a certainement une influence sur la motivation à atteindre ses buts. Grâce à l'élaboration de cette revue de littérature, je serai davantage sensibilisée à ce sens omniprésent dans notre pratique. Je serai également encore plus attentive aux besoins du patient et à ses désirs sans les toucher avec le simple argument que c'est positif ; j'évaluerai au cas par cas. Actuellement, je travaille le week-end en EMS et j'ai déjà pu faire part à mes collègues des résultats obtenus dans mon travail afin qu'ils y soient également sensibilisés.

La réalisation d'une revue de littérature étoffée a été un exercice enrichissant mais loin d'être de toute simplicité. En effet, c'était une première expérience qui a demandé une période relativement longue pour comprendre exactement la finalité du travail. Ce dernier m'a permis de me perfectionner dans la recherche d'articles scientifiques sur des bases de données fiables telles que Pubmed. J'ai maintenant une analyse plus critique des articles et cela va certainement aider mes futurs collègues lorsque des questionnements se poseront sur mon nouveau lieu de travail. Les connaissances en lien avec la recherche en soins infirmiers sont effectivement un privilège que les infirmières Bachelor peuvent amener sur le terrain.

Bibliographie

Documents publiés

Ouvrages

Anchisi, A., Luyet, V., & Hugentobler, V. (2006). *Placer une personne âgée démente en EMS. Perspectives familiales et soignantes*. Copyright : Zurich.

Bécart-Bandelow, R. & U. (1989). *Le corps et la caresse, Massage et art du toucher*. Paris : Greco.

Belmin, J., Amalberti, F. & Beguin A.M. (2005). *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées*. Paris : Masson.

Bonneton-Tabariès, F. & Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris : Medline.

Carlson, C. & Blackwell, B. (1982). *Les comportements humains concepts et applications aux soins infirmiers*. Paris : Le Centurion.

Cavalli, S. (2002). *Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison*. Lausanne : Réalités sociales.

Ginest, Y. & Pellissier, J. (2005). *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane Daniel Radford.

Hervy, M-P., Molitor, M-B., Beguin, V., Chahbenderian, L. & Farah, S. (2005). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Gérontologie, Gérontopsychiatrie*. Paris : Masson.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI).

Miller, C.A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques*. Montréal : Beauchemin.

Savatofski, J & Prayez, P. (1989). *Le toucher apprivoisé*. Paris : Lamarre.

Savatofski, J. (1999). *Le toucher massage*. Rueil Malmaison : Lamarre.

Vinit, F. (2007). *Le toucher qui guérit, Du soin à la communication*. Paris : Belin.

Articles

Boegli, M. & Cabotte, E. (2006). Des moments d'apaisement et de réconfort. *Soins infirmiers*, 4, 44-47.

Boudreault, A. & Ntetu, A.L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86, 52-65.

Butts, J.B (2001). Outcomes of comfort touch in institutionalized elderly female residents. *Geriatric Nursing*, 22, 180-4.

Delalieux, P., Jegou, E., Malaquin-Pavan, E. & Nectoux, M. (2001). Soins, approche corporelle et toucher-massage. *Soins gérontologie*, 27, 20-22.

Holliday-Welsh, et al. (2008). Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment. *Geriatric nursing*, Mar-Apr;30 (2):108-17.

Kim, E.J. & Buschmann, M.T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 235-43.

Kolcaba, K., Schirm, V. & Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 27, 85-91.

Malaquin-Pavan, E. (1997). Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente. *Recherche en soins infirmiers*, 49, 11-66.

McCann, K. & McKenna, P. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 838-846.

Moraga, M. (2000). Donner des soins restructurants à la personne âgée. *Soins gériatrie*, 21, 30-33.

Moore, J. R. & Gilbert, D.A (1995). Elderly residents: Perceptions of nurses' Comforting Touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 6-13.

Rapin, R., Desaulles, C., Bron, S., Ducraux, S., Loevenbruck, J.L. & Steiner, H. (2003). Bénéfice du toucher massage sur la qualité de vie de personnes âgées en institution : une étude exploratoire. *Soins Infirmiers*, 96(6):46-9.

Rapin, R. (2003). Prendre soin par le toucher-massage. *Soins infirmiers*, 6, 46-49.

Routasalo, P. & Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3, 165-76.

Routasalo, P. & Isola, A. (1998). Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 170-8.

Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 904-911.

Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents : a Demonstration Project. *Geriatric Nursing*, 21, 303-8.

Savatofski, J. (2002). Toucher-massage, un bienfait pour les personnes âgées. *Soins gériatrie*, 37, 33-35.

Simington, J.A. & Laing, G.P. (1993). Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly. *Clinical Nursing Research*, Vol. 2, 438-450.

Snyder, M., Egan, E.C & Burns, K.R. (1995). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in Persons with dementia. *Geriatric Nursing, 16*, 60-3.

Wang, K.L. & Hermann, C. (2006). Pilot study to test the effectiveness of healing touch on agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing, 27*, 34-40.

Documents non publiés

Boegli, M. & Cabotte, E. (2007). *Douleur et soins palliatifs: Quels développements possible de formation en massage dans les unités de soins des HUG? Hôpitaux universitaires de Genève.*

Guigoz, M. (2007). *Guide de présentation des travaux et des références bibliographiques.* [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Noth, J. (2007) *Les besoins de la famille d'un patient admis aux soins intensifs pour un sévère traumatisme crânio-cérébral (TCC).* Travail de diplôme en vue de l'obtention du titre d'infirmière HES. Haute école de santé Fribourg.

Schaub, C., Borel, C. & Follonier, M.C. (2007). Extrait de la 2^{ème} partie indications scientifiques formulaire de requête pour subsides de recherche DORE. *Document non-publié.*

Schaub, C. & Rapin, R. (2004). Revue de la littérature non publiée pour un projet DORE intitulé « Evaluation des effets de la pratique régulière du toucher-massage sur l'agitation des résidants âgés déments ». Lausanne : HECVSanté.

Documents électroniques

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (AFIPA) (s.d.) *Charte éthique* [Page Web]. Accès : <http://www.afipa-vfa.ch/sommaire/Charte.htm> [Page consultée le 16 juin 2009]

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (AFIPA) (s.d.) *Les chiffres du réseau médico-social fribourgeois autour de la personne âgée dépendante ou fragilisée.* [Page Web]

Accès : http://www.afipa-vfa.ch/exposes%20JR%202007/Chiffres_RMSF.pdf [Page consultée le 17 juin]

Confédération suisse (s.d.) *Atlas de la vie après 50 ans. Personnes de 80 ans et plus vivant en EMS, en 2000.* [Page Web]

Accès :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/thematische_karten/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/la_vie_en_institution/vivre_en_institution.html [Page consultée le 17 juin 2009]

EMS Villa Beausite. (1.04.2007) *Concept de soins, d'accompagnement et d'animation.* [Page Web]

Accès : http://www.mno.ch/intra_stud/stages/form_prat/ems/Concept_soins_Villa_b-site.pdf [Page consultée le 18 juin 2009]

Fédération des médecins suisses (FMH) Directives actuellement en vigueur (18 mai 2004) *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance. Directives médico-éthiques et recommandations.* [Page Web]

Accès : <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html> [Page consultée le 18 juin 2009]

Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux (fegems) (août 2003) *Infirmier en EMS.* [Page Web]

Accès : <http://www.fegems.ch/extranet/attachments/352/infirmier.pdf> [Page consultés le 18 juin 2009]

Annexes

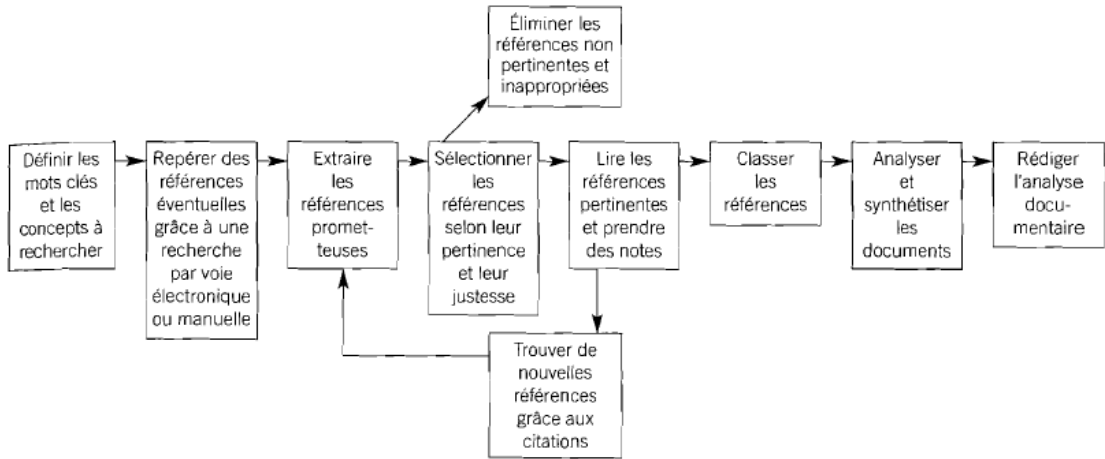
Annexe 1 : Déclaration d'authenticité

«Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées»

Aurélie Menoud

Annexe 2 : Etapes de l'analyse documentaire

FIGURE 7-2
Les étapes de l'analyse documentaire



Annexe 3 : Tableau de recension des écrits scientifiques

Auteurs Année	Type ou devis	Echantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de Référence	Méthodes de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/ Conclusion
Malaquin- Pavan (1997)	Projet pilote avec un devis expérimental.	4 patients âgés en institution	Décrire les effets du toucher-massage sur les réactions verbales, non- verbales et comportementales sur une population âgée hébergée en long séjour.	Virginia Henderson	-Evaluation des comportements (Peoples, 1982) -Grille d'observations cliniques -Intervention de toucher-massage de 30 minutes par semaine pendant 6 mois	Pas de score pour la signification des résultats n'a pu être établi.	<i>Bénéfices positifs</i> : 79% pendant et 70% 15 minutes après l'intervention. (sur 6 comportements dysfonctionnels. Autres signes de bénéfices : détente, satisfaction, communication, endormissement <i>Absence de bénéfices</i> : 16% pendant et 20% 15 minutes après l'intervention. <i>Actions</i> : pratiquer l'intervention au coucher. Activités pour les patients ne participant pas aux animations. Soins de nursing.
Rapin, Desaulles, Bron, Ducraux, Loevenbruck, Steiner (2003)	Etude systématique exploratoire. Devis quasi expérimental.	5 résidents âgés par soignants (13) soit 65 résidents.	Vérifier les effets du toucher-massage pour que cette intervention soit reconnue et pratiquée lorsque le besoin est identifié. Ainsi, les institutions pourraient investir dans la formation de leur personnel.		-3 mois -Formation des professionnels -Grille d'évaluation des effets du toucher- massage -Carnet de bord -Interventions de toucher-massage	-Stata 7	-Effets positifs sur la communication non- verbale, les mouvements et le repos (pendant la séance 66%, après la séance 90%). -Concordance avec les résultats de Joël Savatofski. -Les massages sont adaptés au besoin de la personne et au contexte. -Environnement peut avoir une influence négative. -Toucher massage = rôle autonome de l'infirmière, donc formation à promouvoir
Kolcaba, Schirm, Steiner (2006)	-Devis quasi- expérimental -Etude comparative entre deux groupes de résidents.	Résidents de maisons de retraite ou de services de réadaptation. grpe TTT : 35 grpe témoin : 25	Tester l'efficacité du massage des mains comme intervention de confort et mesurer la satisfaction des résidents des maisons de retraite.	Théorie du confort de Kolcaba	-Formation des professionnels -5 à 8 minutes par main -Questionnaire de confort général (GCQ) adapté pr l'étude -Etude en 3 temps -5 semaines		-Pas de différence significative pr le niveau de confort dans le temps. Au T2 (intervention), une différence significative a été observée entre les deux groupes. Le groupe de TTT avait un plus haut niveau de confort. -Intervention pas chère, efficace, facile à appliquer, réconfortante sur une courte période. -Promouvoir la formation du personnel pour améliorer le confort et la satisfaction des soins.

Boudreault, Ntetu (2006)	Approche qualitative descriptive	Personnes âgées ayant besoin de réadaptation ou d'une évaluation des capacités globales.	Identifier les modalités du toucher affectif qui influencent positivement ou négativement son estime de soi.	Modèle de Monbourquette (estime de soi)	-2 mois -Tableau de synthèse de Monbourquette -Définition du toucher affectif selon De Wever -Rencontres hebdomadaires	Procédure de l'analyse de contenu qui a permis de déterminer des thèmes selon un processus d'analyse synthèse.	-Le toucher affectif devrait être systématisé dans les soins, il améliore leur qualité. -Dans l'ensemble, par le toucher, les résidents se sentent aimés des autres, se sentent de bonne humeur et il permet parfois de mieux vivre la maladie. -Effets positifs sur l'estime de soi. -Intégrer le toucher affectif dans les SI.
Butts (2001)	Devis expérimental	45 femmes	Examiner si le « <i>comfort touch</i> » améliore la perception de soi chez les femmes âgées vivant en EMS.	Modèle de Neumann	-3 groupes : groupe de contrôle, groupe recevant une interaction verbale et groupe de TTT. -4 semaines	Moyenne des données pour avoir une signification des variables dans chaque période.	-Chaque variable augmente pour le groupe de TTT. -Pas de différence significative pour le groupe de contrôle et le groupe avec interaction verbale. -Rendre le toucher plus important dans les soins.
Kim, Buschmann (1999)	Etude qualitative	30 résidents âgés	Déterminer les effets du toucher avec verbalisation sur les troubles du comportement et l'anxiété des patients déments pendant et après l'intervention.	-Le modèle PLST -Le modèle du toucher	-Intervention du massage des mains -Echelle E-BEHAVE-AD (maladie d'alzheimer) -Mesure des pulsations pour l'anxiété.		-Les pulsations baissent significativement après le massage. Effet non-cumulable de jour en jour. -Les comportements dysfonctionnels diminuent significativement pendant la période d'intervention et remontent après. -Méthode simple, pas chère, améliore et maintient une bonne qualité de vie.

Holliday-Welsh, Gessert, Renier (2009)	Etude prospective	52 patients âgés vivant en maison de retraite.	Améliorer la compréhension du rôle éventuel du massage dans le contrôle de l'agitation et dans les problèmes de comportement chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs.		-Intervention de massage -Echelle pour évaluer l'agitation (Snyder)	ANOVA	-Niveau d'agitation plus faible pour 4 des 5 symptômes évalués. -Effets ont continués pendant 7 à 14 jours post-intervention. -Gestion de l'agitation doit être individualisée, évaluer les facteurs déclenchants. -Le massage améliore la communication chez les personnes avec difficultés communicationnelles. -Intervention peut couteuse, facile à apprendre avec un effet sur l'agitation des personnes âgés souffrant de troubles cognitifs.
Routasalo (1996)	Etude qualitative	-94 personnes âgées. -32 infirmières	Décrire l'existence du TNN (toucher non-nécessaire) entre infirmière et patients âgés dans les situations de soins du matin et du soir.	La proxémie selon Hall	-Observation du toucher selon El Kafass -Vidéo -Dessin -3 semaines -182 situations	Analyse quantitative et qualitative.	-Le TNN apparaît ds 99 situations sur 182 -Types : main, épaule, dos. (zone sociale) -Utilisé pr poser une question, encourager, aider, attirer l'attention. -Patients touchent peu les infirmières, en général pr remercier. -Communication verbale = complément au toucher.
Snyder, Egan, Burns (1995)	Etude qualitative	26 sujets âgés atteints de démence de type alzheimer	Explorer si le massage des mains administrés avant les soins souvent associés à des comportements agités, réduirait la fréquence et l'intensité de ces comportements durant les soins.		-35 jours -Mise en évidence des comportements -Massage des mains selon un protocole -5 phases		-Le massage des mains diminue la fréquence et l'intensité de certains comportements le matin. -Pas de différence significative pour certains comportements le matin et d'autres comportements le matin et l'après-midi. -Pas obtenus les effets positifs attendus. -Intervention de courte durée. -Soignants stressés pendant l'étude.

Sansone, Schmitt (2000)		59 résidents âgés d'un centre de soins.	Examiner l'utilisation du <i>tender touch massage</i> chez les résidents souffrant de douleurs et d'affections chroniques comme l'arthrite, l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer et ses troubles associés.		-3 mois, intervention 2x par semaine -Formation pour le personnel et les familles -Evaluation de la douleur, de l'anxiété, de l'agitation et de l'orientation.		-Les soignants étaient très satisfaits des résultats de cette étude, ils ont trouvé un moyen de réduire les comportements agressifs, d'améliorer les insomnies et la déprime. -Les douleurs ont diminués pour tous les résidents -Les effets sur l'agitation et les comportements agressifs ne sont pas visibles à long terme. -Manque de temps pour l'équipe.
Simington, Laing (1993)	Etude qualitative	105 sujets âgés ne présentant pas de troubles cognitifs.	Déterminer les effets du toucher thérapeutique sur les différents niveaux d'anxiété sur un échantillon de personnes âgées institutionnalisées.		-Interventions et questionnaire -3 groupes	ANOVA	-Niveau d'anxiété significativement plus bas pour le groupe de TTT que pour le groupe de contrôle 2. -Pas de différence significative entre le groupe de contrôle 1 et le 2. -Composants essentiels du TT sont la compassion, l'intention et le transfert d'énergie.
Moore, Gilbert (1995)	Etude qualitative	25 résidents âgés avec troubles cognitifs.	Examiner si l'affection et l'immédiateté, c-à-d l'amour et le sentiment d'appartenance peuvent être communiqués aux personnes âgées par le toucher.	Modèle de Burgoon	-Questionnaire -Montrer des vidéos avec interactions de toucher aux résidents.	ANOVA	-Différences significatives pour les patients par rapport aux infirmières qui ont utilisé le toucher et celle qui ne l'ont pas fait. - <i>Le comforting touch</i> aide le patient à se sentir aimé et aimable. -Les résidents perçoivent une plus grande affection et immédiateté des infirmières qui pratiquent le <i>comforting touch</i> . -A intégrer dans la pratique infirmière

Routasalo, Isola (1996)	Etude qualitative	25 patients âgés et 30 infirmières.	Décrire les expériences du toucher sur les personnes âgées en soins à long terme ainsi que celles de leurs infirmières.		-Interviews semi-structurés	Interviews enregistrés sur K7 puis retranscrits. Données analysées avec « content analysis »	-Les patients décrivent le toucher des soignants comme chaud, confortable et agréable. Accepte le toucher lorsqu'ils ont besoin d'aide. -Les infirmières trouvent facile, naturel et important de toucher les patients. Il est utilisé pour prendre soin, exprimer ses sentiments, augmenter le confort et calmer. -Zones : mains, bras, épaules, pieds.
Wang, Hermann (2006)	Etude qualitative comparative. Devis quasi expérimental.	Etablissement pour anciens combattants atteints de démence. (18 lits)	Evaluer l'efficacité du <i>healing touch</i> dans la réduction des niveaux d'anxiété et d'agitation des résidents atteints de démence.		-2 groupes : ttt et soins usuels -CMAI pour évaluer l'agitation -Technique de <i>Healing Touch</i>	Test d'hypothèses statistiques	-Efficacité de l'HT sur l'ensemble du groupe. Diminution significative de l'agitation. -Diminution des ttt psychotropes.
Routasalo, Isola (1998)	Etude qualitative	5 paires infirmières-patients	Trouver comment les infirmières diplômées touchent les patients âgés avec des capacités de communication réduite.		-10 situations de SI par paires ont été enregistrées. 50 situations au total, soit 12h de film -2 mois	Analyse avec la philosophie de Ricoeur.	-L'infirmière touche pour aider mais évite de toucher plus que nécessaire. -La caméra a peut être influencé l'utilisation du toucher. -Les infirmières arrivaient à anticiper les réactions des patients. -Description des résultats pour chaque paire.
Mc Cann, Mc Kenna (1993)	Etude qualitative	14 patients âgés d'un service de soins à long terme.	Découvrir le nombre et le type de toucher reçu par les patients âgés de la part des infirmières et évaluer la perception des patients face au toucher donné par les infirmières.	Modèle d'interaction interpersonnel de Hargie et Marshall.	-Observation d'interactions -Interviews semi structurés -2 jours, 16h d'observations		-149 touchers ont été enregistrés -Zones : main, jambes, épaules, bras, dos -Toucher instrumental est perçu plus confortable que le toucher expressif. -La plupart des touchers sont instrumentaux -L'infirmière et le patients devraient faire connaissance avant d'aborder le toucher expressif.

