

Haute École Arc Santé - Neuchâtel

Travail de Bachelor - Module de recherche REC 3.2

Sous la direction de Mme Schwander Françoise

**« Dans une population atteinte de la maladie d'Alzheimer,
quelle est l'influence du toucher dans la communication ? »**

Bachelor 16

Marjolaine Morandi & Léa Julien

Juillet 2019

Tables des matières

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iii
Remerciements	iv
Résumé	v
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 - PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Question de départ	4
2.2. Pertinence pour les soins infirmiers	7
2.2.1 Métaparadigmes infirmiers.	7
2.2.2 Savoirs infirmiers.	12
2.3 Revue exploratoire de la littérature	17
2.3.1 La démence.	19
2.3.2 Les soins infirmiers.	27
2.3.3 Population cible.	30
2.4 Perspectives et propositions pour la pratique	30
CHAPITRE 3 - CONCEPTS ET CHAMP DISCIPLINAIRE INFIRMIER.	33
3.1 Concepts centraux et pertinents	34
3.1.1 La démence de type Alzheimer (DTA).	34
3.1.2 La communication.	39
3.1.3 Le toucher.....	43
3.2 Cadre théorique	47
CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE	53
4.1 Utilisation de la méthode PICOT	54
4.2 Élaboration de la question de recherche	54
4.3 Critères de sélection des articles	54
4.4 Stratégie de sélection des articles	57
CHAPITRE 5 - SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	61
5.1 Synthèse des résultats des articles	62
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT	76
5.3 Perspectives/propositions pour la pratique	83
CHAPITRE 6 - CONCLUSION	85

6.1 Apports du Travail de Bachelor	86
6.2 Limites	86
6.3 Perspectives pour la recherche	88
<i>CHAPITRE 7 - RÉFÉRENCES</i>	<i>89</i>
<i>CHAPITRE 8 - APPENDICES</i>	<i>102</i>
8.1 APPENDICE A – Mots-clés FR/EN et descripteurs	103
8.2 APPENDICE B – Stratégies de sélection des articles	104
8.3 APPENDICE C – Articles retenus.....	107
8.4 APPENDICE D – Diagramme de flux	109
8.5 APPENDICE E – Grilles originales adaptées du Fortin (2010).....	113

Liste des tableaux

Tableau 1	103
Tableau 2	104
Tableau 3	107

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux - PUBMED.....	109
Figure 2. Diagramme de flux - CINAHL.....	110
Figure 3. Diagramme de flux - PSYCINFO	111
Figure 4. Diagramme de flux – MEDLINE	112

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribuées, de près ou de loin, à la réalisation de ce Travail de Bachelor.

Mme SCHWANDER Françoise, notre directrice de Travail de Bachelor, qui a grandement participé à la réalisation de ce travail, pour le temps qu'elle nous a consacré, ses nombreux conseils et ses relectures.

Mme JULIEN Lise pour la relecture de ce travail et ces messages d'encouragement.

Nos familles et amis respectifs qui nous ont soutenu et conseillé durant cette période exigeante.

L'une et l'autre, pour le soutien mutuel, les heures passées à élaborer ce projet, nos nombreux fous-rire (cacuhète) et pour le travail fourni.

Résumé

Problématique

L'époque actuelle est caractérisée par une baisse de la natalité et une augmentation du vieillissement démographique (Hauri, D. & Rübli, L., 2015). Le prolongement de la durée de vie a pour conséquence l'apparition de maladies chroniques et dégénératives (OBSAN, 2013). Environ 9% de la population âgée est atteinte de démence et ce nombre ne cesse d'augmenter (Alzheimer Suisse, 2018). Ceci représente un enjeu majeur pour la profession infirmière (OBSAN, 2015). La maladie d'Alzheimer (MA) est la forme de démence la plus répandue, concernant 50 à 60% des cas de démence (Alzheimer's Association, 2019). Cette pathologie entraîne des altérations du langage allant parfois jusqu'à l'incapacité totale des aptitudes linguistiques (Vachon, M., Veilleux, M.-C., Macoir, J., & Macoir, J., 2017). En tant qu'infirmier-ère, nous sommes confronté-és à ces problèmes qui rendent la prise en charge complexe. Ce travail de fin d'étude a pour but, de se questionner sur le concept du toucher comme forme de communication non-verbale dans la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, afin de voir si une amélioration est constatée ou non.

Concepts et champ disciplinaire

Les concepts-clés approfondis permettent l'élaboration de notre question de recherche : *dans une population atteinte de la maladie d'Alzheimer, quelle est l'influence du toucher dans la communication ?* Les concepts concernent la maladie d'Alzheimer, la communication et le toucher. Le cadre théorique sur lequel nous nous sommes appuyées afin de lier ces trois sujets, est celle de Mme Joyce Travelbee « The Human-to-Human Relationship Model ».

Méthode

La revue de littérature a été réalisée dans les bases PubMed, PsycInfo, Medline et Cinahl et l'analyse d'articles s'est réalisée à l'aide de la grille originale de Fortin (2010). Les descripteurs sont majoritairement « Alzheimer disease » « Communication » « Therapeutic touch » avec les filtres d'année de publication de 2009 à 2019, l'impact factor > 1.5 et un niveau de preuve hiérarchique visé à 1 et 2. Au total de ces recherches dans les bases de données avec la sélection de critères d'inclusion et d'exclusion, 10 articles ont été retenus.

Résultats

La synthèse des résultats a permis de mettre en avant l'importance du toucher dans les soins infirmiers. Perçu comme complexe et dynamique, il s'agit d'un moyen d'interaction important pouvant aider les patients en détresse, avec qui

la communication verbale est altérée. Par ailleurs, le toucher possède d'autres utilités permettant de réduire le stress et l'anxiété, de diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et communiquer la bienveillance.

Conclusion

Il existe diverses stratégies de communication verbale et non-verbales adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le toucher représente une forme de communication non-verbale qui peut être perçu et interprété de façon différente dépendamment de la manière dont il est administré. De ce fait, nous pouvons conclure que le toucher a une influence sur la communication.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, communication et toucher

CHAPITRE 1 - INTRODUCTION

La formation Bachelor en Soins Infirmiers à la Haute École Arc de Neuchâtel nécessite la réalisation d'un Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme.

Ce travail consiste en une revue de littérature, ayant pour but de développer notre regard critique ainsi que notre positionnement professionnel en lien avec l'analyse d'articles scientifiques.

Dans un premier temps, la problématique de la démence sera abordée et une définition de celle-ci et des soins infirmiers sera donnée. Dès lors, les concepts-clés émergeront et nous amèneront à élaborer une question de recherche. Pour ce faire, nous nous appuierons sur la méthodologie PICOT (Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E., 2013).

Dans un deuxième temps, une recherche comprenant un minimum de dix et un maximum de quinze articles sera entreprise dans les bases de données scientifiques. Ils seront par la suite lus, traduits et analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010). Une mise en commun sera réalisée afin d'en ressortir les éléments les plus pertinents, dans le but de confirmer ou infirmer notre question de recherche.

Pour conclure, des recommandations pour la pratique infirmière et la recherche seront exposées.

CHAPITRE 2 - PROBLÉMATIQUE

2.1 Question de départ

Lorsque nous avons pris connaissance de notre question de départ : « Quelle est l'importance du toucher dans les soins apportés aux personnes présentant une forme de démence ? », plusieurs concepts ont retenu notre attention : la dimension du toucher, la définition de la démence, ainsi que l'importance et les recherches actuelles sur les soins infirmiers.

Afin d'affiner notre propos ainsi que d'élaborer notre problématique et notre question de recherche, nous avons identifié deux éléments principaux à traiter selon nous, qui sont : la démence et les soins infirmiers, afin de comprendre le sens réel de chacun.

Au vu de notre parcours similaire dans le milieu des soins, nous avons toutes les deux soigné à plusieurs reprises des personnes âgées atteintes de démence, tant dans des maisons de retraite qu'à domicile, à l'hôpital, dans des unités d'accueil de jour, etc. Nous avons donc constaté que la démence est une pathologie se retrouvant dans différents domaines. Cette thématique nous apparaît donc comme une opportunité pour approfondir nos connaissances professionnelles, et nos pratiques futures. La démence est un vaste sujet concernant une majorité de la population vieillissante, raison pour laquelle nous y portons un intérêt particulier.

Il est important de noter que la démence est un mot utilisé de manière générique, car il regroupe plus d'une centaine de maladies différentes affectant

les fonctions cérébrales et plus précisément les facultés mentales (pensées, mémoire, langage, orientation dans le temps et l'espace, etc.) (Alzheimer Suisse, www.alzheimer-schweiz.ch, s.d.).

Comme évoqué précédemment, nous avons toutes deux pris soin de personnes atteintes de démence lors de nos expériences pratiques. La mise en commun de nos observations respectives nous a permis de retenir deux situations en particulier, car elles mettent selon nous en lumière l'importance de la communication, de la dignité, du toucher et de l'entourage au sein de la relation soignant-soigné. De plus, ces rencontres que nous décrirons ci-après, ont été significatives pour le développement de notre réflexion dans le cadre de ce Travail de Bachelor.

Madame A., âgée de plus ou moins 80 ans, était alitée et ne pouvait plus réaliser les actes de la vie quotidienne. Elle était complètement dépendante du personnel soignant, qui réalisait les soins de base (i.e. toilette complète au lit, bain 1x/sem). Durant la journée, Madame était levée et installée dans un fauteuil gériatrique. Elle n'avait plus la capacité de communiquer verbalement avec autrui. Cependant, son regard s'illuminait lorsque que sa fille venait lui rendre visite. Elle maintenait toujours une posture très rigide, avec les mains crispées et fermées, les bras et les genoux repliés. La détente de ces membres était laborieuse. C'est par le toucher que le personnel soignant pouvait aider Madame A. à se détendre et se relaxer. Ils prenaient le temps, lorsqu'elle était à nouveau installée dans son lit à la fin de la journée, d'effectuer des massages

au niveau des articulations des bras et des jambes. Cela lui permettait de tendre ses membres supérieurs et inférieurs, ainsi que d'ouvrir ses mains. Madame A. était ensuite moins crispée pour le reste de la soirée, et semblait apaisée.

La deuxième situation concerne Madame C., âgée de 90 ans, atteinte d'une démence. Mme C. ne parlait plus et son comportement se traduisait régulièrement par de l'agressivité. Il arrivait fréquemment que Mme C. tape avec ses mains de manière énergique la table devant laquelle elle était assise. Elle s'est, de ce fait, plusieurs fois blessée aux mains. Durant une matinée, après avoir installé Mme C. à la place où elle mange d'habitude, je vais lui chercher son déjeuner. Lorsque je reviens, je vois qu'elle cogne la table à nouveau. Je m'approche d'elle et place mes mains sous les siennes afin qu'elle ne se fasse pas mal. À ce moment, Mme C. me pince en vue de me faire comprendre son mécontentement. Je la regarde et lui explique qu'elle me fait mal mais, je ne retire pas ma main. Au moment où elle a compris ce qu'elle était en train de faire, elle a arrêté de me pincer et m'a caressé la main à plusieurs reprises. Par ce geste, elle me démontrait de la gentillesse et me communiquait le fait qu'elle s'excusait.

De ces deux situations, l'essentiel à retenir du toucher est qu'il détient un impact potentiellement positif sur les interactions entre les patients et les professionnels de santé. Il permet d'apporter de la sécurité, du réconfort et de

la relaxation dépendamment des circonstances. De plus, une forme d'empathie, de compassion, et de tendresse est démontré lors de son application.

2.2. Pertinence pour les soins infirmiers

La science infirmière se base sur les métaparadigmes (Fawcett, J., 1984) et savoirs infirmiers (Carper, B., 1978 ; Kramer, M. K., & Chinn, P. L., 2008). Selon Fawcett (1984), le métaparadigme constitue la substance infirmière et il correspond aux phénomènes d'intérêt de la discipline. Jacqueline Fawcett (1984), théoricienne américaine, identifie quatre concepts du métaparadigme infirmier en tant qu'unités centrales des soins infirmiers. Ces derniers sont les suivants : la personne, la santé, l'environnement et les soins infirmiers (Fawcett, J., 1984). Selon l'auteure, ils ne sont pas figés et définis, bien au contraire, ils sont perçus comme étant en mouvement permanent avec le milieu des soins infirmiers, qui lui évolue constamment (Fawcett, J., 1984).

2.2.1 Métaparadigmes infirmiers.

Le concept de la santé se réfère aux processus de vie et de mort d'un individu (Fawcett, J., 1984). La démence est une pathologie qui altère la santé de l'individu, par la modification de la personnalité et de l'état cognitif (Alzheimer Suisse, www.alzheimer-schweiz.ch, s.d.). L'individu présente une

dégénérescence irréversible au niveau du système nerveux central, exigeant une aide partielle pour les actes de la vie quotidienne dans un premier temps. L'évolution de la maladie peut ensuite entraîner une dépendance complète et parfois même un accompagnement dans le processus de fin de vie (Alzheimer Suisse, www.alzheimer-schweiz.ch, s.d.).

La santé est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946) comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 2014, p.1) Cette définition offre une vision plus ouverte et positive de la santé et de la maladie.

Le concept des soins infirmiers se définit par les interventions infirmières, la prise de décision en collaboration avec les bénéficiaires de soins et l'équipe interdisciplinaire. Il correspond également à l'élaboration, la mise en place et l'évaluation d'objectifs de santé, ainsi qu'aux résultats souhaités (Fawcett, J., 1984). Il existe plusieurs catégories de soins, tels que les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Les soins de santé primaires sont caractérisés par le premier niveau d'entrée en contact avec le système de soins de santé : ils sont accessibles universellement et sont concernés par la promotion et la prévention de la santé (OMS, déclaration d'Alma-Ata, 1978). Les soins de santé secondaires concernent les diagnostics, les traitements, et les soins spécialisés. Les soins de santé tertiaires, quant à eux, se définissent par les services de soins spécialisés, ainsi que par la réhabilitation (OMS,

déclaration d'Alma-Ata, 1978). En ce qui concerne la démence, les soins infirmiers ainsi que l'accompagnement se doivent d'être de qualité, afin d'optimiser la prise en soins des personnes atteintes de cette pathologie. Les soins apportés aux personnes atteintes de démence sont exigeants (Association Alzheimer Suisse, 2014). « Un suivi systématique et personnalisé des malades dès le diagnostic est essentiel ». (Alzheimer Suisse, 2014, p.27). La prise en soins d'une personne atteinte de démence n'a pas pour but de guérir la personne de la maladie, mais de la traiter et ralentir son évolution, d'atténuer les symptômes, de mettre en place un traitement médicamenteux et non-médicamenteux le plus adapté possible, ainsi que d'élaborer un plan de soins comprenant des objectifs et des interventions appropriées (Alzheimer Suisse, 2014). De plus, les soins infirmiers jouent un rôle dans la prévention de la démence (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2016). La prévention de cette pathologie et la prise en charge impliquent que les soins soient basés sur des données probantes (AIIC, 2016). Le concept des soins infirmiers relève donc selon nous d'une importance capitale en ce qui concerne notre thématique.

Le concept de l'environnement se caractérise par le milieu dans lequel l'individu vit et évolue. Il correspond en outre, aux conditions locales, régionales, nationales, culturelles, socio-économiques et politiques associées à la santé de l'être humain (Fawcett, J., 1984). Les causes exactes de la démence sont à l'heure actuelle inconnues ; cependant, les scientifiques notent une

conjugaison de plusieurs facteurs, dont le plus important est l'âge (Alzheimer Suisse, 2014). « On dit que la fréquence des démences dans la population double grosso modo tous les 5 ans à partir de 60 ans » (Alzheimer Suisse, 2014, p.5). Des statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS) basées sur des hypothèses en lien avec l'évolution du contexte socio-économique stipulent qu'en Suisse, la population continuera de s'accroître au cours des trente prochaines années (OFS, 2015). Elle passera de « 8,2 millions de résidents permanents fin 2014 à 10,2 millions en 2045 » (OFS, 2015). De plus, le vieillissement de la population sera en hausse au cours de cette période (OFS, 2015). L'office fédéral de la santé publique (OFSP) recense aujourd'hui environ 148'000 personnes atteintes de démence en Suisse (OFSP, 2018).

Selon l'OMS, « La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde » (OMS, 2017), et concernant l'environnement direct du patient atteint de démence, les soins infirmiers jouent un rôle dans l'aménagement et l'adaptation de son lieu de vie : en lien avec les capacités altérées et les différents stades de la pathologie, un aménagement tant intérieur qu'extérieur (sons, lumières, musiques, couleurs, etc.) doit être effectué (Alzheimer Suisse, 2014). Par exemple, dans les stades initiaux, les symptômes peuvent passer inaperçus ; la personne aura tendance à oublier certaines choses et à perdre conscience du temps. En revanche, dans les stades sévères, la personne est complètement dépendante ; les troubles de la mémoire sont importants et la personne est

presque inactive (OMS, 2017). Les soins infirmiers sont primordiaux à ce niveau tant dans les homes et les unités d'accueil de jour, qu'à domicile. Un aménagement de l'environnement fait donc partie des interventions non-médicamenteuses de la prise en soins et permet une augmentation de la qualité de vie des personnes atteintes de démence (Alzheimer Suisse, 2014).

Le concept de la personne se réfère à l'individu, de même qu'à la famille et la communauté (Fawcett, J., 1984). Ce concept a été ultérieurement remplacé par le terme « être humain », car le précédent ne permettait pas d'être utilisé à bon escient dans la transculturalité (Leininger, M., 1991). Dans le cas de la démence, l'individu est atteint dans ses structures fonctionnelles, à savoir, l'attention, le langage, l'apprentissage, les fonctions exécutives et la mémoire (Alzheimer Suisse, 2014). Les interactions sociales s'en trouvent par conséquent elles aussi modifiées (Alzheimer Suisse, 2014). Ces différents troubles affectent le quotidien des personnes tant sur le plan professionnel que personnel (Alzheimer Suisse, 2014). « La Suisse compte plus de 300'000 personnes (en plus des malades) qui côtoient de près ces maladies : proches soignants, famille, amis et autres » (Alzheimer Suisse, 2014, p.25). Nous pouvons de ce fait, constater que la démence n'affecte pas uniquement l'individu concerné par celle-ci. L'entourage, notamment les proches aidants, se sentent vulnérables et impuissants face à cette pathologie qui exige une nouvelle définition des relations et rôles de chacun (Gold, G., & Kohler, M., 2008). « L'expérience de l'aide peut aboutir à d'authentiques pathologies

psychiatriques. » (Gold, G., & Kohler, M., 2008, p.989). De plus, la majorité d'entre eux est peu informée sur le sujet, dû au faible développement de prestations d'aide et de soutien aux familles.

2.2.2 Savoirs infirmiers.

Le savoir infirmier se caractérise par « l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propre.» (Chinn, P. L. & Kramer, M. K., 2008, p.3). Ce dernier se divise en quatre parties et a été défini par Carper (1978) et Chinn & Kramer (2008) : le savoir esthétique, empirique, personnel et éthique. Le professionnel de santé se doit d'avoir une connaissance approfondie de ces quatre notions, afin de prodiguer des soins de qualité tenant compte de la globalité de la situation.

Le savoir esthétique, d'après Carper (1978), se définit par « l'appréciation profonde du sens d'une situation. » (Gagnon, J, Lechasseur, K., & Milhomme, D., 2014, p.6). Il fait appel aux ressources internes du professionnel, lui permettant de saisir avec finesse les enjeux d'une situation, par ses observations et son expérience personnelle. En d'autres termes, le savoir esthétique suggère que l'infirmier-ère puisse donner du sens tant à l'instant présent qu'aux expériences de vie du patient et de son entourage, tout en les reliant à la singularité de chaque être humain. Dans la pratique infirmière, il se

traduit par les actions, les attitudes et les interactions entre le personnel soignant et autrui. Ainsi, le sens donné à la situation se reflète à travers la prise de décision et les actions infirmières (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). Le savoir esthétique souligne donc le savoir-faire du soignant découlant de l'analyse d'une situation, puis des mesures mises en place, et oriente son savoir-être en termes de sensibilité et de sens critique dans l'instant présent. Il donne par ailleurs un aspect artistique aux soins infirmiers, qui se nomme selon Benner (1984), « transformative art/act ». La pratique infirmière est donc perçue comme « l'art d'agir et de faire » (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015, p.10). L'utilisation du savoir esthétique en lien avec notre thématique, rend possible une meilleure compréhension et appréhension de la démence. En raison des troubles engendrés par la démence (évoqués plus haut dans le texte), le bénéficiaire de soins nécessite une attention particulière : la personne perd entre autres ses repères spatiotemporels, ce qui augmente ses demandes et besoins en soins (Alzheimer Suisse, www.alzheimer-suisse.ch, s.d.). Afin de prodiguer des soins de qualité, le personnel infirmier doit prendre en considération l'aspect holistique de la situation, tenant compte de l'unicité de l'individu (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014).

Le savoir personnel s'intéresse, selon Pepin et al. (2010), à la connaissance de soi : « Il représente ce que l'infirmière connaît d'elle-même. » (Gagnon, J., et al., 2014, p.5). C'est au travers des relations sociales que dès sa naissance,

l'individu se rencontre lui-même, apprend à s'écouter et développe une connaissance de soi et des autres. Par conséquent, les échanges se façonnent et prennent forme à partir des interactions humaines. Lorsqu'elle est aiguisée, la conscience de soi dans l'instant présent suscite le partage d'expériences de vie et l'ouverture aux autres. Sans cette composante du savoir infirmier, l'utilité thérapeutique du « soi » dans les soins ne serait envisageable. Le savoir personnel se traduit donc par une forme d'authenticité tant intrapersonnelle qu'interpersonnelle donnant lieu à la remise en question, la reconnaissance et la compréhension de facteurs tels que les préjugés, les forces et faiblesses du caractère, les sentiments, les valeurs et attitudes. Une fois que ces différents éléments sont identifiés et compris, le soignant peut s'intéresser à la résolution des conflits intérieurs, visant à accroître la connaissance qu'il a de lui-même et améliorer son authenticité (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). Encore une fois, il semble pour nous primordial de se connaître soi-même en ce qui concerne notre thématique de recherche, afin d'identifier et gérer ses propres émotions pour répondre aux besoins de l'autre de manière efficiente et sincère. La personne atteinte de démence présente des difficultés dans les interactions sociales (Alzheimer Suisse, www.alzheimer-suisse.ch, s.d.). Indépendamment de la connaissance de soi, il est essentiel d'avoir une compréhension approfondie de la démence, afin d'avoir un mode de communication adapté à ce type d'individu. Le but étant d'optimiser la prise en soins de ces personnes et de répondre adéquatement à leurs besoins.

Le savoir éthique se définit pour Carper (1978) comme étant :

La compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon, et de ce qui est souhaitable pour la personne. Bien qu'il soit généralement associé au cadre déontologique et à la notion d'obligation, le savoir éthique rejoint d'abord et avant tout un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les valeurs et d'explorer les alternatives lors d'une prise de décision (Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. 2014, p.5).

Cela implique le jugement clinique, la différence et la limite se situant entre le vrai et le faux. Il requiert la connaissance et l'application des normes et codes éthiques. Il guide la pratique infirmière d'un point de vue moral, en déterminant le savoir-être, le savoir-faire, ainsi que les valeurs (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). Le savoir éthique met en évidence la loyauté et la responsabilité de chaque soignant-e à travers la priorisation des actions et le respect des principes, ce qui peut parfois conduire à des dilemmes éthiques, voire même une détresse morale : par exemple dans le cas d'un conflit entre les valeurs/normes institutionnelles et ses propres valeurs/croyances (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). Le savoir éthique ne concède pas inéluctablement une réponse au conflit, néanmoins il offre l'opportunité d'identifier diverses alternatives à ce dernier, dont certaines seront plus satisfaisantes que d'autres. Il ne révèle donc pas la manière dont une décision doit être prise, mais il projette un aperçu des choix disponibles et oriente les intéressés vers la justice et la responsabilité (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). L'éthique est

particulièrement importante du point de vue de notre thématique : elle concerne le respect de la personne atteinte de démence, qui ne possède plus la capacité d'agir par elle-même et de faire des choix de vie importants. D'une certaine manière, elle ne bénéficie plus d'un consentement éclairé. Le personnel soignant se doit d'adopter une attitude empreinte de respect des croyances et valeurs du bénéficiaire de soins, afin de lui permettre de préserver sa dignité (Voyer, P., 2013), qui est un droit fondamental devant être pris en considération (Académie suisse des sciences médicales, 2017).

Le savoir empirique se base, selon les écrits de Chinn & Kramer (2011) sur « ce que nous voyons, touchons et entendons. » (Gagnon, J., et al., 2014, p.4). Il se construit sur l'hypothèse et l'expérience vécue. La science s'appuie sur des bases empiriques, afin de créer la connaissance. Ce savoir se manifeste par l'observation, supposant ainsi l'existence d'une réalité objective. Il est exprimé à travers les soins infirmiers comme une compétence scientifique. Pour illustrer le savoir empirique, nous utiliserons l'exemple de l'insertion d'un cathéter veineux périphérique : lors du geste technique, nous avons recours à des règles d'asepsie et suivons un protocole pour que ce soin technique se fasse dans des conditions optimales. Pour ce faire, nous nous référons donc à des procédures étudiées que nous mettons en pratique. La manière dont ce savoir prend naissance est issue de questions qui ont émergé de situations réelles vécues sur les unités de soins (Chinn, P. L., & Kramer, M. K., 2015 ; Gagnon, J., et al., 2014). Le lien entre notre sujet d'étude et ce savoir est

simple : pour prodiguer des soins optimaux correspondant aux besoins et attentes d'une personne atteinte de démence, il est nécessaire de posséder des connaissances et théories empiriques (AIIC, 2016). C'est ici un élément de base dans la prise en charge d'une personne atteinte de cette pathologie.