Annexe 4 : Tableaux des fiches d'identification des études

Grille 1

Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Recherche en soins infirmiers 1997</p> <p>Evelyne Malaquin-Pavan Infirmière spécialiste clinique Hôpital Corentin</p>	<p>-Projet pilote Devis : expérimental</p>	<p>4 patients parmi les 18 répondants positivement aux critères d'inclusion ont été tirés au sort.</p> <p>Facteurs d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sujet consentant et/ou par l'intermédiaire du représentant légal. -Sujet âgé de plus de 65ans. -Sujet institutionnalisé depuis plus de 6 mois dans l'unité. -Sujet n'ayant reçu aucune nouvelle stimulation supplémentaire, d'animation ou dans le déroulement des activités de la vie quotidienne habituelles depuis plus d'un mois. -Mini Mental Test de Folstein <15 -Démence d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée. -Sujet n'ayant eu aucune modification médicamenteuse depuis au moins un mois. -Sujet présentant des problèmes de comportements dysfonctionnels d'errance, d'agitation et/ou de cris. 	<p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Décrire les effets de cette action de stimulation non-verbale associant le toucher-massage de réflexologie sur les réactions verbales, non-verbales et comportementales intra-individuelles et collectives de cette population ciblée. -Etre à même de dégager des critères en faveur de bénéfices positifs ou d'absence de bénéfice pour une future recherche. -Mesurer les perspectives pour l'équipe référente. <p>Question de recherche : Quelles sont les répercussions d'une stimulation non-verbale associant le toucher-massage réflexologique sur l'expression des comportements dysfonctionnels de la personne âgée souffrant de déficits cognitifs en lien avec une démence de type Alzheimer et hébergée en long séjour?</p> <p>Hypothèse : Chez la personne âgée hébergée en long séjour, atteinte de déficits cognitifs liés à une démence de type Alzheimer, la stimulation non-verbale et plus particulièrement le toucher-massage incluant le massage réflexologique, diminue transitoirement l'expression des comportements dysfonctionnels.</p> <p>Concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soins infirmiers et massage -Communication non-verbale 	<p>Virginia Henderson, modèle conceptuel de soins infirmiers utilisé dans l'approche globale de la personne âgée. C'est avec cette théorie que travaille l'équipe soignante concernée par la recherche.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Collecte de données biopsychosociales et spirituelles suivant le modèle de Virginia Henderson réalisée à J-1 avec l'équipe soignante. -Descriptif du ou des comportements dysfonctionnels présentés par le bénéficiaire réalisé à J-1. Ceci permettra d'évaluer les éventuelles modifications qui surviendraient pendant ou après chaque séance et de centrer l'équipe sur les observations importantes à noter sur le plan de soins. -Tous les actes de soins et thérapeutiques dispensés font l'objet de notes écrites quotidiennes afin d'avoir un témoin du bon déroulement de l'organisation et de mesurer certains changements qui auraient lieu pendant l'étude. -MMS : pour inclure les sujets dans l'étude, il sera réactualisé à J0 s'il a été fait plus d'un mois avant l'étude puis sera revu à J 180. -L'instrument d'évaluation des comportements développé par PEOPLES (1982) est réalisé à J 0, J 90, J 180 avec le médecin, la psychologue du service et l'équipe soignante. -Une échelle de démence hiérarchisée (EDH COLE et DASTOOR, 1989) qui permettra 	<p>Etant donné qu'il n'existait pas d'antécédents de cette pratique dans la littérature (avant 1997), les auteurs ont considéré cette recherche comme une première approche qui ne permet pas de définir au préalable de score pour la signification des résultats.</p> <p>Ils ont néanmoins retenu certains critères potentiellement en faveur d'un bénéfice positif pour le résident ou à l'inverse, une absence de bénéfice.</p> <p>Critères en faveur d'un bénéfice positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceptation de l'activité -Arrêt ou diminution du comportement dysfonctionnel -Signes physiques de détente (respiration ample, posture eutonique, faciès lisse, sourires) -Endormissement/sommeil -Recherche d'une forme de communication avec l'investigatrice -Expression verbale de satisfaction (propos, soupirs d'aise) <p>Critères en faveur d'une absence de bénéfice :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Refus de l'activité -Maintien ou augmentation du comportement dysfonctionnel -Signes physiques de tension (crispation corporelle, agitations des membres, respiration superficielle, faciès crispé) 	<p>Résultats en lien avec l'instrument de sélection :</p> <ul style="list-style-type: none"> -MMS : Il est peu significatif pour 3 sujets retenus car score égal à 0. Pour le dernier sujet, il montre une évolution : J 0 = 11, J 180 = 13. <p>Résultats en lien avec les instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instrument d'évaluation des comportements selon PEOPLES : Les évaluations à J 0, J 90, J 180 pour les quatre sujets montrent des scores identiques. Les différences de scores correspondent à l'évolution de la maladie. -L'échelle de démence hiérarchisée (EDH) : La présence chaleureuse des auteurs a aidé un participant par rapport à ses « trous de mémoire ». -La grille d'observation clinique : Dès la 4^{ème} séance, les auteurs remarquent que, de manière très stable, les mêmes items non-verbaux se reproduisent pour un même sujet. Puis, ce constat est confirmé tout au long des 51 séances. -L'enregistrement vidéo : La saisie vidéo systématique a été abandonnée car cela désorganisait la planification des autres soins. Seules les séances prévues comme base de référence à J 0, J 90, J 180 ont été réalisées. <p>Résultats par critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceptation/Refus : Acceptation à 95%. Le refus était en lien direct avec un événement extérieur ou exprimé par le sujet en début de séance. -Arrêt/Diminution/Maintien/Augmentation du ou des comportements dysfonctionnels : Les 7 comportements dysfonctionnels observés ont été présentés dans 2 tableaux (pendant et après) et les bénéfices positifs ou absence de bénéfice sont montrés sous forme de pourcentage. Pour les 2 critères en faveur d'un bénéfice positif (arrêt et/ou diminution du comportement dysfonctionnel), le pourcentage est de 79 pendant et 70 % 15 min après la séance. Pour les critères en lien avec une absence de bénéfice, les pourcentages sont 	<p>Discussion par rapport à la méthode</p> <ul style="list-style-type: none"> -MMS : Intérêt uniquement pour définir un critère d'inclusion -Instrument d'évaluation des comportements de PEOPLE : a permis d'objectiver des modifications parfois peu perçue par l'équipe -L'échelle de démence hiérarchisée (EDH) : Il permet de mieux cerner les répercussions déficitaires de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Cet outil est en cours de généralisation pour tout bilan d'entrée et de suivi au sein du service concerné. -La grille d'observations cliniques : L'instrument réalisé par les investigatrices n'a été soumis à aucune validation scientifique mais, elle pourrait amener les premiers éléments de base pour une validation future. Le dépouillement manuel a été lourd et l'informatique devrait permettre d'obtenir des résultats plus fins. -L'enregistrement vidéo : Pour une prochaine recherche, il est conseillé de prévoir une personne chargée de l'enregistrement et du matériel afin que l'investigatrice puisse se concentrer uniquement sur le bénéficiaire. -Qualité des informations transmises : Risque de pertes d'informations à cause des transmissions écrites et la présence limitée des investigatrices. Celles-ci se sont appuyées sur leurs observations durant leur temps de présence et sur les échanges avec les membres de l'équipe. -Modalités des séances : Le suivi régulier de cette activité nécessite l'appropriation par au moins 2 personnes de l'unité. Une action de formation va être mise en place au sein de l'unité. Au niveau du créneau horaire, il est important de respecter les habitudes du bénéficiaire. Au niveau du lieu, le seul critère à prendre en compte est le confort du bénéficiaire. L'adaptation permanente du massage est nécessaire selon le patient (mouvements rapides, lents) -Déroulement de l'expérience sur 6 mois : Aucun événement ou imprévu n'est venu influencer les résultats de la recherche, toutefois, il est important de le garder à l'esprit pour une prochaine recherche. -Population environnante : Il est arrivé que certains patients entrent dans le lieu où se déroulait l'action mais cela n'a pas semblé avoir une incidence sur le sujet massé. -Choix du devis expérimental : La principale limite du devis représente la faible capacité de généralisation à cause du nombre limité de sujets. <p>Discussion par rapport aux critères retenus par les sujets :</p>

<p>de déterminer la gravité de l'état démentiel.</p> <p>-Grille d'observations cliniques. Ne trouvant pas de grilles spécifiques, les auteurs ont choisi d'en élaborer une. Ils se sont inspirés de SAULNIER, DUCHARME, FRANCOEUR et BLANCHARD. Cette grille permettra de saisir les réactions verbales et non-verbales du sujet pendant l'action de stimulation et dans les 15 minutes qui suivent celle-ci.</p> <p>Modalités des séances :</p> <p>-Suivi individuel de quatre sujets durant 6 mois, à raison de 2 interventions de 30 minutes par semaine (51 interventions par bénéficiaire et 204 interventions au total)</p> <p>-Même lieu est utilisé pour chaque séance : la chambre du bénéficiaire</p> <p>-Une camera est installée pour enregistrer l'intervention</p> <p>-Position choisie par le résident (fauteuil, assis, semi-assis, allongé)</p> <p>-Le même créneau horaire est utilisé pour chaque séance</p> <p>-Les séances ont lieu le mardi et le vendredi</p> <p>-La même infirmière assure le suivi des bénéficiaires confiés à sa charge pour cette action de stimulation</p> <p>-La lecture des cassettes vidéo aidera à remplir la grille</p>	<p>-Absence de communication verbale et/ou non-verbale avec l'investigatrice</p> <p>-Expression verbale d'insatisfaction</p> <p>Critères de non adaptabilité :</p> <p>-Tout arrêt des manifestations caractérisant le ou les comportements dysfonctionnels observés liés à l'évolution de la maladie ou à une cause externe, rend « non adaptable » cet item dans l'exploitation des résultats.</p>	<p>de 16% pendant les séances et de 20% 15 min après les séances.</p> <p>Globalement, il y a un bénéfice positif de l'action de toucher-massage de réflexologie sur 6 comportements dysfonctionnels (errance, écholalie, cris, mouvements répétitifs, anxiété).</p> <p><i>-Signes physiques de détente ou de tension :</i></p> <p>Collectivement, les signes de détente sont plus importants durant les séances (59%) que 15 minutes après (52%). Le taux des signes de tension reste stable pendant et après (14%). L'apparition des signes de détente ont souvent été observés après 10 minutes de massage.</p> <p><i>-Expression de satisfaction ou d'insatisfaction :</i></p> <p>Le taux d'expression de satisfaction est de 24% durant les séances et de 19% 15 minutes après les séances. Le taux d'expression d'insatisfaction est de 3% durant les séances et de 2% 15 minutes après les séances. Le taux de neutralité se situe à 73% durant la séance et à 75% 15 minutes après.</p> <p><i>-Formes de communication avec les chercheuses :</i></p> <p>Le taux de recherche de forme de communication avec l'investigatrice est de 59% pendant les séances et de 23% 15 minutes après les séances.</p> <p>3 grandes formes de communications ont été ressorties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Le regard : échanges, observations, suivi des yeux = 76% pendant la séance et 16% 15 minutes après en sachant que 42% dorment à ce moment là. 2.Le toucher : D'autres parties de son propre corps ou de l'investigatrice = 14% pendant les séances et 16% après. 3.Propos : Commentaires de vie, demandes = 51% pendant les séances et 17% 15 minutes après. <p><i>-Endormissement/sommeil :</i></p> <p>En moyenne, le taux d'endormissement durant les séances est de 34% et, 15 minutes après les séances, il se situe à 42%.</p>	<p><i>-Acceptation/Refus :</i></p> <p>L'élément déterminant un taux si élevé d'acceptation est le respect des grands principes qui facilitent l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité.</p> <p><i>-Comportements dysfonctionnels :</i></p> <p>Les bénéfices positifs les plus significatifs concernent l'errance, l'écholalie et les mouvements répétitifs des mains. Par rapport à l'arrêt ou la diminution du ou des comportements dysfonctionnels, il est difficile de démontrer si c'est ce dernier qui est source de satisfaction ou si au contraire c'est ce bien-être qui influence l'arrêt ou la diminution du comportement dysfonctionnel.</p> <p><i>-Signes physiques de détente et/ou de tension :</i></p> <p>Ces signes ont été mesurés par les 2 investigatrices. Les bénéfices obtenus sont à prendre en compte pour adapter les interventions auprès de clients errants.</p> <p><i>-Expression verbale de satisfaction ou d'insatisfaction :</i></p> <p>Etant donné que les bénéficiaires souffrent de DTA, les investigatrices ont trouvé intéressant d'analyser les modes d'expression verbale pour réaffirmer que même si le discours est incompréhensible voir incohérent, il vaut la peine d'être finement observé pour mieux comprendre ce que cherche à nous dire la personne âgée.</p> <p><i>-Formes de communications :</i></p> <p>Ce critère a été retenu uniquement en faveur d'un bénéfice positif, il inclut principalement le regard, le toucher, l'observation et les commentaires verbaux. Ces différentes formes de communication ont été prises en compte et ont vraisemblablement favorisées le renforcement d'un climat de sécurité et de confiance.</p> <p><i>-Endormissement/Sommeil :</i></p> <p>Critère retenu uniquement en faveur d'un bénéfice positif par le repos qu'apporte généralement le sommeil. Le manque de sommeil n'est pas un critère en faveur d'une absence de bénéfice car les résidentes sont généralement éveillées durant cette tranche horaire. Il y a un lien observable entre l'action de toucher-massage de réflexologie et l'endormissement. Ceci encourage à le promouvoir dans la pratique pour les patients ayant des difficultés d'endormissement.</p> <p>Discussion sur la répercussion dans l'équipe référente et perspectives</p> <p>-L'équipe de nuit désire pratiquer cette action pour les patients ayant de la peine à s'endormir ou ceux dont les comportements dysfonctionnels augmentent avec la nuit</p> <p>-L'équipe de l'après-midi aimerait développer cette action comme activité individuelle pour les patients ne participant à aucune autre</p>
---	--	--	---

<p>d'observation</p> <p>-Analyse des transmissions significatives annotées par l'équipe dans le dossier de soins individualisé du bénéficiaire, dans le but de suivre l'évolution des bénéficiaires tout au long des 6 mois</p> <p>- Le massage s'effectue à mains nues, par des mouvements successifs d'effleurage, de pétrissage, et de pressions. Aucun produit n'est utilisé.</p>			<p>animation</p> <p>-L'équipe du matin aimerait pouvoir aller encore plus loin dans l'approche du corps, par exemple dans les soins de nursing</p> <p>-Deux projets de formation-action sont en cours d'élaboration pour l'équipe concernée. Ils seront successif afin qu'il y ait une meilleure intégration du concept de l'approche corporelle</p> <p>Discussion sur la répercussion sur les investigatrices et perspectives</p> <p>Elles affirment que la maîtrise du toucher-massage est très importante pour cette population. Au cours de la recherche, les investigatrices ont pu remarquer que les sujets âgés atteints de DTA sont très sensible au climat de confiance et de sécurité.</p> <p>L'expérience sur 6 mois renforce leur motivation et confirme que c'est une approche utile à investir pour aller plus loin dans la communication avec la personne âgée atteinte de DTA.</p> <p>Conclusion</p> <p>La recherche descriptive a pu faire ressortir plusieurs bénéfices positifs sur l'expression de certains comportements dysfonctionnels et un certain nombre de difficultés méthodologiques, dans le choix des instruments de mesure. Les résultats obtenus dans ce projet pilote de recherche justifient la poursuite de cette intervention auprès de cette population ciblée. Malgré la faible capacité de généralisation, les bénéfices rapportés méritent l'attention des chercheurs et des intervenants qui accompagnent les personnes âgées souffrant de DTA. Les bénéfices positifs sont visibles dans tous les critères retenus, plus particulièrement dans les comportements dysfonctionnels, l'état de détente et l'aide au sommeil.</p> <p>Ce travail a permis aux auteurs d'affiner leur jugement clinique fondé sur des connaissances supplémentaires spécifiques.</p>
---	--	--	---

Bénéfice du toucher-massage sur la qualité de vie de personnes âgées en institution : une étude exploratoire