2.3 Revue exploratoire de la littérature

L'époque dans laquelle nous vivons, est caractérisée par un vieillissement démographique : la baisse de la mortalité et du taux de natalité en sont des conséquences directes (Hauri, D. & Rübli, L., 2015). L'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2017) déclare : « En 2035, les personnes âgées de 90 ans et plus auront atteint un total de 188'000 et de 320'000 en 2050. » (Hauri, D. & Rübli, L., 2015, p.3) L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2013) déclare que les personnes âgées seront amenées, dans une majorité des cas, à vivre ce que l'on appelle une multimorbidité. La multimorbidité est une conséquence directe du prolongement de la durée de vie et est caractérisée par l'atteinte de deux maladies chroniques ou plus, simultanément. Ces maladies sont décrites comme « des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Elles nécessitent une prise en charge sur une période de plusieurs mois, voire décennies. (...) L'ensemble des maladies chroniques est responsable de 63% des décès dans le monde » (OBSAN, 2013, p.1). Étant donné que la population vieillissante est en constante augmentation comme

susmentionné, les maladies chroniques sont de plus en plus présentes et constituent pour la personne malade et ses proches, un défi à surmonter (OBSAN, 2013). Les maladies chroniques, au même titre que les maladies chroniques psychiques, constituent un problème majeur de santé publique ainsi qu'un défi pour le système de santé actuel. « L'espérance de vie augmente depuis des siècles (...) et nous restons aussi plus longtemps en bonne santé » (OBSAN, 2015, p.16). Cependant, les inégalités socio-économiques jouent un rôle prépondérant dans l'état de santé de la population. Les individus vivant dans une certaine précarité - à savoir, ayant un faible niveau de formation ainsi que de bas revenus - ont généralement un accès plus limité aux soins et donc un état de santé et une espérance de vie susceptibles d'être plus bas (OBSAN, 2015). De plus, les maladies chroniques s'immiscent progressivement. Elles comprennent plusieurs pathologies différentes (diabète, maladies cardiovasculaires, certains cancers, etc.) dont les démences (OBSAN, 2015). « Selon certaines estimations, le nombre des individus atteints pourrait passer de 110'000 aujourd'hui à 190'000 d'ici à 2030 (...), ce qui soumet le personnel soignant et la collectivité dans son ensemble à un important défi » (OBSAN, 2015, p.19). L'Alzheimer Suisse (2018) note que « le risque de démence augmente considérablement avec l'âge. Environ 9 pour cent des plus de 65 ans en sont atteints. (...) 148 000 personnes atteintes de démence vivent actuellement en Suisse. En raison du vieillissement de la population, leur nombre devrait doubler d'ici à 2040 » (Alzheimer Suisse, 2018, p.1).

Au vu de ces chiffres statistiquement importants, notre sujet d'étude nous semble d'actualité et essentiel à traiter, afin d'en approfondir nos connaissances en regard de nos pratiques futures.

2.3.1 La démence.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « le nombre total de personnes atteintes d'une démence devrait atteindre 75,6 millions d'ici 2030, ainsi que 135,5 millions en 2050. Cette hausse du nombre de cas de démence se traduit par les États à revenu faible ou intermédiaire. » (OFSP, 2018). Souvent ignorée et mal prise en charge, la démence engendre des coûts faramineux pour les systèmes de santé, les patients et leur entourage, et constitue un enjeu majeur de santé publique pour les populations actuelles et futures (OFSP, 2018).

De ce fait, nous trouvons pertinent de définir ce qu'est la démence et d'aborder ses différentes classifications.

Le terme démence a été remplacé par le DSM-5 par le trouble neurocognitif majeur (TNCM). L'Association américaine de psychiatrie (APA, 2000), décrit le TNCM comme étant :

Un syndrome insidieux et progressif caractérisé par des déficits multiples, parmi lesquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire. Ces troubles doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit, par

exemple un problème de langage ou encore des troubles touchant les capacités d'abstraction, le jugement ou le raisonnement (Voyer, P., 2013, p.51).

Les démences ou troubles neurocognitifs majeurs sont classifiés en fonction de leurs principales causes : les démences dégénératives et les démences non-dégénératives.

Les démences dégénératives sont provoquées par une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales :

- Maladie de Huntington
- Démence à corps de Lewy
- Maladie d'Alzheimer (MA)
- Démence frontotemporale
- Maladie de Parkinson

Les démences non-dégénératives sont provoquées par « un agent ou un groupe de facteurs pathogènes qui sont soit de type infectieux, traumatique, vasculaire, toxique ou tumoral » (Voyer, P., 2013, p. 52) :

- Démence vasculaire
- Démence infectieuse
- Démence traumatique ou apparentée

- Démence toxique et métabolique

La démence est un état pathologique et ne fait donc pas partie du vieillissement normal de l'individu. Le vieillissement joue assurément un rôle dans l'apparition et le développement de cette dernière, car le nombre de cas recensés augmente avec l'âge (Voyer, P., 2013), mais il n'en n'est pas sa cause (Hommet, C., Mondon, K., & Beauchamp, D. 2011). Il est par conséquent important de distinguer les signes du vieillissement normal de celui du vieillissement pathologique. L'état mental regroupe plusieurs composantes ; les différentes mémoires (de travail, sémantique, procédurale, épisodique, prospective), l'attention (soutenue et divisée), la concentration, l'état de conscience, l'organisation de la pensée, l'orientation (temporelle et spatiale), la capacité visuospatiale, les fonctions exécutives et la vitesse de traitement de l'information. Le vieillissement a un impact sur certaines composantes de l'état mental, telles que la diminution de la capacité de concentration, la diminution de l'attention divisée, la diminution de la précision des informations dans la mémoire épisodique, cependant cela n'est pas du ressort pathologique (Voyer, P., 2013).

Afin de comprendre au mieux les différences entre le vieillissement pathologique et le vieillissement normal, nous avons choisi de nous centrer sur les mécanismes physiopathologiques de la maladie d'Alzheimer étant la forme la plus commune des démences.

La maladie d'Alzheimer est provoquée par deux processus lésionnels situés au niveau du cerveau, à savoir, les plaques amyloïdes et les dégénérescences neurofibrillaires (Lajeunesse, Y., 2003). Le peptide A β compose la substance amyloïde et est synthétisé, de manière physiologique, en petite quantité. Dans la maladie d'Alzheimer, le peptide A β est produit en plus grande quantité et s'accumule dans le cerveau, ce qui est la cause de dépôts (Hommet, C., et al., 2011). Ce phénomène appelé la « cascade amyloïde » a lieu au niveau du cerveau, et serait l'agent initiateur de la maladie (Fondation Alzheimer, 2019).

Les dégénérescences neurofibrillaires sont causées par l'accumulation de la protéine microtubulaire Tau à l'intérieur du neurone, ce qui entraîne des enchevêtrements fibrillaires alors responsables de ces dernières. Il est important de noter que la protéine Tau est une protéine phosphorylée et permet l'organisation, la stabilisation et la régulation de la dynamique des microtubules. Dans la MA, elle se trouve dans des territoires du cerveau qui ne nécessitent pas d'être phosphorylés (Fondation Alzheimer, 2019). Les dégénérescences neurofibrillaires bloquent le transport intraneuronal et entraînent la mort du neurone (Hommet, C., et al., 2011).

Le noyau du tronc cérébral assurant les fonctions vitales comme la respiration, la pression et la circulation sanguine et les réflexes, ainsi que les capacités motivationnelles, la réaction à la nouveauté et la focalisation de l'attention chez l'individu, est la première partie atteinte par ces lésions. Puis, d'autres régions du cerveau dont l'hippocampe (territoire de la mémoire et de

la charge d'affects liée aux souvenirs) seront à leur tour touchés par la maladie (Fondation Alzheimer, 2019 ; Junker-Tschopp, C., 2012).

« Le fonctionnement cognitif, le comportement, l'autonomie fonctionnelle, l'humeur ainsi que la qualité de vie de l'aîné atteint de démence sont affectés » (Voyer, P., 2013, p. 51). « La détérioration de ses fonctions cognitives lui fait perdre une aptitude humaine, celle de parler et de socialiser avec son entourage de façon efficace » (Voyer, P., 2013, p. 51).

Les aptitudes communicationnelles du patient s'en trouvent alors entravées, ce qui affecte considérablement son lien au monde extérieur. De par les troubles de la mémoire, l'aîné atteint de démence oublie des mots et ne reconnaît plus certains objets. La perte d'autonomie fonctionnelle caractérise l'évolution de la démence, qui s'initie progressivement et s'accroît aux derniers stades de la maladie. L'aîné présentera un déficit quant au fait de s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, etc. (Voyer, P., 2013).

Voyer (2013) explique que l'infirmier-ère joue un rôle fondamental dans la prise en charge d'une personne atteinte de démence par l'adoption de sept rôles spécifiques : la promotion de la dignité humaine, la satisfaction des besoins de base et des besoins complexes, incluant la préservation de la sécurité, la surveillance clinique de l'état de santé, la communication, la gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence,

la prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives et l'accompagnement des proches.

La promotion de la dignité est un élément clé de la prise en charge. « En raison de ses déficits cognitifs, la personne atteinte d'une démence est très vulnérable à l'infantilisation, à l'isolement, à la négligence, (...). Il est donc essentiel que l'infirmière s'assure du respect de sa dignité » (Voyer, P., 2013, p.62). Le respect de la dignité se traduit par une communication adaptée aux capacités de la personne, empreinte de politesse et de respect. Ceci permet d'éviter la dépersonnalisation et de considérer la personne comme un être humain unique. Par ailleurs, Joyce Travelbee, infirmière praticienne, a créé un modèle théorique, à savoir « The Human-to-Human Relationship Model », qui stipule que l'être humain est une personne unique et irremplaçable. D'après elle, les liens d'humain à humain, donc de soignant à patient, doivent se promouvoir (Shelton, G., 2016).

La satisfaction des besoins de base et des besoins complexes fait référence à l'obligation de combler ces derniers au mieux. L'infirmier-ère se doit de mettre en place des interventions et d'être attentive afin de répondre aux besoins de la personne atteinte de démence qui, notamment dans les stades modérés et sévères, ne dispose plus de l'aptitude à formuler ce dont elle a besoin.

La surveillance clinique de l'état de santé consiste à mettre en place une surveillance clinique rigoureuse de l'état de santé de la personne atteinte de démence. Comme évoqué auparavant, la personne se trouve, dépendamment du stade de la maladie, dépourvue de sa capacité cognitive à verbaliser ses besoins et les symptômes d'une maladie, d'où la nécessité d'avoir recours à une surveillance continue et rigoureuse. Cela permet de détecter rapidement l'apparition d'une autre maladie, d'en éviter les complications et de mettre en place des interventions appropriées aux besoins de la personne.

La communication est une composante essentielle des soins infirmiers. Elle se trouve à tous les niveaux de la pratique infirmière (évaluation, rôle de leadership, réalisation d'exams, etc.). Elle doit être quotidienne avec la personne atteinte de démence, adaptée et contribuer à son bien-être.

L'infirmier-ère a la responsabilité de déterminer quelles sont les méthodes de communication les plus appropriées, auprès des différents aînés atteints de démence.

La gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) est aussi une composante importante des soins infirmiers. Les SCPD sont importants chez les personnes atteintes de démence et particulièrement chez celles atteintes de la maladie d'Alzheimer. « Se manifestant chez plus de 80% des aînés au cours de l'évolution de cette démence, ils sont très variés » (Voyer, P., 2013, p.68). Les symptômes

comportementaux et psychologiques de la démence englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, du comportement et de l'humeur (ex : agitation, errance, anxiété, etc.) qui doivent être gérés précautionneusement, car ils causent de la souffrance à la personne atteinte de démence ainsi qu'à son entourage.

La prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives se fait principalement par l'activité physique et le recours aux médicaments. Le but est de favoriser un environnement stimulant, afin de voir apparaître des effets positifs sur les capacités cognitives de la personne atteinte de démence et ainsi viser le maintien des facultés le plus longtemps possible.

L'accompagnement des proches est un élément non négligeable, car ils ont beaucoup à apprendre au personnel infirmier sur l'aîné atteint de démence. De plus, l'entourage est à risque d'épuisement. Il est donc primordial d'assurer un accompagnement tout au long de l'évolution de la maladie, en débutant par l'annonce du diagnostic jusqu'au processus de fin de vie.

Ces éléments démontrent à quel point la prise en charge des personnes atteintes de démence est vaste et touche toutes les sphères de la personne (communication, état mental, capacités motrices et cognitives, etc.). En outre, la nécessité de disposer des connaissances appropriées, afin de répondre adéquatement aux besoins de la personne, ainsi que pour accompagner son entourage, est essentielle.

2.3.2 Les soins infirmiers.

Les soins infirmiers sont définis par le « Dictionnaire des soins infirmiers » comme étant :

Un ensemble de connaissances et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier (Jovic, L., & Formarier, M., 2009 p.205).

Le Conseil International des Infirmières (CII), pour sa part, traduit les soins infirmiers de la manière suivante :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion de l'environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation (Jovic, L., & Formarier, M., 2009, p.205).

Pour définir plus précisément ce concept, nous nous appuyons sur les écrits de Dallaire & Dallaire « Le savoir infirmier - Au coeur de la discipline et de la profession » (2008). D'après ces auteures, la pratique infirmière se divise en cinq grandes fonctions : soins, éducation, collaboration, coordination et supervision.

La fonction soins ou « soigner » regroupe deux sous-catégories, à savoir, les soins infirmiers généraux ainsi que les soins techniques généraux et spécifiques. Cette fonction consiste à prodiguer des soins et est par défaut la fonction fondamentale pour toute infirmier-ère. Les soins infirmiers généraux englobent toutes les activités qui permettent le maintien de la vie (manger, boire, respirer, etc.). Les soins techniques généraux correspondent au fait de prendre les signes vitaux, effectuer des ponctions veineuses et injections, administrer un traitement, etc. Les soins techniques spécialisés, quant à eux, sont prodigués lorsqu'une maîtrise des connaissances concernant certaines technologies et protocoles est nécessaire. Pour nommer des exemples, ils comprennent les soins lors d'une dialyse, après une chirurgie cardiaque, pulmonaire, lorsque la personne est en salle de réveil, etc.

La fonction éducative est utilisée à des fins d'enseignement sur la santé et la maladie. Elle permet de renseigner une personne afin qu'elle puisse faire des choix éclairés. Elle a pour but « l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé » (Dallaire & Dallaire, 2008).

La fonction de collaboration se pratique dans un milieu interprofessionnel et elle s'effectue par un processus de négociation entre les différents partenaires de soins. Elle permet une plus grande efficacité et ainsi une meilleure évolution en termes de santé pour le patient.

La fonction de coordination permet de faire circuler les patients dans le système de soins de manière cohérente tout en harmonisant le système de santé. Il existe la coordination clinique et fonctionnelle.

La fonction de supervision, soit la dernière, s'applique dans les milieux de soins où plusieurs intervenants/prestataires de soins sont rassemblés et prodiguent ensemble les tâches attendues. L'infirmier-ère est au centre de cette fonction, car il/elle est parfois légalement responsable des actes qu'il/elle délègue à d'autres intervenants (ASSC par exemple).

Joyce Travelbee définit les soins infirmiers par une relation d'humain à humain, qui permet à la personne soignée de s'adapter à l'expérience de la maladie. L'infirmier-ère joue un rôle primordial dans la relation avec la personne soignée (Shelton, G., 2016). Pour J. Travelbee, le patient est considéré comme un être humain unique nécessitant des soins, des services et de l'assistance. Le rôle infirmier consiste alors à accompagner la personne tout en étant en contact avec celle-ci par le biais de la communication (Shelton, G., 2016). La communication est un point central des soins infirmiers selon Travelbee qui la définit comme une composante donnant l'opportunité à l'infirmier-ère d'entrer en contact avec la personne soignée, de la connaître, d'identifier ses besoins, etc. Elle prend différents aspects tels que la parole, le geste, le toucher, les expressions faciales, etc. (Shelton, G., 2016).

Les différentes possibilités de définition des concepts des soins infirmiers et de la démence présentées jusqu'ici nous ont permis de préciser notre question de recherche. Dans la mesure où cette pathologie affecte entre autres, le fonctionnement cognitif, l'humeur, le comportement et la communication, l'infirmier-ère joue un rôle fondamental dans la prise en soins, qui se doit de répondre aux besoins non exprimés.

2.3.3 Population cible.

La démence touche principalement les personnes âgées. Selon l'OMS (2017), « la maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 70% des cas ». C'est la raison pour laquelle nous nous orientons vers la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

2.4 Perspectives et propositions pour la pratique

Comme évoqué ci-dessus, les statistiques de l'OFSP démontrent une augmentation du nombre total de personnes atteintes de démence d'ici 2030 (OFSP, 2018). La démence représente un enjeu pour la profession infirmière qui se doit de répondre aux besoins de ce type de population.

Les soins infirmiers peuvent être définis de différentes manières, cependant il est possible de distinguer un élément commun à toutes ces conceptualisations : l'interaction sociale. Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, les interactions dans le contexte des soins infirmiers sont principalement sous-tendues par la communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale (toucher, gestes, mimiques faciales), et occupent une importance capitale dans le cas de la maladie d'Alzheimer. En approfondissant nos recherches dans la littérature, nous est apparu le fait que l'accent est mis sur les capacités communicatives des différents acteurs de manière générale, mais la dimension du toucher et les effets de celui-ci dans le cas de la démence sont relativement peu pris en compte. (Shelton, G., 2016). Un des rôles infirmiers consiste à soulager ou éviter la souffrance occasionnée par les besoins non-satisfaits chez le bénéficiaire de soins (Shelton, G., 2016). Cela peut se faire par le biais de l'observation et de la communication verbale ou non-verbale.

Nous souhaitons donc démontrer, par le biais de cette revue de littérature, que si le concept du toucher est présent dans la communication auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la prise en soins répondra efficacement aux besoins et offrira une qualité de soin appropriée à l'unicité de chaque personne.

De là découle notre question de recherche : « Dans la population atteinte de la maladie d'Alzheimer, quelle est l'influence du toucher dans la communication ? ».

Afin d'entrer au coeur de nos propos, nous définirons dans le chapitre 3 « Concepts et champ disciplinaire infirmiers », à l'aide de différents apports de la littérature, les concepts les plus pertinents pour notre recherche, à savoir la maladie d'Alzheimer, la communication et le toucher.

**CHAPITRE 3 - CONCEPTS ET CHAMP
DISCIPLINAIRE INFIRMIER**

3.1 Concepts centraux et pertinents

3.1.1 La démence de type Alzheimer (DTA).

La démence de type Alzheimer est un des principaux troubles neurocognitifs majeurs rencontré au sein de la population vieillissante (Voyer, P., 2013). C'est aussi la forme la plus commune des démences, représentant 50 à 60% des personnes atteintes (Alzheimer's association, 2019). Les premiers symptômes, caractérisés par des troubles de mémoire, se développent de manière insidieuse et progressive et rendent cette maladie difficile à détecter à ses débuts (Voyer, P., 2013).

La maladie d'Alzheimer (MA) est constituée de multiples processus biologiques, environnementaux et génétiques, qui engendrent le développement de lésions physiopathologiques. Cependant, l'expression clinique de la démence de type Alzheimer reste inconnue (Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M., 2012).

La principale atteinte se situe au niveau de la mémoire à court terme, affectant par la suite les activités de la vie quotidienne. La personne éprouve de la difficulté concernant l'enregistrement de nouveaux apprentissages. L'encodage et la récupération des informations sont également altérés. Cette dégénérescence induit donc des oublis concernant les événements récents, passés ou futurs. Par conséquent, l'affection de la mémoire à court terme s'accompagne d'une détérioration des repères spatio-temporels. De plus, les

déficits cognitifs liés à la démence de type Alzheimer (DTA) engendre dans la plupart des cas l'apraxie et l'agnosie : on observe une difficulté à nommer les objets ou à effectuer certaines tâches. La personne possède la capacité physique de réaliser ce qui lui est demandé, mais n'est plus en mesure d'assimiler le processus afin d'y parvenir. Durant les stades plus avancés, le jugement personnel est également modifié. La personne n'a plus la capacité de reconnaître une situation dangereuse, ni de maîtriser ses émotions. Les personnes atteintes de la DTA sont susceptibles de développer des troubles affectifs, tels que la dépression, l'apathie ou la détresse psychologique (Voyer, P., 2013).

Comme cité ci-dessus, la maladie d'Alzheimer n'affecte pas seulement la mémoire. Certaines composantes intellectuelles, telles que la concentration, le raisonnement, l'adaptation et le langage sont eux-aussi altérés. Ces manifestations sont causées par le caractère dégénératif de la maladie. Les lésions cérébrales s'étendent progressivement aux aires cérébrales assurant le fonctionnement des gestes, de l'humeur, du langage et du comportement. « Les patients parlent moins, ne comprennent pas ce qu'on leur dit, ont une grammaire défectueuse, ne savent plus écrire. (Lajeunesse, Y., 2003) L'atteinte du langage affecte la communication » (Hommet, C., et al., 2011, p.46).

La perte de la capacité de langage ainsi que la détérioration de la mémoire entraînent une rupture entre l'individu et le monde environnant. De plus, la

personne peut, souvent aux premiers stades de la maladie, être consciente de ces déficits dans les interactions sociales (Vinay, A., Gérard, M., Bonnet, M., Rexand-Galais, F., & Fromage, B., 2016). Fargeau (2010), cité par Vinay, A. et al. (2016), explique que les pertes cognitives amèneraient le sujet à ne plus vouloir, intentionnellement, d'interactions sociales. Ces interactions avec autrui ne sont donc plus souhaitées ou ne sont plus possibles (Vinay, A., et al., 2016). Joyce Travelbee, de par son modèle « The Human-to-Human Relationship Model », décrit l'humain comme une personne unique qui interagit avec son environnement (Shelton, G., 2016). Elle définit le concept de la souffrance, qui est éprouvée lorsque les sphères psychologiques et physiques sont touchées (Nursing Theories, 2012). Étant donné que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont entravées tant dans leur fonctionnement physique que psychologique (difficultés dans les AVQ, dépression, détresse psychologique, etc.), ces personnes sont considérées, selon le modèle de Joyce Travelbee, comme étant en souffrance. De plus, comme cité ci-dessus, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ne peut ou ne souhaite plus interagir avec autrui. De ce fait, le concept « d'être humain » est altéré par la maladie.

Actuellement, il n'existe aucun traitement qui guérisse la maladie d'Alzheimer. Cependant, il est possible d'entreprendre un traitement pour stabiliser la maladie. Le plan de soins est établi sur deux niveaux, à savoir, un

traitement médicamenteux symptomatique et une prise en charge psychosociale.

Le traitement médicamenteux, consiste en la prise d'inhibiteurs de cholinestérases dans les stades légers à modérés et la prise de mémantine dans les stades sévères, permettant un ralentissement du déclin de la maladie (Lajeunesse, Y., 2003).

La prise en charge psychosociale englobe les aides à mettre en place et a pour objectif de maintenir les acquis, l'autonomie de la personne, ainsi que la protection de la vulnérabilité qui touche les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Lajeunesse, Y., 2003). En raison de toutes les difficultés déjà présentées que la MA engendre pour le patient, la prise en charge se doit d'être personnalisée un maximum (Lajeunesse, Y., 2003). L'aménagement de l'environnement en est un élément clé : que ce soit à domicile ou en institution, il doit être en harmonie avec les habitudes de vie de la personne ce qui implique de respecter des rituels de sommeil et d'alimentation, d'éviter la contention, d'avoir une communication adaptée, un cadre architectural sécurisé et sécurisant, d'intégrer la famille dans le plan de soins, etc. (Vanderheyden, J.-E., & Kennes, B., 2009). Pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, « les aménagements sont une forme de communication quand ils lui fournissent des indices qui lui donnent une relative autonomie » (Meyer-Heine, A., 2014, p.43).

Joyce Travelbee décrit le patient comme un être humain à part entière, c'est-à-dire unique. Elle place une importance capitale dans la reconnaissance de l'individualité de chaque être humain, car ceci est l'essence même des soins infirmiers (Shelton, G., 2016). La reconnaissance de l'individualité se fait au travers du respect des habitudes de vie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Meyer-Heine, A., 2014). La prise en soins d'un patient se base sur la promotion des liens d'humain à humain, à savoir, les interactions sociales ayant lieu entre l'infirmier-ère et la personne soignée, afin que cette dernière puisse au mieux s'adapter à sa maladie, ainsi qu'éviter ou réduire ses souffrances (Shelton, G., 2016). L'infirmier-ère doit de plus être continuellement dans l'observation du bénéficiaire de soins, tout en prenant en compte ses croyances, ses valeurs et ses choix tant éthiques que moraux, dans le but de répondre le plus adéquatement possible à ses besoins. De ce fait, le professionnel doit s'adapter au bénéficiaire de soins en visant une démarche au plus proche des besoins de chacun. (Nursing Theories, 2012 ; Shelton, G., 2016).

En résumé, dans toute prise en soins, en particulier dans le cas de la MA, il est nécessaire que la prise en charge soit personnalisée et adaptée aux besoins et attentes du patient. (Lajeunesse, Y., 2003 ; Shelton, G., 2016). La communication est un élément clé de la prise en soins infirmière et doit être elle aussi adaptée à la personne. Elle permet de promouvoir les liens d'humain à humain et se fait sur la base d'interactions sociales. Sachant que les

personnes atteintes de cette pathologie rencontrent une altération de la communication, une attention particulière doit être mise en place à ce niveau et l'infirmier-ère se doit de s'adapter à la personne et de trouver un canal de communication adapté à ces personnes (Shelton, G., 2016 ; Vanderheyden, J.-E., & Kennes, B., 2009).