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Soins infirmiers 2003 Ruth Rapin Cécile Desaulles Sandrine Bron Sylvie Ducraux Jean-Luc Loevenbruck Huguette Steiner	Etude systématique exploratoire. Devis quasi expérimental.	Chaque soignant parmi les 13 volontaires ont choisi leurs 5 résidents qui devaient avoir au minimum l'âge de la retraite.	<p>But : Vérifier les effets du toucher-massage pour que cette intervention soit reconnue et pratiquée lorsque le besoin est identifié. Cela pourrait inciter les institutions d'hébergements à investir dans la formation de leurs personnels au toucher-massage et des étudiants à choisir ces lieux pour leur stage, sachant que le personnel y pratique couramment ce qui leur est enseigné.</p> <p>Hypothèses : Le toucher-massage au cours de l'assistance aux activités de la vie quotidienne améliore le bien-être des résidents même s'il est de courte durée. Cette amélioration s'observe par une détente physique et psychique. Le plaisir, la participation à des activités, la collaboration peuvent en être améliorés.</p> <p>Une formation de trois fois trois heures au toucher-massage et au massage-minute permet à tout soignant motivé d'intégrer cette pratique à son offre en soins. L'exercice régulier du toucher-massage lui permet de se sentir assuré et confiant. L'adaptation aux besoins et aux demandes s'en trouve améliorée.</p>	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
<p>L'étude a été réalisée dans trois EMS du canton de Vaud. 13 soignants volontaires avaient à effectuer 5 toucher-massages chacun à des résidents de leur choix, au moment de leur choix, durant environ 3 mois. Les soignants ont reçu au préalable, une formation de trois fois trois heures au toucher-massage et au massage minute. Un dossier complétait leurs informations ainsi qu'une formation de trois heures sur l'utilisation de la grille. Les soignants qui effectuaient les toucher-massage étaient volontaires. Dans 2 des institutions, cette intervention était déjà couramment pratiquée.</p> <p>Instruments de mesure :</p> <p>1. <i>La grille d'évaluation des effets du toucher-massage.</i> La grille a été créée par les auteurs car il n'en existait pas sur le marché correspondant à la méthode J. Savatofski et aux caractéristiques de l'étude. La grille comportait une rubrique d'informations générales renseignant sur les variables de l'âge du résident, de sa pathologie, de la durée et du type de massage. Puis, 7 aspects</p>	<p>Analyse quantitative des données : Pour celle-ci, le logiciel Stata 7 a été utilisé.</p> <p>Les données ont été analysées selon 3 axes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'effet des massages sur chacun des aspects observés pendant et après la séance -L'effet global des massages -La progression des effets des massages sur l'ensemble des aspects observés pendant et après le massage <p>Analyse qualitative des commentaires de la grille d'évaluation et des carnets de bord : Les soignants ont rédigés 46x/53 un commentaire dans la rubrique ad hoc de la grille. Ils ont transcrit 55 expériences de toucher-massage dans leur carnet de bord dont 41/53 concernaient celle de l'étude. Les commentaires de bord ont servi de compléments utiles à l'interprétation des résultats de chaque massage.</p>	<p>54 personnes ont participé à l'étude dont 53 répondaient aux critères de sélections avec une moyenne d'âge de 83,2 ans. La durée des massages a été de 19 minutes environ.</p> <p>ANALYSE QUANTITATIVE DES DONNEES</p> <p>Effets des massages pour chacun des aspects observés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Pendant le massage :</i> L'effet s'avère positif pour la majorité des sujets. Pourtant les résultats ne sont significatifs que pour la communication non-verbale, les mouvements et le repos. -<i>Après le massage :</i> Pour tous les sujets, l'effet des toucher-massage est positif. Les résultats sont tous significatifs. Les scores pouvaient varier de -2 à +2. <p>Concernant les traits du visage, la communication verbale et non-verbale ainsi que le tonus musculaire, les scores augmentent entre 0.2 et 0.45 pendant la séance. Après la séance, les scores passent entre 0.4 et 0.5.</p> <p>Effets des massages pour l'ensemble des aspects observés : Pour ceci, les scores ont été additionnés pour chaque sujet. Pour simplifier, les scores ont été notés à +1 si l'effet est positif, 0 s'il n'y avait pas d'effet et -1 si l'effet était négatif. Pour chaque individu, l'addition de ces scores peut varier de -7 si les effets ont été négatifs sur chaque variable ou +7 si au contraire les effets ont été positifs sur chaque variable.</p>	<p>Effets des toucher-massages</p> <p>La comparaison entre les résultats de cette étude et ceux de la longue expérience de Joël Savatofski montrent une concordance. Les mêmes résultats comparés aux effets principaux mentionnés par Casavant et Roy montrent une similitude principalement pour ce qui a trait à la détente physique et psychique.</p> <p>Les résultats confirment également ceux de plusieurs recherches, par exemple, l'étude exploratoire conduite par Malaquin-Pavan (1997). L'évaluation des effets positifs s'est faite principalement par l'interprétation des résultats de la grille d'observation et les carnets de bord des soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les gestes effectués visaient la détente -Le bien être est proposé dans plusieurs aspects, p. exemple, les traits du visage, la communication non-verbale, le tonus musculaire, le repos/l'éveil. -Les soignants ont proposé des massages en cours de suppléance aux AVQ, p. exemple : au moment du coucher, après un repas, après la toilette. -La durée des massages correspond à des massages-minute bien que la durée moyenne de 19 minutes est relativement élevée. Cette durée peut être expliquée par l'implication et la motivation des soignants. Du temps avait été octroyé aux soignants pour réaliser les massages. Même s'il y a eu une charge de travail élevée, une incidence sur le nombre de massage et sur les transcriptions dans le carnet de bord ont eu lieu mais pas sur la durée du massage. -Les massages sont adaptés aux besoins des personnes et au contexte (ventre, visage, pied). Le choix des résidents du type de massage s'est effectué sur des bases différentes (p.ex. : choix du résident respecté, varier les massages sans écarter les situations difficiles, positions les plus aisés pour le soignant). Le fait que les effets positifs se manifestent plutôt après le massage que pendant n'a pas surpris les auteurs. Ils donnent l'exemple d'un patient qui sent ses membres très légers après le massage. -<i>Les mouvements :</i> L'effet est moins positif après le massage que pendant, c'est le seul aspect ou cela se produit. Lorsque les résultats montrent des effets positifs, les soignants n'ont pas davantage commenté les mouvements dans leurs écrits. Dans l'étude de Malaquin-Palvan (1997) une diminution de l'errance et des mouvements a été constatée. Dans leur étude, M. Giasson et al. (1999) montrent une diminution des mouvements pendant et après les séances -<i>Les plaintes :</i> Dans 9 situations sur 53 les plaintes ont augmentées pendant les massages, ce qui a fortement intrigué les auteurs. Puis, elles diminuent d'intensité après le massage. Les plaintes viennent principalement de la douleur (11/26), mal être (11/26), inconfort lié au massage ou à la présence de l'observateur (3/26) et encore à l'expression d'un événement de vie douloureux (1/26). Selon les auteurs, la perception sensorielle peut être augmentée durant un massage. La notion de douleur peut aussi signifier un refus du massage qui n'a pas été interprété par les soignants. -<i>L'environnement :</i> Dans plusieurs situations, les soignants ont observés l'influence de

<p>pouvaient être observés : les traits du visage, la communication verbale et non-verbale, le tonus musculaire, les mouvements, le repos, les plaintes et une rubrique autre. L'objectivité de l'évaluation était assurée par l'observation conjointe du soignant et de l'observateur. Ils discutaient ensemble des aspects significatifs de la situation puis il la résumait par un terme choisis sur une liste. Les effets « pendant » et « après » étaient évalués au moyen d'un score : 0 sans changement, +1 ou +2 si l'effet était augmenté, -1 ou -2 si l'effet était diminué. La grille a été testée par la responsable de l'étude dans une institution d'hébergement ne participant pas à l'étude. Des modifications ont été apportées suite à ces tests.</p> <p>2. <i>Le carnet de bord</i> : Pour que chacun puisse écrire ses émotions, ses questions, ses doutes, ses succès. Des séances ont été organisées pour permettre aux soignants de restituer les résultats de la grille et du carnet de bord. A cette occasion, les soignants ont donné des indications</p>		<p><i>-Pendant le massage</i> : 66% des personnes ont des scores positifs entre +1 et +7. Pour le plus grand nombre, le score se situe à +4.</p> <p><i>-Après la séance</i> : 90% des sujets ont un score positif entre +1 et +7, la majorité se situant à +3.</p> <p>Evolution des scores pendant et après le massage : Les effets sont nettement améliorés après le massage, cela est surtout visible pour ce qui est des traits du visage, la communication non-verbale, le tonus musculaire, les mouvements et le repos.</p> <p>Analyse qualitative des commentaires de la grille d'évaluation et des carnets de bord : Ils démontrent que les toucher-massages étaient adaptés aux besoins des résidents. L'esprit et la méthode du toucher-massage ont été bien compris par les soignants. L'intégration d'un nouveau moyen dont les soignants ont pu mesurer les effets positifs lors de leur formation, peut réduire leur sentiment d'impuissance dans les situations difficiles.</p>	<p>l'environnement, par exemple, la présence d'autres résidents. Il est souvent positif, par exemple une dame demande un massage car elle a vu une voisine se faire masser. Savoir pratiquer en tous lieux, mêmes bruyants pour offrir détente et bien être fait partie de la philosophie de J. Savatofski. L'environnement a eu une influence négative dans 4 situations (salons des résidents, soins pour la voisine de chambre, bruits extérieurs)</p> <p><i>-Décision d'arrêter le massage</i> : Sur 10 massages à effet globalement négatif, la moitié ont été interrompus sur la demande des résidents (2/5) et à l'initiative des soignants (3/5) soit à cause de réactions violentes de refus, soit vu l'angoisse augmentante de la personne. Dans une des situations, l'arrêt du massage a été vécu par la soignante comme un échec, pourtant, 1h après le massage la résidente se montre plus présente. Cet exemple montre que le massage favorise l'expression des sentiments qui ont de la peine à être verbalisés.</p> <p>Evaluation de la méthode</p> <p><i>-Grille d'évaluation</i> : Quelques difficultés pour la retranscription des données dans la grille d'évaluation car certaines données générales manquaient de précision. Cela n'a pas porté préjudice car elles étaient nécessaires pour une éventuelle vérification. La grille a été remplie par des soignants peu habitués à pratiquer une observation ciblée. Les soignants ont signalés avoir eu des difficultés à choisir le bon qualificatif de départ. Les chercheurs pensent qu'il serait plus objectif que le responsable du terrain soit observateur pour toutes les séances. La grille d'évaluation a permis de ressortir des données fiables. La vérification systématique auprès des soignants et dans les écrits garantit l'objectivité. Des instruments de mesure complémentaire pourraient y être associés.</p> <p><i>-Carnets de bord</i> : Vu la richesse du contenu, c'est un moyen à privilégier dans ce type d'étude exploratoire. Les soignants ayant participé à l'étude sont par contre, peu entraînés à exprimer ce qu'ils ressentent et encore moins à le transcrire.</p> <p>Interprétation des résultats</p> <p>Plusieurs limitations peuvent avoir influencé la généralisation possible des résultats : le nombre restreint des toucher-massages, les résidents ayant une déficience psychique, l'effet évalué juste avant, pendant et juste après les séances, un résident a pu bénéficier d'un ou de plusieurs massages. Possibilités envisagées pour pallier à ces limitations : effectuer une recherche sur une plus large échelle avec un plus grand nombre de toucher-massages, inclure davantage de résidents de gériatrie, effectuer une évaluation croisée entre résidents ayant une communication verbale et non verbale, étudier les effets du toucher-massage sur une plus longue durée en offrant plusieurs massages au même résident.</p> <p>Formation des soignants</p> <p>Certains soignants auraient préférés avoir une formation plus longue pour mieux assimiler le contenu. C'est surtout la pratique régulière qui permet d'acquérir expérience et confiance et certaines personnes ont besoin de plus de temps, il est donc compréhensible que certains soignants n'aient pas le recul nécessaire à la fin de la recherche. Les soignants ont unanimement exprimé leur satisfaction d'avoir pu se former au toucher-massage et de savoir l'offrir. C'est un plus qui les valorise. Certains effectuaient déjà des gestes de détente au cours</p>
---	--	---	---

<p>précieuses pour l'interprétation des observations.</p> <p>Le toucher-massage : De très courte durée et pratiqué durant la suppléance aux activités de la vie quotidienne. Le choix du type de massage proposé, de la durée et du moment dépendent des besoins de la personne massée, de la perception du soignant et du contexte. Ce massage se pratique avec l'accord de la personne massée et à la condition que le soignant se sente disponible à l'offrir.</p>			<p>des soins mais ils se demandaient s'ils étaient adaptés ou efficaces. Avec la formation, ils ont pu acquérir confiance et légitimité. Le but de l'étude était effectivement de vérifier si une formation courte permettrait ensuite une pratique de qualité. Les résultats le confirment puisque tous les soignants ont intégré le toucher-massage à leur pratique.</p> <p>Ethique</p> <p>Aucun problème relevant de l'éthique n'a été porté à la connaissance des auteurs. Dans leurs écrits, les soignants manifestent leur respect des résidents et se sont assurés de leur accord. Le comité d'éthique AVDEMS (association vaudoise des établissements médicaux sociaux) a été avisé. Etant en restructuration, il n'avait pas examiné le projet en détail, les chercheurs n'ont pas insisté car le toucher-massage fait partie intégrante du rôle autonome de l'infirmière. Actuellement, après réflexion, ils constatent que le toucher-massage dans sa fonction de soignant ou dans le cadre d'une recherche change la donne. Ils estiment donc que l'accord d'un comité éthique légitime un tel projet.</p> <p>Conclusion</p> <p>L'étude à évaluer les effets de 53 toucher-massages à des résidents âgés au moyen d'une grille d'évaluation comportant 7 aspects représentatifs d'un bien-être. Globalement, les effets sont positifs, ils sont moins apparents pendant l'intervention que lorsqu'elle est terminée. L'effet positif est significatif à la fin du massage pour tous les aspects sauf pour les plaintes.</p> <p><i>Intérêt de l'étude</i></p> <p>La collaboration entre lieu de pratique et lieu de formation de recherche a été très enrichissante. La diffusion des résultats par des moyens appropriés permettra de promouvoir la formation des soignants dans le domaine de la gériatrie. Le rapport coût/bénéfice est intéressant pour une institution puisque la formation peut inclure un groupe de 14 personnes pour une durée de 3 fois 3 heures.</p> <p><i>Propositions pour lever les limitations</i></p> <p>Approfondir le concept de bien être en effectuant une revue de littérature plus large, développer le lien entre qualité de vie et bien être, reproduire l'étude pour vérifier les résultats, effectuer un choix aléatoire des résidents tout en excluant les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas être massées, réaliser un test en double aveugle de la grille d'évaluation, former les soignants à l'observation et à la transcription de leur vécu, adjoindre des instruments de mesure complémentaires à la grille d'évaluation et au carnet de bord, prévoir une meilleure gestion du temps pour l'enquête.</p> <p><i>Proposition pour une recherche ultérieure</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Reproduire l'étude en effectuant un plus grand nombre d'observations, donc d'intégrer des partenaires supplémentaires. -Comparer les résultats entre un groupe de gériatrie et de psychogériatrie -Evaluer les effets des toucher-massage sur un plus long terme en évaluant une cohorte de résidents massés régulièrement. -Associer d'autres instruments de mesure pour garantir encore mieux l'objectivité.
--	--	--	--

Effects of hand massage on comfort of nursing home residents

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Geriatric Nursing 2006 Katharine Kolcaba PhD, RN, C Victoria Schirm PhD, RN Richard Steiner PhD	-Devis quasi-expérimental -Etude comparative entre 2 groupes de résidents	Les résidents de deux établissements pour personnes âgées ont participé. Le premier est une maison de retraite et le 2 ^{ème} offre des cours séjours de réadaptation. Les participants devaient signer un consentement écrit. Critères d'inclusion -Personne alerte et orientée -Compréhension de l'anglais -Projet d'un séjour d'au moins 3 semaines Critères d'exclusion -Personne recevant des massages thérapeutiques professionnels -Maladies psychiatriques ou démence Lors du test de l'échantillon, il s'est avéré qu'il faudrait 25 sujets dans chaque groupe pour être assez puissant. 70 résidents pour le groupe traité et 60 pour le groupe témoin ont été retenus. Certaines personnes n'étaient pas disponibles au moment du massage et ont été exclu de l'étude. L'échantillon final se composait de 35 personnes pour le groupe traité (31 femmes et 4 hommes) et 25 dans le groupe témoin (18 femmes et 7 hommes). La moyenne d'âge est de 79 ans pour le groupe traité et 78 pour le groupe témoin	But: -Tester l'efficacité du massage des mains comme intervention de confort et mesurer la satisfaction des résidents de maison de retraite. -Cette recherche explore et évalue l'utilisation du toucher sous forme de massage des mains comme un soin réconfortant pour les résidents en soins à long terme. -Ajouter aux connaissances des modalités de soins qui augmentent le confort. Hypothèse Le massage de la main induit des effets positifs sur le physique, le psychospirituel, le socio-culturel et l'environnement. Il peut également être bénéfique lors de difficultés communicationnelles. Questions de recherche 1. Est-ce que les résidents qui ont bénéficié d'un massage des mains ont un plus haut niveau de confort que les résidents qui n'ont pas eu de massage des mains ? 2. Est-ce que les résidents qui ont reçu un massage des mains ont un plus haut niveau de satisfaction par rapport aux soins ?	Théorie du confort de Kolcaba Cette théorie guide l'évaluation du confort en 4 domaines : - <i>Le confort physique</i> : Appartient à la sensation du corps et au maintien de l'homéostasie. - <i>Le confort psychospirituel</i> : Consiste à trouver des significations dans les situations de vie en résolvant des problèmes. Croire en une force supérieure ou à la vie après la mort aide à l'acceptation de sa mort. - <i>Le confort socioculturel</i> : Comprend la relation avec la famille et le personnel et respecte les traditions culturelles. <i>Le confort environnemental</i> : Inclut un chez-soi familier ou un environnement personnel avec une lumière, des odeurs et un niveau de bruit plaisant.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Le massage bilatéral des mains est la variable indépendante. Elle consiste en différents types de massage, soit le « slow strock », le pétrissage, la friction, le toucher ou la combinaison de ceux-ci.</p> <p>Les infirmières assistantes, les élèves infirmiers et les membres de l'équipe de recherche ont reçu un enseignement par un thérapeute certifié (infirmière diplômée) pour pratiquer le massage. Un protocole écrit était suivi. Le massage prenait environ 5 à 8 minutes par main.</p> <p>Le confort est la variable dépendante. Il a été mesuré par le questionnaire de confort général (GCQ) et a été adapté pour cette étude. Le GCQ contient 28 items, c'est un auto-questionnaire avec 6 niveaux de réponse : « de tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Les items touchent aux 4 domaines : physique, psychospirituel, socioculturel, environnemental. Plus le score est haut, plus le niveau de confort est haut.</p> <p>Les participants plus faibles ont trouvé le questionnaire trop long. Etant donné que l'étude touche une population âgée, le questionnaire a été utilisé sous forme de grandes cartes et les questions ont été lues par le collecteur de données.</p> <p>Afin de mesurer la satisfaction des soins en général, les résidents</p>		<p>Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes pour le niveau de confort dans le temps. Par période, les résultats ne sont pas significatifs à T1 ou à T3. Par contre, une différence significative pour le confort entre le groupe traité et le groupe témoin est observée au T2. Le groupe traité avait un plus haut niveau de confort.</p> <p>La satisfaction des soins en général était significativement plus haute au T3 pour les deux groupes. Bien que le groupe traité avait une plus grande augmentation de la satisfaction moyenne dans le temps, les résultats n'étaient statistiquement pas significatifs.</p>	<p>Discussion</p> <p>Cette étude s'est concentrée sur l'utilisation et l'application des massages de la main comme une mesure de confort efficace, pas chère, facile à appliquer, qui peut être intégrée dans la routine quotidienne d'un home. Selon les résultats, on peut suggérer que le massage de la main peut donner du confort et des effets positifs sur une courte période de temps. Le fait qu'il n'y ait pas de différence significative pour le confort à T3 peut être expliqué par la présence réconfortante que les étudiants ont donnée aux deux groupes. Les participants et les étudiants ont pu faire connaissance, créer une relation de confiance et les résultats positifs pour les deux groupes sont peut être plus liés au contact qu'au massage en lui-même.</p> <p>Par rapport à la satisfaction des soins en général, les résultats montrent une amélioration significative entre T1 et T3 dans les deux groupes. Il est également difficile de différencier si les effets positifs sont dus au massage ou pas.</p> <p>Pendant les séances d'apprentissage au massage, il est ressorti que les étudiants et les infirmières assistantes aimaient masser et être massées.</p> <p>Le fait que ce soit les étudiants infirmiers qui participent à l'étude, leur a permis de surmonter leurs propres obstacles par rapport à la communication avec les personnes âgées.</p> <p>Conclusion</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que le massage des mains est facile à apprendre, à pratiquer et améliore la satisfaction des soins.</p> <p>Malgré le manque de participation des infirmières assistantes, on peut toutefois souligner la nécessité de promouvoir cette simple intervention de confort parmi le personnel qui est le plus à même d'améliorer la qualité des soins.</p>

<p>devait noter leur satisfaction sur une échelle horizontale de 6 points. 1 = satisfaction basse, 6 = haute satisfaction.</p> <p>Les étudiants infirmiers ont travaillé avec l'investigateur principal et ils ont été désignés pour collecter les données dans les deux établissements.</p> <p>3 temps ont été établis pour la collecte de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temps 1 : Point de départ -Temps 2 : 2 semaines et demi après le T1 -Temps 3 : 2 semaines et demi après le T 2 <p>Le GCQ était effectué au T 1,2,3 et la mesure de satisfaction des soins en général au T 1,3.</p> <p>Le groupe traité a reçu 6 massages de la main sur 5 semaines. Les données pour le groupe témoin ont été collectées aux trois périodes mais les participants n'ont reçu qu'un seul massage à la fin de l'étude.</p> <p>Les infirmières assistantes ont finalement été exclues de l'étude à cause de leurs horaires trop irréguliers.</p> <p>La collecte est donc faite par les étudiants sous la supervision d'un investigateur.</p>			<p>Dans la gestion des soins, il est nécessaire d'intégrer le massage des mains dans les soins quotidiens pour renforcer le confort et la satisfaction des soins en général.</p> <p>Avec un soutien approprié et la motivation nécessaire pour fournir des soins de qualité, le massage des mains peut être un outil précieux à intégrer dans les soins de routine et même utilisé avec les résidents et leur famille.</p>
--	--	--	--

Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Recherche en soins infirmiers 2006</p> <p>Andréa BOUDREAULT Infirmière clinicienne au Carrefour de santé Jonquière (Québec/Canada)</p> <p>Antoine Lutumba NTETU PhD. Sc. Éducation, Directeur du département des sciences humaines à l'Université du Québec à Chicoutimi</p>	<p>Approche qualitative descriptive.</p>	<p>L'étude s'est déroulée au Carrefour de santé de Jonquière qui contient un service UCDG accueillant des personnes âgées ayant besoin de réadaptation ou d'évaluation de leurs capacités globales.</p> <p>Les sujets ont d'abord été contactés verbalement et informés du projet. Ensuite, une feuille d'information et un formulaire de consentement leur ont été remis.</p> <p>Au total, 10 personnes âgées de 65 ans et plus ont été retenues.</p> <p>Critères d'inclusion des sujets :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etre hospitalisé à l'UCDG -Pouvoir communiquer en français -Ne pas présenter de troubles cognitifs invalidants ou d'aphasie -Donner son consentement écrit. <p>Le test de Folstein a été utilisé pour évaluer la conformité au critère « ne présentant pas de troubles cognitifs invalidants ». Le sujet devait obtenir un score d'au moins 24 sur 30.</p> <p>L'échantillon final fut constitué de : 8 femmes et 2 hommes, d'âge variant entre 72 et 96 ans, avec des résultats au test de Folstein oscillant entre 24 et 29.</p>	<p>Objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les réactions de la personne âgée qui traduisent une hausse ou une baisse de son estime de soi. 2. Identifier les modalités du toucher affectif qui influencent positivement ou négativement son estime de soi. <p>Concept :</p> <p>Estime de soi Toucher affectif</p>	<p>Le modèle de Monbourquette (2002 ; 2003) a été utilisé. Dans ce modèle la valeur personnelle et la compétence sont reconnues comme étant des composantes de l'estime de soi.</p> <p>En ce qui concerne l'estime de soi pour sa personne, l'auteur identifie quatre signes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) se reconnaître le droit de vivre 2) être conscient d'être une personne unique et irremplaçable 3) accepter tous les aspects de la personne sans les censurer ni les nier 4) se considérer aimé et s'aimer soi-même <p>L'estime de soi pour sa compétence, il identifie également 4 signes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) croire en sa capacité d'apprendre 2) accepter son niveau de compétence sans se comparer aux autres 3) savoir se valoriser à la suite de ses succès, si petits soient-ils 4) chercher sa mission et se voir la réaliser <p>Pour Monbourquette, les marques d'attention et d'affection telles qu'une poignée de main, un sourire, une tape sur l'épaule, un geste d'hospitalité ou une parole aimable cultivent et stimulent l'estime de soi.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>L'expérimentation du toucher a été réalisée sur une période de deux mois. Les infirmières qui ont accepté de collaborer au projet ont eu pour tâche de noter les réactions des sujets suite au toucher affectif. La définition retenue est celle de De Wever (1977) qui conçoit le toucher affectif en fonction des ces éléments : Placer la main sur le visage, sur la tête, sur l'épaule, sur le bras, sur la main et tenir la main de l'autre.</p> <p>Les différentes manifestations caractérisant une haute ou une faible estime de soi ont été évaluées selon le tableau de synthèse de Montbourquette.</p> <p>Des rencontres hebdomadaires ont permis d'assurer le suivi et le support aux infirmières.</p> <p>Chaque sujet a reçu, pendant trois jours consécutifs, le toucher affectif et ont été rencontrés par l'investigatrice pour une entrevue semi-dirigée, dans les deux jours qui suivaient. Les propos ont été enregistrés sur magnétophone et retranscrits par la suite sur un support papier.</p>	<p>L'analyse a été faite selon la procédure d'analyse de contenu qui a permis de déterminer des comportements types, des thèmes et des relations qui ont ensuite été classés selon un processus d'analyse synthèse en lien avec les buts et les objectifs de la recherche. Les notes d'observation des infirmières ont également été considérées. Une fois les données recueillies, elles ont été regroupées et présentées dans trois tableaux distinctifs :</p> <p>-Tableau 2 = Réactions des sujets relié aux éléments de la haute estime de soi</p> <p>-Tableau 3 = Réactions des sujets relié aux éléments de la basse estime de soi</p> <p>-Tableau 4 = Présente les préférences des sujets concernant les différentes modalités du toucher affectif.</p>	<p>Par rapport au tableau 2, aucun sujet n'a fait de remarques concernant son physique, ses qualités et la tendance à ne pas se comparer aux autres.</p> <p>Dans le tableau 3, 2 sujets féminins ont parlé de défauts physiques et un sujet masculin a insisté sur le fait qu'il se voyait comme une personne non attirante. Trois participants ont recommandé de systématiser l'usage du toucher affectif dans la pratique infirmière et quatre ont souligné que le toucher affectif les a aidés à mieux passer leur période de maladie. Pour un sujet, la qualité des soins s'est améliorée avec l'utilisation du toucher affectif.</p> <p>Par rapport à l'item « se considérer à priori aimé des autres », tous les répondants ont tenu des propos qui traduisent cette manifestation. Leurs propos exprimaient des marques d'affection, d'amour, d'appréciation, de considération, de protection et de sensation de bien-être.</p> <p>Concernant l'item « fait des remarques bienveillantes sur sa personne », six sujets ont tenu des propos à cet effet. Un des sujets a affirmé que le toucher affectif le mettait de bonne humeur, pour un autre, le toucher affectif montre une marque de sincérité. Un autre sujet a été préoccupé par l'apparence, il dit s'être senti apprécié mais pas attiré. Une des patientes, a fait la remarque éloquente « on tient compte de moi », elle a eu l'impression d'être une personne dans la société.</p> <p>Six femmes ont rejeté les fausses identifications que l'on prête au toucher affectif. Elles ont dit être préoccupée par le fait qu'il y avait, pour certains esprits de l'indécence dans le toucher affectif alors qu'en réalité il s'agit d'un geste correcte. Une femme de 96 ans a soulevé la récurrence du toucher affectif en disant qu'il ne devait pas se reproduire trop souvent.</p> <p>En regard de l'élément « se tient droit et sûr de lui », six sujets, tous des femmes, ont démontré assez d'estime de soi pour avoir le désir, à leur tour, d'utiliser le toucher affectif avec d'autres personnes.</p> <p>De façon générale, les femmes expriment plus facilement leurs émotions à la suite d'un toucher affectif, expressions qui se traduisent, pour sept d'entre elles, par des manifestations de joie, de bonheur, de bien-être et le sentiment de se sentir moins seules. Les hommes, par contre, se sont montrés moins enclins à extérioriser leurs émotions. Un des sujets a particulièrement insisté sur le fait d'être seul et que le toucher affectif lui donnait l'impression de l'être moins.</p> <p>Un sujet a déclaré que s'il n'était pas touché pendant une semaine, il en demanderait la raison.</p>	<p>Discussion</p> <p>Il est possible de mettre en lien les déclarations de certains auteurs et les propos recueilli auprès des personnes âgées. Par exemple, plusieurs auteurs dont Howard (1988) affirment que le toucher peut avoir un pouvoir curatif. Dans les témoignages, un répondant a avoué que le toucher affectif lui a permis de mieux vivre sa maladie.</p> <p>Tremblay et Coutuwakulczyk (1996) expliquent que l'attitude des infirmières peut contribuer à augmenter l'estime de soi ou à renforcer leur rôle de dépendance et leur sentiment d'inutilité. D'ailleurs, pour un des intervenants, le toucher affectif lui a permis d'avoir plus confiance en son infirmière. Le toucher affectif comme moyen de briser la solitude a été mentionné par les répondants. Certains sont allés jusqu'à recommander qu'il soit davantage utilisé avec les personnes âgées.</p> <p>De nombreux auteurs confirment que le toucher aide à communiquer ses émotions. Dans l'étude, plusieurs femmes ont parlé de vivre un bien-être, de se sentir joyeuses et heureuses d'être touchées.</p> <p>En résumé, il semble que les propos tenus par les différents sujets indiquent avec évidence que le toucher affectif a des effets sur l'estime de soi, et comme les auteurs l'ont constaté dans leurs tableaux, ces effets sont davantage positifs que négatifs.</p> <p>En ce qui concerne les modalités du toucher qui sont le plus appréciées, les résultats obtenus indiquent que « placer la main sur l'épaule » a été mentionné par 6 sujets. Viennent ensuite la modalité « placer la main sur le bras » pour 5 sujets, « placer sa main sur le visage » par deux sujets.</p>

			<p>Conclusion</p> <p>Les résultats obtenus montrent que l'étude a atteint ses objectifs (voir colonne but,...). En effet, les résultats confirment que le toucher affectif a plus d'effets positifs que négatifs sur l'estime de soi des personnes âgées. Ceci va dans le même sens que les recherches antérieures sur le sujet.</p> <p>Compte tenu des résultats, les recommandations suivantes ont été formulées :</p> <p>-Recherche : L'étude pourrait être reprise et étendue à une plus large population permettant d'obtenir un échantillon plus large de personnes âgées, de recruter plus d'infirmières pour faire le toucher affectif et de choisir plusieurs milieux d'études. Une étude utilisant un devis de type expérimental, permettrait de démontrer de façon plus concluante les effets du toucher affectif sur l'estime de soi de la personne âgée avant et après l'intervention. Pour plus d'objectivité, l'investigatrice devrait être une personne complètement inconnue du milieu.</p> <p>-Pratique et formation : Vulgariser la pratique du toucher affectif et l'intégrer systématiquement dans les soins infirmiers. Les enseignants et enseignantes devraient être sensibilisés à cette pratique, de façon à préparer les futures infirmières pour son utilisation systématique.</p>
--	--	--	---

Outcomes of *Comfort Touch* in institutionalized elderly female residents

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Geriatric Nursing 2001 Janie B. Butts DSN, RN	Etude expérimentale	<p>Deux homes du sud des USA. 45 femmes sur 72 répondants aux critères d'inclusion ont été sélectionnées au hasard.</p> <p>Critères d'inclusion -Femme -65 ou plus -Résidente depuis au moins 6 mois -Compréhension + parler l'anglais -8 ou 10 points au Mental Status Questionnaire</p> <p>Au final, les âges se trouvaient entre 65 et 101 ans, les femmes résidaient depuis 6 à 185 mois dans l'institution.</p>	<p>But Examiner si le <i>comfort touch</i> améliore la perception de soi chez les femmes âgées vivant en institution selon 5 variables : estime de soi, bien être et processus social, état de santé, actualisation de soi, foi/croyance/responsabilité de soi.</p> <p>Concepts <i>Comfort touch</i> : Défini comme un contact de peau à peau utilisé à des fins de confort. C'est un toucher fréquemment utilisé par les infirmières.</p>	<p>Modèle de Neumann Neumann identifie 5 variables qui travaillent ensemble pour donner un équilibre multidimensionnel au patient exposé au stress. Le système de variable comprend la dimension psychologique, socio-culturelle, biologique, développementale et spirituelle. Définition des 5 variables : -Estime de soi : variable psychologique. Mesurée avec l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. Un haut niveau de l'estime de soi implique que la personne connaît ses qualités et accepte ses déficiences. A contrario, les personnes ayant une basse estime de soi, se sentent insatisfaites, méprisées et se rejettent. -Bien et processus social : se réfère aux situations de vie qui affecte le bien être de la personne. Mesurée avec l'échelle de Bradburn. -L'état de santé : variable physiologique, se réfère à la structure et au fonctionnement du corps. Mesurée par l'instrument d'auto-évaluation de la santé, il indique la perception de la personne sur son état de santé. -Satisfaction de la vie et actualisation de soi-même : Selon Hungelmann et al. Ces deux notions ne peuvent être séparées. Mesurée par l'échelle de Jarel, qui prouve que ces deux termes doivent être utilisés comme une variable. -Foi/croyance/responsabilité de soi-même : variable spirituelle. L'esprit contrôle le corps et l'esprit. Mesurée avec l'échelle de Jarel qui comprend 3 sous échelles dont deux sont utilisées dans l'étude pour mesurer les croyances spirituelles : but de la vie, style de vie, prières, la vie après la mort,...</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Les données ont été collectées sur 3 périodes: début de l'étude, 2 semaines après le début, 4 semaines après le début.</p> <p>Les sujets ont été séparés en trois groupes selon l'âge : de 65-74 ans, de 75-84 ans, de 85 ans et plus. 15 sujets de chaque groupe d'âge étaient choisis au hasard puis assignés dans 3 autres sous-groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Groupe 1 : groupe de contrôle, donc pas de TTT -Groupe 2 : Reçoit une interaction verbale -Groupe 3 : Groupe de TTT <p><i>Comfort touch</i> : se serrer la main, se tapoter la main, les avant-bras, les épaules pendant 5 minutes avec interactions verbales. Le <i>comfort touch</i> a été pratiqué par l'investigateur à chaque participante des groupes TTT, 2x/j pendant 4 semaines.</p>	<p>Une moyenne des données a été faite pour avoir une signification pour chacune des variables pour chaque période.</p>	<p>Selon les tableaux des résultats, chaque variable augmente pour le groupe de TTT. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre le groupe de contrôle et le groupe avec interaction verbale. Pour chaque variable, les effets vont en augmentant pendant les 4 semaines.</p>	<p>Le <i>toucher comfort</i> a un effet positif significatif pour chaque variable. Il améliore la perception qu'ont les résidentes d'elles-même.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> -défaut sur les questionnaires de données descriptives qui se référaient à l'acceptation du toucher. Les participantes n'ont pas pu dire si elles préféraient le contact avec un infirmier ou une infirmière. -Touche uniquement la population de femme blanche des USA -Pas assez de prise en compte des pertes que vivent les personnes âgées (déménagement, perte d'un conjoint, pertes socio-économiques) <p>Même avec ces faiblesses, les résultats montrent que si les infirmières prennent l'habitude du <i>comfort touch</i>, c'est un soin bénéfique pour les résidents.</p> <p>Recommandation</p> <p>Pour promouvoir le <i>comfort touch</i>, il serait favorable de le mettre en pratique et de discuter de ce qu'il génère chez les bénéficiaires. Il serait également pertinent de l'expérimenter avec les collègues. Dans les soins, le toucher est utilisé comme « standard » et devrait être rendu plus important. Des études vont être distribuées aux étudiants afin qu'ils prennent conscience des effets du toucher.</p> <p>Conclusion</p> <p>Les résultats, cette étude indique que les infirmières peuvent améliorer la sensation des personnes âgées par rapport à elles-mêmes.</p>