3.1.2 La communication.

La notion de communication est définie par le Larousse (2018) comme suit : « Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose, d'être en relation avec autrui ». Afin d'en comprendre plus finement les enjeux et les buts, il est important d'identifier les différents agents présents dans les processus de communication (Vanbeselaere, J., 2005) : il y a tout d'abord l'émetteur, caractérisant la personne qui souhaite communiquer. Ce dernier est mû par une intention, qui se traduit par l'envie ou le besoin d'établir un lien avec autrui. Le second élément se caractérise par le message représentant simplement le contenu de l'information à transmettre. Finalement, pour que l'information communiquée puisse prendre sens, c'est le récepteur qui entre en jeu, en d'autres termes la personne recevant le message. Entre l'émetteur et le récepteur, les éléments du message sont transmis par le canal de communication, comprenant les différentes modalités sensorielles susceptibles d'atteindre le récepteur. Dès que l'information est reçue, elle est décodée et

assimilée par l'interlocuteur. Le décodage dépend manifestement de la compréhension et perception personnelle de tout un chacun. Le processus de communication s'achève lors de la rétroaction, qui est représentée par le message renvoyé à l'émetteur suite à l'appréhension de ce dernier (Vanbeselaere, J., 2005). Au cours de la transmission de l'information, des facteurs perturbateurs appelés parasites sont susceptibles de survenir, empêchant la bonne réception du message par l'interlocuteur. Ils peuvent être d'origine physique (bruit), psychologique (préjugé) ou sémantique (le sens du message est incompris). La communication s'en trouve par conséquent entravée.

La communication constitue un élément fondamental de la relation de soignant à soigné, autrement dit, d'humain à humain. Elle permet l'expression des pensées, opinions, décisions, sentiments et émotions. Elle se différencie en deux catégories distinctes, verbale et non verbale.

La communication verbale, conceptualisée par des mots, est le mode privilégié dans la société. Elle nécessite « (...) un savoir-être, un savoir-faire et un savoir. (...) Parler est un soin. » (Vanbeselaere, J., 2005, p.7). Par conséquent, l'infirmier-ère a pour rôle de faire preuve de professionnalisme quant à celle-ci, notamment en utilisant un vocabulaire adapté à son interlocuteur. Afin que la communication s'accomplisse de manière favorable entre le patient et l'infirmier-ère, il est essentiel qu'elle soit convenablement effectuée entre les différents professionnels de santé (Vanbeselaere, J., 2005).

Autrement dit, les décisions doivent être prises en collaboration interdisciplinaire, favorisant une prise en soins adéquate.

La communication non-verbale, quant à elle, se réfère au toucher, au regard, aux expressions faciales, aux odeurs et au canal auditif (Vanbeselaere, J., 2005). Elle peut être parfois négligée, néanmoins se révèle comme très utile au sein des soins infirmiers et importante dans le cadre de notre Travail de Bachelor.

Le toucher fait partie intégrante de la prise en soins. Chaque geste technique engendre un contact physique entre la personne soignée et le professionnel de santé. Nul ne peut toucher, sans être touché en retour. Le sens donné au fait de toucher varie selon l'éducation, l'histoire de vie, les croyances et les valeurs de chacun. Il provoque des réactions et des émotions, pouvant être tant négatives que positives.

Le regard demeure le premier contact avec autrui lors d'une rencontre, se traduisant sous diverses formes par exemple, un regard fuyant, menaçant ou en revanche, confiant. Il permet d'établir un lien avec la personne soignée, en lui portant de l'attention.

Les expressions faciales permettent de déceler des émotions pouvant être dissimulées et/ou non-verbalisées par le patient. L'observation est, de ce fait, une composante centrale de la prise en soins, devant être utilisée à bon escient par le soignant.

Quant aux odeurs, elles offrent la possibilité d'évoquer des souvenirs affectifs. Finalement, la communication se réalisant par le canal auditif, notamment via la musicothérapie, procure une réaction émotionnelle, physique ou psychique (Vanbeselaere, J., 2005).

Compte tenu des différents éléments constituant la communication non verbale, le personnel infirmier se doit d'être à l'écoute d'autrui et disponible par le biais des diverses modalités que permet cette dernière. La notion de subjectivité dans les situations de soins favorise une ouverture d'esprit, évitant de focaliser l'attention uniquement sur les éléments objectivables (Vanbeselaere, J., 2005).

Au travers de son modèle de soin, Joyce Travelbee considère la communication comme étant une composante essentielle des soins infirmiers : elle permet l'ouverture, la rencontre avec l'autre, l'expression et l'identification des besoins de chacun. L'auteure décrit également la relation interpersonnelle à travers un processus composé de différentes étapes, amenant la communication au premier plan (Shelton, G., 2016). Cette relation se construit en partenariat avec le patient, afin que ce dernier soit au centre des décisions.

Comme susmentionné, le toucher occupe une place importante dans les soins infirmiers, et d'autant plus au sein de la maladie d'Alzheimer. Il représente un moyen de communication efficace avec cette population, il leur

permet de s'exprimer et de se sentir considérée en tant que personne à part entière (Vinit, F., 2007). De ce fait, il est important de souligner le lien existant entre la communication et celui-ci.

3.1.3 Le toucher.

Premièrement, la peau constitue l'organe principal du toucher, elle-même composée de trois différentes couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Ces dernières sont pourvues de terminaisons nerveuses, stimulées lors d'un contact avec un objet ou autrui. Le rôle essentiel de la peau est de maintenir l'homéostasie de l'organisme, en le protégeant face aux facteurs de l'environnement tels que les bactéries, la température ou les substances chimiques. Afin d'accomplir sa fonction protectrice, la peau dispose de trois types de barrière lui permettant de contrer les éléments perturbateurs : les barrières chimique, physique et biologique. La première barrière est formée par les sécrétions de la peau, appelé film de liquide acide, retardant la multiplication des bactéries, et la mélanine. La barrière physique constitue simplement la continuité de la peau elle-même. La barrière biologique, quant à elle, est composée de macrophagocytes, jouant un rôle dans le système immunitaire. Lors de la présence d'antigène (ou substance étrangère), les macrophagocytes sont activés et adoptent une fonction défensive. (Marieb, N. E., 1999). Au niveau cérébral, un toucher perçu comme bienveillant par le

receveur active le système nerveux parasympathique, suscitant la réduction de l'anxiété, du stress, de la douleur et de la tension artérielle (Ashfeld, M., 2011).

Le concept du toucher se réfère également à diverses approches, dites thérapeutiques : le massage, le toucher relationnel et le toucher énergétique (Vinit, F., 2007) :

Le massage (du grec « massein » signifiant presser, palper) est représenté par un contact physique, à même le corps. Il favorise la relaxation et le bien-être à travers la mobilisation musculaire et articulaire passive. Par conséquent, il existe différentes manières d'appréhender le toucher sous forme de massage, telles que la médecine traditionnelle chinoise, le shiatsu, la réflexologie, la médecine douce et la kinésithérapie entre autres (Vinit, F., 2007).

Le toucher relationnel se traduit par des gestes possédant une valeur expressive, émotionnelle et communicationnelle. Témoinant de l'affection, du soutien et un sentiment de sécurité à la personne soignée, le toucher relationnel offre une présence à l'autre, apportant un bien-être et un lien soignant-soigné de qualité. De cette approche, découle l'haptonomie, qui est caractérisée par une notion de corporalité, et se différencie de la dimension organique. Elle donne lieu à « (...) un espace de rencontre créé par le corps dans la relation à l'autre. » (Vinit, F., 2007, p.110). Par conséquent, l'appréhension de la proprioception dépend de la qualité de contact avec son propre ressenti corporel. Autrement dit, la manière de sentir ses membres, ses

os, sa respiration ventrale, etc. Franz Veldman, thérapeute manuel et initiateur de l'haptonomie (1980), met en oeuvre cette approche pour la périnatalité, de façon à ce que ses patientes puissent découvrir et ressentir les sensations du corps habité par le fœtus. La mère entre en communication avec son bébé, en déposant ses mains sur son ventre, afin de ressentir les mouvements de ce dernier. Le toucher se révèle être un élément très important dans la structuration du psychisme et le développement d'une sécurité de base chez l'enfant (Vinit, F., 2007).

Le toucher énergétique se définit par « (...) des pratiques agissant sur la dimension corporelle, située au-delà de la perception physique habituelle. » (Vinit, F., 2007, p.112). Plusieurs approches sont associées au toucher énergétique tel que : le Reiki, d'origine tibétaine, se basant sur des symboles ayant un effet vibratoire sur la matière physique et énergétique du corps, le « Therapeutic Touch », élaboré par Dolores Krieger en 1972 qui se pratique par le mouvement des mains, situées à quelques centimètres du corps. Aucun contact physique n'est opéré, car le thérapeute travaille avec le champ énergétique ressenti entre son propre corps et celui d'autrui (Vinit, F., 2007). Dans le cas des personnes atteintes de démence, l'utilisation de ce concept permet de traiter les symptômes comportementaux, afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être. Cette approche ne requiert aucun équipement spécifique, le rendant de ce fait accessible à tout thérapeute (Ashfeld, M., 2011).

Dans le cadre des soins infirmiers, le toucher représente un élément central, car il est utilisé quotidiennement auprès de la patientèle. Chaque geste technique ou soin consiste en un contact direct dans l'intimité et de la sphère personnelle. Le corps de la personne demeure exposé aux mains des soignants, et n'a d'autre choix que de ressentir et réagir à ce qui lui est fait (Vinit, F., 2007). L'utilisation du toucher à l'égard des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs constitue un moyen de communication efficace. Dans la mesure où ces dernières demeurent dans l'incapacité de s'exprimer distinctement, cette méthode leur permet de se sentir considérées, respectées et en sécurité. Par conséquent, la dignité humaine de la personne subsiste (Bonneton-Tabariés, F., 2013 ; Voyer, P., 2013). Néanmoins, le personnel soignant se doit de le pratiquer de manière consciencieuse et professionnelle, afin qu'il ne soit pas mal interprété. Le cas échéant, la personne soignée pourrait éventuellement se sentir agressée et atteinte dans son intégrité. La distance et la posture professionnelle apparaissent donc comme des éléments indispensables à chaque prise en soins.

Le modèle de Joyce Travelbee s'apparente au sens du toucher, qui lui, fait partie intégrante de la relation interpersonnelle entre le patient et le soignant. L'intégration de ce concept au sein de la relation, apporte une dimension spirituelle et subjective aux soins infirmiers. Il permet de créer une interaction entre deux êtres humains, afin de favoriser la communication (Staskova, V., 2015).

3.2 Cadre théorique

Concernant le cadre théorique, notre choix s'est porté sur le modèle de Joyce Travelbee, s'intitulant « The Human-to-Human Relationship Model ». Ce modèle s'intéresse à la relation qui se crée entre patient et infirmiers-ères, considérant chacun d'eux comme un être humain à part entière (Shelton, G., 2016). Elle définit l'être humain comme « (...) irremplaçable, unique, en constante évolution et interagissant avec l'environnement. » (Shelton, G., 2016, p.658). L'objectif consiste à intégrer ce modèle dans la pratique infirmière, afin d'accompagner la personne dans l'adaptation à sa maladie, ainsi que donner un sens à l'expérience vécue. Le personnel infirmier détient la responsabilité d'éduquer et d'offrir les stratégies nécessaires au patient, de manière à éviter ou soulager la détresse engendrée par les besoins non satisfaits. Par conséquent, la promotion des liens d'humain à humain est un élément fondamental à l'égard des soins infirmiers (Shelton, G., 2016).

Pour ce qui est de l'ancrage disciplinaire, le modèle de Joyce Travelbee appartient à l'école de l'interaction, représentée par une interaction entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de répondre en faveur à cette dernière (Kérouac S., 1950). Les éléments centraux de cette école tiennent compte du savoir-faire et de la manière dont ce dernier est mis à profit (Meleis, A. I., 2012). Au sein de cette démarche, l'infirmier-ère clarifie ses valeurs, pensées et croyances, afin de s'engager pleinement dans la relation avec l'autre (Kérouac S., 1950). Selon Joyce Travelbee, la relation

interpersonnelle se construit et se réalise au travers de la signification des expériences de chacun (Shelton, G., 2016).

Relativement aux métaparadigmes infirmiers, Joyce Travelbee (1971, 2013) décrit chacun d'eux à travers son modèle théorique : la personne est définie comme un être unique et irremplaçable, en interaction avec l'environnement et demeure constamment dans l'instant présent avec toute sa subjectivité, rendant chaque expérience de vie fondamentalement singulière. Néanmoins, l'être humain se trouve dans un processus de devenir continu. L'importance de reconnaître l'individualité de chaque être humain constitue l'essence même des soins infirmiers. L'auteure considère tant le personnel infirmier que le patient, comme des êtres d'égal à égal (Shelton, G., 2016). « (...) Le prérequis, afin d'établir une relation interpersonnelle soignant-soigné, repose sur la perception de l'autre comme un être humain unique, excluant le stéréotype « patient » et « infirmier-ère » (Stasková, V., 2015, p.185). Le concept de la santé est perçu de manière subjective et objective. Certains ont la capacité d'accepter et de s'adapter aisément à l'expérience de la maladie, contrairement à d'autres qui l'appréhendent difficilement. La santé subjective est définie par l'individu à travers l'auto-évaluation des facteurs émotionnels, physiques et spirituels. La santé objective, quant à elle, se traduit par l'absence de perception de la maladie. Elle est mesurée au moyen d'examen cliniques, du diagnostic et des signes cliniques (Shelton, G., 2016). Le métaparadigme de l'environnement n'est pas défini clairement par l'auteure. Elle déclare que :

« l'infirmier-ère doit constamment observer la personne soignée dans le moment présent, afin de répondre adéquatement aux besoins de cette dernière. » (Shelton, G., 2016, p.659). En définitive, Travelbee identifie le concept des soins infirmiers au travers de la relation d'humain à humain. C'est grâce à ce concept que l'être humain prévient ou s'adapte à l'expérience de la maladie et de la souffrance. Chaque contact avec une personne atteinte d'une pathologie contribue à l'atteinte de l'objectif des soins infirmiers (Shelton, G., 2016).

Les concepts de la théorie de Joyce Travelbee (1971) sont représentés par la souffrance, la signification, l'espoir, la communication, les soins infirmiers, et le soi thérapeutique (Nursing Theories, 2012). Le concept de la souffrance se définit par une expérience variant en intensité et en durée. Elle fait référence à un sentiment de malaise, touchant tant la sphère psychologique que physique. La signification représente le sens que chaque être humain attribue à l'expérience vécue. L'espoir est un élément indispensable à la réduction de la souffrance vécue au travers de l'expérience de la maladie, car il permet de lui donner un sens. Le rôle infirmier est donc d'accompagner la personne à expérimenter l'espoir, dans l'intention de s'adapter (coping) au stress engendré par celle-ci, ce qui offre à l'individu l'opportunité de développer un sentiment de confiance face à la situation rencontrée. La communication reflète la composante essentielle du modèle de Joyce Travelbee. Elle révèle la possibilité de connaître la personne de manière bienfaisante et bienveillante, afin de

rencontrer et identifier les besoins, et atteindre les objectifs fixés. Comme il a déjà été mentionné, la communication prend diverses formes, telles que la parole, les gestes, les expressions faciales, les sentiments et les émotions. De ce fait, l'attention du personnel soignant doit se porter sur les différents messages verbaux ou non verbaux communiqués par le patient, et non pas se centrer uniquement sur la symptomatologie et les éléments objectivables. Le concept des soins infirmiers conforte la personne à percevoir un sens dans l'expérience de maladie vécue. De ce fait, le personnel soignant détient la responsabilité d'aider et d'accompagner le patient au travers de ce processus. La prise en considération des valeurs, croyances, choix éthiques et moraux, ainsi que les perceptions concernant la maladie et la souffrance au sein de la relation patient-infirmier-ère, demeure fondamentale. Le soi thérapeutique se traduit par l'utilisation du soi de manière consciente, afin d'établir et de structurer les interventions infirmières. Le professionnel de santé se doit d'être à l'écoute d'autrui, faire preuve de disponibilité et de présence envers la personne soignée, de manière à comprendre ses comportements et répondre à ses besoins (Nursing Theories, 2012).

La relation interpersonnelle construite en partenariat avec le patient, se déroule en plusieurs étapes : la première rencontre, l'émergence de l'identité personnelle, l'empathie, la sympathie et la relation (Nursing Theories, 2012 ; Shelton, G., 2016). La rencontre initiale entre la personne soignée et l'infirmier-ère se caractérise par la rupture des stéréotypes perçus par chacun,

ainsi que par l'élaboration d'objectifs de soins. Le soignant cherche à connaître et comprendre davantage le patient, de façon à le percevoir comme une personne à part entière et inversement. D'après Travelbee, la communication participe donc à l'élaboration de cette première phase. Le stade suivant concerne le développement approfondi de la relation d'humain à humain qui est déterminé par l'expression de l'identité personnelle, des valeurs, croyances et sens propres de chacun. L'empathie, quant à elle, est procurée grâce au désir d'établir une relation d'aide mutuelle. Cette phase correspond à la préparation d'un plan de soins et se réfère également à la capacité de prédire et ressentir le comportement d'autrui. Ensuite, la mise en œuvre de la quatrième étape signifie que la personne soignante dispose d'un rôle de soutien envers le patient, afin de l'aider dans la gestion de sa maladie. Elle se caractérise par le partage de sentiments et d'émotions, l'expérimentation de ce que l'autre ressent, ce qui demande un investissement émotionnel de la part de chacun. Conjointement à cette étape, l'établissement des actions et interventions infirmières se réalisent en partenariat avec la personne soignée. Ce dernier stade offre l'opportunité aux deux parties d'exprimer les différents sentiments et émotions ressentis, lors de ce processus de relation d'humain à humain. Autrement dit, il donne ainsi lieu à l'acceptation de la maladie (Nursing Theories, 2012 ; Shelton, G., 2016).

En conclusion, le modèle de Joyce Travelbee prend en considération l'unicité et la valeur propre de chaque être humain, sommant le respect et la préservation de la dignité.

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE

4.1 Utilisation de la méthode PICOT

À partir de la méthodologie PICOT, les concepts-clés de notre travail ont pu être identifiés, conduisant à la formulation des mots-clés et l'élaboration de la question de recherche suivante.

Il s'agit d'une question de type « intervention », qui vise à choisir le meilleur traitement ou soin pour les patients, afin d'améliorer leurs conditions et qualité de vie (Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E., 2013). La variable indépendante est mesurée par le toucher, qui fait office d'intervention. Par conséquent, notre question de recherche porte attention à l'éventualité d'un effet positif du toucher sur la communication, qui est elle, la variable dépendante.

4.2 Élaboration de la question de recherche

Afin de préciser et d'éclaircir la question de recherche découlant de la thématique de base, la méthode PICOT est utilisée :

« Dans une population atteinte de la maladie d'Alzheimer (P), quelle est l'influence du toucher (I) dans la communication (O) ? »

4.3 Critères de sélection des articles

Dans un premier temps, trois mots-clés ont été formulés à partir des concepts identifiés dans la méthodologie PICOT : Alzheimer, communication et

toucher. Ils ont ensuite été traduits en anglais à l'aide de deux sites canadiens : « Le grand dictionnaire terminologique (GDT) » et « Termium Plus ® ». Le mot-clé Alzheimer correspond au terme anglais « Alzheimer's disease », le second à « Communication » et le troisième à « Touch contact ».

Une fois ces mots-clés traduits en anglais, il a été question de les introduire dans des bases de données scientifiques, à savoir, PubMed, Cinhal, PsychInfo et Medline. Il est important de noter que chaque base de données comporte des descripteurs qui lui sont propres. Par conséquent, les mots-clés anglais ont été transformés en descripteurs spécifiques aux différentes bases de données, permettant un accès à divers articles scientifiques. Pour ce faire, les descripteurs ont été associés afin de préciser notre recherche.

Concernant PubMed, « Alzheimer's disease » devient « Alzheimer disease », « Communication » demeure identique au mot-clé anglais et « Touch contact » se modifie en « Therapeutic touch ».

Pour ce qui est de Cinhal, « Alzheimer's disease » et « Communication » sont similaires aux mots-clés anglais et « Touch contact » devient « Therapeutic touch ».

Au sein de la base de données PsycInfo, les mots-clés « Alzheimer's disease » et « Communication » sont inchangés. Le troisième quant à lui passe de « Touch contact » à « Tactual perception ».

Pour finir, la base de données Medline transforme « Alzheimer's disease » en "Alzheimer disease", « Touch contact » en « Therapeutic Touch » et « Communication » demeure inchangé (cf. Appendice A, p.103).

Dans le but d'affiner la sélection des articles, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis (cf. Appendice C, p.107):

Critères d'inclusion :

- Année de publication inférieure à 10 ans (2009 à 2019)
- Impact factor supérieur à 1.5
- Niveau de preuve hiérarchique de 1 à 2

Critères d'exclusion :

- Articles ne correspondant pas à au moins 1 des mots-clés et/ou au sujet d'étude

- Année de publication supérieure à 10 ans (<2009)
- Utilisation de bases de données autres que Cinahl, Medline, Pubmed, PsycInfo

4.4 Stratégie de sélection des articles

Nous avons procédé à la recherche d'articles de manière individuelle, puis nous nous sommes rencontrées dans le but d'une mise en commun.

La stratégie de sélection des articles est la suivante (cf. Appendice B, p.104 ; appendice D, p.109) :

PUBMED : lorsque les trois descripteurs ont été assemblés (« Alzheimer disease » [MeSH] AND « Communication » [MeSH] AND « Therapeutic touch » [MeSH]) sans les filtres, deux articles en sont ressortis. Cependant, en incluant les filtres (année de publication de 2009 à 2019, impact factor > 1.5 et un niveau de preuve hiérarchique 1 à 2), nous en avons trouvé 0. La combinaison de (« Alzheimer disease » [MeSH] AND « Communication » [MeSH]) a identifié un nombre total de 1527 articles. En y incluant les filtres, nous avons obtenu un résultat de 676 articles. (« Alzheimer disease » [MeSH] AND « Therapeutic touch » [MeSH] avec le subheading « Touch ») ont fait émerger 9 articles sans les filtres et 2 articles avec. (« Communication » [MeSH] AND « Therapeutic touch » [MeSH]) ont obtenu 37 articles sans les filtres et 8 articles une fois ceux-ci sélectionnés.

Respectivement, nous avons chacune trouvé deux articles, ce qui amène à un total de quatre articles pour la base de données PubMed. Les deux premiers articles répondent aux trois critères d'inclusion, dont un est un essai clinique contrôlé non randomisé et l'autre partiellement randomisé. Cependant l'impact

factor du troisième article, qui est une méta-analyse est inférieur à 1.5 et celui du quatrième article est inconnu, donc nous ne savons s'il répond au critère de l'impact factor supérieur à 1.5. Ce dernier correspond à un essai clinique randomisé.

CINHAL : 449 articles ont été identifiés lorsque les trois descripteurs sont utilisés ((MH « Alzheimer's disease ») AND (MH « Communication ») AND MH « Therapeutic Touch »)) sans les filtres. En y incluant les filtres, nous trouvons aucun article. Avec ((MH « Alzheimer's disease ») AND (MH « Communication »)) 347 articles ont été fournis, sans filtres et 140 avec. ((MH « Alzheimer's disease ») et (MH « Therapeutic touch »)) apportent un total de 26 articles sans les filtres et 13 articles en englobant les filtres. 24 articles ont émergé sans les filtres, à l'aide des descripteurs (MH « Communication » AND (MH « Therapeutic Touch »)) et 0 avec les filtres. Exceptionnellement, 1 seul descripteur a été utilisé, (MH « Therapeutic Touch »), pour une recherche qui a donné lieu à un total de 259 articles en y incluant les filtres.

Concernant Cinahl, une de nous a trouvé deux articles répondant eux aussi aux trois critères d'inclusion. Il s'agit de deux revues systématiques, dont une comporte également une méta-analyse.

PSYCINFO : lorsque les trois descripteurs sont réunis (« Alzheimer's disease » [Thesaurus] AND « Communication » [Thesaurus] AND « Tactual perception » [Thesaurus]), aucun article n'est détecté avec ni sans les filtres.

L'association de (« Alzheimer's disease » [Thesaurus] AND « Communication » [Thesaurus]) amène un total de 65 articles sans les filtres et 30 en y incorporant les filtres. (« Alzheimer's disease » [Thesaurus] AND « Tactual perception » [Thesaurus]) font ressortir 10 articles sans les filtres et 1 seul avec les filtres. 21 articles sont découverts avec (« Communication » [Thesaurus] AND « Tactual perception » [Thesaurus]) sans sélectionner les filtres et 7 avec les filtres.

La recherche d'articles sur la base de données PsycInfo s'est avérée plus contraignante, car les études identifiées ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. De ce fait un seul article a été retenu pour ce travail. Cependant, celui-ci répond seulement à deux critères d'inclusion, à savoir, un niveau de preuve hiérarchique respecté (étude d'observation systématique) et ayant moins de dix ans.

MEDLINE : 5 articles ont fait surface lorsque les trois descripteurs sont mobilisés (« Alzheimer disease » [Ovid] AND « Communication » [Ovid] AND « Therapeutic Touch » [Ovid]) sans les filtres. En les ajoutant, nous ne trouvons aucun article. (« Alzheimer disease » [Ovid] AND (« Communication » AND « Non verbal communication » [Ovid]) OR « Therapeutic Touch » [Ovid]) amène un total 51 articles avec des filtres. (« Alzheimer disease » [Ovid] AND « Communication » [Ovid]) rapporte un total de 271 articles sans les filtres et 5 avec. (« Alzheimer disease » [Ovid] AND « Therapeutic touch » [Ovid]) ont fait émergé 25 articles sans les filtres

et 7 articles en y introduisant les filtres. Finalement, 232 articles sont trouvés avec (« Communication » [Ovid] AND « Therapeutic touch » [Ovid]) sans les filtres et 0 en les ajoutant.