The effect of expressive physical touch on patients with dementia

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>International Journal of Nursing Studies 1999</p> <p>E.J Kim Department of Nursing, Taejon University, South Korea</p> <p>M.T Buschmann College of nursing, University of Illinois at Chicago</p>		<p>L'échantillon comprend 30 personnes (déterminées par le pouvoir d'analyse). Les patients résident dans un home à Taejon en Corée.</p> <p>Après le 2^{ème} jour du washout, un patient a fugué et l'analyse finale a été effectuée sur 29 patients.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Score de 20 ou moins au MMSE (traduit en coréen) -Diminution cognitive pendant les 3 derniers mois -Sujet qui accepte d'être touché <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Altération de la vue et de l'audition -Amputation des extrémités -Sujet ne supportant pas d'être touché 	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déterminer les effets, s'il y en a, du toucher avec verbalisation (EPT/V) sur les troubles du comportement des patients déments. -Déterminer l'effet du toucher avec verbalisation sur l'anxiété et les troubles du comportement après l'arrêt de l'intervention. <p>Hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le pouls diminue immédiatement après le massage avec verbalisation -Le massage avec verbalisation fait diminuer les troubles du comportement. <p>Concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbalisation : Discours calme et calmant. Son importance vise le côté émotionnel et le ressenti qu'il apporte, la signification des mots utilisés est moins importante. C'est donc la manière et non le contenu qui est importante. -Anxiété : Dans cette étude, elle a été décrite comme une réaction corporelle au stress évaluée par les pulsations. -Dysfonctionnement comportemental : se manifeste par : des pensées hallucinatoires, suspicion-méfiance, hallucination, agitation, violence. 	<p>Le modèle PLST (progressively lowered stress threshold) de Hall et Buckwalter.</p> <p>Ce modèle montre qu'une détérioration cognitive due à la démence inclut une perte de langage et une augmentation du stress et de la frustration. La communication verbale doit être modifiée de la part des soignants pour compenser la perte de langage chez les patients déments.</p> <p>Le modèle du toucher de Hollinger et Buschmann. Le toucher interpersonnel, est un moyen de changer le mode de communication. Par le toucher, les personnes partagent leurs ressentis, sentiments, s'engagent dans la communication non-verbale et établissent une relation humaine en utilisant le sens tactile. C'est une approche appropriée pour les personnes démentes car elles conservent leurs émotions et leur sens du toucher.</p> <p>La combinaison du modèle du toucher et du modèle du PLST fournit la base de la communication non-verbale.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>L'intervention du massage des mains pendant 5 ½ minutes, soit 2 ½ minutes par main avec un toucher intermittent au niveau des bras et des épaules exécuté avant et après le massage des mains.</p> <p>Les intervenants de recherche ont été formés pour pratiquer l'intervention et la collecte de données.</p> <p>Le dysfonctionnement comportemental a été mesuré avec l'échelle E-BEHAVE-AD (maladie d'alzheimer). Cette échelle comprend 6 dimensions psychopathologiques : paranoïa, hallucination, troubles dans les activités, agressivité, désordre affectif, anxiété-phobies. La donnée de départ a été collectée à l'aide de cette échelle, la veille de l'intervention. L'échelle a été évaluée au 5^{ème} et 10^{ème} jour d'intervention ainsi qu'au 5^{ème} et 10^{ème} jours du washout.</p> <p>L'anxiété a été mesurée par les pulsations avant et après chaque massage du matin et de l'après midi pour chaque massage (4x/j).</p> <p>Pendant la période de Washout, les pulsations ont été mesurées 2x.</p> <p>Les soignantes du service tenaient un historique où elles répertoriaient différents événements : chute, bagarre, maladie, consommation d'alcool (tous les jours pendant les 25 jours).</p> <p>Le MMSE de Folstein traduit en</p>		<p>Concernant le niveau d'anxiété, les pulsations baissent d'environ 2 ou 3 pls/min après le massage. La première hypothèse est donc confirmée, l'EPT/V réduit le niveau d'anxiété. Par contre, chaque jour, avant l'intervention, on retrouve la même valeur de pulsation, l'effet n'est pas cumulable de jour en jour.</p> <p>Par rapport à l'échelle d'évaluation des comportements dysfonctionnels (E-BEHAVE-AD). Les résultats diminuent significativement pendant la période d'intervention puis remontent pendant la période de washout. La 2^{ème} hypothèse a donc été vérifiée et on remarque que plus l'intervention est exercée sur du long terme, plus les effets sont positifs.</p> <p>Selon l'historique répertorié par l'équipe soignante, l'arrivée d'un de ces événements fait augmenter les pulsations mais l'intervention réussit à les faire diminuer.</p>	<p>Sur la base du modèle toucher-stress, les investigateurs ont émis l'hypothèse que le toucher avec verbalisation allait influencer les variables anxiété et comportements dysfonctionnels. Les résultats confortent l'hypothèse du modèle.</p> <p>Les résultats montrent également que les comportements adoptés par les soignants peuvent réduire les désordres émotionnels chez les patients stressés. On remarque que si l'on ne fournit pas des interventions adéquates comme le repos ou des activités calmantes et relaxantes, les patients présentent plus de comportements dysfonctionnels.</p> <p>Le EPT/V diminue les troubles du comportement et calme stress et anxiété. Bien que la relation des résultats entre les deux variables n'ait pas été mesurée, on peut affirmer que la diminution de l'anxiété sur le quotidien diminue les comportements dysfonctionnels mesurés à 5 jours d'intervalles. L'étude devrait être continuée pour mesurer la relation entre les deux variables car les effets sur l'anxiété durent seulement un jour tandis que les effets sur les comportements dysfonctionnels s'améliorent sur la durée.</p> <p>La diminution des pulsations entre la pré et post intervention rejoint les résultats de Cho et Snyder.</p> <p>Une autre étude de Snyder montrait que le massage des mains diminuait l'agitation et agissait seulement le matin. Les différences peuvent être expliquées par le fait que les protocoles étaient différents, l'étude de Snyder appliquait uniquement le massage des mains, sans verbalisation.</p> <p>La littérature qui se rapporte au toucher donne peu d'éléments sur la durée du massage pour calmer le stress chez les patients déments. Apparemment, les 5 1/2 minutes de massage proposées dans l'étude suffisent à faire baisser l'anxiété. Les 10 jours d'intervention permettent de voir une amélioration dans les comportements dysfonctionnels. Les 10</p>

<p>Coréen renseigne sur l'évolution cognitive.</p>			<p>jours du washout permettent de voir le temps qu'il faut pour ne plus avoir d'effet.</p> <p>Des études récentes ont montrées que le toucher chez les personnes âgées améliore les réponses verbales et non-verbales. Dans l'étude actuelle, certains patients qui répondaient peu, sourient, répondent verbalement et touchent les mains des chercheurs vers le milieu et la fin de la période d'intervention.</p> <p>Une des limites de l'étude était l'absence d'un groupe de contrôle mais ceci ne représente pas une menace dans la validité du modèle. Une autre limite était le MMS car certains patients n'avaient pas suivi de parcours scolaire et avaient de la difficulté à répondre aux questions. Ceci pouvaient être un biais aux résultats du MMS, donc pour une prochaine étude, il faut penser à adapter le questionnaire à la population.</p> <p>Les résultats de cette étude donnent des implications importantes pour la pratique infirmière.</p> <p>Les soignants et les familles utilisent ce moyen, car il est simple à apprendre et à pratiquer, pas chère et améliore et maintien une bonne qualité de vie.</p>
--	--	--	--

Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with cognitive Impairment

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Geriatric Nursing 2009 Diane M. Holliday-Welsh Charles E. Gessert Colleen M. Renier	Etude prospective	<p>L'étude a été réalisée dans deux institutions au nord-est du Minnesota. Les sujets potentiels ont été identifiés en utilisant le Minimum Data Set mandat (MDS).</p> <p>55 sujets âgés de 70 à 105 ans ont été identifiés dans les deux maisons de retraites. 54 ont été recrutés dans l'étude, une personne a été exclue car elle n'était pas anglophone et la communication était trop difficile.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> -< 60 ans -Altération cognitive de stade modéré ou sévère -Antécédents de comportements agités défini selon le MDS comme une période d'agitation -Patients qui présentaient des problèmes avant l'étude. <p>Critères d'exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psychose -Troubles de la sensibilité aux extrémités supérieures <p>Un sujet a été exclu car il a développé une éruption cutanée aux extrémités et un autre est décédé avant le début de l'étude.</p> <p>L'échantillon final se compose de 52 personnes.</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu par les sujets ou les familles.</p> <p>Les sujets qui n'ont pas pu terminer l'étude n'ont pas été remplacés.</p>	<p>But :</p> <p>Améliorer la compréhension du rôle éventuel du massage dans le contrôle de l'agitation et dans les problèmes de comportements chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs importants.</p>	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Le temps de l'étude a été séparé en trois parties :</p> <p>-Baseline : Données collectées 3 à 5 jours avant l'intervention. 5x1 minutes d'observation pendant 1h pour établir le niveau et la variabilité de l'agitation.</p> <p>-Massage : Intervention pendant 6 jours répartis sur 2 semaines. Massage de 10 à 15 minutes pendant l'heure prédéfinie.</p> <p>Observation de l'agitation pendant 1 minute avant le massage puis, à l'intervalle de 5 minutes après le massage pour un total de 5 observations.</p> <p>-Follow-up : Observation après 7 et 14 jours. Même série d'observation que pour Baseline et Massage.</p> <p>Le type de massage utilisé comprend les mouvements du massage occidental classique comme l'effleurage par des mouvements de glissements ou de pressions modérées. Ce type de massage ne nécessite pas de formation spécialisée, il peut être enseigné rapidement, en 1 ou 2 leçons. Une lotion a été utilisée dans certains cas pour réduire la friction entre les mains et la peau du bénéficiaire. Les principaux endroits massés sont la tête, les épaules et les mains. Les sujets sont restés habillés pendant l'intervention. Dans cette étude, le massage a été donné par un thérapeute en formation. Une fenêtre d'une heure a été définie par le personnel soignant pour chaque patient, pendant laquelle ce dernier est plus sujet à l'agitation.</p> <p>L'agitation a été évalué à l'aide d'une échelle mettant en évidence 5 symptômes : errance, comportement de violence verbale, comportement de violence physique,</p>	<p>Les résultats ont été saisis dans une base de données.</p> <p>L'analyse a été effectuée à l'aide des mesures d'analyse de variance (ANOVA) pour mesurer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. variation intra-patient par rapport au niveau d'agitation, pendant et après l'intervention. 2. L'âge et le sexe ont été inclus dans le modèle en tant que co-variables. <p>Les données ont été examinées afin de déterminer si un effet positif du massage peut être identifié. C'est la répétition des mesures ANOVA qui a permis aux enquêteurs de déterminer si les massages provoqueraient une diminution statistiquement significative de l'agitation.</p>	<p>A la « baseline » le niveau d'agitation était <1 sur 6 pour les 5 symptômes évalués. Le niveau d'agitation était plus faible pendant l'intervention pour 4 des 5 symptômes évalués. Les diminutions statistiquement significatives pendant et après l'intervention ont été observées pour l'errance, l'agitation verbale, l'agitation physique et la résistance aux soins. Les changements dans les comportements socialement perturbateurs n'étaient pas significatifs. Les effets du massage ont continué pendant 7 à 14 jours post-intervention.</p>	<p>L'étude a démontré que 4 des 5 comportements ont diminué pendant le massage et l'effet positif était encore présent lors du « follow-up ».</p> <p>Le fait que le massage n'ait pas d'effets sur les comportements socialement perturbateurs peut être expliqué car un faible pourcentage de l'échantillon était exposé à ce problème à la base.</p> <p>Bien que le massage soit efficace pour certains patients, la gestion de l'agitation doit être individualisée, par une évaluation des facteurs physiques et environnementaux qui peuvent être les causes ou les facteurs déclenchants de l'agitation. Toutefois, l'étiologie de l'agitation est souvent difficile à cerner. Les patients bénéficient d'interventions qui augmentent le bien être.</p> <p>Le massage est une intervention non-pharmaceutique intéressante pour les familles.</p> <p>D'autres auteurs ont décrits des effets physiologiques des massages comme la dilatation des vaisseaux sanguins superficiels, la réduction des douleurs musculaires et des spasmes et l'amélioration de la mobilité. Les investigateurs de cette étude pensent qu'il est peu probable qu'un massage comme utilisé dans l'étude amène à ces effets physiologiques.</p> <p>Dans la régulation de l'agitation, le massage doit être vu comme une dimension à faces multiples. Les effets sur le physique sont probablement moins importants que le rituel du massage qui implique la communication non-verbale, le toucher simple et l'interaction de personne à personne. Le toucher peut améliorer la communication chez les personnes où la communication devient difficile. Des recherches futures devraient être effectuées pour évaluer quels éléments importants de la thérapie du massage a le plus d'impact sur l'amélioration de l'agitation.</p> <p>Les investigateurs pensent que le massage est une intervention comprenant aussi bien le plan physique que le plan psychosocial. L'interaction entre le thérapeute et le patient doit être pris en compte comme un composant de l'intervention. Dans ce contexte, l'effet placebo est à définir</p>

<p>comportement socialement inapproprié et résistance aux soins.</p> <p>Chacun des domaines a été évalué sur une échelle de 0 à 6 (0 = comportement absent et 6 = problème grave)</p> <p>L'outil de référence pour l'observation de l'intervention a été fondé sur la base des travaux de Snyder.</p> <p>Le même membre de l'équipe a évalué l'agitation dans l'ensemble de l'étude, ce dernier n'a pas pratiqué les massages.</p> <p>L'agitation a été évaluée tous les jours 5x1 minutes pendant l'heure déterminée au préalable.</p>			<p>et à observer.</p> <p>Les effets bénéfiques qui ont persisté pendant 7 à 14 jours peuvent être expliqués par la présence de l'investigateur venant évaluer le patient pendant le follow-up.</p> <p>Plus d'études devraient être effectuées pour évaluer l'ampleur de l'impact du massage sur l'agitation, surtout chez des patients ne recevant aucun sédatif.</p> <p>Des travaux supplémentaires devraient également être effectués pour clarifier la façon dont les proches pourraient être formés à donner des massages pour réduire l'agitation.</p> <p>Il faudrait aussi déterminer la fréquence et la durée des séances de massage.</p> <p>Implication pour la pratique</p> <p>Le massage est une intervention peu coûteuse, facile à apprendre ayant un effet sur l'agitation des personnes âgées avec des troubles cognitifs.</p> <p>Limite de l'étude</p> <p>Les résultats sont l'objet de plusieurs mises en garde et limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etude faite uniquement sur la population du Minnesota -Nbre de sujets insuffisants pour l'analyse de certains facteurs comme le type de démence, la durée et le type d'agitation ainsi que les comorbidités. -Le degré d'agitation était assez faible à la base. -Certains sujets prenaient des sédatifs
---	--	--	---

Non-necessary touch in the nursing care of elderly people

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Journal of Advanced Nursing 1996</p> <p>Pirkko Routasalo MNSc Doctoral candidate and Lecturer, Department of Nursing, University of Turku, Finland</p>	<p>Qualitative et quantitative</p>	<p>L'étude s'est déroulée dans une institution de soin à long terme dans le sud de la Finland. Les données ont été collectées dans 3 unités de soins pour un total de 130 lits. La majorité des patients avait plus de 75 ans. Personnel infirmier = 68 personnes Echantillon final : -94 personnes âgées en moyenne de 82,4 ans (de 65 à 100). -71 femmes et 23 hommes -Durée du séjour de 1 jour à 10 ans - 3 patients étaient indépendants, 44 avaient besoins d'aide pour tous les AVQ, 47 avaient besoins d'aide pour qq activités, 54 pouvaient entretenir une communication verbale, 29 parfois, 19 incapable de communiquer verbalement, 2 avec communication impossible. -32 infirmières femmes étaient incluses dans l'étude, elles étaient âgées de 21 à 60 ans. Elles travaillaient à l'hôpital depuis 6 mois à 14 ans. L'échantillon contenait des infirmières diplômées, des infirmières assistantes et quelques personnes sans formation.</p>	<p>But : Décrire l'existence du TNN entre infirmière et patients âgés dans les situations de soins du matin et du soir. Questions de recherche -Dans quelles situations les infirmières et les patients se touchent-ils mutuellement ? -Où se touchent-ils ? -Que disent-ils lorsque ils se touchent ? Concepts: -<i>Toucher nécessaire:</i> (TN) Par exemple, aider le patient à se lever, à sortir du lit -<i>Toucher non-nécessaire :</i> (TNN) Acte spontané et émotionnel. Il est important chez les patients limités dans la parole et l'ouïe. Il est en relation avec un grand nombre d'activités : poser des questions, réveiller les patients, encouragements, explications, reconforter, plaisanter, serrer dans les bras, gronder, remercier. C'est souvent le meilleur moyen de faire passer un message.</p>	<p>La proxémie selon Hall Chacun est entouré d'un espace dynamique et conscient qu'il défend du mieux qu'il peut. <i>Le contact physique :</i> « invasion » de l'espace personnel. Les limites de cet espace commencent et finissent par la peau. <i>Les 4 dimensions :</i> -intime -personnelle -sociale -pudique <i>Zones sociales :</i> (main, bras, dos, épaule) La permission de la personne n'est pas nécessairement demandée pour toucher ces zones. <i>Zones demandant la permission :</i> Bouche, poignet, pieds. <i>Zones vulnérables :</i> Face, nuque, devant du corps (connotation sexuelle) <i>Zones intimes :</i> zones génitales</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Les données sont collectées selon une procédure spécialement développée pour l'observation du toucher selon le modèle d'El Kafass.</p> <p>Chaque toucher et échange verbaux étaient enregistrés sur une bande vidéo. Puis, les chercheurs et les infirmières visionnent les vidéos pour faire la distinction entre TN et TNN, ils reportaient les échanges verbaux par écrit.</p> <p>Tous les TNN étaient marqués sur un dessin du corps humain de face et de profil. Toutes les informations sur les situations de soins, les patients, les infirmières et les TNN étaient écrites. La procédure est valable et fiable.</p> <p>Les situations de soins ont été suivies pendant une semaine. La situation de soin étaient observée à partir du moment où l'infirmière approchait le patient et se terminait lorsqu'elle le quittait. Tous les patients étaient incapable de marcher, donc les infirmières sont souvent très proches des patients. Le matin et le soir, peu d'infirmières sont présentes, donc elles ont peu de temps à accorder au patient.</p> <p>Les participants ne savaient pas ce que les chercheurs investiguaient, ils l'ont appris, une fois les données collectées. Il n'y a pas eu de changement visible de comportement des patients pendant la récolte de données.</p> <p>Pendant 3 semaines, 12 situations ont été observées, un total de 182 situations de soins. 88 lors des soins du matin et 94 le soir.</p>	<p>Les données ont été analysées quantitativement pour évaluer quand les infirmières et les patients se touchent mutuellement et qualitativement pour analyser les associations de toucher.</p> <p>Les facteurs inclus dans l'analyse pour les patients sont l'âge, le sexe, le temps passé dans l'unité de soins, le besoin d'aide, l'aptitude à communiquer. Pour les infirmières, ce sont l'âge, la formation et l'expérience dans l'unité de soins.</p> <p>Les données ont été analysées 2x et comparées : pas de différence entre les 2.</p> <p>La communication verbale est fréquemment utilisée en combinaison avec le TNN.</p>	<p>Le TNN apparaît dans 99 situations de soins (42 le matin, 57 le soir). Sur les 182 situations de soins, les infirmières ont touché 178 fois et les patients 4 fois.</p> <p>Les types de touchés observés : principalement des caresses avec la main. Tenir la main, secouer la main, chatouiller avec le doigt sont aussi apparus (moins de 10 fois).</p> <p>Le TNN était surtout utilisé lorsque l'infirmière posait des questions au patient, ou lorsqu'elle l'encourageait à se laver, s'habiller, manger seul. Dans de nombreuses situations, l'infirmière utilise le TNN pour attirer l'attention du patient sur la tâche à effectuer. Il est également utilisé pour expliquer qqch au patient. Le TNN est également important lorsque l'infirmière explique ce qu'elle va faire, elle utilise le toucher pour le rassurer. Clairement, le toucher sert à renforcer les paroles de l'infirmière.</p> <p>Pour le patient, le toucher veut simplement dire merci et que tout va bien.</p> <p>Parties du corps touchées :</p> <p>Sur les 178 situations, où les infirmières touchent, 107 (60%) se situent dans la zone sociale et 80 de celle-ci concernent les épaules et la partie supérieure du dos.</p> <p>35 touchers se sont faits sur des zones requérant la permission (cuisse, genou). Souvent, les patients ont les genoux pliés dans le lit, donc ils deviennent proches à toucher. 36 touchers ont été effectués sur les zones vulnérables (cheveux, oreille, joue, front et tempe, sourcil, nez, menton)</p> <p>Sur les 4 touchers des patients, 3 étaient le bras de l'infirmière.</p> <p>Communication verbale (CV) en relation avec le toucher</p> <p>L'infirmière utilise le toucher pour souligner ou intensifier le message verbal ou pour attirer l'attention du patient sur la CV. Certaines infirmières étaient très douées pour combiner CV et toucher et d'autres étaient trop pressées et n'avaient pas le temps d'attendre une réponse du patient.</p>	<p>Le TNN de la part des patients est très rare, ce constat est en accord avec des études précédentes. Dans cette étude, les 4 cas de TNN de patientes expriment le remerciement.</p> <p>Les infirmières utilisent le TNN pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Réveiller les patients -Commencer certaines actions -Expliquer -Faire une demande -Réconforter -Mettre des choses en évidence -Plaisanter -Réprimander <p>Certains patients reçoivent plus de TNN que d'autres et certains ne reçoivent que le TN. Pour certaines infirmières, le TNN est naturel et d'autres ne l'utilisent pas du tout.</p> <p>La communication verbale a un rôle complémentaire au toucher.</p> <p>Les résultats de cette étude répondent aux questions posées et mettent en lumière l'importance du TNN dans les situations de soins gériatriques. Les résultats fournissent des indices pour des développements futurs dans les soins infirmiers.</p> <p>La procédure utilisée dans cette étude s'applique particulièrement bien chez les personnes âgées nécessitant beaucoup d'aide. Cette procédure pourrait probablement être utilisée avec succès dans les unités de soins intensifs et palliatifs.</p> <p>Difficultés de l'étude : Un grand nombre de variable affecte l'utilisation du toucher</p>

Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Geriatric Nursing 1995</p> <p>Mariah Snyder PhD, RN, FAAN Professor</p> <p>Ellen. C Egan PhD, RN, FAAN Associate professor</p> <p>Kenneth R. Burns PhD, RN Assistant professor</p> <p>School of Nursing, the University of Minnesota, in Minneapolis</p>		<p>Les sujets venaient de 3 unités de soins pour personnes alzheimer d'une institution située dans une grande ville. Sur 36 sujets, 10 ne présentaient pas de comportements d'agitation. L'étude a donc été réalisée sur 26 sujets, 16 femmes et 10 hommes, de 60 à 97 ans avec une moyenne d'âge de 78,7 ans. Ils résidaient dans la maison depuis 1 à 16 mois. Le score des résidents pour le Haycox dementia Scale était de 13 à 36.</p> <p>Critères d'inclusion -Manifestation de comportement d'agitation pendant les soins -Consentement de la famille</p>	<p>But: Explorer si le massage des mains administré avant les soins qui sont souvent associé à des comportements agités, réduirait la fréquence et l'intensité de ces comportements durant ces activités de soins.</p> <p>Hypothèse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les sujets recevant un massage des mains avant les soins sélectionnés manifestent une diminution de la fréquence des comportements d'agitation, durant les soins, comparés avec la fréquence trouvée dans la période Baseline. 2. Les sujets recevant un massage des mains avant les soins sélectionnés manifestent une diminution de l'intensité des comportements d'agitation, durant les soins, comparés avec l'intensité trouvée dans la période Baseline. 3. L'utilisation du massage des mains provoque une grande réduction de la fréquence et de l'intensité des comportements d'agitation comparée à l'utilisation de la simple présence. 	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>L'étude a été réalisée sur 35 jours, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Baseline : 5 jours -Massage des mains : 10 jours -Baseline : 5 jours -Présence : 10 jours -Observations post-intervention : 5 jours <p>Instruments</p> <p>Les comportements des sujets ont été mis en évidence puis classés comme comportements 1 et comportements 2 dans l'analyse des données.</p> <p><i>Comportements 1</i> : Agripper, crier, frapper, essayer d'aller ailleurs.</p> <p><i>Comportements 2</i> : Résistance physique, répétition de phrase.</p> <p>Les massages ont été effectués selon un protocole. Le temps du massage était de 10 à 15 minutes. L'équipe infirmière a reçu des cours.</p> <p>Procédure</p> <p>Pendant les 5 premiers jours de Baseline, les données sur la fréquence et l'intensité des comportements d'agitation ont été collectées le matin et l'après-midi.</p> <p>Pendant les 10 jours d'intervention, les massages des mains ont été administrés avant les soins du matin et de l'après-midi.</p> <p>Pendant les 5 jours suivant les interventions, les données ont été enregistrées.</p> <p>Ensuite, pendant 10 jours, la simple présence a remplacé le massage des mains avant et après les soins du matin et de l'après-midi.</p>		<p>Une différence significative entre la période d'intervention et les périodes de baseline a été montrée sur la fréquence et l'intensité des comportements 1, le matin. Ce résultat conforte les hypothèses 1 et 2. Par contre, pas de résultats significatifs pour les comportements 1 l'après-midi et les comportements 2, le matin et l'après-midi.</p> <p>La 3^{ème} hypothèse n'est pas vérifiée car il n'y a pas eu de différences significatives entre la période de présence et les périodes de baseline.</p>	<p>Le massage des mains diminue la fréquence et l'intensité des comportements 1 le matin. Plusieurs possibilités peuvent expliquer le fait que les massages des mains n'ont pas eu les effets positifs attendus. Les soignants n'ont peut-être pas administrés le massage en étant confortables et ont communiqué leur stress au patient. L'après-midi, l'équipe était moins enthousiaste, il y a peut-être eu une différence dans l'administration. Les patients avaient peut-être un plus haut niveau de stress l'après-midi et les massages n'étaient pas assez efficaces pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements d'agitation.</p> <p>Le temps du massage utilisé dans les précédentes études était de 10 minutes. Etant donné que l'unité ou s'est déroulée l'étude avaient une charge de travail importante, le temps des massages a été réduit à 5 minutes. Dans les prochaines études, il faudrait déterminer si les 5 minutes de massages suffisent.</p> <p>Pour l'équipe infirmière, le fait de réduire les comportements d'agitation faciliterait la prise en charge.</p> <p>Le protocole est simple et facile à apprendre. Après l'étude, beaucoup ont montré de l'intérêt à l'appliquer et à former la famille, d'autres étaient plus réticents.</p> <p>Des études futures devraient être faites pour justifier l'efficacité du massage et le temps qu'il faut pour produire une relaxation. Il faudrait également investiguer sur l'effet du genre (homme-femme) chez les sujets et l'équipe infirmière dans la réduction du stress et de l'agitation.</p>

Providing tender touch massage to elderly nursing home residents : A demonstration project

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Geriatric Nursing Volume 2000</p> <p>Paulette Sansone PhD, ACSW, CSW</p> <p>Louise Schmitt PhD, CSW</p>		<p>L'étude a été effectuée dans un centre de soins de 364 lits, à New-York.</p> <p>Ce centre est composé de 6 étages, le premier accueille les patients les plus indépendants (24 résidents), un autre (56 résidents) a une mission de cours séjour de réadaptation. Les 4 autres étages accueillent 71 résidents chacun dont un est pour les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, avec des problèmes de comportements.</p> <p>Les résidents de cette étude ont été sélectionnés sur les 6 étages. La moyenne d'âge des résidents est de 85 ans, ils sont majoritairement de race blanche, catholique, célibataire ou veufs, et de sexe féminin.</p>	<p>But : Examiner l'utilisation du « tender touch massage » dans deux maisons de soins avec des résidents souffrant de douleur et d'affection chronique comme l'arthrite, l'ostéoporose, les maladies dégénératives et la maladie d'Alzheimer avec ses troubles associés.</p> <p>Pour cette étude, le « tender touch » a été défini comme une intervention systématique et structurée avec des gestes lents, un massage doux et des caresses. Les zones du corps touchées sont le front, le cou, les épaules, le dos et les mains.</p> <p>Hypothèse : Les résidents concernés répondront favorablement au « tender touch », il provoquera une diminution de la douleur et de l'agitation. Les chercheurs ont également pensés qu'en intégrant le « tender touch » dans les soins infirmiers, les soignants pourraient en faire part aux familles qui joueraient un rôle actif dans la prise en charge de leur proche.</p>	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Le projet a été construit en 3 phases pendant 3 mois (résidents différents dans chaque phase). Au début de chaque phase, le directeur du projet a utilisé le « minimum data set 2, 0 » afin d'identifier les résidents qui avaient un diagnostic de maladie d'Alzheimer, d'agitation ou de maladie chronique potentiellement douloureuse comme l'arthrite, les maladies dégénératives ou les maux de dos. Les listes de médicaments ont été obtenues à la pharmacie pour identifier les résidents qui prennent des médicaments contre la douleur, l'anxiété ou des antipsychotiques. Une fois identifié, le résident a été contacté et invité à participer à la formation ainsi que tous les membres de sa famille. Les consentements ont été obtenus. Une formation de massage a été donnée par un thérapeute professionnel aux infirmières et aux membres de la famille intéressés. Les investigateurs ont convenu que les infirmiers fourniraient le « tender touch » au moins 2 fois par semaine pendant environ 15 minutes. Au milieu de chaque phase un suivi a eu lieu afin de solliciter les réactions et d'identifier des problèmes ou les préoccupations du personnel ou des membres de la famille.</p>		<p>Résultats qualitatifs : Les membres de l'équipe ont apprécié cette étude, ils ont pu s'exprimer sur leurs expériences et leurs ressentis. Une des soignantes a expliqué qu'elle a massé le dos à une résidente avec des comportements violents. Après le massage, la résidente est devenue plus paisible. La soignante a exprimé son contentement, elle a trouvé un moyen de réduire un comportement agressif. D'autant plus que cette résidente prend actuellement moins de médicaments pour contrôler ses comportements. Le « tender touch » a également eu des résultats positifs sur l'insomnie et la déprime. Toutefois, il faut être sûr que les résidents apprécient ce geste car durant l'étude, ils ne se sont pas exprimés verbalement. Les familles qui ont participé au projet ont également raconté des expériences positives. Une fille qui n'avait eu que très peu de contact physique avec sa mère a pu expérimenter le « tender touch », la réaction de la mère a été très forte, elle a pu dire à sa fille combien elle l'aimait.</p> <p>Résultats quantitatifs : <i>Groupe 1=résidents avec douleurs :</i> Les résultats nous montrent que les douleurs ont diminué pour les 25 résidents. Nous pouvons observer un résultat bénéfique sur la durée, le score de la douleur diminue significativement entre la première et la 12^{ème} semaine. Il y a eu très peu de variation de traitement de la douleur chez les résidents durant les 3 mois de l'étude. <i>Groupe 2=anxiété et agitation :</i> Les résultats ne sont pas cohérents entre les différentes phases. La moyenne des scores est beaucoup plus élevée dans la phase 1 car les résidents choisis vivaient dans une unité de soins où les problèmes de comportements seraient beaucoup plus présents. Il y a eu peu de variation dans les traitements de ce groupe de résidents. Ces résultats semblent indiquer que le « tender touch » est efficace seulement pour les résidents atteints de démence, d'agitation et de comportements agressifs et que l'intervention n'est pas efficace à long terme.</p>	<p>Discussion Lorsque les infirmières ont été informées sur le « tender touch », leurs réactions ont été mitigées. Certaines ont été très positives et d'autres pas, la raison la plus fréquemment évoquée était le manque de temps. Une fois que le personnel a reçu la formation, ils ont été beaucoup plus positifs, seulement 7% ont dit ne pas pouvoir en profiter. 71% pensent que le « tender touch » améliore leur capacité à communiquer avec les résidents et 62% pensent que le geste a pu diminuer leur anxiété. Le fait que le « tender touch » ait des effets à court terme n'est pas surprenant vu les maladies dont souffre cette population. En effet, ceci peut être expliqué par les symptômes touchant les capacités cognitives. Cependant, ce type de résident ne doit pas être exclu d'un programme de bien-être, car même si les effets sont de courte durée, ils peuvent apaiser et rassurer les résidents. Dans cette étude, le massage a aidé les personnes âgées à trouver le repos et à éviter de violentes explosions.</p> <p><i>Limites de l'étude</i> -Les interventions ont été effectuées par un grand nombre de soignants qui ont certainement des approches différentes. -Les résidents ont des fluctuations de leurs états mentaux qui entraînent des changements de comportements. -La mesure des différents concepts (douleur, humeur) a été difficile. Seulement quatre hommes administraient le « tender touch » et il est intéressant de noter que lors de l'intervention les résidents ont réagi plus négativement. Cette réaction n'est pas apparue lorsque c'était une femme qui réalisait le massage. Maintenant que l'étude a pris fin, certains infirmiers continuent à administrer le « tender touch » car ils</p>

<p>Les outils de collecte de données que le centre possède sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'évaluation de la douleur sur une échelle de 0 à 10. -L'évaluation de l'anxiété/agitation sur un formulaire adapté à l'établissement. -Evaluation globale d'orientation sur une échelle de 0 à 4. Ce formulaire est présenté sous la forme d'une liste de 21 comportements les plus fréquemment rencontrés (agression, errance, cris). <p>Les infirmiers chefs de chaque étage ont été invités à remplir ces formulaires une fois par semaine pour les résidents participants et de les remettre au directeur de projet. Finalement, 59 résidents ont reçu le « tender touch » pendant les 3 mois. Les données ont été recueillies chaque semaine par l'infirmière cheffe, au niveau de la douleur, de l'anxiété, de l'agitation et de l'augmentation ou la diminution des médicaments. 117 infirmières et 14 membres des familles ont reçu la formation.</p>			<p>estiment qu'ils renforcent leurs relations avec les personnes soignées.</p> <p>Conclusion</p> <p>Fournir la massothérapie dans les maisons de soins infirmiers, a démontré que ces gestes peuvent être utiles et bon marché. Au minimum, il faudrait un soignant avec une licence de masseur thérapeute dans l'intention de former les autres soignants. Pas plus de 1 ou 2 heures de massage sont nécessaire pour compléter les soins de routine. Cette approche offre des soins supplémentaires aux résidents qui se sentent souvent abandonnés et mal aimés. Le fait qu'une seule personne fasse les massages sur une base régulière pour des périodes spécifiques, avec la même technique aurait sans doute amélioré l'uniformité et la fiabilité d'une telle étude. Manifestement, les conclusions de cette recherche montrent le besoin de faire davantage d'études systématiques qualitatives et quantitatives sur les effets physiques et psychologiques du massage chez les personnes âgées.</p> <p>Sœur Marjorie Connelly qui administre un « compassionate touch » dans un établissement de soins à long terme de la ville de New-York estime que la technologie dépersonnalise les patients et que les offres comme le toucher les aident à se sentir eux-mêmes. En tant que soignants, nous devons être conscients du fait que le toucher, la douceur et la compassion font partie des soins.</p>
---	--	--	--

Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Jane A. Simington University of Alberta</p> <p>Gail P. Laing University of Saskatchewan</p>		<p>Les sujets ont été choisis dans deux établissements de petits villages et deux établissements de grandes villes.</p> <p>Uniquement les patients sans problèmes cognitifs ont été inclus. 115 personnes ont été approchées, 7 ont refusé et 3 ont quitté l'étude. L'analyse finale a été effectuée sur 105 sujets.</p> <p>Trois groupes ont été utilisés dans cette étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le groupe de TTT (34 patients) ont reçu le TT sous forme de « back rub ». -Le groupe de contrôle 1 (37 patients) ont reçu un « back rub » par une infirmière qualifiée dans l'utilisation du TT. Elles ne se sont pas centrées sur le patient et n'ont pas fait de transfert d'énergie. -Le groupe de contrôle 2 (34 patients) ont reçu un « back rub » par une infirmière pas familière avec le TT. 	<p>Question de recherche : Est-ce que le toucher thérapeutique (TT) avec les composantes de la compassion, de l'intention et le transfert d'énergie produit des résultats significatifs ou la compassion et l'intention suffisent pour produire les mêmes résultats ?</p> <p>But : Les personnes âgées institutionnalisées sont sujettes à rencontrer des niveaux significatifs d'anxiété. Par exemple, l'institutionnalisation augmente le niveau d'anxiété.</p> <p>Déterminer les effets du TT sur les différents niveaux d'anxiété sur un échantillon de personnes âgées institutionnalisées.</p> <p>Hypothèse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il y aura un niveau d'anxiété post-intervention significativement plus bas pour les sujets qui ont reçu un TT comparé aux sujets qui ont reçu un « back rub » par une infirmière qui n'était pas familière avec le TT (groupe de contrôle 2) 2. Le niveau d'anxiété post-intervention sera diminué pour les sujets qui reçoivent un TT comparé aux sujets qui ont reçu un « back rub » d'un infirmier qualifié pour le TT mais qui n'a pas l'intention d'aider ou de guérir. (groupe de contrôle 1) 3. Il n'y a pas de différence significative dans le niveau d'anxiété entre les groupes de contrôle 1 et 2. 	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Un questionnaire de Spielberger « State-Trait Anxiety Inventory » (STAI) pour mesurer le degré d'anxiété, il a été modifié afin d'être utilisé avec une population âgée. La taille des caractères a été augmentée et les questions à choix multiples et les questions à développé ont été alterné. Les scores possibles pour ce questionnaire variaient entre 20 et 80. 3 personnes faisaient partie de l'équipe de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le 1^{er} chercheur ne participait pas aux interventions mais récoltait les données des STAI. -Le 2^{ème} chercheur, un infirmier, a réparti les sujets dans les groupes et a effectué les interventions au groupe de contrôle 2. -L'investigateur primaire, infirmier spécialisé dans le TT a effectué les interventions dans le groupe de TTT et dans le groupe de contrôle 1. <p>Les interventions ont été effectuées pendant 2 semaines entre 14h et 16h et entre 19h et 22h. Les données ont été collectées pour chaque sujet par le 2^{ème} chercheur qui a ensuite réalisé un tirage au sort dans un chapeau pour la répartition dans les 3 groupes. Les sujets ne savaient pas dans quel groupe ils étaient assignés.</p> <p>Le massage était fait en silence et il consistait en de long et lent mouvements.</p> <p>Immédiatement après l'intervention, le chercheur 1 venait récolter les données du questionnaire STAI.</p>	<p>Les données démographiques ont été reportées sur des tableaux croisés et des graphiques et n'ont pas montrées de différence significative entre les groupes.</p> <p>L'analyse de variance ANOVA a été utilisé comme procédure statistique pour déterminer s'il existait des différences significatives entre les groupes.</p>	<p>Le niveau d'anxiété est significativement plus bas pour le groupe de TTT que pour le groupe de contrôle 2. Ce résultat a été statistiquement prouvé par le « post hoc Scheffé test ». Les scores pour le groupe de contrôle 1 sont à mi-chemin entre le groupe de TTT et le groupe de contrôle 2. L'hypothèse 1 est donc vérifiée et bien soutenue.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre le groupe de contrôle 1 et le groupe de contrôle 2.</p> <p>Comme prédit dans l'hypothèse 3, il n'y a pas de différence sur le niveau d'anxiété pour les sujets qui ont reçu un massage par une infirmière qui ne centre pas son attention sur le patient que ceux qui ont reçu un massage par une infirmière non-qualifiée dans le TT.</p>	<p>Discussion</p> <p>Les composants essentiels du TT sont apparemment la compassion, l'intention et le transfert d'énergie. D'après les résultats du groupe de TTT et du groupe de contrôle 1, nous pouvons dire que pour la même intervention, le fait de se centrer sur le patient est très important. Cependant, pour une infirmière il était difficile de se décentrer consciemment du sujet et il faut se questionner sur la fiabilité de l'intervention.</p> <p>Implications</p> <p>Le TT peut réduire l'anxiété chez les personnes âgées, ce type de population montre un niveau signifiant d'anxiété avec peu de possibilité pour y remédier. Le TT montre d'excellents résultats cliniques pour promouvoir le sommeil et diminuer l'errance.</p> <p>Les futurs chercheurs pourraient se concentrer accumulatifs du TT sur l'anxiété. Ils peuvent également utiliser d'autres moyens pour évaluer l'anxiété.</p>

Elderly residents : Perceptions of nurses comforting touch

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Journal of Gerontological Nursing (1995)</p> <p>Janet R. Moore RN, C, MS</p> <p>Dorothy Ann Gilbert PhD, RN</p>	<p>Etude qualitative</p>	<p>L'étude a été réalisée dans 3 établissements de soins en Angleterre.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Plus de 60 ans -Capable de lire l'anglais -Capable d'entendre et de regarder une vidéo avec ou sans aide -Capable de lire un questionnaire -Capable de dire s'il est d'accord ou pas de participer à l'étude -MMSE de Folstein >21. <p>Les infirmières ont fourni aux chercheurs une liste de sujets consentant, sur les 30 proposés, 3 avaient un score <21 au test de Folstein et 1 n'était pas capable de bien lire une vidéo.</p> <p>L'échantillon final était composé de 25 résidents (22 femmes et 3 hommes) âgés de 68 à 93 ans. Des scores de MMSE entre 21 et 30. 19 résidents veufs, 5 mariés et 1 divorcé. Ils étaient de religion juive, catholique et protestante.</p>	<p>But: Examiner si l'affection et l'immédiateté, c.-à-d. l'amour et le sentiment d'appartenance peuvent être communiqués aux personnes âgées par le toucher.</p> <p>Question de recherche Selon le modèle de Burgoon, est-ce que si les personnes âgées observent des interactions de différentes relations (sur vidéo) avec une infirmière qui utilise le <i>comforting touch</i>, ils vont percevoir un message d'immédiateté ou d'affection ?</p> <p>Hypothèse Les infirmières qui utilisent le <i>comforting touch</i> communiquent plus d'affection et d'immédiateté que les infirmières qui ne l'utilisent pas.</p> <p>Le toucher (Weisse, 1992) : Contact corporel initié par un individu avec un autre individu.</p>	<p>Modèle social du comportement (Burgoon) Les deux dimensions de l'amour et de la relation sont l'amour et l'immédiateté.</p> <p><i>Affection</i> : Degré de positivité que l'on ressent pour un autre, ou sentiment à l'égard de quelqu'un d'autre.</p> <p><i>Immédiateté</i> : inclut l'assistance et le fait de s'impliquer dans la relation avec l'autre.</p> <p>Burgoon a identifié ce que signifient les messages relationnels qui sont communiqués par des comportements non-verbaux. Ces messages tel que l'affection et l'immédiateté démontrent comment deux personnes (ou +) se sentent par rapport aux autres et par rapport aux relations.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Instrument de mesure La perception de l'affection et de l'immédiateté dans les messages relationnels a été mesurée par 30 items sélectionnés dans un groupe d'items qui ont été largement examinés. L'instrument mesure les messages relationnels que l'infirmière devrait communiquer au patient pendant son intervention. Les sujets répondaient à chaque items à l'aide de l'échelle de Lickert (1=tout à fait d'accord, 7=complètement en désaccord).</p> <p>Procédure Précédent la collecte des données, le 1^{er} auteur a rencontré les sujets, expliqué le but et répondu aux questions. Il n'a pas été dit que l'étude concernait la perception du toucher pour ne pas biaiser les résultats. Durant le test, les résidents ont visionné une des 4 versions de vidéo qui ont été réalisées par le 2^{ème} auteur. Les situations des vidéos ont été jouées par les infirmières d'une des institutions (rôle de patients et de soignants). Les interactions étaient dirigées par des instructions. Elles étaient composées de 5 min d'interaction et 30 sec de pause. Ces différents segments ont fourni l'opportunité pour les infirmières de communiquer un message relationnel d'affection ou d'immédiateté en utilisant le toucher. Après le 2^{ème} visionnement, le 1^{er} auteur a stoppé la K7, a lu les 30 items de l'instrument et le résident devait y répondre. L'instrument et la vidéo ont été prétestés 2 fois avec une population âgée pour déterminer si l'étude pourrait être conduite en deux sessions séparées pour prévenir la fatigue. Les participants du prétest ont pu répondre en une seule fois mais ils ont tout de même trouvé le test long. Dans l'étude, 2 participants ont éprouvé de la fatigue et ont regardé les vidéos en 2 sessions à 2 jours d'intervalle.</p>	<p>Les données ont été analysées avec le système de variance ANOVA pour examiner les moyennes des 4 interactions par rapport à l'affection et à l'immédiateté.</p>	<p>L'hypothèse de départ a pu être vérifiée car il y a eu une différence significative entre les infirmières qui ont utilisé le toucher et celles qui ne l'ont pas fait. La plupart des patients ont pu percevoir le toucher montré sur les vidéos.</p>	<p>Discussion Le comforting touch aide le résident à se sentir aimé et aimable. Les résultats indiquent que les résidents de 3 homes d'Angleterre perçoivent une plus grande affection et une plus grande immédiateté d'une infirmière qui utilise le comforting touch. Il serait trop facile de conclure simplement en disant que chaque résident devrait être touché pour transmettre et recevoir de l'amour et de l'appartenance.</p> <p>Limites de l'étude : -L'échantillon : Il n'était pas représentatif de tous les résidents de tous les homes. L'échantillon n'était pas assez puissant pour déterminer des différences par rapport aux données démographiques. -Les vidéos montraient une interaction avec une jeune actrice (pour le rôle du patient). Les résultats auraient peut être été différents si les actrices étaient plus âgées. Pour plusieurs chercheurs, la simulation est trop artificielle.</p> <p>Implication pour la pratique infirmière Les résidents âgés sont confrontés à de multiples pertes sociales, ils donnent donc plus de sens aux comportements non-verbaux. Cette étude suggère que le comforting touch est une possibilité pour les infirmières de transmettre de l'affection et de l'immédiateté. Le comforting touch rassure le résident et lui montre qu'il peut être aimé et encore aimable. Parfois, les personnes âgées pensent d'elles-mêmes qu'elles sont devenues intouchables et mal aimées, ce qui entraîne une baisse de l'estime de soi. Elles sentent que les soignants s'occupe d'eux juste parce qu'elles sont malade. L'utilisation consciente du comforting touch devrait être augmentée et intégrée dans la formation des infirmières. De plus, en maison de retraite, une grande partie du personnel n'est pas formé et les infirmières doivent servir de modèle. Pour les recherches futures, l'échantillon devrait être plus grand afin de pouvoir examiner certaines différences entre les cultures, les religions et le genre. La population devrait aussi être plus diversifiée géographiquement. Par rapport aux vidéos, il serait préférable d'utiliser une actrice plus âgée. Pour de futures recherches, il faudrait observer les obstacles à l'application du toucher chez les personnes âgées afin que les infirmières qui ne le pratique pas ne manque pas d'opportunité de fournir de l'affection et de l'immédiateté.</p>

The right to touch and be touched

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Nursing Ethics 1996</p> <p>Pirkko Routasalo University of Turku, Finland</p> <p>Arja Isola University of Kuopio, Finland</p>	Etude qualitative	<p>25 patients âgés et 30 infirmières travaillant dans les soins de longue durée.</p> <p>Les patients étaient âgés de 65 à 93 ans (moyenne 82 ans).</p> <p>Les soignantes étaient des infirmières, des infirmières assistantes et des aides infirmières.</p> <p>Les patients devaient avoir une bonne communication verbale (phrase intelligible et logique)</p>	<p>But: Décrire les expériences du toucher sur les personnes âgées en soins à long terme ainsi que celles de leurs infirmières.</p> <p>Le fait de se concentrer sur les expériences des participants permet d'avoir une compréhension plus profonde de l'utilisation du toucher et de la signification donnée par le patient et l'infirmière.</p> <p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comment les personnes âgées expérimentent le toucher dans les soins infirmiers ? 2. Comment les infirmières expérimentent le toucher dans les soins aux personnes âgées ? 	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Les données ont été collectées par interviews semi-structurés. Les thèmes ont été tirés d'études précédentes, des expériences des chercheurs spécialisés dans les soins à long terme et des discussions avec l'équipe infirmière.</p> <p>Avant la collecte des données, 2 personnes âgées ont été interviewées pour tester le questionnaire. Suite à cette démarche, quelques questions ont été modifiées. Les questions ont été couvertes par 4 thèmes principaux avec des sous-catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le toucher par une personne que l'on connaît ou que l'on ne connaît pas. <ul style="list-style-type: none"> -Le toucher par les membres de la famille -Le toucher entre amis -Le toucher entre patients -Le toucher par le médecin 2. Le toucher par l'infirmière <ul style="list-style-type: none"> -Approbation du toucher -Parties du corps touchées -Le toucher non-nécessaire -La main nue ou couverte 3. Le toucher par le patient <ul style="list-style-type: none"> -Opportunités du toucher -Le toucher et la colère -Le toucher et connotation sexuelle 4. Le toucher avec un animal de compagnie ou une mascotte <ul style="list-style-type: none"> -Chien ou chat -Poupée ou peluche 	<p>Les interviews ont été enregistrés sur K7 puis retranscrits. Les infirmières étaient familières avec les thèmes proposés.</p> <p>Les données ont été analysées avec la méthode « content analysis ».</p> <p>L'analyse a été faite 2 fois afin de comparer les résultats.</p> <p>Les problèmes principaux rencontrés avec les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se fatiguaient vite et la concentration baissait. -Certaines réponses n'étaient pas claires, le chercheur a plusieurs fois dû reformuler. <p>Chaque interview est une situation unique et les résultats ne sont pas comparables entre chaque personne. Par contre, les thèmes sont applicables pour toutes les situations de soins infirmiers.</p>	<p>Le toucher par une personne que l'on connaît ou par une personne que l'on ne connaît pas.</p> <p>Les patients et les membres de la famille se touchent moins à l'hôpital qu'à la maison, le lieu est moins intime. Les amis touchent les patients pour les féliciter en leur serrant la main ou en les prenant dans leurs bras. Le toucher par une personne que l'on ne connaît pas est accepté quand le but est d'aider. Le toucher entre les patients est plutôt rare, il arrive qu'ils se serrent la main. Parfois, les patients confus et anxieux frappent les autres patients. Les patients ressentent une gêne lorsqu'ils sont touchés par le médecin, ils acceptent facilement la poignée de main. Pour certains, le toucher par le médecin montre une forme de respect.</p> <p>Le toucher par les infirmières</p> <p>Les patients décrivent le toucher des infirmières comme chaud, confortable et agréable. Ils ont appris à accepter le toucher au moment où ils ont eu besoin d'aide. Les infirmières décrivent le fait de toucher les patients comme facile, naturel et important. Elles font le lien entre le toucher des personnes âgées et le toucher des enfants : s'occuper d'une personne faible. Les infirmières touchent toutes les parties du corps. Les patients leur demandent d'éviter les parties qui font mal, les parties génitales, l'estomac et la poitrine. Elles touchent facilement les mains, les bras, les épaules et les pieds. Pour les joues, les cheveux et les fesses, cela pouvait arriver lorsqu'ils se connaissaient bien. Selon certains patients, le toucher peut être utilisé pour communiquer la gentillesse, l'amitié et parfois également la mauvaise humeur. Selon les infirmières, il peut être utilisé pour prendre soin, exprimer ses sentiments, sa sympathie, augmenter le confort et calmer. Lorsque le toucher est perçu négativement par l'infirmière ou le patient, c'est souvent qu'ils ne se comprennent pas. L'approbation du toucher non-nécessaire dépendait de l'infirmière, du patient et du jour de l'intervention, il était souvent perçu comme une caresse confortable et la sensation de bien être était augmentée si le patient était triste ou malade. Ce besoin était d'avantage ressenti la nuit et au début du séjour. Certains patients ne ressentent pas le besoin de recevoir un toucher non-nécessaire, ils sont déjà satisfaits en recevant de l'aide. Les patients préfèrent le toucher avec la main nue car les gants donnent une sensation de</p>	<p>Les participants ont décrits leurs expériences de manière ouvertes, ils ont facilement pu parler du sujet.</p> <p>Dans l'ensemble, les patients se sentaient bien lorsqu'ils étaient touchés et les infirmières n'ont pas trouvé difficile ou désagréable de toucher les patients. Les patients ont appris à demander à être touché en regardant l'infirmière.</p> <p>Avoir un animal de compagnie dans l'institution pose des problèmes car certaines personnes ne les aiment pas ou en ont peur. Par contre, ils pourraient offrir une opportunité supplémentaire d'affection.</p> <p>Le toucher dans les soins infirmiers est devenu nécessaire et facile à accepter, il motive une bonne relation infirmière-patient. Lorsque deux personnes se connaissent bien, il est plus facile de se toucher spontanément à un niveau émotionnel élevé. Les études qualitatives sont nécessaires pour mieux comprendre l'utilisation et la signification du toucher dans les soins infirmiers. Actuellement, nous avons peu de connaissance sur cette composante essentielle des soins infirmiers. Il y a un réel besoin d'avoir davantage de connaissance afin que les étudiants infirmiers puissent apprendre les effets positifs et négatifs du toucher.</p>

		<p>froideur.</p> <p>Le toucher par les patients Les patients touchent les infirmières s'ils ont besoin d'aide, il est plus facile pour eux de toucher les infirmières que le médecin. La réaction de l'infirmière dépend du patient, de la signification et de la propreté du toucher. Lorsque l'infirmière expérimentait une mauvaise expérience du toucher, sa connotation était souvent du domaine sexuel. Certains patients hommes disaient que l'infirmière répondait négativement à leur toucher et ils ont choisi de l'éviter. Les infirmières interprétaient le toucher comme violent lorsqu'elles étaient frappées, griffées, pincées et mordues.</p> <p>Le toucher avec un animal de compagnie ou une mascotte L'animal de compagnie dans l'institution n'est souvent pas nécessaire pour la plupart des résidents, ils ont peur du risque d'infection ou de l'animal en lui-même. D'autres ont pu dire qu'un animal de compagnie leur manquait. Les infirmières ont peur que les personnes âgées ne puissent pas se défendre si l'animal devient agressif.</p> <p>Selon les infirmières, quelques patients possèdent une poupée ou une peluche, cela leur offre une sécurité et leur permet de s'occuper de quelque chose. Pour les patients, ce genre de jouets reste réservé aux bébés mais ils peuvent rassurer certains patients confus ou angoissés.</p>	
--	--	--	--