Trois articles ont respectivement été retenus dans la base de données Medline et répondent à seulement deux critères d'inclusion. Dans les premier et deuxième articles, l'impact factor est inférieur à 1.5 , néanmoins le niveau de preuve hiérarchique est respecté, car il s'agit de deux essais randomisés contrôlés. Au sujet du troisième, qui est une méta-ethnographie, le niveau de preuve hiérarchique n'est pas respecté.

Tous les articles scientifiques sont analysés selon la grille de lecture et d'évaluation de Fortin (2010) et sont mis en appendice dans le chapitre 8 (cf. Appendice E, p.113).

CHAPITRE 5 - SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

5.1 Synthèse des résultats des articles

Afin de réaliser une synthèse pertinente en regard des articles retenus, nous avons effectué un bref résumé de chacun d'entre eux et procédé à nouveau, à une mise en commun. De ce fait, les éléments essentiels et similaires ont pu être identifiés. Au travers des différents résultats observés, nous avons donc constaté que le toucher influence la communication.

Premièrement, nous avons regroupé les synthèses de nos articles en fonction de différentes thématiques : maintenir ou améliorer la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le toucher thérapeutique et le massage, la conceptualisation du toucher et le déclin cognitif de la maladie d'Alzheimer.

THÉMATIQUE 1 : Maintenir ou améliorer la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (3 articles)

« Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living »

Cet article est une étude d'observation systématique dont le but est de décrire les stratégies de communication employées par les soignants lorsqu'ils aident une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (MA) durant une activité (ici le lavage des mains), et d'examiner l'efficacité des stratégies de

communication verbale et non-verbale utilisées par les soignants. Selon Wilson, R. et al., les conclusions indiquent que les soignants utilisent couramment diverses stratégies de communication verbale et non-verbale lorsqu'ils assistent une personne atteinte de la MA au cours du lavage des mains. Les auteurs ont calculé la statistique kappa (k) de Cohen pour évaluer la fiabilité des codes indiquant l'achèvement d'une étape, le succès d'une tâche, le rendement ($k = 0,842$, $p = 0,00$) et l'accord substantiel ($k = 0,659$, $P = 0,01$). En ce qui concerne les stratégies de communication verbales, la fiabilité était excellente pour les énoncés marqués d'une proposition ($k = .831$), pour la répétition paraphrasée ($k = .919$), la répétition mot à mot ($k = .906$), les questions fermées ($k = .970$) et la modération pour les énoncés marqués avec deux propositions ($K = .690$). Par ailleurs, les stratégies de communications non verbales utilisées le plus fréquemment par les soignants comprenaient le toucher guidé, la démonstration de l'action au résident, la remise d'un objet au résident et le fait de montrer un objet. Il y a eu une forte corrélation négative significative entre la fréquence d'utilisation du touché guidé et le taux de réussite de la tâche ; toucher guidé, $r(10) = - 0,598$. Les constatations des auteurs appuient certaines stratégies de communication recommandées en clinique mais pas toutes, d'où la nécessité de réaliser des recherches, afin de comprendre lesquelles sont efficaces en pratique. Ils concluent que l'utilisation de ces différentes stratégies n'influence pas seulement de manière positive la réalisation d'une tâche mais peut aussi être liée à la progression de la MA (Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C., 2012).

« Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review »

Cette revue systématique permet d'identifier les méthodes (aide-mémoire, techniques de formation et d'éducation aux aidants et programme d'activité) les plus efficaces pour permettre une amélioration de la communication verbale entre les personnes atteintes de MA et leur proches aidants et/ou leurs soignants. Le devis correspond à un type quantitatif et explicatif, donnant lieu à l'exploration de relations. Un nombre total de 2000 articles est identifié suite à la recherche documentaire, en revanche 66 articles sont jugés potentiellement appropriés aux critères d'inclusion/exclusion. Une fois la lecture de ces derniers réalisée, 53 en sont exclus. Finalement, 13 études sont retenues pour cette revue systématique. 8 articles concernent la méthode utilisée par les aide-mémoires, 3 correspondent aux techniques de formation et d'éducation et les 2 derniers se rattachent aux programmes d'activité. En regard de ces différentes études, les auteurs recommandent la combinaison d'aide-mémoire et de formation aux aidants, qui a prouvé le plus haut niveau de preuve et d'efficacité. À propos de la formation et de l'éducation, aucun changement statistiquement, ni cliniquement significatif est observé. Concernant la dernière méthode évaluée, les auteurs ne la recommandent pas, car aucune amélioration significative de la communication n'est notifiée. Elle aurait même tendance à aggraver la situation. Les auteurs déclarent la

nécessité de réaliser des essais cliniques randomisés incluant des mesures de l'interaction communicative et du maintien du sujet, afin de pouvoir véritablement confirmer l'utilité de ces méthodes (Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E., 2010).

« Promoting the maintenance of satisfactory communication : strategies used by caregivers and medical staff with people suffering from Alzheimer's disease »

Cette troisième étude est une méta-analyse qui a pour but d'identifier l'efficacité des stratégies de communication utilisées avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) par le personnel soignant et les aidants naturels afin de maintenir une communication satisfaisante. Les auteurs ont analysés quatorze articles et ont constaté que plusieurs stratégies de communication sont efficaces, c'est-à-dire qu'elles facilitent la communication, tandis que d'autres sont quant à elles inefficaces, voire nuisibles. Les stratégies de communication efficaces en lien avec les aidants naturels sont la production de phrases simples et courtes, la réduction de la complexité syntaxique, l'augmentation des références aux éléments visuels, reformuler et simplifier les phrases, laisser du temps à la personne atteinte de MA pour répondre aux question, établit un contact visuel, etc. Pour le personnel soignant, utiliser des questions fermées ou comportant deux choix de réponse, verbaliser les actions à effectuer lors d'un soin, une AVQ ou une tâche,

reconnaître les besoins exprimés par la personne atteinte de MA, etc., sont des stratégies de communication considérées comme efficaces. En ce qui concerne les questions fermées, tant employées par le personnel soignant que les aidants naturels, il est bénéfique de les utiliser, cependant elles peuvent être restrictives et de ce fait limiter le choix de réponse. Les stratégies de communication considérées comme nuisibles, quant à elles, sont d'offrir un temps de réponse insuffisant, de ne pas demander de clarification lorsque des propos sont incompris, de ne pas écouter les réponses de la personne atteinte de MA, etc. Les auteurs mentionnent qu'il serait nécessaire d'effectuer d'autres études afin d'établir la pertinence des résultats de leur étude (Vachon, M., Veilleux, M.-C., Macoir, J., & Macoir, J., 2017).

En regard de ces trois articles, nous pouvons constater qu'il existe diverses méthodes de communication qui se doivent d'être adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) (Vachon, M., et al., 2017). Il est recommandé de promouvoir la formation des aidants naturels et des soignants afin de faciliter la communication avec les personnes atteintes de MA (Egan, M., et al., 2010), ainsi que d'effectuer des recherches empiriques dans le but de confirmer l'efficacité des méthodes utilisées. L'importance des stratégies de communication non-verbale comme moyen d'interaction entre soignant-soigné, est également souligné (Wilson, R., et al., 2012).

THÉMATIQUE 2 : Toucher thérapeutique et massage (4 articles)

« The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease »

Le but de cette étude, soit une étude randomisée à double insu comportant un groupe expérimental et un groupe témoin, consiste à examiner l'effet du toucher thérapeutique (TT) sur les symptômes comportementaux de la démence (SCD) et le cortisol basal chez des résidents atteints de démence dans des institutions médicalisées. L'agitation constitue 50% des symptômes comportementaux de la démence (SCD). Elle est considérablement réduite par le TT de façon significative selon le groupe ($F_{2,61} = 3,03, p = 0,05$) et le temps ($F_{4,230} = 11,04, p < 0,0001$). De ce fait, en diminuant l'agitation, le toucher thérapeutique (TT) peut réduire à la fois la détresse du résident et celle de l'aidant naturel. L'agitation, chez une population atteinte de démence, peut être une manifestation spécifique du stress et être réduite grâce à des stratégies telles que le TT. Étant donné que 50% des SCD sont des cas d'agitation, l'étude suggère que l'utilisation du TT peut diminuer ce comportement chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée à grave. Les comparaisons par paires ont montré une différence significative d'agitation lorsque le groupe expérimental a été comparé au groupe témoin ($p = 0,03$) durant la période de traitement. De plus, les auteurs ont remarqué que le TT peut avoir un effet retardé ou cumulatif : étant qu'il s'agit d'une modalité d'énergie, une longue période de latence peut être

observée avant que sa réponse ne se produise et ne soit détectable (Woods, D. L., & Dimond, M., 2009).

« The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis »

Cette revue systématique et méta-analyse, utilisant un devis de type quantitatif et permettant d'évaluer l'efficacité du massage et du toucher dans la gestion des symptômes et comportements psychologiques de la démence (SCPD). La recherche documentaire identifie des essais contrôlés randomisés et des études quasi-expérimentales. Les résultats démontrent que les interactions créées par le biais du massage et du toucher ont un effet statistiquement significatif sur le score des SCPD, avec une valeur p de 0.01, (qui elle, doit être égale ou inférieure à 0.05 pour être significative). Ces interventions non pharmacologiques donnent un sens de communication important, permettant l'accès à la détente par stimulation tactile, une diminution de l'activité du système nerveux sympathique et augmentent les réponses du système nerveux parasympathique par la réduction du stress et des SCPD. Les sous-groupes des SCPD représentent également une valeur significative : comportements physiques agressifs, $p = 0.03$ /non agressifs, $p = 0.01$ et verbaux agressifs, $p = 0.002$ /non agressifs, $p = 0.004$. En revanche, les sous-groupes des émotions négatives liées aux SCPD n'ont pas d'effets significatifs sur l'anxiété ($p = 0.21$), la tristesse ($p = 0.30$) et la colère ($p =$

0.11). Toutefois, il est nécessaire d'effectuer d'autres essais cliniques randomisés, afin de confirmer si les différents modèles d'intervention ont une réelle incidence sur l'efficacité du massage et la prise en charge des SCPD. La nécessité d'élaborer des lignes directrices pour normaliser le massage et l'intervention tactile est primordiale (Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z., 2017).

« Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial »

Cet essai clinique contrôlé et randomisé a pour objectif d'évaluer l'efficacité du massage et du Reiki quant à la réduction du stress et de l'anxiété chez les clients de l'Institut de thérapie intégrée et orientale de Sao Paulo (Brésil). Le devis de recherche de type prédictif causal utilisé dans cette étude permet de mesurer l'effet d'une ou plusieurs variables indépendantes (massage et Reiki) sur une ou plusieurs variables dépendantes (stress et anxiété). 101 participants au total, divisés en 3 groupes : deux groupes expérimentaux (1 et 2) et un groupe contrôle (3). Suite à l'analyse de variance, des différences statistiques sont observées pour le facteur de stress dans les groupes 2 et 3 ($p = 0.014$ et d de Cohen = 0.78), ainsi qu'une réduction de l'anxiété dans les groupes expérimentaux comparés au groupe contrôle ($p < 0.01$, d de Cohen = 1.14 pour groupe 1 et = 1.18 pour groupe 2). Des différences entre la phase pré et post intervention sont obtenues au sein du test LSS (symptômes de stress) pour le groupe 1 et 3 ($p = 0.014$) et pour le 2 et 3 ($p = 0.000$). De

même que pour le test IDATE (anxiété), des différences sont notées pour le groupe 1 et 3 ($p = 0.003$) et le groupe 2 et 3 ($p = 0.000$). Les auteurs déclarent que l'intervention du massage combiné au Reiki se révèle comme être efficace pour réduire les niveaux de stress et d'anxiété. Néanmoins, ils recommandent de réaliser une étude comprenant un groupe placebo pour le Reiki, afin d'évaluer la technique elle-même. De plus, ils sont d'avis que les futures études devraient se focaliser sur l'utilisation de mesures physiologiques afin d'évaluer les effets des techniques sur le stress et l'anxiété de manière plus sûre (Kurebayashi, L. F. S., et al., 2016).

« Time, Touch, and compassion : effects on autonomic nervous system and well-being »

L'étude, qui est un essai contrôlé randomisé, a pour but d'explorer l'impact de la communication non-verbale positive de la compassion (CNVPC) sur des sujets sains qui y sont exposés. C'est-à-dire qu'une personne méditante expérimentée, pratique la méditation de bienveillance envers un sujet qui ne sait pas que le praticien médite. Les données de cette petite étude suggèrent qu'en plus d'induire un état de vigilance détendu dans la pratique, la méditation peut aussi affecter l'autre, même s'il ignore que le praticien médite. Ceci entraîne une plus grande activité parasympathique accompagnée de l'augmentation du bien-être. Le praticien a maintenu un état méditatif entraînant une diminution du rythme respiratoire (RR) (contrôle : moyenne

14,7 bpm ; intervention) : 10,7 bpm pendant les interventions ; $P < .001$). Dans l'ensemble, les interventions ont été associées à une diminution significative de la fréquence cardiaque (FC) ($P < 0,01$). Les interventions tactiles ont été associées à une diminution modeste mais statistiquement significative du RR (-4,81 ; $P < 0,05$). L'impact observé était toutefois généralement plus important pour les interventions tactiles que pour les interventions non-tactiles (Eing, W. E. L. L., Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E., & Kemper, K. J., 2012).

Ces quatre articles démontrent que le toucher (toucher thérapeutique, massage, communication non-verbale positive de compassion tactile), diminue manifestement le niveau de stress et d'anxiété et augmente l'activité parasympathique, ce qui entraîne une augmentation du bien-être également chez les personnes non-atteintes de démence ou de maladie d'Alzheimer (Eing, W. E. L. L., et al., 2012 ; Kurebayashi, L. F. S., et al., 2016). Dans le cas des personnes atteintes de démence, il est constaté que le toucher diminue les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, et de ce fait la détresse de la personne et celle des aidants naturels. En outre, le toucher permet de réduire l'activité du système nerveux sympathique ce qui diminue le stress et augmente le sentiment de bien-être et de relaxation (Woods, D. L., & Dimond, M., 2009 ; Wu, J., et al., 2017). Finalement, le toucher donne un sens à la communication (Wu, J., et al., 2017).

THÉMATIQUE 3 : conceptualisation du toucher (1 article)

« Experience of Touch in Health Care : A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions »

Cette étude est une méta-ethnographie synthétisant une conceptualisation cohérente du toucher dans toutes les disciplines de la santé, susceptible d'éclairer la formation des professionnels de la santé et soutenir une pratique interdisciplinaire du toucher. Elle comporte l'analyse de quarante et une études. Il est important de noter que le toucher est au cœur de l'expérience humaine et pourtant, il n'a fait l'objet que d'un nombre restreint de recherches dans le domaine des soins de santé. Selon Kelly, M. & al., trois thèmes ont été identifiés :

1. Le toucher est un moyen de communication important et il exprime le soin.
2. L'utilisation sensible de l'espace physique aide les professionnels à traverser les frontières sociales d'une manière bienveillante, mais les expériences des patients suggèrent qu'il est facile de transgresser en touchant de manière insensible.
3. Le toucher exprime le pouvoir.

Les résultats de cette étude démontrent que le toucher rempli de nombreux rôles dans les soins de santé : le toucher est diagnostic, procédural et exprime les soins. C'est aussi un moyen de communication dont la dimension affective est importante et qui permet d'établir un contact avec les patients. Le toucher peut aider les patients en détresse, avec qui la communication verbale est "limitée, inadéquate ou inutile". Néanmoins, il traverse les frontières et nécessite des espaces sûrs. Les soins de santé sont une activité dynamique qui implique de négocier constamment les limites et les espaces. (Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T., 2018).

THÉMATIQUE 4 : Déclin cognitif de la maladie d'Alzheimer (2 articles)

« Decline of human tactile angle discrimination in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease »

Cet essai clinique contrôlé non randomisé utilise un devis de recherche prédictif causal, mesurant l'effet de la variable indépendante sur celle dépendante. Il a pour but de caractériser les déficits de discrimination des formes tactiles chez les patients atteints de déficit cognitif léger (DCL-MCI) et de maladie d'Alzheimer (MA-AD), en portant attention aux différences présentées entre ces pathologies et un groupe témoin d'âge normal (NC). La valeur p est significativement définie comme égale à 0.05. Concernant la

précision de l'angle discriminatoire, le groupe NC et MCI obtiennent une valeur p inférieure à 0.001 et pour le groupe AD, elle est égale à 0.0013. À propos des différences de seuil discriminatoire, celles-ci sont présentées comme significatives ($p < 0.001$), avec un seuil plus élevé dans le groupe AD ($p = 0.036$). Les résultats démontrent que les personnes atteintes de MA ont une capacité réduite à discriminer l'angle tactile par rapport aux sujets sains appariés selon l'âge. L'altération de la mémoire de travail et de la discrimination spatiale pourraient entre autres en expliquer la cause. Cette découverte permettrait d'améliorer la sensibilité de la prise en charge de ces personnes d'un point de vue diagnostique et thérapeutique. (Yang, J., Ogasa, T., Ohta, Y., Abe, K., & Wu, J., 2010).

« Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial »

Cet essai clinique contrôlé et partiellement randomisé a pour but d'évaluer l'efficacité de la réadaptation cognitive en groupe (basé sur le programme CORDIAL), dans les cas de démence légère et ainsi d'observer les effets sur la compétence en matière d'activité de la vie quotidienne (AVQ), afin d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie. Le devis de recherche est de type prédictif causal, il mesure l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante. Selon les résultats, la compétence en matière d'AVQ a augmenté dans le groupe intervention et diminué dans le groupe témoin, cependant elle ne

rapporte pas de valeur significative (doit être inférieure à 0.05), car $p = 0.109$. L'échelle de l'observation du vieillissement de Nuremberg (NSL) démontre également un effet interactif non significatif pour les deux groupes ($p = 0.900$). Concernant les capacités cognitives liés à la vie quotidienne, aucune signification statistique n'est également observée ($p = 0.789$). Cependant, les domaines non-cognitifs, une augmentation dans le groupe intervention et diminution dans le groupe témoin démontrent un effet interactif significatif ($p = 0.013$). Les auteurs constatent que la réadaptation cognitive est tout à fait réalisable avec cette population, mais ne démontre aucun effet sur le résultat principal, qui est la réalisation des AVQ. Les score de l'AVQ sont difficiles à évaluer dans la démence. Un transfert réussi du cadre thérapeutique à la vie quotidienne, exige certaines fonctions cognitives que les personnes atteintes de démence ne sont plus en mesure d'utiliser adéquatement. Pour les futures études, les auteurs recommandent de prolonger la durée de l'intervention, afin que le transfert soit potentiellement plus efficace, ainsi que d'agrandir l'échantillon. (Bertoux, M., et al., 2018).

Ces deux études ne sont pas précisément concernées par les mêmes intérêts et buts. Cependant, le choix de les regrouper sous le même thème, est lié au fait que toutes deux s'intéressent à l'altération des fonctions cognitives dans la démence, notamment la maladie d'Alzheimer (qui fait partie intégrante de notre question de recherche). Nous constatons que le déclin cognitif au sein de la démence affecte un certain nombre de fonctions, ne

permettant plus de réaliser certaines tâches du quotidien, dont les AVQ. De plus, la première étude stipule que la discrimination tactile est réduite au sein de cette population, causée par des changements anatomiques et morphologiques. Autrement dit, cela provient du déficit du système somatosensoriel indirectement lié à la cognition, qui altère la mémoire de travail, elle-même exigée pour répondre à la demande de l'étude (Bertoux, M., et al., 2018 ; Yang, J., et al., 2010).

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Les trois concepts-clés de notre question PICOT à savoir, la maladie d'Alzheimer, la communication et le toucher sont abordés dans les différents articles retenus pour ce Travail de Bachelor.

Grâce à ceux-ci, nous pouvons répondre à notre question qui est la suivante "Dans une population atteinte de la maladie d'Alzheimer, quelle est l'influence du toucher dans la communication ?"

La maladie d'Alzheimer (MA) est caractérisée par une perte progressive de neurones et synapses dans le cortex cérébral et les régions sous-corticales responsable de l'affection d'autres systèmes. Le système somatosensoriel est perturbé lui aussi par la MA, dû à un déficit dans la perception tactile. De ce fait, la personne n'est plus en mesure de ressentir le toucher de la même manière qu'une personne non atteinte (Yang, J., et al., 2010). De plus, les

personnes atteintes de la MA présentent des troubles progressifs de la communication et des incapacités fonctionnelles. Les lacunes au niveau du langage sont présentes dans la majorité des cas de MA dès les premiers stades de la maladie et sont accompagnés d'une détérioration des capacités de production et de compréhension. (Wilson, R., et al., 2012). Ceci contribue à l'apparition de stress, de conflits, d'isolement, de dépression voire même d'un placement précoce en institution. Le fait d'adopter des stratégies de communication adaptées à la personne atteinte de MA permet d'atténuer et/ou d'éviter ces différentes conséquences (Egan, M., et al., 2010).

D'après les divers articles étudiés, nous avons pu identifier de multiples méthodes de communication adéquates à utiliser auprès de la personne atteinte de MA. Selon Wilson, R., et al., (2012), les stratégies de communication verbales les plus fréquemment utilisées sont les questions fermées, la répétition paraphrasée, l'utilisation d'idée ou de direction et la rétroaction positive ainsi que l'utilisation des noms des résidents pour attirer leur attention. Les stratégies de communication non-verbale les plus fréquemment utilisées sont le toucher guidé, le pointage d'un objet, la remise d'un objet au résident et la démonstration d'une action. D'après Vachon, M., et al. (2017), il existe des techniques de communication considérées comme nuisibles, c'est-à-dire qu'elles affectent de manière négative l'interaction entre une personne atteinte de MA et une autre personne et ces techniques sont offrir un temps de réponse insuffisant, ne pas demander de clarification

lorsque des propos sont incompris, ne pas écouter les réponses de la personne atteinte de MA, etc. En outre, les aide-mémoire qui comprennent généralement des renseignements biographiques (p. ex. nom, adresse, numéro de téléphone, etc.), des photos des membres de la famille et des descriptions d'événements importants de vie. Par l'utilisation de photos/images et de phrases brèves et simples, ils cherchent à améliorer les capacités de communication des personnes atteintes de MA, dans le but d'en améliorer la structure et la qualité. Au niveau linguistique, les aide-mémoires fournissent un soutien sémantique sous forme de phrases, de mots et d'images, ainsi que l'accès à d'autres informations stockées dans la mémoire à long terme. De plus, l'appui écrit peut être utilisé pour compenser certains déficits de compréhension pouvant apparaître lorsque les instructions sont verbales. En offrant des repères visuels, les aide-mémoires peuvent aussi servir à rappeler aux personnes la tâche ou le sujet de conversation en cours, leur permettant ainsi de mieux participer à l'interaction communicative. Ces indices limitent également le nombre de choix à faire et fournissent des sujets de conversation concrets. Sur le plan social, les aide-mémoires soutiennent le désir de communiquer, étant un autre aspect demeurant souvent intact chez les personnes atteintes de démence. Les techniques d'éducation et de formation visant à améliorer la communication ont un effet positif lorsqu'elles sont combinées aux aide-mémoires, car elles offrent aux aidants des renseignements sur la maladie d'Alzheimer et la manière de communiquer avec les personnes atteintes de MA (Egan, M., et al., 2010).

Nous pouvons dès lors constater qu'il existe considérablement de techniques/méthodes de communication à utiliser auprès des personnes atteintes de la MA (les aide-mémoire, les question fermées, la rétroaction positive, le toucher guidé, etc.). Cependant, celles qui nous intéressent sont les techniques de communication non verbales et plus précisément celle du toucher.

D'après Kelly, M. A., et al., (2018), le toucher est perçu comme dynamique et complexe et il est représenté de trois manières : premièrement, le toucher est un moyen de communication important qui exprime le soin. Deuxièmement, son utilisation sensible de l'espace physique aide les professionnels à traverser les frontières sociales d'une manière bienveillante. Néanmoins, les expériences des patients suggèrent qu'il est facile de transgresser en touchant de manière insensible. Troisièmement le toucher exprime le pouvoir. Des hiérarchies de pouvoir s'installent si le toucher n'est pas administré de manière bienveillante, mettant l'accent sur la vulnérabilité des patients. Les professionnels et les patients apprécient le toucher en tant que moyen de communication bienveillant. Pourtant, la façon dont le toucher communique les soins varie d'une profession à l'autre. Par exemple, lorsque les infirmières exécutent des fonctions corporelles intimes comme le bain et la toilette, elles se servent judicieusement du toucher pour prodiguer des soins instrumentaux et émotionnels en fonction des besoins individuels des patients. Les médecins font de même lorsqu'ils remplissent leurs rôles diagnostiques,

procéduraux et consolateurs par le biais du toucher. En physiothérapie et en ostéopathie, le toucher semble avoir deux buts inextricablement liés : la stabilité physique des patients permet à la fois d'éviter les chutes et d'exprimer la sécurité et la sûreté. Le toucher est décrit par certains auteurs à l'aide d'un langage affectif ; le toucher est réconfortant, affectueux, doux et rassurant. Il exprime la chaleur, la compassion, la sérénité et la sécurité. Le toucher donne aux professionnels un moyen de communication « au-delà des mots » qui exprime fondamentalement l'humanité. Le toucher peut aider les patients en détresse, avec qui la communication verbale est limitée, inadéquate ou inutile. Cependant, il traverse les frontières et nécessite des espaces sûrs. Les limites peuvent être physiques, personnelles ou professionnelles. Les limites physiques comprennent l'état vestimentaire (port de l'uniforme) ou le déshabillage (soins corporels intimes), les rideaux, les pièces latérales et les bureaux. L'âge, le sexe, la culture et l'expérience antérieure du toucher définissent les limites personnelles des patients et des professionnels de la santé. Elles définissent des " espaces sûrs " ou des " territoires " qui peuvent être envahis ou respectés (Kelly, M. A., et al., 2018).