Pilot Study to Test the Effectiveness of Healing Touch on Agitation in People with Dementia

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Geriatric Nursing 2006 Kris L. Wang MSN, APRN, BC, AHN-BC, CHTP Carol Hermann MS, CTRS	Etude qualitative comparative. Devis quasi expérimental.	L'unité de soins a été choisie dans un établissement en Arizona pour les anciens combattants atteints de démence.	But Evaluer l'efficacité du « Healing Touch » (HT) dans la réduction des niveaux d'anxiété et d'agitation des résidents atteints de démence. Objectif Comme pour toute étude pilote, l'objectif principal est d'évaluer si des études supplémentaires sont nécessaires. Les résultats de cette étude permettront d'affiner et de diriger les nouvelles enquêtes dans ce domaine.	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Outil d'évaluation Les participants ont été séparés en 2 groupes; le groupe d'intervention avec HT et le groupe de soins usuels. Les effets des HT ont été évalués avec le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Le but serait d'observer une diminution de la moyenne des scores d'agitation ainsi que les comportements liés, pendant l'intervention de HT. Le CMAI a été utilisé car il a la capacité de détecter les changements dans le comportement d'un individu dans le temps. Le CMAI se base sur 29 comportements ainsi que la fréquence à laquelle ils se produisent. Pour tout problème, la personne est notée de 1 (jamais) à 7 (plusieurs fois par heure). Le CMAI a été effectué tous les soirs pendant 2 semaines par un infirmier diplômé. Les 6 patients qui ont montrés des scores élevés d'agitation faisaient partie du groupe de TTT, tandis que les 8 autres qui ont montré un niveau plus faible faisaient partie du groupe de contrôle avec des soins habituels. L'évaluation des résidents a été effectuée par un infirmier diplômé qui ne connaissait pas la composition des groupes. 2 techniques de HT ont été utilisées, la première sur le corps et la 2^{ème} sur la tête en plusieurs étapes. Ces interventions peuvent être administrées assises ou debout, dans une courte période de temps. Les interventions duraient au maximum 10 minutes, chaque patient en recevait une par jour pendant 4 semaines. Les deux semaines suivantes, une référence de « non treatment scores » a eu lieu. Une fiche a été créée afin de noter divers observations.</p>	<p>Pour la signification statistique, les scores ont été testés pour les comparer. La moyenne des comportements pour chaque patient a été effectuée. Les résultats du groupe de contrôle peuvent aider à préciser les changements qui ne résultent pas de l'HT. Les chiffres pour le groupe de contrôle ont été calculés par la moyenne de l'ensemble du groupe. Un test d'hypothèses statistiques a été utilisé pour aider à déterminer si les résultats de cette étude sont significatifs. Le groupe de contrôle a été inclus pour permettre la comparaison qualitative, seuls les résultats pour le groupe d'intervention sont testés. Par conséquent, les personnes du groupe d'intervention alternent les périodes de TTT et de non-TTT.</p>	<p>La figure 1 montre la différence entre les deux groupes. Les résultats montrent l'efficacité de l'HT sur l'ensemble du groupe, plutôt que de se concentrer sur les différences individuelles. Le tableau 3 montre les comportements avec les moyennes les plus élevées dans les deux groupes. La figure 2 montre la comparaison entre les 2 groupes semaine par semaine par rapport au niveau d'agitation. Comme il a été vu, le HT aide à diminuer l'écart de la moyenne entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention. Au cours de la période de traitement, le groupe d'intervention a démontré une diminution significative de l'agitation. Cela contraste avec la légère hausse, qui s'est produite dans le groupe de contrôle à la même époque. Finalement, les résultats montrent une diminution de la fréquence des comportements d'agitation chez les résidents atteint de démence, présentant des scores plus élevés d'agitation. A partir de ces données, il est ressorti que les participants ont souvent indiqué qu'ils se sentaient détendus après le traitement et qu'ils ont apprécié l'intervention. Le HT a eu un effet sur la chaleur, la douleur et la relaxation. La plupart des patients ont continué à se montrer détendus après avoir reçu un traitement, ils se sont souvent endormis. Les données sur l'utilisation de médicaments psychotropes ont été relevées. 5 des 6 résidents du groupe ont reçu ce genre de médicaments. 3 ont eu une diminution de la dose au cours de la phase d'intervention. 2 ont eu une augmentation de la dose après l'arrêt du HT.</p>	<p>Recommandations et limites Les principaux objectifs de cette étude pilote étaient de déterminer si une étude plus approfondie sur le HT était justifiée et si l'instrument choisi peut détecter des changements dans les niveaux d'agitation. Les résultats sont très significatifs ce qui indique que le HT amène à une nette diminution de l'agitation. Une des limites de l'étude est que tous les patients étaient des hommes et que tous les praticiens du HT étaient des femmes. Les résultats sont très significatifs et démontrent qu'il y a une différence mesurable entre les niveaux d'agitation des patients qui reçoivent le HT par rapport à ceux qui n'en ont pas reçu. Il est recommandé que de nouvelles recherches soient menées avec un échantillon de plus grande taille et une plus longue période d'intervention. Il est également souhaitable que le HT soit comparé avec un TTT placebo pour voir si une différence peut être déterminée. Il faudrait également davantage détailler le profil des participants.</p>

Touching by Skilled Nurses in Elderly Nursing Care

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
Scandinavian Journal Caring Sciences 1998 Pirkko Routasalo PhD, RN Arja Isola PhD, RN	Etude qualitative	5 paires infirmière-patients. Les infirmières ont sélectionné les patients qui avaient besoin d'aide pour les AVQ et avaient des capacités de communication réduites. Les infirmières étaient toutes des femmes et l'échantillon des patients contenait 4 femmes et 1 homme. Les critères pour sélectionner les infirmières qualifiées étaient tirés de Benner : -Comprendre les situations de soins infirmiers comme un tout et prendre des décisions avec une compréhension globale.	But Trouver comment les infirmières diplômées touchent les patients âgés avec des capacités de communication réduite, dans une unité de soins à long terme.	

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>Les contextes des 5 paires patients-infirmières ont été décrits (Sanni et Eeva, Heta et Riina, Laina et Raisa, Oiva et Taina, Alli et Erja). 10 situations de soins infirmiers par paires ont été enregistrées pendant les soins du matin. L'étude a duré 2 mois, 50 situations ont été enregistrées avec une totalité de 12h de films. L'enregistrement commence lorsque l'infirmière approche le patient et se termine lorsqu'elle le quitte. La caméra a été éteinte pendant que le patient était nu.</p>	<p>L'analyse des données a été inspirée de la philosophie de Ricoeur basée sur 3 étapes de l'interprétation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La compréhension naïve La première compréhension de l'interaction patient-infirmière. 2. L'analyse de structure La vidéo et les textes étaient analysés partie par partie. Elle se focalisait sur les situations de toucher qui émergeaient de la compréhension naïve. 3. La compréhension complète. Elle décrivait significativement les interactions patients-infirmières dans les situations du toucher comme elles ont été comprises par le chercheur. Pour mieux comprendre les interactions, les chercheurs ont interrogés les infirmières sur les moments clés où elles touchaient les patients. Puis, les infirmières et le chercheur comparaient leurs notes qui étaient souvent identiques. 	<p>Compréhension naïve Interaction entre chaque paire est une situation unique. Le toucher fait partie intégrante du travail de l'infirmière.</p> <p>Analyse structurée Les discussions avec chaque infirmière fournissaient des indices valables pour l'interprétation du toucher. Sur la base de l'analyse des résultats, l'infirmière touchait pour aider mais évite de toucher plus que nécessaire contre la volonté du patient. Elle touchait également pour attirer l'attention, montrer de l'affection, calmer, apaiser, renforcer les sentiments positifs et pour apporter de la sécurité.</p> <p>Compréhension complète de chaque paire Un récit a été écrit sur chaque paire pour fournir une interprétation complète sur la base d'une compréhension naïve et d'une analyse structurée.</p> <p><i>Sanni (p) et Eeva (i)</i> Eeva réveillait Sanni d'une voix douce, avec des caresses. Eeva montrait une distance physique et émotionnelle, elle la touchait doucement pour éviter que les gestes soient contre sa volonté. Sanni réagissait en résistant, parfois en frappant ou en souriant. L'expression d'Eeva montrait qu'elle n'était pas sûre d'elle, la résistance de Saani était plus dirigée contre les tâches que contre la personne. Après les soins Saani souriait et Eeva lui passait les mains autour des épaules.</p> <p><i>Heta (p) et Riina (i)</i> Heta ne répond pas verbalement. Un matin elle pouvait crier et le lendemain sourire. Lorsqu'elle criait, Riina essayait de comprendre la raison et la serrait dans ses bras. Une fois les soins terminés, Riina lui offrait un morceau de chocolat en récompense. Leurs interactions ressemblent à une relation mère-enfant mais Riina la décrivait comme une relation naturelle.</p> <p><i>Laina (p) et Raisa (i)</i> Laina ouvre très peu les yeux, Raisa essaie d'établir un contact en la caressant, en lui demandant d'ouvrir les yeux. Laina ne répondait pas mais elle bougeait un peu. Son visage communiquait de la souffrance et Raisa prenait soin d'elle très doucement. Raisa lui mettait son bras derrière ses épaules pour la guider dans les mouvements. Laina essayait parfois de communiquer. Raisa lui donnait des soins parfaits avec un réel contact émotionnel.</p>	<p>Validité, fiabilité La vidéo est une méthode utile pour la collecte de données pour capturer des événements qui n'auraient pas été remarqués pendant l'observation. Les infirmières ont dit que la caméra ne dérangeait pas et qu'elles oubliaient sa présence. Il est toutefois possible que la caméra et la présence du chercheur influencent l'utilisation du toucher. Le chercheur est conscient des préjugés qu'il peut avoir en regardant la vidéo, il a donc été aussi juste que possible. Il a également discuté à l'avance avec les infirmières ainsi qu'un chercheur qui avait l'habitude d'analyser des vidéos.</p> <p>La valeur et l'application de l'étude étaient renforcées par l'expérience du chercheur dans les soins chez les personnes âgées et ses familiarités avec les études sur le toucher.</p> <p>Conclusion Les interactions patients-infirmières varient d'un matin à l'autre. Elles étaient parfois harmonieuses et parfois plus difficiles. Les infirmières savaient à l'avance comment les patients allaient réagir et étaient douées pour anticiper leurs réactions. Quelques infirmières touchent plus que nécessaire et d'autres le minimum.</p>

		<p><i>Oiva (p) et Taina (i)</i> 2 soignantes étaient présentes pour la toilette. Pendant qu'une effectuait les soins, Taina l'aidait à se mobiliser en lui parlant gentiment, elle le prenait contre elle pour le tourner sur le côté. Oiva ne faisait pas de résistance au toucher. C'était une communication entre 2 adultes, ils semblaient se comprendre. Une fois les soins terminés, elle lui caressait l'épaule pour s'assurer que tout allait bien.</p> <p><i>Alli (p) et Erja (i)</i> Erja explique les soins qu'elle va effectuer, Alli répond par oui ou non, calmement. Elles se touchaient mais pas plus que nécessaire. Comportement adéquat, se connaissent depuis longtemps.</p> <p>Compréhension complète du tout Les interprétations des situations d'interaction de chaque paire indiquaient une variation entre les infirmières, les patients et les matins. La durée des soins variait, les infirmières utilisaient les ressources des patients le plus souvent possible même si ça prenait plus de temps. Généralement, l'infirmière finissait son soin en caressant, en prenant le bras, en mettant la main sur l'épaule pour mettre de bonne humeur. Certaines interactions ressemblaient à une relation mère-enfant ; lorsque le patient ne voulait pas exécuter, l'infirmière essayait de le convaincre par le toucher. L'interaction avec le patient homme était plus franche. Dans une étude précédente, Routasalo expliquait que les infirmières comparaient les soins aux personnes âgées avec ceux donnés aux enfants. La distance physique variait selon les situations, certaines étaient très proche et d'autres ne touchaient qu'avec les mains. Certaines connaissaient à l'avance les réactions des patients et pouvaient anticiper, d'autres étaient très prudentes.</p> <p>Ces résultats ont beaucoup de similarités avec plusieurs chercheurs (voir page 176).</p>	
--	--	--	--

An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Échantillon	But/Q/H Concepts	Cadre de référence
<p>Journal of Advanced Nursing 1993</p> <p>Kathleen Mc Cann Staff Nurse, Intensive Care Unit, Belfast</p> <p>Hugh P. Mc Kenna Lecturer in Nursing, University of Ulster, Northern Ireland</p>	<p>Etude qualitative</p>	<p>Les personnes âgées de ce service de soins à long terme /réadaptation ont été choisies car c'est un groupe particulièrement vulnérable à la privation sensorielle. Le service contenait 29 patients et 14 réunissaient les critères désignés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avoir plus de 65 ans -Hospitalisé depuis au moins deux semaines avant la collecte des données -Avoir suffisamment d'écoute et de compréhension pour prendre part à l'étude -Orienté dans le temps et l'espace 	<p>But Découvrir le nombre et le type de toucher reçus par les patients âgés de la part des infirmiers et d'évaluer la perception des patients face au toucher donné par les infirmiers.</p>	<p>Modèle d'interaction interpersonnel de Hargie et Marshall (1986) Dans la littérature, plusieurs facteurs sont étroitement liés à l'interaction par le toucher :</p> <p><i>-Les facteurs situationnels</i> Contexte de l'interaction, rôle du toucher, environnement physique, espace personnel, influences culturelles. Les infirmiers travaillent dans un environnement où le corps est vu avec une objectivité professionnelle (aucune zone du corps n'est vue comme tabou). Les deux catégories du toucher : Instrumental : Exécuter un acte est l'objectif principal du toucher. Toucher expressif : Contact spontané et affectif.</p> <p><i>-Les facteurs personnels</i> Age, sexe, état de santé, statut social, précédentes expériences tactiles, rôle. L'utilisation est l'acceptation du toucher peut changer avec l'âge et la maturité. Le besoin de toucher ne diminue pas avec le vieillissement mais la perception du toucher varie avec l'âge. Le sexe des individus, l'état de santé, le degré de dépendance influencent la perception et le but du toucher.</p> <p><i>-Les facteurs qui empiètent directement sur la perception du toucher :</i> Disposition du système sensori-moteur, partie du corps touchée, type de toucher, nature qualitative du toucher, but et motivation du toucher. L'amincissement de l'épiderme avec l'âge augmente la sensibilité au toucher, les parties du corps les plus fréquemment touchées sont les mains, le front, les bras, les épaules</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusions
<p>La collecte de donnée a été basée sur l'observation et les interviews semi-structurés. L'observation était portée sur la nature concrète du toucher en intégrant les facteurs personnels et situationnels ainsi que le but et la motivation du toucher. Les questions des interviews couvraient le domaine de la perception et de la réponse au toucher.</p> <p>Une grille d'observation a été réalisée pour inclure les composants de chaque épisode de toucher :</p> <ul style="list-style-type: none"> -contact pendant l'interaction infirmier-patient -Durée de l'interaction -Nature des activités effectuées -type de toucher -position du patient -position de l'infirmier -parties du corps touchées <p>Un pré-test ainsi qu'une petite étude pilote ont été effectués avant l'étude principale. Ceci a amené à diverses modifications. Il a également été révélé que c'était un très bon instrument pour observer les épisodes de toucher.</p> <p>Les données ont été collectées sur une période de deux jours avec un total de 16h d'observation.</p> <p>L'échelle de Lickert a été utilisée pour évaluer le degré de confort du patient pendant les interactions par le toucher.</p>		<p>Pour les 4 patients observés, un total de 149 touchés ont été enregistrés pendant 37 interactions, 142 étaient des touchés instrumentaux et les 7 autres étaient expressifs. La majorité des infirmières étaient debout tandis que les patients étaient assis. Les parties du corps les plus touchées étaient la main, jambe, épaule, bras, dos. Ce n'était pas les mêmes parties du corps touchées pour un patient homme ou femme. Les patientes femmes ont reçu 4 touchers expressifs dans les cheveux ou sur les mains et les hommes en ont reçu 2 sur les mains et une fois sur le pied.</p> <p>Interviews semi-structurés</p> <p>Globalement, le toucher instrumental est perçu comme plus confortable que le toucher expressif. Pour tous les patients, un toucher fait par un infirmier homme sur le visage, sur les jambes ou autour des épaules étaient inconfortable. Une infirmière qui touche les jambes était perçu comme inconfortable pour 4 femmes et deux hommes.</p> <p>Tous les patients trouvent confortables d'être touché par une infirmière sur les bras ou les épaules.</p>	<p>Vu les limites de l'étude et la petite échelle d'investigation, les résultats ne sont pas généralisables. Cependant, des données intéressantes sont ressorties pour des recherches futures.</p> <p>Les résultats ont montrés que la plupart des touchers sont instrumentaux (soit 95%). Ils se faisaient généralement sur les extrémités du corps.</p> <p>Equipe infirmière</p> <p>La fréquence du toucher expressif était très faible et plutôt limité aux extrémités. Les interviews ont été intéressantes pour cerner comment les patients âgés percevaient le toucher instrumental et expressif donné par les infirmières.</p> <p>Dans l'ensemble, les patients voient le toucher instrumental comme neutre ou positif et le toucher expressif comme négatif. Il est préférable que l'infirmière et le patient face connaissance avant le toucher expressif afin qu'il soit mieux perçu.</p> <p>La perception des personnes âgées par rapport au confort est liée aux parties du corps et au sexe des infirmières.</p> <p>Toucher expressif</p> <p>Le toucher expressif au visage est perçu par les patients comme inconfortable. La perception de cet inconfort est peut être dû à une mauvaise interprétation de la part des personnes âgées. La chaleur et l'affection que fait passer le toucher expressif peut être perçu comme une intention sexuelle.</p> <p>Limite</p> <ul style="list-style-type: none"> -Petite taille de l'échantillon -Il n'a pas été possible d'évaluer l'influence locale et culturelle <p>Implications pour les soins infirmiers</p> <p>Il n'y a pas de règles établies par rapport au toucher dans les soins infirmiers, il peut en ressortir que certains guides pourraient être établis. Il faut être attentif au fait que tous les patients ne sont pas réceptifs au toucher et éviter les zones décrites comme inconfortables. La sensibilisation aux effets du toucher doit être capable d'augmenter la qualité des soins.</p>