Relativement à la MA, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) peuvent apparaître et se manifester sous formes d'hallucinations, délires, comportements agressifs, de cris, de dépression, d'apathie, et de sautes d'humeur. Selon Devshi et coll. (2015) et Sheng et al. (2000), 75 à 90% des patients présentent des SCPD. Ils impactent sur la

fonction sociale et la qualité de vie des personnes atteints de MA. Par conséquent, ils demeurent la principale source de pression et de difficulté pour les aidants naturels et augmentent également le coût de la démence. Ainsi, le massage et les interventions tactiles, notamment le toucher thérapeutique, sont positivement associés à l'amélioration des SCPD. Étant considérés comme des interventions non-pharmacologiques, ils ne comportent aucun effet secondaire et contribuent à l'amélioration du bien-être et à la diminution du stress (Woods, D. L., & Dimond, M., 2009). Ils peuvent servir d'alternative ou de complément à d'autres thérapies pour la prise en charge. Kolcaba (1992) a expliqué que le massage des mains pouvait avoir des effets positifs et interdépendants sur les composantes physiques, psycho-spirituelles, socioculturelles et environnementales du confort, alors qu'on croyait que l'inconfort était un facteur important du SCPD. Bush (2001) pense que le massage et le toucher donnent un sens de communication significatif dans la perspective de la psychologie. Du point de vue physiologique, Harris et Richards (2010) suggèrent que le massage peut produire une relaxation par stimulation tactile dans les tissus corporels causant des réponses neurohumorales complexes dans l'axe hypothalamo-hypophysaire (HHS) pour sécréter la corticotrophine, diminuer l'activité du système nerveux sympathique et augmenter les réponses du système nerveux parasympathique (Wu, J., et al., 2017).

Suite au développement des résultats, nous sommes amenées à penser que le toucher influence la communication au sein des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Comme mentionné ci-dessus, les personnes atteintes de MA ont un déficit somatosensoriel (Yang, J., et al., 2010), des incapacités fonctionnelles et des troubles de la communication (Wilson, R., et al., 2012). Les SCPD sont cliniquement observés dans la MA et sont sources de stress et d'anxiété (Wu, J., et al., 2017). Nous avons identifié que le toucher a plusieurs utilités pouvant être perçues de manière positive ou négative. Le toucher est un moyen de communication visant à exprimer les soins et la bienveillance. En lien avec la MA, le toucher permet d'interagir lorsque la communication verbale est limitée, inadéquate ou inutile (Kelly, M. A., et al., 2018).

En conclusion, dépendamment de la manière dont le toucher est administré par les professionnels de la santé, il peut être perçu et interprété différemment chez les personnes atteintes de la MA, influençant de ce fait la communication.

5.3 Perspectives/propositions pour la pratique

La maladie d'Alzheimer (MA) est la maladie cognitive la plus répandue et le nombre de personnes atteintes de cette pathologie ne cesse d'augmenter. Elle entraîne divers troubles dont des altérations du langage, s'aggravant au fil de l'évolution de la maladie et allant jusqu'à l'atteinte totale des capacités linguistiques. De plus, les troubles du langage entraînent des conséquences importantes pour la personne, son entourage et le personnel soignant. De là découle une diminution de la qualité de vie des personnes ainsi qu'une diminution des interactions sociales (Vachon, M., et al., 2017). Deux composantes importantes du modèle de Joyce Travelbee, à savoir la communication et la souffrance, sont altérées par la maladie d'Alzheimer. La communication permet de connaître la personne soignée, d'identifier ses besoins, de mettre en place des objectifs et de les atteindre (Nursing Theories, 2012). Si elle est altérée, la prise en soins globale de la personne ne peut être optimale voire même délétère et donc contribuer à la souffrance de ces personnes et de leurs proches. Par conséquent, penser le soin d'une manière différente en intégrant le toucher dans la pratique infirmière quotidienne, en tant que communication non-verbale, serait bénéfique. Comme l'explique J. Travelbee, la communication prend diverses formes (paroles, gestes, expressions faciales, toucher, etc.) (Nursing Theories, 2012) et le toucher permettrait l'échange et l'interaction entre la personne soignée et le professionnel de santé.

Jusqu'à récemment, les professionnels de la santé pensaient qu'il n'était pas possible d'acquérir des compétences en termes de communication. Ce phénomène a aussi été observé en ce qui concerne le toucher. Néanmoins, les dernières études ont prouvé le contraire. Le toucher entraîne parfois une certaine ambiguïté et cela crée des besoins éducatifs à ce sujet. Afin que le toucher soit administré de manière adéquate et n'entraîne pas de conséquence pour le patient et le professionnel de la santé, il est primordial que les professionnels soient formés quant à l'administration du toucher (Kelly, M. A., et al., 2018).

Étant donné que le toucher possède différentes utilités (communicatrice des soins et de la bienveillance, réduction des SCPD, du stress et de l'anxiété), il serait favorable de mettre en place une formation à part entière le concernant. Cela permettrait aux professionnels de la santé d'avoir un apport théorique concret quant à l'application et l'administration du toucher, réduisant ainsi les effets néfastes d'un toucher mal apporté. De plus, la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ainsi que la communication s'en trouverait améliorée.

CHAPITRE 6 - CONCLUSION

6.1 Apports du Travail de Bachelor

Initialement, la thématique de ce Travail de Bachelor nous a permis d'approfondir et de nous sensibiliser au sujet de la maladie d'Alzheimer, du toucher et de la communication. Grâce à ce Travail de Bachelor, des pistes de réflexion ont émergé, nous permettant de poser un regard critique sur la pratique infirmière et d'en tirer des aspects positifs que nous pourrions peut-être mettre en pratique prochainement. En outre, la collaboration et la cohésion de groupe durant plus d'une année, a été mise à profit au travers de la rédaction de ce document. Par moment, nos avis divergeaient, nous amenant donc à partager nos connaissances, à respecter un temps de parole pour chacune, dans le but d'aboutir à un consensus. Ce processus d'échange a permis un enrichissement intellectuel et émotionnel positif. L'organisation adoptée au sein de notre binôme n'a pas rencontré de complications ou difficultés quelconques, car nous avons la chance de nous connaître depuis plusieurs années, par ailleurs, de travailler en partie de la même manière.

6.2 Limites

Notre Travail de Bachelor contient certaines limites et biais que nous allons explicitées dans ce chapitre.

Premièrement, la majorité de nos articles contiennent un échantillonnage trop petit, ce qui limite la généralisation des résultats.

Deuxièmement, les dix articles étudiés pour ce travail ne respectent pas tous les trois critères d'inclusion (impact factor supérieur à 1.5, ayant moins de dix ans et ayant un niveau de preuve hiérarchique 1 et 2). En ce qui concerne les années de publication, nos dix articles ont dix ans ou moins. Cependant, quatre de nos articles ont un impact factor inférieur à 1.5 et un est inconnu. De ce fait, cinq articles seulement respectent ce critère d'inclusion. Quant au niveau de preuve hiérarchique, huit de nos articles respectent ce critère, en revanche les deux derniers concernent une méta-ethnographie et une étude d'observation systématique.

Troisièmement, notre recherche d'articles scientifiques dans les différentes bases de données n'a pas été fructueuse lorsque nous y avons introduit les trois descripteurs. Par conséquent, les articles que nous avons sélectionnés sont le résultat d'une combinaison de deux descripteurs, voire même seulement d'un descripteur.

Quatrièmement, la théorie de soins infirmiers que nous avons choisie pour lier ce travail, à savoir « The Human-to-Human Relationship Model » de Joyce Travelbee, n'a pas été mobilisée pour la recherche d'articles scientifiques.

Cinquièmement, le nombre total d'articles sélectionnés pour cette revue de littérature est insuffisant pour permettre la généralisation des résultats.

6.3 Perspectives pour la recherche

Dans la plupart des articles sélectionnées, les auteurs recommandent la réalisation de futures études comprenant un échantillon de plus grande envergure afin de permettre la généralisation des résultats.

Il est de plus fréquemment recommandé que d'autres études soient effectuées sur les sujets des différentes techniques de communication auprès de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'au sujet du toucher. La détermination empirique de l'efficacité des stratégies de communication est importante pour la validation des recommandations en matière de communication clinique.

Au terme de ce travail, nous avons identifié que très peu d'articles concernant le toucher en tant que tel dans les soins infirmiers. Par conséquent nous pensons que c'est une direction importante à prendre dans le domaine de la santé, afin d'optimiser les pratiques futures.

CHAPITRE 7 - RÉFÉRENCES

Académie suisse des sciences médicales, 2017. Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence: Directives médico-éthiques. Accessible à : <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>

Alzheimer Suisse (2017). Personnes atteintes de démence en Suisse : chiffres et prévisions. Accessible à : https://www.reiso.org/images/documents/213_F_Alzheimer_2018.pdf

Alzheimer Suisse. (s.d.). Page d'accueil. Accessible à : <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/page-daccueil/>

Alzheimer Suisse. (s.d.). Qu'est-ce qu'une démence. Accessible à : <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/quest-ce-quune-demence/>

Alzheimer's association (2019). Alzheimer et la démence ressources. Accessible à : <https://www.alz.org/fr/demence-alzheimer-france.asp>

Anderson, J. G., Friesen, M. A., Swengros, D., Herbst, A., & Mangione, L. (2017). Examination of the Use of Healing Touch by Registered Nurses in the Acute Care Setting. *Journal of Holistic Nursing*, 35(1), 97–107. Accessible à : <https://doi.org/10.1177/0898010116644834>

Ashfeld, M. (2011). Effect of Therapeutic Touch in Treating Agitation of Persons with Alzheimer's Disease, 43. Accessible à : https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=ma_nursing

Association Alzheimer Suisse. (2014). Alzheimer et autres formes de Démences. Diagnostic, traitement, prise en charge, rapport 2014. Accessible à : https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/fr/Publikationen-Produkte/diagnostic-traitement/demences-diagnostic-traitement.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016). La démence au Canada: recommandations pour appuyer les soins prodigués à la population vieillissante du Canada. Accessible à : https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-demence-au-canada_recommandations-pour-appuyer-les-soins-prodigues-a-la-population-vieillissante-du-canada.pdf

Association Suisse des infirmières et infirmiers ASI – SBK. (2008). Définition des soins infirmiers. Accessible à : <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/pflegethemen-zusatzseiten/definition-des-soins-infirmiers.html>

Avenir Suisse Hauri, D. (2015). Vieillissement. Accessible à : <https://www.avenir-suisse.ch/fr/1995-2035/alterung/>

Bertoux, M., Flanagan, E. C., Hobbs, M., Ruiz-Tagle, A., Delgado, C., Miranda, M., ... Hornberger, M. (2018). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 62(4), 1887-1900. doi :10.3233/JAD-170771

Bonneton-Tabariés, F., Lambert-Libert, A., & Péron, C. (2013). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris: Med-Line Editions.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (9e éd.). Saint-Louis, Missouri : Elsevier Mosby.

Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M. (2012). Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : stades précliniques, mild cognitive impairment et démence. *Revue Neurologique*, 168 (6-7), 471-482. Accessible à : <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2011.11.007>

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier: Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: G. Morin.

Debout, C. (2008). Les soins infirmiers en France aujourd'hui : Problèmes et perspectives, 72-82. Accessible à : <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0068>

Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). *Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with*

Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 1-12. doi :10.4061/2010/906818

Eing, W. E. L. L., Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E., & Kemper, K. J. (2012). ORIGINAL RESEARCH TIME , TOUCH , AND COMPASSION : EFFECTS ON AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND. *JSCH*, 8(3), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.02.001>

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories*. Filadelfia PA: F.A. Davis.

Fondation Alzheimer, (2019). Les mécanismes physiopathologiques. Accessible à <https://www.fondation-alzheimer.org/la-maladie/aller-plus-loin/physiopath/>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation.

Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10. Accessible à : <http://revueinfirmiereclinicienne.ugr.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetaI2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf>

Gold, G., & Kohler, M. (2008). Les syndromes démentiels évoluent sur plusieurs années et. *Rev Med Suisse*.

Hommet, C., Mondon, K., & Beauchamp, D. (2011). La maladie d'Alzheimer : 100 questions/réponses pour mieux comprendre la maladie d'Alzheimer. Paris : Ellipse.

Jovic, L., Formarier, M., & Association de recherche en soins infirmiers (France). (2012). Les concepts en sciences infirmières. Lyon: Mallet Conseil.

Junker-Tschopp, C., 2012. *Dynamique des processus sensorimoteurs et de neurodéveloppementale*. HETS, Filière psychomotricité.

Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200–212.
<https://doi.org/10.1177/1049732317707726>

Kérouac, S. (1950). Principales conceptions actuelles de la discipline infirmière. Accessible à <http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/CRREFIDETHEORIES.PDF>

Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B. de, Takiguchi, R. S., Kuba, G., & Nagumo, M. T. (2016). Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). doi :10.1590/1518-8345.1614.2834

Lajeunesse, Y. (2003). La maladie d ' Alzheimer et les démences, 18(11), 1–15.

Larousse. (2018). Le grand Larousse illustré: 90000 articles, 5000 illustrations, 355 cartes, 160 planches, chronologie universelle, atlas géographique, drapeaux du monde et de la francophonie. Paris : Larousse, DL.

Lawler, J. (2009). La face cachée des soins : Soins au corps, intimité et pratique soignante. (3e éd.) Paris: Seli Arslan.

Leclercq, P. (2016). Les Praticiens du toucher thérapeutique : Vers une éducation et une formation professionnelles. Paris: Editions L'Harmattan.

Lewis, S. M., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., Harding, M., Brien, L.-A., Brassard, Y., Gousse, H., Lavertu, E., Lemire, C. & Perreault, V. (2016). Soins infirmiers: Médecine chirurgie. Montréal (Québec) : Chenelière éducation.

Marieb, E. N., & Artigau, J.-P. (1999). Anatomie et physiologie humaines. Paris ; Bruxelles : De Boeck Université.

Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing, development & progress. (5e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2013) . Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice (2nd Edition). Lippincott Williams & williams: Philadelphia.

Merçay, C. & Grünig, A. (2016). Personnels soignants en Suisse – Projections à l’horizon 2030 et conséquences sur les besoins de relève

(Obsan Bulletin 12/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Accessible à :

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-12_f.pdf

Moreira de Freitas, R. J., de Moura, N. A., Feitosa, R. M. M., Cavalcante Guedes, M. V., de Freitas, M. C., de Fátima da Silva, L., & Macêdo Monteiro, A. R. (2018). Nursing Process Based on the Joyce Travelbee Model. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 12(12), 3287-3294.

Accessible à :

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=b8057199-2e55-4a89-85fd-974429fcb472%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=133437529&db=ccm>

Nursing Theories, a companion to nursing theories and models. (2012).

Human-To-Human Relationship Model by Joyce Travelbee. Accessible à :

http://currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html

OBSAN. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. OBSAN Bulletin, 4 / 2013, 1–8. Accessible à : https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_f.pdf

Obsan rapport 2015 (2015). La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Accessible à : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>

Organisation Mondiale de la Santé. Messages, K. E. Y. (2015). A Public Health Priority. Dementia, 1-4. doi :ISBN 9789241564458. Accessible à : http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

Organisation Mondiale de la Santé. WHO. (1978). Déclaration d'Alma-Ata, les soins de santé primaires. Accessible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=E79CDE46E43191554F2BE5A676A80A62?sequence=1>

Organisation Mondiale de la Santé. WHO. (2014). Documents fondamentaux. Accessible à : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-fr.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. WHO. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. Who, 52. doi :Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accessible à :

http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/

Organisation Mondiale de la Santé. WHO. (2017). La démence. Accessible à : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Office Fédérale de la Santé Publique. (2018). Alzheimer et autres formes de démences au niveau international. Accessible à : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/alzheimer-international.html>

Office Fédéral de la santé publique. (2018). Faits et chiffres : Démence. Accessible à : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>

Office fédéral de la statistique. (2015). Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045. Accessible à : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.39912.html>

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). La pensée infirmière.

Shelton, DNP, NP, ANP-BC, AOCNP, ACHPN, G. (2016). Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(6), 657-661. doi :10.6004/jadpro.2016.7.6.7.

Accessible à :

https://www.researchgate.net/publication/324071805_Appraising_Travelbee's_Human-to-Human_Relationship_Model

Stasková, V. (2015). ScienceDirect Review article, Conception of the human-to-human relationship in nursing, 7, 5-10.

doi:10.1016/j.kontakt.2015.09.002. Accessible à :

<https://daneshyari.com/article/preview/1084410.pdf>

Vachon, M., Veilleux, M.-C., Macoir, J., & Macoir, J., (2017). Favoriser le maintien d'une communication satisfaisante : Stratégies utilisées par les aidants naturels et le personnel soignant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 15, 2, 185-195.

Vanbeselaere, J., (2005). IFSI de Roubaix « La chose la plus importante en communication , c'est d'entendre ce qui n'est pas dit ». Accessible à :

<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-julie-vanbeselaere.pdf>

Vanderheyden, J.-E., & Kennes, B. (2009). La prise en charge des démences: Approches transdisciplinaires du patient et de sa famille : Alzheimer, Parkinson et autres démences. Bruxelles : De Boeck

Vinay, A., Gérard, M., Bonnet, M., Rexand-Galais, F., & Fromage, B. (2016). À la recherche du sujet dans la maladie d'Alzheimer. *Pratiques Psychologiques*, 22(3), 255–268. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.04.002>

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

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Montréal: Pearson/ERPI.

Voyer, P. (2017). *L'examen clinique de l'aîné: Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Saint-Laurent : QC. ERPI, DL.

Woods, D. L., & Dimond, M. (2009). The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease. *Biological Research For Nursing*, 4(2), 104–114.

<https://doi.org/10.1177/1099800402238331>

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(April), 328–341.

[https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0206\)clinical](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0206)clinical)

Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z. (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2283-2295. doi :10.1111/jan.13311

Yang, J., Ogasa, T., Ohta, Y., Abe, K., & Wu, J. (2010). Decline of human tactile angle discrimination in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(1), 225-234.
doi:10.3233/JAD-2010-100723

CHAPITRE 8 - APPENDICES

8.1 APPENDICE A – Mots-clés FR/EN et descripteurs

Tableau 1

Mots-clés FR/EN et descripteurs

	P	I	O
Mots clés FR	Alzheimer	Communication	Toucher
Mots clés EN (Le grand dictionnaire terminologique et Termium Plus)	Alzheimer's disease	Communication	Touch contact
Mesh Pubmed	Alzheimer disease	Communication	Therapeutic touch
Cinahl Healings	Alzheimer's disease	Communication	Therapeutic touch
Thesaurus psycinfo	Alzheimer's disease	Communication	Tactual perception
Thesaurus Medline	Alzheimer disease	Communication	Therapeutic touch

8.2 APPENDICE B – Stratégies de sélection des articles

Tableau 2

Stratégies de sélection des articles

Bases de données	Mots-clés FR	Mots-clés EN	Descripteurs	Nb d'articles trouvés (sans critère d'inclusion)	Nb d'articles retenus	Remarques, arguments de choix selon résumé
PUBMED	Alzheimer	Alzheimer's disease	Alzheimer disease (1)	1 AND 2 AND 3 = 2	0	-
	Communication	Communication	Communication (2)	1 AND 2 = 1527	1	Répond aux 3 critères d'inclusion
	Toucher	Touch contact	Therapeutic Touch (3) - Touch	1 AND 3 = 9	2	1 article répond aux 3 critères d'inclusion et l'autre à 2 critères d'inclusion
				2 AND 3 = 37	1	Répond à 2 critères d'inclusion
CINAHL	Alzheimer	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease (1)	1 AND 2 AND 3 = 449	0	-

	Communication	Communication	Communication (2)	1 AND 2 = 347	1	Répond aux 3 critères d'inclusion
	Toucher	Touch contact	Therapeutic Touch (3)	1 AND 3 = 26	0	-
				2 AND 3 = 24	0	-
				3 = 259 (avec les 3 critères d'inclusion)	1	Répond aux 3 critères d'inclusion
PSYC INFO	Alzheimer	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease (1)	1 AND 2 AND 3 = 0	0	-
				1 AND 2 = 65	1	Répond à 2 critères d'inclusion
	Communication	Communication	Communication (2)	1 AND 3 = 10	0	-
	Toucher	Touch contact	Tactual perception (3)	2 AND 3 = 21	0	-
MEDLINE	Alzheimer	Alzheimer's disease	Alzheimer disease (1)	1 AND 2 AND 3 = 5	0	-
				1 AND 2 OR 3 = 51 (avec critères d'inclusion)	1	Répond à 2 critères d'inclusion
	Communication	Communication	Communication (2) - Non verbal communication	1 AND 2 = 271	1	Répond à 2 critères d'inclusion

	Toucher	Touch contact	Therapeuti c Touch (3)	1 AND 3 = 0 25	0	-
				2 AND 3 = 1 232	1	Répond à 2 critères d'inclusion

8.3 APPENDICE C – Articles retenus

Tableau 3

Articles retenus

ARTICLES	CRITÈRES D'INCLUSION
<p>Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. <i>International Journal of Alzheimer's Disease</i>, 2010, 1-12. doi :10.4061/2010/906818</p>	<p>Année de publication 2010</p> <p>Impact factor >1.5</p> <p>Revue systématique</p>
<p>Woods, D. L., & Dimond, M. (2009). The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease. <i>Biological Research For Nursing</i>, 4(2), 104–114. https://doi.org/10.1177/1099800402238331</p>	<p>Année de publication 2009</p> <p>Impact factor < 1.5</p> <p>Essai clinique randomisé</p>
<p>Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. <i>Qualitative Health Research</i>, 28(2), 200–212. https://doi.org/10.1177/1049732317707726</p>	<p>Année de publication 2018</p> <p>Impact factor >1.5</p> <p>Méta-ethnographie</p>
<p>Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z. (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 73(10), 2283-2295. doi :10.1111/jan.13311</p>	<p>Année de publication 2017</p> <p>Impact factor >1.5</p> <p>Revue systématique et méta-analyse</p>
<p>Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B. de, Takiguchi, R. S., Kuba, G., & Nagumo, M. T. (2016). Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, 24(0). doi :10.1590/1518-8345.1614.2834</p>	<p>Année de publication 2016</p> <p>Impact factor < 1.5</p>

	Essai clinique randomisé
Eing, W. E. L. L., Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E., & Kemper, K. J. (2012). ORIGINAL RESEARCH TIME , TOUCH , AND COMPASSION : EFFECTS ON AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND. JSCH, 8(3), 177–184. https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.02.001	Année de publication 2012 Impact factor inconnu Essai clinique randomisé
Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 55(April), 328–341. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0206)clinical	Année de publication 2012 Impact factor < 1.5 Etude d'observation systématique
Yang, J., Ogasa, T., Ohta, Y., Abe, K., & Wu, J. (2010). Decline of human tactile angle discrimination in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. Journal of Alzheimer's Disease, 22(1), 225-234. doi :10.3233/JAD-2010-100723	Année de publication 2010 Impact factor > 1.5 Essai clinique contrôlé non randomisé
Vachon, M., Veilleux, M.-C., Macoir, J., & Macoir, J. (June 01, 2017). Favoriser le maintien d'une communication satisfaisante : Stratégies utilisées par les aidants naturels et le personnel soignant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Geriatrie Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement, 15, 2, 185-195.	Année de publication 2017 Impact factor < 1.5 Méta-analyse
Bertoux, M., Flanagan, E. C., Hobbs, M., Ruiz-Tagle, A., Delgado, C., Miranda, M., ... Hornberger, M. (2018). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. Journal of Alzheimer's disease : JAD, 62(4), 1887-1900. doi :10.3233/JAD-170771	Année de publication 2018 Impact factor > 1.5 Essai clinique contrôlé et partiellement randomisé

8.4 APPENDICE D – Diagramme de flux

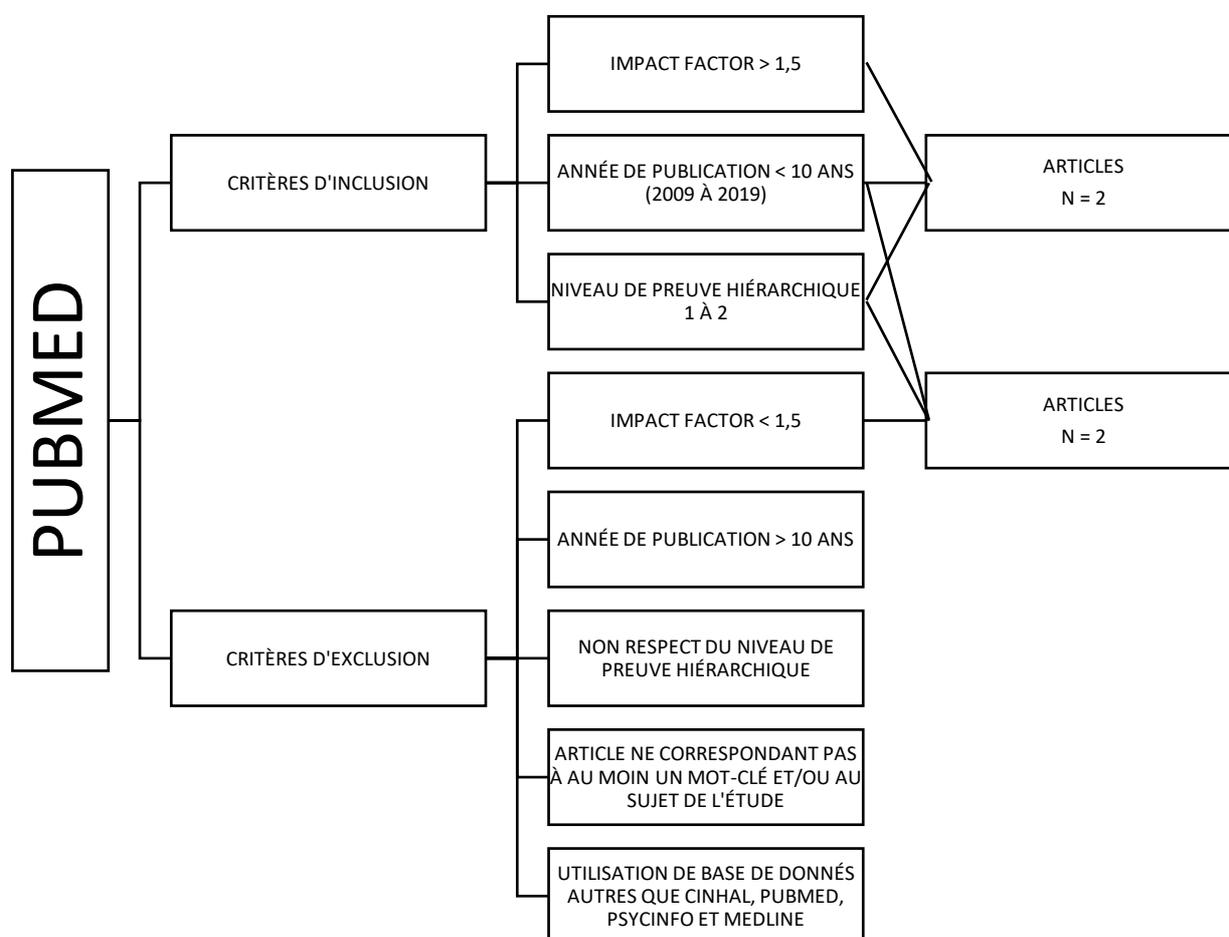


Figure 1. Diagramme de flux - PUBMED

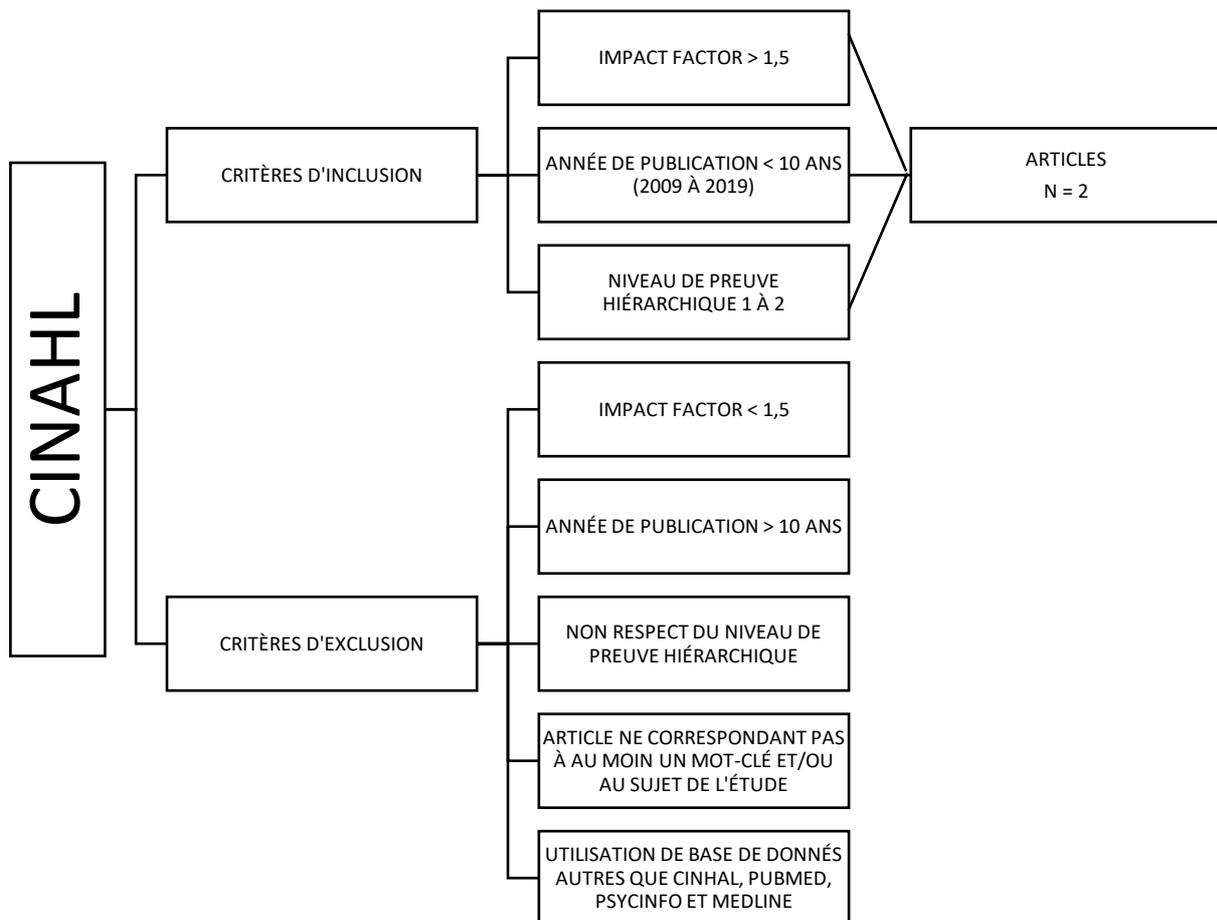


Figure 2. Diagramme de flux - CINAHL

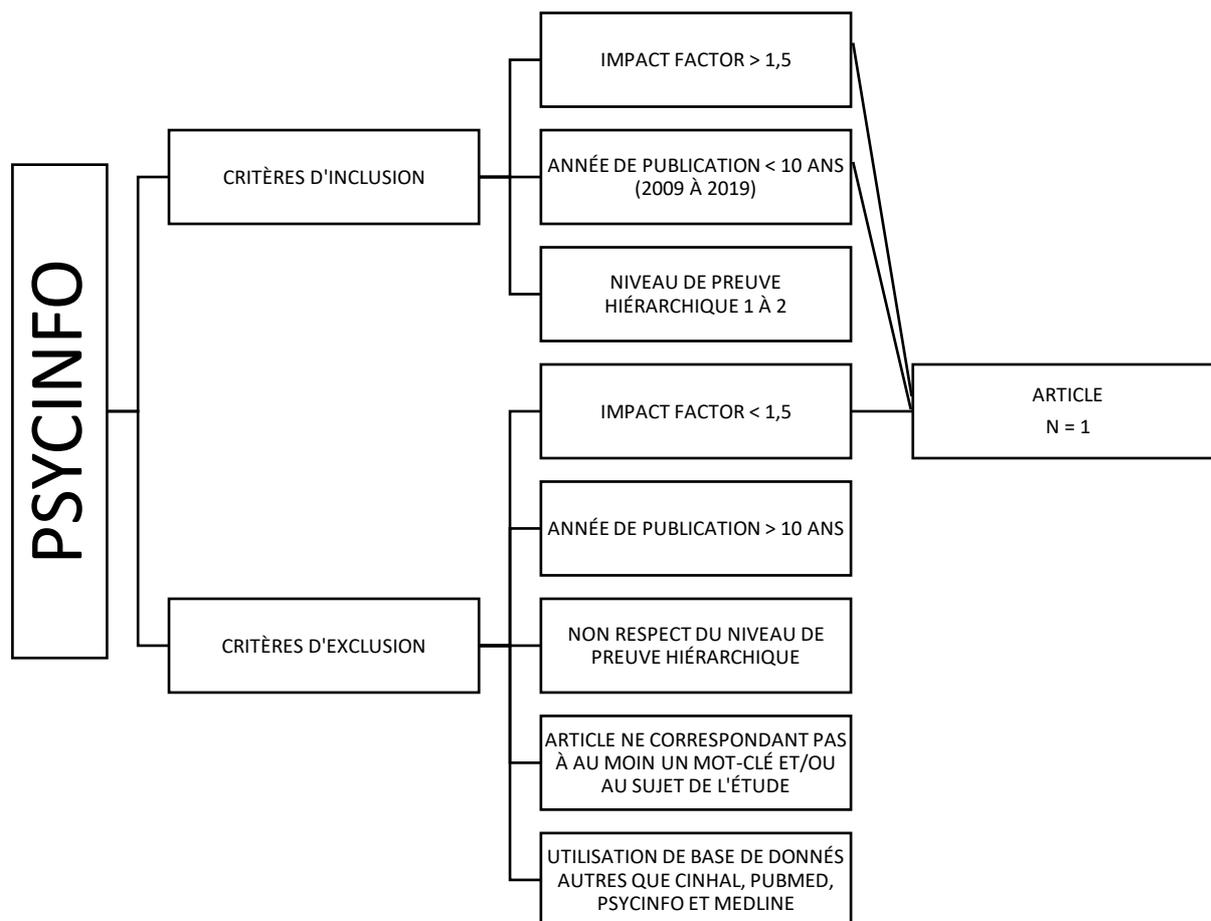


Figure 3. Diagramme de flux - PSYCINFO

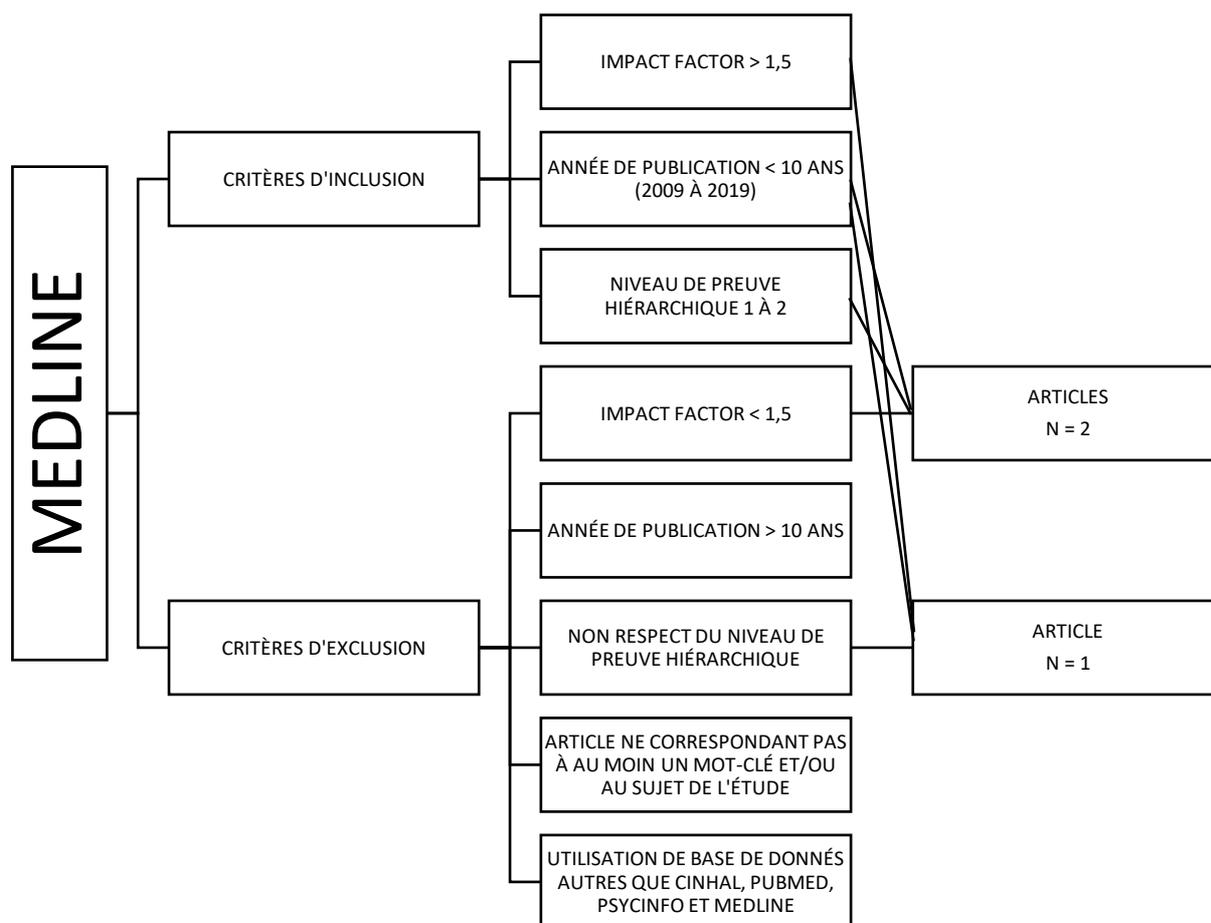


Figure 4. Diagramme de flux – MEDLINE

8.5 APPENDICE E – Grilles originales adaptées du Fortin (2010)

Cognitive Rehabilitation in Alzheimer’s Disease: A Controlled Intervention Trial
Bertoux, M., Flanagan, E. C., Hobbs, M., Ruiz-Tagle, A., Delgado, C., Miranda, M., ... Hornberger, M. (2018). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer’s Disease : A Controlled Intervention Trial. Journal of Alzheimer’s disease : JAD, 62(4), 1887-1900. doi :10.3233/JAD-170771
Titre Le titre inclut les concepts-clés de la présente étude, ainsi que la population-cible : la réadaptation cognitive et les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer (MA). Il spécifie également que c’est un essai d’intervention contrôlée.
Résumé Le résumé synthétise en points précis la problématique, le but de la recherche qui en découle, la méthode, les résultats et la discussion.
Introduction
Problème de la recherche Le problème de la recherche est clairement explicité au sein de l’introduction. Il s’agit d’étudier l’efficacité d’une réhabilitation cognitive de groupe via un programme appelé CORDIAL (Cognitive Rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early Dementia In Alzheimer disease) à l’égard des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer. La réadaptation cognitive permet la préservation des capacités d’engagement dans les actes de la vie quotidienne (AVQ). Elle sert à développer des stratégies individualisées, afin de traiter les troubles cognitifs engendrés par la MA. Cela consiste en une approche individualisée, identifiant des objectifs pertinents et intégrant des méthodes multimodales et interactionnelles, afin de maintenir les capacités cognitives et compenser les déficits. Cette approche devrait conduire à un transfert du cadre thérapeutique à la vie quotidienne.
Recension des écrits Plusieurs auteurs se sont intéressés à l’intervention cognitive visant à maintenir ou améliorer des fonctions cognitives spécifiques. Cependant, jusqu’à présent, peu d’études se sont intéressées à l’efficacité potentielle apportée par la réhabilitation cognitive dans le traitement de la MA.
Cadre de recherche Les concepts-clés sont décrits de manière claire au sein de l’introduction. Ils découlent logiquement du but de l’étude. Les auteurs expliquent clairement l’objectif de la réhabilitation cognitive en regard des personnes atteintes de la MA. Ils basent leur recherche sur les études antérieures et les connaissances liées à ce sujet-ci.
Buts et question de recherche Le but de l’étude est de déterminer l’efficacité d’un programme de réhabilitation cognitive au sein d’une population de personnes atteintes de la MA. Les hypothèses/questions de recherche ne sont pas exposées sous forme de questions. Cependant, les auteurs cherchent à obtenir des estimations concernant l’ampleur des effets sur les habiletés cognitives liées aux AVQ, dans l’intention de poursuivre cette recherche au travers d’essais multicentriques, à grande échelle.
Méthode
Population et échantillon La population concernée par l’étude est atteinte de MA à un stage léger ou démence mixte (n=20). Parmi ces 20 personnes, un groupe d’essai pilote composé de 5 sujets a été prédéterminé avant l’intervention, ce pourquoi cette étude est partiellement randomisée. Les participants ont été recrutés au sein de la clinique de mémoire de l’hôpital universitaire de Rostock, avec un diagnostic probable ou possible de MA, selon les critères de la NINCDS-ADRDA et/ou le Mini Examen de l’État Mental (MEEM). Pour la démence mixte, les critères diagnostiques se basaient sur la CIM-10. Les auteurs ont défini leur échantillon en fonction des critères d’inclusion et exclusion suivants : les patients doivent vivre à la maison, avoir un contact face à face au moins une fois par semaine avec un soignant, les antidépresseurs ou antipsychotiques devaient être pris à dose stable trois mois avant l’intervention ; antécédents d’épilepsie, ou de maladie psychiatrique, et s’ils ne sont pas en mesure

de subir un IRM. Tous les participants ont subi un examen neurologique et psychiatrique, et effectués des analyses sanguines avant de débiter l'intervention.

Considérations éthiques

L'étude a été réalisée conformément à la Déclaration de Helsinki et approuvée par le comité local d'éthique médicale de l'hôpital universitaire de Rostock. Chaque participant a reçu un formulaire de consentement par écrit. L'étude a été enregistrée dans la base de données de clinicaltrials.gov.

Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé est de type prédictif causal : il permet à l'étude d'atteindre son but, par une expérimentation. Il se base donc sur un essai clinique contrôlé et partiellement randomisé.

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont définis de manière claire au sein de la méthode : l'intervention est basée sur le programme CORDIAL, composé d'éléments neuropsychologiques et psychothérapeutiques. Il s'agit d'une approche guidée manuelle. Cette dernière a été présentée en 2010 par Werheid et Thone-Otto. Les données concernant les AVQ ont été mesurées avec l'échelle de Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) et l'échelle d'observation du vieillissement de Nuremberg (NSL). Pour ce qui est des capacités cognitives liées à la vie quotidienne, 4 tests ont été utilisés : 1. Capacités de mémoire quotidienne - Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) ; 2. Compétences de planification et d'organisation - sous-test du Handlungsorganisation und Tagesplanung (HOTAP) : HOTAP-A (actions individuelles) et HOTAP-C (programme journalier semi-structuré) ; 3. Compétence en communication (parole spontanée) - Tâche de description de l'image du vol de cookie de Boston ; 4. Etat cognitif - Batterie de tests du Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Concernant les domaines non cognitifs, les données ont été collectées par les échelles de : 1. Qualité de vie - dimensions de la qualité de vie (DEMQOL) ; 2. Présence et gravité de dépression - échelle de dépression gériatrique (GDS) ; 3. Niveau de conscience - Apathy Evaluation Scale (AES) ; 4. Troubles neurocomportementaux - inventaire neuropsychiatrique (ISBL). Chaque mesure des résultats a été évaluée au début de l'intervention et durant le suivi, autrement dit 14 jours suivant la fin du programme d'intervention ou contrôle.

Conduite de la recherche

Le processus de collecte des données s'est fait par le biais d'une intervention ambulatoire se déroulant sur une période de 12 semaines, à raison d'une séance de 2 heures par semaine. Elle se compose de 6 modules de 2 séances chacun, qui regroupent les notions de cohésion sociale, utilisation d'aide-mémoire, mise en place d'un cadre structuré pour améliorer les actes de la vie quotidienne, travail biographique, etc. Les auteurs ont adaptés les modules en fonction du but de leur étude. Des objectifs sont fixés pour chacune des 12 semaines, et les expérimentateurs appellent les aidants naturels une fois par semaine, afin d'obtenir un retour sur les activités quotidiennes à domicile. Un contrôle actif est réalisé tout au long de l'intervention. Autrement dit, les participants sont soumis à un entraînement cognitif sous forme de devoirs à effectuer individuellement. De plus, les points discutés et les tâches à effectuer sont consignées dans un journal, afin de préserver un fil rouge durant l'expérimentation.

Analyse des données

Toutes ces données ont été analysées statistiquement selon le programme Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 2.1). Les items manquants du questionnaire (38%) sont remplacés par le score de l'item respectif, calculé en moyenne pour le groupe respectif. Les variables dépendantes normalement distribuées sont mesurées à l'aide de tests paramétriques et celles non distribuées normalement au moyen de tests non paramétriques. Les tests du Mann Whitney U-tests sont utilisés pour les comparaisons de groupes de variables démographiques et scores neuropsychologiques de référence, et le Khi-carré de Pearson est utilisé pour comparer la fréquence des cas selon le sexe. Des analyses de variance (ANOVA) mesurent les données post interventionnelles pour chaque mesure des résultats (groupe intervention et témoin). Tous les tests ont été réalisés en bilatéral, avec un niveau de signification de la p value <0.05. Le d de Cohen a été calculé pour les effets d'interaction. Pour finir, les comparaisons entre les groupes pré et post intervention, ont été évalués à l'aide d'un test t, en calculant la valeur de l'effet à partir des valeurs t.

Résultats

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de texte, tableaux et figures. Les auteurs présentent, en premier lieu, les données concernant les sujets et les caractéristiques de base (figure 1) : 2 participants ont annulés leur participation avant le début de l'intervention et 2 autres sont exclus au cours de l'étude, pour cause de maladie et de délires paranoïaques. Un total de 16 participants est donc comptabiliser pour la suite de l'étude. Le tableau 2 présente les caractéristiques cliniques en fonction de l'âge ($p = 0.916$), du sexe ($p = 0.614$) et du niveau de scolarité ($p = 0.957$). Le tableau 3 s'intéresse à l'effet d'interaction basé sur l'ANOVA. Concernant la compétence en matière d'AVQ, l'évaluation démontre qu'elle a augmenté dans le groupe intervention et diminué dans le groupe témoin, mais cela n'est pas significatif ($p = 0.900$). Contrairement à l'échelle de la NSL qui démontre une diminution dans le groupe intervention et une augmentation dans le groupe témoin (effet d'interaction non significatif car $p = 0.310$). Quant aux capacités cognitives liées à la vie quotidienne, aucun effet significatif n'est démontré sur les interactions et également aucune interaction significative de l'intervention dans le temps. Néanmoins, dans les domaines non-cognitifs, une augmentation est observée dans le groupe intervention et une diminution dans le groupe témoin ($p = 0.013$).

Discussion

Interprétation des résultats

Les auteurs interprètent les résultats en regard des études antérieures, et du but de la recherche : la réhabilitation cognitive au sein de la population atteinte de la MA ne présente donc aucun effet significatif sur les compétences en matière d'actes de la vie quotidienne. Selon les auteurs, le score des AVQ est difficile à évaluer dans le cadre de la démence et la définition des objectifs s'est avéré difficile, car les participants avaient tendance à les exprimer plus globalement que spécifiquement. Les limites de l'étude sont définies par la petite taille de l'échantillon, l'hétérogénéité par rapport à l'âge (car elle a limité la capacité à détecter les effets de l'intervention), les scores du MEEM, la courte durée de l'intervention, le manque de disponibilité des soignants et la faible participation des proches aidants. De plus, la fréquence d'une séance par semaine semblait trop faible, et devrait être augmenté, afin de permettre un transfert optimal à la vie quotidienne. L'étude n'est que partiellement randomisée, puisque 5 sujets provenant d'une étude antérieure, sont pré affectés à l'intervention. Finalement, la prise en considération de la médication dans les différents groupes est importante, car elle a influencé les résultats.

Conséquences et recommandations

Suite à l'interprétation des résultats, les auteurs déclarent que les effets de la réadaptation cognitive doivent être transférés du cadre thérapeutique au quotidien des personnes. Par conséquent, cela nécessite un minimum de capacités cognitives, notamment la mémoire et la capacité d'abstraction, afin d'appliquer une stratégie d'adaptation individualisée. Cependant, les personnes atteintes de la MA n'avaient peut-être pas les ressources cognitives nécessaires pour effectuer un transfert réussi. La réadaptation cognitive est donc jugée plus efficace pour les personnes étant à un stade léger de la MA. Néanmoins, l'étude a permis un partage des expériences vécues et un soutien mutuel. Malheureusement, certains participants ont développé des symptômes dépressifs et de la frustration suite à l'intervention. Les auteurs suggèrent que l'intégration de programme ciblé à des stades moins avancés de la MA, avec une participation plus intense des proches aidants, serait à évaluer dans de futures études. De plus, il serait judicieux d'agrandir l'échantillon, afin d'obtenir une meilleure signification statistique. Les auteurs déclarent également que la durée de l'intervention aurait pu être prolongée, dans le but de percevoir des améliorations plus significatives. Ils recommandent d'intégrer une analyse qualitative des données dans les études futures.

Decline of Human Tactile Angle Discrimination in Patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease
Yang, J., Ogasa, T., Ohta, Y., Abe, K., & Wu, J. (2010). Decline of human tactile angle discrimination in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 22(1), 225-234. doi :10.3233/JAD-2010-100723
Titre Le titre de cet article présente les concepts étudiés ainsi que la population-cible, qui sont la discrimination de l'angle tactile et les personnes atteintes d'une déficience cognitive légère (DCL) et de la maladie d'Alzheimer (MA).
Résumé Le résumé synthétise les différents chapitres, mais les auteurs les ont rassemblés en un seul et même texte.
Introduction
Problème de la recherche La présente étude porte attention au déclin de la discrimination de l'angle tactile chez les personnes atteintes de troubles légers cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. Au sein de l'introduction, les auteurs font donc un bref récapitulatif de ces deux maladies d'un point de vue physiopathologique, et également du système somatosensoriel : la discrimination tactile est l'une des principales capacités d'apprentissages manuelles et de mémoire. Des études antérieures ont été réalisées à ce sujet, mais les différences entre les troubles cognitifs légers et la maladie d'Alzheimer, ne sont pas exposées.
Recension des écrits Les auteurs ne décrivent pas clairement la recension des écrits au sein de leur introduction. Cependant, ils déclarent que deux études antérieures ont été entreprises, présentant divers effets concernant la discrimination de l'angle spatiale tactile.
Cadre de recherche Le cadre de recherche est défini de manière claire dans le chapitre introduction. Malgré le peu de description quant aux études antérieures, ils se basent tout de même sur celles-ci et sur les connaissances théoriques concernées par le présent sujet. Les concepts-clés sont décrits précisément, ils permettent la compréhension du but recherché par cette étude.
Buts et question de recherche Le but est clairement défini en fin d'introduction, il s'agit de caractériser les déficits de discrimination des formes tactiles chez les patients atteints de DCL et MA. Les auteurs émettent l'hypothèse que le fait d'avoir un système somatosensoriel altéré contribue au déclin fonctionnel de la discrimination de l'angle tactile des personnes atteintes de DCL et MA, en comparaison au groupe témoin d'âge normal.
Méthode
Population et échantillon La population-cible à l'étude est clairement définie au sein du chapitre méthode. Il s'agit de personnes atteintes de DCL et MA admis à l'hôpital universitaire d'Okayama, au Japon. Trois groupes sont établis : un groupe témoin d'âge normal (NC - n=14), un groupe DCL (MCI - n=10) et un groupe MA (AD - n=13). Les participants sont recrutés en fonction de leur main dominante, après avoir été examinés via l'échelle de mesure Edinburgh Handedness Inventory (EHI), permettant d'évaluer la sensibilité de la main dans les actes de la vie quotidienne (AVQ). Ils sont donc tous droitiers. Chaque groupe de participants sont soumis à des critères diagnostiques, d'inclusion et d'exclusion.
Considérations éthiques Les sujets ont signé un formulaire de consentement. Les expériences sont réalisées conformément à un protocole approuvé par l'Université d'Okayama.
Devis de recherche Le devis de recherche est lié au but de l'étude, qui elle, est un essai clinique contrôlé non randomisé. Il donne l'opportunité d'examiner l'hypothèse émise par les auteurs. Il s'agit d'un devis prédictif causal, qui permet de mesurer l'effet d'une variable indépendante (intervention : discrimination tactile angulaire) sur une variable dépendante (déclin de la discrimination de l'angle tactile dans la MA et DCL).

Modes de collectes de données

Afin d'évaluer la discrimination de l'angle tactile, les auteurs récoltent les données selon un angle de référence préétabli et 8 angles de comparaison. Ces derniers sont donc exposés aux sujets à l'aide d'un appareil électrique les déplaçant horizontalement sur le plan transversal. Tous les facteurs de mouvement et vitesse sont contrôlés par ordinateur. Les seuils de discrimination d'angle sont mesurés en fonction de la capacité de chaque sujet à juger les dimensions angulaires des objets. Les auteurs n'indiquent pas si les instruments de mesure utilisés sont créés pour l'étude ou s'ils sont importés.

Conduite de la recherche

La conduite de la recherche est définie clairement au sein de la méthode. Afin de recueillir les données, une intervention est mise en place : les sujets ont leur index droit fixé sur une plaque à l'aide de ruban adhésif et les yeux bandés, dans le but de percevoir passivement les angles des objets présentés et d'ainsi pouvoir les différencier (angle de référence et angle de comparaison). Dans l'intention de minimiser les incompréhensions, l'expérimentateur répète, si nécessaire, les consignes aux personnes atteintes de MA. Un ordre pseudo-aléatoire est utilisé, afin de présenter l'angle de référence et ensuite celui de comparaison au sujet. La force de contact et la vitesse de déplacement est limitée à 5.0mm/s. Suite à la discrimination d'angle, les participants doivent identifier verbalement l'angle le plus grand dans chaque paire d'angles. Chaque sujet a effectué 80 essais de discrimination d'angle.

Analyse des données

Toutes les analyses de données sont réalisées à l'aide du programme SPSS version 12.0j. Les auteurs utilisent la technique du two-alternative forced-choice (2AFC - choix forcé à deux alternatives), afin de déterminer les seuils de discrimination angulaire tactile selon la précision et la différence entre les 2 angles. Le seuil de discrimination est défini comme étant la différence d'angle avec un taux de précision de 75%. Dans le but de calculer statistiquement les seuils de discrimination, une analyse de régression avec fonction logistique est réalisée. Les différences dans la précision de la discrimination des seuils des 3 groupes sont mesurées par une analyse de variance (ANOVA). Le niveau de signification est fixé à $p < 0.05$. Le test de Bonferroni a été effectué pour détecter les différences entre chaque groupe. Pour finir, afin de comparer la sensibilité de la précision de la discrimination de l'angle tactile et les scores MEEM, une analyse des caractéristiques de l'opérateur du récepteur (ROC) est utilisée.

Résultats**Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et figures, et par un texte narratif. La figure 3 démontre la précision moyenne pour chaque paire d'angles. Le taux de précision est défini par le nombre d'essais corrects divisé par le nombre total d'essais pour chaque paire d'angles. L'analyse de régression de la précision moyenne donne des valeurs r significatives de 0.98 (NC), 0.98 (MCI), 0.67 (AD), et une p value < 0.001 (NC), $p < 0.001$ (MCI), et $p < 0.013$. Le test de Bonferroni révèle que la précision moyenne des patients atteints de MA est significativement inférieure à ceux atteints de DCL ($p < 0.04$) et le groupe NC ($p < 0.001$). Néanmoins, la différence entre le groupe MCI et NC n'est pas significative ($p < 0.93$). L'ANOVA démontre une signification des différences entre le groupe AD/MCI et NC ($p < 0.001$). Néanmoins, le seuil du groupe MCI est également plus élevé que dans le groupe NC, ayant une signification statistique suffisante ($p < 0.049$). Cela indique que la diminution de la capacité à discriminer l'angle tactile chez les patients atteints de MA et DCL est significative par rapport au groupe NC. Quant à l'analyse ROC, la précision de discrimination angulaire est supérieure à celle du score MEEM.

Discussion**Interprétation des résultats**

Les résultats sont interprétés en regard de l'hypothèse émise en introduction de l'article et des études antérieures. Autrement dit, les patients atteints de DCL ou MA ont une capacité réduite significative à discriminer l'angle tactile en comparaison des sujets sains (NC). La précision moyenne et le seuil de discrimination angulaire des patients atteints de MA sont significativement inférieurs à ceux du groupe NC et MCI. Les auteurs déclarent qu'il existe de nombreux changements anatomiques et morphologiques se développant avec l'âge et affectant la main et les doigts. Par conséquent, une diminution de la sensibilité au toucher est observée. La mémoire de travail altérée dans la MA,

contribue aux difficultés rencontrées lors de la comparaison de chaque paire d'angles présenté durant l'expérience. Les limites de l'étude ne sont pas clairement définies au sein de l'interprétation des résultats. Néanmoins, les auteurs déclarent que leur étude se focalise spécifiquement sur la discrimination angulaire tactile, alors que cela inclut également le processus de mémoire de travail, la discrimination spatiale et la résolution de problèmes. De plus, le mini examen de l'état mental (MEEM) actuel comporte des limites, dans la mesure où il ne peut pas représenter les déficits fonctionnels cognitifs de tous les individus.

Conséquences et recommandations

Les auteurs stipulent que de signaler une diminution significative de la discrimination de l'angle tactile chez les patients atteints de DCL et MA pourrait améliorer la prise en charge d'un point de vue diagnostique, pharmacologique, et thérapeutique.

The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease
Woods, D. L., & Dimond, M. (2009). The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease. <i>Biological Research For Nursing</i> , 4(2), 104–114. https://doi.org/10.1177/1099800402238331
Titre Le titre mentionne les concepts-clés de l'étude ainsi que la population.
Résumé Le résumé est présent et met en avant le contexte (les symptômes comportementaux de la démence causés par le stress et le touché thérapeutique), les participants, la méthode, ainsi que les résultats.
Introduction
Problème de la recherche La problématique de l'étude est clairement formulée : Les personnes âgées atteintes de démence développent des symptômes comportementaux de démence (SCD). Ces SCD comprennent plusieurs comportements différents dont les cris et l'agitation, considérés comme étant les plus perturbants pour l'individu, le personnel soignant et les familles. Des antipsychotiques sont utilisés afin de faire diminuer ces SCD. Cependant cela entraîne des effets secondaires délétères. Des interventions non-pharmacologiques sont donc préconisées. De nombreuses interventions non-pharmacologiques sont prometteuses mais celle qui intéresse les auteurs est le toucher thérapeutique (TT).
Recension des écrits Les auteurs ont présenté la recension des écrits qui permet de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur le phénomène du TT. Le TT a été étudié pour la 1 ^{ère} fois par Dolores Krieger en 1973 et est défini comme un processus intentionnel dans lequel un praticien utilise ses mains afin de faciliter le processus de guérison. Des études démontrent que les SCD peuvent être atténués par le TT. D'autres études ont démontré que le TT diminue l'anxiété, l'agitation et les cris chez les personnes âgées atteintes de démence. Cependant le mécanisme précis de l'effet du TT est inconnu. Une étude spécifique a démontré que le TT a une tendance à faire baisser le cortisol basal, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir une relation entre le TT et le cortisol (hormone du stress). Les facteurs de stress psychologiques (peur, anxiété, frustration) entraînent la production de cortisol.
Cadre de recherche Le TT est une intervention non-pharmacologique permettant de diminuer les SCD. Le cortisol augmente lors d'épisodes de stress. Les réponses comportementales liées au stress sont capables d'initier et d'amplifier la production de cortisol, potentialisant ainsi une interaction entre une réponse au stress liée à l'âge et la neuropathologie de la MA. Le TT est fondé sur le fait que le corps humain, l'esprit, les émotions et l'intuition forment un champ complexe et dynamique. En santé, ce champ est équilibré. Cependant, en cas de maladie, ce champ est déséquilibré.
Buts et question de recherche Le but de cette étude est clairement énoncé et consiste à examiner l'effet du TT sur les SCD et le cortisol basal chez des résidents atteints de démence dans des institutions médicalisées. Ainsi que la durée de l'effet du TT. Les auteurs ont émis plusieurs hypothèses qui sont clairement formulées. Hypothèse générale : Le TT diminuerait les SCD en modulant la réponse au stress des personnes atteintes de démence et cela se reflèterait par la mesure du cortisol basal. Hypothèses en lien avec les différents groupes de l'étude : Le TT réduira la fréquence et l'intensité des SCD dans le groupe expérimental Le TT réduira les taux moyens de cortisol basal dans le groupe expérimental

Méthode
<p>Population et échantillon</p> <p>L'échantillon regroupait 170 résidents et 85 répondaient aux critères d'inclusion. La population visée est définie à savoir que la population concernait des personnes atteintes de démence résidant dans 3 institutions médicalisées différentes dans une région métropolitaine du sud des états unis. Les participants sont au nombre de 65, mais 64 participants ont terminé l'étude. Il n'y a cependant pas d'information sur le genre et l'âge précis des participants à ce stade de l'étude. Les 3 institutions médicalisées avaient la même philosophie de soins.</p> <p>La méthode pour recruter les participants est la suivante : le personnel infirmier a observé les résidents afin de savoir s'ils répondaient aux critères d'inclusion (ayant une démence modérée à grave, ayant ≥ 65 ans, vivant dans un centre médicalisé pendant ≥ 2 mois, ayant un traitement stable pendant ≥ 1 mois, présentant des SCD, etc.). Les auteurs ont aussi mis en place des critères d'exclusion.</p> <p>Le diagnostic de démence a été vérifié à l'aide du Mini examen de l'état mental. Le consentement des participants a été obtenu.</p>
<p>Considérations éthiques</p> <p>Le consentement par procuration a été utilisé (la famille ou la personne ayant une procuration a accepté que le résident participe à l'étude) afin d'admettre un participant à l'étude.</p> <p>Le Human Subjects Committee de l'université d'Arkansas a approuvé cette étude.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Cette recherche est une étude randomisée à double insu ; plan expérimental à double insu (masqué) et séries chronologiques interrompues expérimentales ABAB.</p>
<p>Modes de collectes de données</p> <p>Des variables dépendantes et indépendants ont été mesurées.</p> <p>Variabes dépendantes :</p> <p>Mesures comportementales : les SCD globaux + 6 catégories</p> <p>Mesure biologique : cortisol salivaire</p> <p>Variable indépendante (intervention) : le TT considéré comme le traitement.</p> <p>Les données de base ont été extraites du dossier médical des patients (médicaments, comorbidités, âge, sexe, type de démence, etc.) sur une période de 4 jours.</p> <p>Les auteurs ont importé des instruments pour les besoins de l'étude.</p> <p>Les outils suivants ont été utilisés afin d'évaluer les SCD et de sélectionner les résidents :</p> <p>L'échelle brève d'agitation (EBA)</p> <p>L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield</p> <p>L'échelle de comportement agité mais celle-ci a été modifiée (ECAM) : ajout du comportement « stimulation/marche »</p> <p>En ce qui concerne le cortisol salivaire, il reflète le taux de cortisol libre dans le plasma.</p> <p>Des échantillons de salives ont été prélevés. Ces échantillons ont été obtenus à l'aide d'une salivette (tube de plastique contenant une compresse de coton mâchée par le résident). Cette démarche ne présente aucun effet secondaire. Ces échantillons ont été amenés dans un laboratoire dans les 48 heures suivant leur collecte. Les échantillons ont été analysés à l'aide d'un kit de dosage ELISA.</p> <p>Le personnel infirmier a évalué les SCD à l'aide de l'EBA durant 2 semaines précédant l'étude. 6 observateurs aveugles aux objectifs de l'étude ont recueilli les données comportementales à l'aide du ECAM et d'un appareil d'assistance personnelle (PDA).</p> <p>Les comportements des participants ainsi que les SCD ont été enregistrés 10 heures par jour (toutes les 20 minutes) au cours de l'étude.</p> <p>Les échantillons de salive ont été prélevés 4x/jour (au réveil, 30 minutes après, puis 6 heures après et 12 heures après). Le déroulement complet de l'analyse des échantillons est décrit dans l'étude.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Les 65 résidents ont été répartis au hasard (à l'aide d'une table de nombres aléatoires) en 3 groupes :</p>

Groupe expérimental : a reçu le traitement du TT
 Groupe placebo : a reçu un traitement mimétique qui semblait identique à l'intervention du TT
 Groupe témoin : a reçu des soins de routine
 Les 3 groupes comprenaient le même nombre de résidents.
 Le comportement des participants a été observé et enregistré toutes les 20 minutes pendant 10 heures par jours (de 8h à 18h) par des assistants de recherche qualifiés.

La variable indépendante, soit le TT, comprenait un protocole spécifique : le praticien (= personne administrant le TT) devait avoir l'intention d'assister thérapeutiquement le participant, être centré et/ou apaisé, avoir son attention focalisée sur le participant, etc.

Le TT consistait à poser les mains sur les épaules du participant tout en effectuant une série de mouvements doux (vers le bas puis le haut du dos ; vers le haut du corps jusque derrière les oreilles). Ensuite, une main devait être posée sur le front et l'autre à l'arrière du cou. Le TT a été administré 2x/j pendant 3 jours à la même heure et durait 5 à 7 minutes.

L'intervention placebo était identique à l'intervention du TT dans le groupe expérimental cependant le praticien n'a pas tenté d'entrer dans un état calme, de se concentrer sur le participant mais a fait des calculs mentaux.

Avant de débiter l'intervention du TT, l'accord était demandé à chaque participant. L'intervention se déroulait dans la chambre du participant.

Pour assurer l'uniformité du protocole expérimental, le chercheur principal de l'étude a fait la démonstration du protocole du TT et du protocole placebo aux praticiens et aux assistants de recherche. Les praticiens et les assistants de recherche ont ensuite reproduit le protocole.

Analyse des données

Les participants ont été comparés en fonction du sexe, du degré des SCD, du type de démence et du degré d'atteinte de l'état mental afin de déterminer si les données pouvaient être agrégées.

Les données sur le comportement et le cortisol ont été regroupées en 5 périodes d'analyse :

Période de référence (jour 1 à 4)

Traitement 1 (jour 5 à 7)

Post-traitement 2 (jour 8 à 12)

Traitement 2 (jour 13 à 15)

Post-traitement 2 (jour 15 à 20)

Des statistiques descriptives et des mesures de tendance centrale ont été calculées pour chaque variable.

Les auteurs ont aussi utilisé une approche fondée sur un modèle mixte pour l'analyse des données longitudinales.

Toutes les analyses de données ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (cary, NA, USA), version 9.1.3

La signification statistique a été fixée à $p \leq 0.05$ (bilatéral).

Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie « analyse des données ».

Résultats

Présentation des résultats

Les résultats sont adéquatement présentés et explicités à l'aide d'un texte narratif, de tableaux et de graphiques.

Le texte narratif démontre les résultats obtenus.

Le tableau n°1 présente les caractéristiques démographiques des 3 différents groupes.

Le tableau n°2 présente les moyennes et les écarts-types de chaque SCD pour chaque groupe sur les 5 périodes.

Le graphique ou la figure n° 1 démontre le score moyen d'agitation de chaque groupe pour chacune des 5 périodes.

Et le graphique ou la figure n°2 illustre l'écart-type du cortisol salivaire du matin de chaque groupe pour chacune des 5 périodes.

Discussion

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche et les différentes hypothèses de départ. Des calculs post hoc ont aussi été effectués.

Cette étude démontre que l'agitation est considérablement réduite par le TT de façon significative selon le groupe ($F_{2,61} = 3,03$, $p = 0,05$) et le temps ($F_{4,230} = 11,04$, $p < 0,0001$). Les comparaisons par paires ont montré une différence significative d'agitation lorsque le groupe expérimental a été comparé au groupe témoin ($p = 0,03$) à la période 4.

Les auteurs ont remarqué que le TT peut avoir un effet retardé ou cumulatif : le TT est une modalité d'énergie et il peut y avoir une longue période de latence avant que sa réponse ne se produise et soit détectable.

Dans la présente étude, l'agitation constitue 50% des cas de SCD et cette estimation concorde avec d'autres études antérieures. De ce fait, en diminuant l'agitation, le TT peut réduire à la fois la détresse de l'aidant naturel et celle du résident.

L'agitation, chez une population atteinte de démence, peut être une manifestation spécifique du stress et être réduite grâce à des stratégies telles que le TT.

Étant donné que 50% des SCD sont des cas d'agitation, l'étude suggère que l'utilisation du TT peut diminuer ce comportement chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée à grave.

Le groupe placebo était intermédiaire entre le groupe expérimental et le groupe témoin, ce qui suggère une réaction à la présence humaine et au toucher.

Cette étude suggère donc que l'intentionnalité du TT a un effet sur le comportement agité.

La présente étude concorde avec les résultats des études antérieures menées sur le toucher thérapeutique.

Les limites de l'étude sont clairement définies et sont les suivantes :

- Le petit nombre de participant ($n=64$) limite la généralisation de l'étude. De plus, tous les participants étaient de race blanche sauf 2.
- Problèmes de collecte de données quant au cortisol
- Certains médicaments n'ont pas été pris en compte (ex : antidépresseurs)

Conséquences et recommandations

Les interventions non invasives et non-pharmacologiques comme le TT sont efficaces pour diminuer l'agitation. De plus, aucun effet secondaire ou indésirable n'est produit par le TT, au contraire des médicaments de type psychotrope.

Le TT est facile à administrer, dans un court laps de temps et sans équipement. Le TT peut être une alternative non-pharmacologique pour les patients atteints de SCD.

Les auteurs recommandent que le personnel soignant reçoive une formation initiale. Ils notent aussi qu'il y a un manque d'informations quant aux interventions spécifiques pour le traitement des SCD.

Les données de cette étude suggèrent que le TT diminue l'agitation et, par conséquent, cette modalité pourrait être incluse dans une philosophie de soins axée sur les soins de compassion.

<p>The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis</p> <p>Wu, J., Wang, Y., & Wang, Z. (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 73(10), 2283-2295. doi :10.1111/jan.13311</p>
<p>Titre</p> <p>Le titre explicite clairement les concepts relatifs à la présente étude : massage, toucher et symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). Il précise également que c'est une revue systématique quantitative, ainsi qu'une méta-analyse.</p>
<p>Résumé</p> <p>Le résumé synthétise adéquatement en différents points, le contexte, le but, le type d'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.</p>
<p style="text-align: center;">Introduction</p>
<p>Problème de la recherche</p> <p>Cette étude s'intéresse à l'effet du massage et du toucher sur les SCPD. Ces symptômes peuvent entraîner des conséquences considérables au sein de cette population-cible, favorisant l'agressivité et l'incompréhension. Le présent sujet fait référence à un réel problème de santé rencontré actuellement, et touchant un nombre important de la population vieillissante. Les conséquences de ces symptômes se répercutent sur la qualité de vie et le bien-être des personnes concernées, ainsi que sur leur famille. Les auteurs exposent la nécessité d'intégrer le massage et le toucher dans les pratiques face aux SCPD.</p>
<p>Recension des écrits</p> <p>Les auteurs déclarent que plusieurs études se sont d'ores et déjà intéressées au présent sujet, exposant des résultats divergent d'une étude à l'autre. En revanche, ils se rejoignent sur le fait que les interventions non pharmacologiques, notamment le toucher, ont tendance à améliorer positivement les SCPD. De plus, ces dernières sont considérées comme étant de première ligne en regard des guidelines relatifs à cette pathologie.</p>
<p>Cadre de recherche</p> <p>Les concepts-clés sont abordés clairement dans l'introduction, se référant aux données probantes actuelles. Les auteurs se basent sur le niveau d'efficacité des différentes interventions non pharmacologiques et sur les études antérieures. Cette étude s'est réalisée selon les lignes directrices de la Cochrane Collaboration et se base sur les principes de la déclaration PRISMA.</p>
<p>Buts et question de recherche</p> <p>Le but de l'étude est d'identifier l'efficacité du toucher à l'égard des SCPD, en se référant aux données probantes existantes. Les auteurs énoncent la nécessité de réaliser cette étude, car la démence prend une ampleur considérable au sein de la population vieillissante et il est essentiel de clarifier les avantages apportés par les interventions non pharmacologiques, notamment le toucher.</p>
<p style="text-align: center;">Méthode</p>
<p>Population et échantillon</p> <p>L'échantillon est décrit plus précisément au sein des résultats. La population visée concerne les personnes atteintes de démence, âgées de plus de 60 ans. Les auteurs identifient les articles susceptibles de répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants : 1. Les critères diagnostiques de la démence correspondent au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, aux critères de l'échelle de l'évaluation fonctionnelle et au mini examen de l'état mental (MEEM) ; 2. Les études doivent mesurer au moins un des résultats objectifs : le score total des SCPD, le score de sous-groupe du comportement physique agressif/non agressif, le comportement verbal agressif/non agressif, la dépression, l'anxiété, la colère ou la tristesse dans la démence ; 3. Le groupe expérimental doit recevoir une intervention de type toucher ou massage ; 4. Le groupe témoin doit recevoir des soins quotidiens de routine ou être accompagnés. // 1. Les participants soupçonnés d'avoir subi une blessure ou thrombose veineuse profonde (TVP) aux zones concernées par le massage ; 2. Les études</p>

<p>appliquant des interventions globales (musicothérapie) ou des procédures invasives (acupuncture) pour produire l'effet thérapeutique.</p>
<p>Considérations éthiques Aucune donnée n'est précisée quant aux considérations éthiques.</p>
<p>Devis de recherche Le devis de recherche est quantitatif, il se réfère à une revue systématique et une méta-analyse. Les études sélectionnées sont des essais cliniques contrôlés et randomisés (ECR) et études quasi-expérimentales. Les variables dépendantes sont les SCPD et les variables indépendantes sont le massage et le toucher.</p>
<p>Modes de collectes de données Les bases de données scientifiques suivantes sont utilisées (depuis leur création jusqu'au 6 janvier 2016), afin de sélectionner des études s'intéressant aux présents concepts : Cochrane, Joanna Briggs Institute (JBI), PubMed, CINAHL, ProQuest, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang et SinoMed. Les auteurs utilisent la méthode PICOT, pour identifier et sélectionner des articles scientifiques pouvant répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion. Tous les résultats sont caractérisés par des données continues, et mesurés selon des échelles d'évaluation pour : 1. Le score des SCPD : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) / Agitated Behavior Rating Scale (ABRS) / Neuropsychiatric Inventory (NPI) ; 2. Le score des problèmes de comportement : échelle de comportement d'agression physique/non-agression physique/agression verbale/non-agression verbale du CMAI ou BEHAVE-AD ; 3. Le score des émotions négatives : échelle de Cornell pour la dépression dans la démence (CSDD) / échelle de Campbell pour l'anxiété et sous-échelles de l'observer Emotion Rating Scale (OERS) / Apparent Affect Rating Scale (AARS) ou BEHAVE-AD / sous-échelles de colère de l'OERS ou AARS / sous-échelle de tristesse de l'OERS ou AARS.</p>
<p>Conduite de la recherche Suite à la recherche dans les bases de données scientifiques, 600 articles sont identifiés, et deux examinateurs évaluent les titres et résumés (n = 513). 27 études sont retenues, car susceptibles de répondre aux critères d'inclusion et exclusion. Ultérieurement, ils lisent l'entièreté des articles, et effectuent une sélection en regard des critères d'inclusion et d'exclusion. La sélection des études, l'évaluation de la qualité et l'abstraction des données sont exercées indépendamment par les examinateurs. Des 27 études, 16 en sont donc exclues. Soit, 11 études impliquant 526 participants au total, sont incluses dans cette revue systématique et mises en méta-analyse.</p>
<p>Analyse des données L'évaluation de la qualité des articles, par rapport aux critères de risque de biais est réalisée à l'aide du Cochrane Hand-Book for Systematic Reviews of Interventions version 5.3 de Cochrane Collaboration. Les caractéristiques des études admissibles sont définies par deux auteurs. Afin de réaliser la méta-analyse, les auteurs utilisent la version 5.3 du Review Manager de Cochrane Collaboration également. La différence moyenne se réfère à la mesure de l'effet lorsque les études utilisent la même échelle d'évaluation. Quant à la différence moyenne normalisée, elle est utilisée pour mesurer les études ayant des échelles d'évaluation différentes. Le niveau de signification est de $p = 0.05$. L'hétérogénéité est mesurée par le Khi-carré standard et I².</p>
<p>Résultats</p>
<p>Présentation des résultats Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et expliqués au sein du texte. Ils sont illustrés en regard des caractéristiques des études incluses, de la qualité de la méthodologie utilisée et de l'effet de l'intervention utilisée. Les études sont menées au Canada, Amérique, Chine, Australie, Japon et Espagne. Le nombre de participants varie de 21 à 129 et sont recrutés dans des foyers de soins, des maisons de retraite pour anciens combattants, des hôpitaux et résidences. Les études appliquent principalement comme intervention le massage, l'acupression et la réflexologie. La durée des interventions est de 3 jours à 3 mois et de 10 à 40 minutes par jour. Concernant le score des SCPD, les résultats du massage et du toucher sont statistiquement significatifs ($p = 0.01$). Pour la gestion des comportements physiques agressifs ($p = 0.03$), physiques non agressifs ($p = 0.01$), verbal agressif ($p = 0.002$) et verbal non agressif ($p = 0.004$), le massage et le toucher s'avèrent statistiquement significatifs. Cependant, ces deux interventions n'ont pas d'effet significatif sur la gestion de l'anxiété ($p = 0.21$), de la tristesse ($p = 0.30$), de la colère ($p = 0.11$).</p>

Discussion

Interprétation des résultats

Les résultats de la méta-analyse indiquent, en effet, que le massage et le toucher ont un impact statistiquement significatif sur les SCPD (comportements physiques agressifs/non agressifs et verbaux agressifs/non agressifs). Les auteurs précisent que ces deux pratiques auraient tendance à réduire le stress engendré par les SCPD. Par conséquent, il permet la relaxation et donne un sens de communication. Concernant les émotions négatives, ces deux interventions n'ont aucun effet sur la réduction des ces dernières, ce qui est semblable aux études antérieures. Néanmoins, en regard de la modeste taille de l'échantillon, ainsi que le manque de données probantes, il est tout de même difficile pour les auteurs de déterminer une conclusion solide. Les auteurs ont rencontré d'autres limites suite à la réalisation de cette revue systématique et méta-analyse, tel que le risque de biais élevé, l'hétérogénéité, et l'exclusion de certains SCPD.

Conséquences et recommandations

Le faible niveau de qualité des études incluses et la modeste taille de l'échantillon ne permet pas aux auteurs de répondre à leur sujet de recherche. Il est donc recommandé de réaliser d'autres essais cliniques randomisés, afin de définir clairement si les interventions ont une réelle incidence sur l'efficacité du massage et du toucher en regard des SCPD. Cela permettrait d'établir des lignes directrices d'intervention, afin de normaliser le massage et le toucher dans la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence.

Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(April), 328–341. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0206\)clinical](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0206)clinical)

Titre

Le titre précise clairement les concepts-clés (stratégies de communication utilisées par les aidants naturels durant une activité de la vie quotidienne) et la population (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

Résumé

Le résumé synthétise le but (examiner l'utilisation des stratégies de communication verbale et non verbale axées sur les tâches par les aidants naturels), la méthode (12 dyades d'aidants naturels/résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ont participé à cette étude d'observation), les résultats (les dyades de soignants résidents ont réussi 90 % de toutes les séances de lavage des mains, et les soignants ont eu recours à une variété de techniques de communication) et la conclusion (cette étude s'ajoute à l'ensemble limité de données probantes au sujet de l'utilisation de stratégies de communication spécifiques par les soignants aidant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée ou grave).

Introduction

Problème de la recherche

Le problème à l'étude est clairement formulé. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) présentent des troubles progressifs de la communication et des incapacités fonctionnelles. Les lacunes au niveau du langage sont présentes dans la majorité des cas de MA aux premiers stades de la maladie et sont accompagnées d'une détérioration des capacités de production et de compréhension. De ce fait, les interactions avec les personnes atteintes de MA sont difficiles et frustrantes pour les partenaires de communication tels les membres de la famille, les amis et les aidants naturels.

De plus, l'aide aux aidants naturels devient de plus en plus importante à mesure que la maladie d'Alzheimer progresse, étant donné la diminution de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) de façon autonome.

L'étude actuelle a été motivée par deux types de lacunes :

L'écart entre l'utilisation de stratégies de communication appuyées de façon empirique et celles qui sont effectivement utilisées dans les milieux de soins au cours d'une interaction avec le résident

L'écart entre l'utilisation des stratégies de communication appuyées de façon empirique et celles recommandées en cliniques.

Recension des écrits

Une recension des écrits a été entreprise et fournit un état des lieux.

Diverses stratégies de communication verbale recommandées en clinique sont à la disposition des aidants naturels des personnes atteintes de la MA, comme le ralentissement du débit d'élocution, les questions fermées, les phrases simples/la complexité syntaxique réduite, le fait de poser une question ou de donner une réponse directe, etc. Cependant, il a été noté que ces recommandations ne sont généralement pas fondées sur des recherches empiriques et que certaines ne sont peut-être pas utiles.

L'intérêt porté sur les processus de communication dans la maladie d'Alzheimer et l'impact de l'interruption de la communication a augmenté au cours de la dernière décennie. En outre, des programmes de formation en communication ont été élaborés et évalués et plusieurs études ont établi des résultats positifs quant à la formation des aidants naturels. Cependant, dans les études antérieures, il n'est pas clairement explicité quelles stratégies de communication individuelles sont efficaces, inefficaces ou potentiellement nuisibles durant la réalisation des AVQ.

En plus des stratégies de communication verbale, l'utilisation de stratégies de communication non verbale a également été recommandée. Mais, jusqu'à présent, peu de recherches ont été menées sur l'influence des stratégies de communication non verbale.

Cadre de recherche

Les concepts-clés sont mis en évidence.

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative évolutive dont l'apparition est insidieuse. La manuel « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » caractérise la MA comme ayant une détérioration dans 3 domaines :

La cognition

Le fonctionnement social ou professionnel

Le comportement

Buts et question de recherche

Peu d'études ont identifié les stratégies de communication individuelles qui contribuent à la réussite d'une tâche.

Le but de cette étude est de décrire les stratégies de communication employées par les soignants lorsqu'ils aident une personne atteinte de la MA quand elle prend soins d'elle. En l'occurrence, le soin concerne le lavage des mains. Et d'examiner l'efficacité des stratégies de communication verbale et non-verbale utilisées par les soignants durant le lavage des mains.

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

Examiner les stratégies de communication utilisées par les soignants lors de la réalisation d'une AVQ
Examiner les stratégies de communication utilisées par les soignants lorsque l'AVQ est complétée avec succès

Examiner quelles stratégies de communication sont liées au taux de réussite de l'AVQ.

L'hypothèse est la suivante :

Les propositions, les questions fermées et la répétition (à la fois textuelle et paraphrasée) seraient les stratégies de communication les plus bénéfiques avec les personnes atteintes de la MA modérée ou grave lors du lavage des mains par les soignants.

Les auteurs ont aussi examiné des stratégies de communication non verbale cependant la rareté des recherches sur ce sujet n'a pas permis d'obtenir d'hypothèse spécifique en ce qui concerne leur utilisation.

Méthode**Population et échantillon**

La population visée est définie de façon précise. Cependant la méthode utilisée pour recruter les participants n'est pas explicitée.

13 personnes atteintes de la MA modéré ou grave domiciliées dans un home de Toronto ont été recrutées.

Cependant, un résident est décédé durant l'étude donc seulement 12 résidents ont terminés l'étude. Il y avait 11 femmes et 1 homme.

Critères d'inclusion des résidents : diagnostic de la MA dans le dossier médical, être droitier, ne pas avoir d'antécédant d'accident vasculaire cérébral (AVC), de dépression, de psychose, d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'agressivité physique. Un MMSE (mini-mental State examination) a été effectué pour avoir des données actuelles sur le stade de la MA des résidents. L'âge moyen des résidents était de 88,1 ans.

En ce qui concerne le personnel travaillant dans le home, 12 soignants ont été sélectionnés pour l'étude. Critères d'inclusion des soignants : sexe féminin, minimum 1 an d'expérience de travail avec les personnes atteintes de MA, parler couramment l'anglais. Il y avait 2 infirmières et 10 aides-soignantes.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto et du bureau du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital affilié au CF.

Devis de recherche

C'est une étude d'observation systématique.

Cette étude s'est basée sur la conception d'observation systématique pour mesurer les comportements de communication des soignants qui aident/s'occupent de personnes atteintes de la MA modérée ou grave pendant le lavage des mains.

De plus, la transcription textuelle a été utilisée pour les séances de lavage des mains afin d'évaluer l'utilisation des stratégies de communication utilisées par les soignants lors d'une tâche :

Enregistrement vidéo en temps réel lors de l'interaction entre le soignant et le résident atteint de la MA durant le lavage des mains.

Transcription orthographique de l'entrevue avec le résident.

Codage des transcriptions informatisées à l'aide du système SALT¹ avec l'ajout du manuel des codes définis à priori de façon opérationnelle à cette étude.

Modes de collectes de données

Les données ont été récoltées grâce au recueil d'enregistrement vidéo des interactions entre le soignant et le résident durant le lavage des mains.

72 séances de lavages des mains ont été enregistrées sur vidéos. Une séance a duré en moyenne 133,5 secondes.

Méthode de transcription et de codage des données :

Un des auteurs a transcrit et codé les 72 séances dans SALT. Pour comprendre comment les participants (soignants) ont utilisés les stratégies de communication pendant l'exécution de la tâche, les auteurs ont employé des codes définis appartenant à 3 catégories :

1. L'engagement par étapes et l'achèvement par étapes
2. La réussite des tâches
3. Les stratégies de communication

Les stratégies de communication : les énoncés des soignants ont été définis comme des unités phonologiques telles que définies par les conventions SALT et elles appartenait à 2 catégories :

1. Les stratégies de communication verbale axées sur les tâches : 11 ont été incluses dans l'étude.
2. Les stratégies de communication non-verbale axées sur les tâches : comportements non-verbaux et 6 ont été incluses dans l'étude.

Ces 2 catégories sont démontrées dans un tableau.

Un 2^{ème} auteur a transcrit et codé 20% des séances de lavages des mains.

Conduite de la recherche

12 dyades résident/soignant ont été formées et ont participé à l'ensemble de l'étude. Le répartition des dyades s'est fait au hasard. Chaque dyade de soignant/résident s'est réunie à 6 occasions, c'est-à-dire durant 6 séances, pour terminer une séance de lavage des mains.

Au début de chaque séance, les soignants devaient utiliser toutes les stratégies de communication verbale et non-verbale nécessaires pour aider le résident à mener à bien le lavage des mains.

La transcription des interactions entre les dyades a été structurée selon 6 étapes identifiables :

Allumer l'eau

Mouiller les mains

Utiliser le savon

Rincer les mains

Couper l'eau

Sécher les mains

Le début et la fin de chaque étape ont été déterminés par un indicateur verbal ou comportemental.

Une séance était considérée comme réussie lorsqu'un résident franchissant au moins une des étapes auxquelles on lui demandait de participer. 65 séances ont été considérées comme réussies. Au contraire, une séance était jugée infructueuse lorsqu'un résident n'a suivi aucune des étapes auxquelles on lui a demandé de participer. Il y a eu 7 séances infructueuses.

Analyse des données

Pour débiter, une entente entre les observateurs a été effectuée pour la transcription des dialogues des dyades. L'accord obtenu est >80%.

Ensuite, les auteurs ont calculé la statistique kappa (k) de Cohen pour évaluer la fiabilité des codes indiquant l'achèvement d'une étape, le succès d'une tâche, le rendement (k = 0,842, p = 0,00) et l'accord substantiel (k = 0,659, P = 0,01).

Après cela, les auteurs ont utilisé un coefficient de corrélation intraclasse (ICC) pour évaluer la fiabilité des stratégies de communication verbale codées liées aux hypothèses. La fiabilité était excellente pour les énoncés marqués d'une proposition (k = .831), pour la répétition paraphrasée (k

¹ SALT (Systematic Analysis of Language Transcript) est un logiciel informatique qui génère des données quantitatives sur les éléments linguistiques

= .919), la répétition mot à mot ($k = .906$), les questions fermées ($k = .970$) et la modération pour les énoncés marqués avec deux propositions ($K = .690$).

Résultats

Présentation des résultats

Le test de Mauchly indiquait que l'hypothèse de sphéricité n'avait pas été respectée, $c_2(14, N = 12) = 0,028, P = 0,004$; par conséquent cela a été corrigé en utilisant les estimations de sphéricité de Grenhouse – Geisser ($e = 0,57$). Les résultats ont montré que la séance n'avait aucun effet significatif sur l'utilisation globale des stratégies de communication par les prestataires de soins, $F(2,83, 31, 14) = 0,974, P = 0,41$. Ainsi, les données de chaque dyade soignant-résident ont été regroupées au cours des sessions pour les analyses restantes.

Les résultats sont présentés en rapport à chaque objectif de l'étude à l'aide d'un texte narratif et de tableaux.

Objectif 1 :

Stratégies de communication verbale : Les soignants ont produit un total combiné de 1 691 énoncés, dont 78 % contenaient une ou plusieurs stratégies de communication. Au cours d'une séance moyenne de lavage des mains, les soignants ont produit 23,49 énoncés ($ET = 15,12$), et 18,22 ($ET = 12,96$) de ces énoncés ont été codés comme contenant une ou plusieurs stratégies de communication. Une séance moyenne comprenait 23,36 ($ET = 14,11$) stratégies de communication verbale et 7,81 ($ET = 5,13$) stratégies de communication non-verbale. Dans toutes les séances, les soignants ont utilisé le plus souvent des stratégies de communication verbale. Les 12 participants soignants n'ont montré aucune différence significative entre la fréquence relative moyenne des répétitions paraphrasées ($M = 0,086, ET = 0,056$) et des répétitions textuelles ($M = 0,065, ET = 0,048$) entre les séances de lavage des mains, $t(11) = -1,403, p = .188$. Les soignants ont diminué de façon significative leur débit d'élocution (mots par minute) lorsqu'ils communiquaient avec les résidents pendant le lavage des mains ($M = 36,5, ET = 19,8$).

Stratégies de communication non-verbale : l'utilisation la plus fréquente des stratégies de communication non-verbale par les soignants comprenait le toucher guidé, la démonstration de l'action au résident, la remise d'un objet au résident et le fait de montrer un objet. Les stratégies de communication non-verbale axées sur les tâches les moins fréquemment utilisées étaient l'utilisation du toucher pour reconforter le résident et l'utilisation du toucher pour attirer l'attention du résident. Les deux combinaisons de stratégies de communication les plus fréquentes comprenaient une proposition + répétition paraphrasée (6 %), une proposition + répétition textuelle (5 %) et une proposition + toucher guidé (4 %).

Objectif 2 :

Stratégies de communication verbale : Les dyades de soignants résidents ont réussi 90 % de toutes les séances de lavage des mains. Au cours des séances terminées avec succès, les soignants ont utilisé des stratégies de communication verbale semblables à celles qu'ils utilisaient le plus souvent dans l'ensemble.

Stratégies de communication non-verbale : bien que le toucher guidé soit demeuré la stratégie la plus fréquemment utilisée pour accomplir la tâche avec succès, le pointage de l'objet était la deuxième stratégie la plus fréquemment utilisée, suivi de la remise d'un objet au résident et de la démonstration de l'action à ce dernier.

Objectif 3 :

Le calcul de coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé pour examiner l'ampleur des relations entre le taux et réussite et l'utilisation globale de stratégies de communication centrées sur les tâches par les soignants et l'utilisation relative des stratégies de communication spécifiques des agents responsables.

Taux de réussite : Il y avait une forte corrélation négative significative entre le nombre moyen de stratégies de communication verbale utilisées par les soignants et le taux de réussite des tâches, $r(10) = -0,588, p = 0,044$. Il y avait d'importantes corrélations négatives significatives ($p < 0,05$) entre la fréquence relative d'utilisation et le taux de réussite des tâches pour les stratégies de communication axées sur les tâches suivantes : répétition textuelle, $r(10) = -0,605$; utilisation de la question de vérification, $r(10) = -0,638$; et toucher guidé, $r(10) = -0,598$.

Pour tenir compte des variables possibles qui auraient pu influencer sur la relation entre l'utilisation de la stratégie de communication et le taux de réussite des tâches, les auteurs ont calculé des

coefficients de corrélation partielle corrigeant les effets de la gravité de la maladie et les années d'expérience des soignants dans le domaine de la MA.

Discussion

Interprétations des résultats

Les conclusions de cette étude indiquent que les soignants utilisent couramment diverses stratégies de communication verbale et non-verbale lorsqu'ils assistent une personne atteinte de la MA au cours du lavage des mains. Les aidants naturels ont eu recours à des stratégies de communication non verbale pendant la majorité des séances de lavage des mains, cependant, la plupart de ces stratégies ont été complétées par des stratégies de communication verbale.

Les stratégies de communication verbale les plus fréquemment utilisées : questions fermées, répétition paraphrasée, utilisation d'idée ou de direction et de la rétroaction positive ainsi que l'utilisation des noms des résidents pour attirer leur attention. Les stratégies de communication non-verbale les plus fréquemment utilisées : toucher guidé, pointage d'un objet, remise d'un objet au résident et démonstration d'une action.

De plus, les auteurs ont conclu que l'utilisation de ces différentes stratégies n'influence pas seulement de manière positive la réalisation d'une tâche mais peut aussi être liée à la progression de la MA.

Les constatations des auteurs s'ajoutent au nombre limité de recherches qui ont examiné l'utilisation des stratégies de communication recommandées en clinique et démontrent que certaines stratégies qui sont recommandées dans la pratique ne sont peut-être pas appuyées par des recherches empiriques.

L'étude actuelle ajoute à la prise de conscience croissante du fait que la recherche est nécessaire pour comprendre quelles stratégies de communication sont efficaces pendant l'accomplissement des AVQ, quelles stratégies sont appropriées pour l'ensemble de la progression de la maladie et quelles stratégies favorisent la participation des personnes atteintes de la MA à leurs propres soins.

Les limites de cette étude sont descriptives et corrélationnelles (les inférences causales entraînent une limitation dans la généralisation de l'étude).

Conséquences et recommandations

Les constatations des auteurs appuient certaines stratégies de communication recommandées en cliniques mais pas toutes. Par exemple, la présente étude appuie l'utilisation d'une idée ou d'une instruction à la fois et de questions fermées. Toutefois, les observations de cette étude n'appuient pas l'utilisation de la répétition textuelle ou du débit de parole ralenti.

Les auteurs recommandent d'effectuer un examen plus systématique de la relation entre l'expérience du soignant et l'utilisation de stratégies de communication.

De plus, les auteurs ont constaté que les soignants utilisaient fréquemment deux stratégies de communication verbale axées sur les tâches qui ne se retrouvent pas couramment dans la littérature clinique : l'éloge verbal et l'utilisation du nom du résident.

La détermination empirique de l'efficacité des stratégies de communication est importante pour la validation des recommandations en matière de communication clinique.

Des études futures sont nécessaires pour examiner l'utilisation des stratégies de communication par les aidants naturels tout en aidant les personnes atteintes de la MA modérée et les personnes atteintes de la MA grave au cours de différentes AVQ complexes afin d'appuyer la validité et la généralisation de ces résultats préliminaires.

Experience of Touch in Health Care : A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions
Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. <i>Qualitative Health Research</i> , 28(2), 200–212. https://doi.org/10.1177/1049732317707726
Titre Le titre précise les concepts-clés (l'expérience du toucher dans les soins de santé), cependant la population n'est pas indiquée.
Résumé Le résumé synthétise le problème de l'étude (peu de synthèse interprofessionnelle bien théorisée quant au toucher dans la santé), la méthode (recherche systématique dans 8 bases de données) et les résultats (le toucher est attentionné, il exerce de la puissance et il exige un espace sûr).
Introduction
Problème de la recherche Les professionnels de la santé touchent des étrangers, ils se servent de leurs mains pour examiner le corps des patients. Certains pensent (principalement les infirmiers) que le toucher enrichit l'expérience des soins cliniques. La défense du toucher par les infirmières est si forte qu'elles ont suggéré qu'il soit considéré comme une pratique à part entière pour préserver sa place centrale dans les soins infirmiers. D'autres corps de métier (ostéopathe, médecin, physiothérapeute, etc.) plaident en faveur du toucher. Mais le toucher est aussi problématique. Le fossé entre les attouchements professionnels et non professionnels et la technologie ont remis en question la primauté de l'examen physique comme compétence clinique de base.
Recension des écrits Une recension des écrits a été entreprise et elle fournit une synthèse de l'état des lieux du problème à l'étude. Des questions précises comme la nécessité de s'attaquer à l'incertitude et à l'appréhension qu'éprouvent les étudiants lorsqu'ils touchent leurs patients pour la première fois et la tendance des cliniciens à adopter des façons insensibles de toucher ont été soulevées. Plusieurs chercheurs ont soutenu que le toucher est contextualisé et subtil et qu'il s'apprend mieux dans la pratique. Ceci est considéré comme un défi. Alors que la pratique du toucher a été conceptualisée dans les limites des professions individuelles, la prestation des soins de santé par des équipes multiprofessionnelles et la formation interprofessionnelle exigent aujourd'hui de préparer les étudiants à la pratique en équipe. Cela renforce la nécessité d'une compréhension interdisciplinaire du toucher.
Cadre de recherche Des chercheurs (Estabrooks et Morse, 1992) ont théorisé le toucher comme une gestalt à dimensions multiples : une forme de connexion en lien avec la présence et l'écoute. De plus, Merleau-Ponty explique que le corps et l'esprit coexistent. La chaire est la matérialité à travers laquelle les humains expérimentent subjectivement et apprennent à connaître le monde. Ces concepts sont liés à l'étude car ils remettent en question l'objectivité scientifique qui peut amener les cliniciens à traiter le corps des patients comme un objet de palpation, de nettoyage et de suture.
Buts et question de recherche Le but de l'étude est clairement énoncé. L'expérience du toucher ne peut jamais être totalement objectivée ou unidirectionnelle. Chaque fois qu'un professionnel touche un patient, il est lui-même touché. Le but de l'étude est de synthétiser une conceptualisation cohérente du toucher dans toutes les disciplines de la santé, ce qui pourrait éclairer la formation des professionnels de la santé et soutenir une pratique interdisciplinaire du toucher. Les auteurs ont adopté une position phénoménologique utilisant la méta-éthnographie pour soutenir cette approche interprétative. Cependant, pas d'hypothèse n'est formulée.
Méthode
Population et échantillon Cette étude ne comprenait pas de population ni d'échantillon.

Considérations éthiques

Pas de donnée au sujet des considérations éthiques cependant cette étude est conforme à la norme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis).

Devis de recherche

Cette étude est une méta-éthnographie. Les auteurs ont suivi la méthodologie de Noblit et Hare (1988) et sont passé de la traduction de cas à la traduction d'interprétation.

En méta-éthnographie, les métaphores sont utilisées comme outils analytiques. Les métaphores permettent aux individus et aux communautés de transférer la pensée et la compréhension d'une situation à une autre et elles éclairent des aspects de phénomènes qui n'avaient pas été remarqués auparavant.

L'analyse des métaphores est compatible avec la recherche phénoménologique en raison de la richesse des connaissances que les métaphores fournissent sur les expériences vécues par les autres.

Modes de collectes de données

Un formulaire d'extraction des données a été élaboré, mis à l'essai et modifié. La forme finale de ce formulaire comprenait les caractéristiques de l'étude (année de publication, pays où la recherche a été effectuée, taille de l'échantillon et contexte), les objectifs, la méthodologie, les méthodes, et les résultats. Deux des auteurs ont lu chaque article en extrayant des constructions de 1^{er} ordre puis des constructions de second ordres et des métaphores. Pour le 3^{ème}, ils ont proposé des thèmes ou des concepts de niveau supérieur.

Conduite de la recherche

Une recherche préliminaire exhaustive dans Medline a été effectuée puis affinée et comparée à 8 bases de données : MEDLINE, Embase, médecine alliée et complémentaire, PsycInfo, CINHALL Plus, Collection Psychologie et sciences du comportement, Web of Science et Scopus.

Les auteurs ont combiné des mots-clés des vedettes-matières médicales (MeSH) et les mots-clés « toucher », « communication non-verbale », « espace personnel » et « relation » et ils l'ont fait par profession (infirmier, médecin, thérapeute et conseiller).

Ils ont examiné les listes de références pour trouver d'autres recherches originales. Ensuite, ils ont examiné les citations, les résumés et les textes intégraux.

Critères d'inclusion et d'exclusion ont été identifiés. L'accent était mis sur le « toucher de tous les jours ».

Les auteurs ont cherché à intégrer la richesse des études de différentes traditions philosophiques pour saisir le phénomène du toucher dans son ensemble.

L'équipe se réunissait toutes les deux semaines pour discuter des points communs, des points de départ, des relations entre les études et des constructions émergentes de troisième ordre menant au développement de métaphores.

Un processus itératif de huit mois de lecture, de réflexion et de discussion a aidé les auteurs à traduire les études les unes dans les autres et à identifier des thèmes communs dans chaque groupe.

Les auteurs ont élaboré de nouvelles métaphores et images d'interprétation fondées sur les constatations (tableau 1).

L'interprétation résultante des auteurs a construit une interprétation des études, de leurs contextes et de leurs interrelations en plaçant les similitudes et les différences entre les études dans un nouveau contexte interprétatif.

Analyse des données

Les auteurs ont utilisé leurs expériences personnelles en tant que médecins éducateurs travaillant dans différents contextes de soins de santé dans différents pays afin d'éclairer leurs interprétations. Ils ont aussi porté une attention particulière à la façon dont les représentations du toucher et les perceptions des différents auteurs ont influencé l'analyse.

Résultats**Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés sous forme d'un texte narratif et d'un tableau.

Le texte narratif explique l'ensemble des données comprenant 41 études. Le tableau résume les objectifs, les méthodologies, les lieux géographiques et répondants des 41 études.

3 thèmes ont été identifiés :

Le toucher est un moyen de communication important et il exprime le soin.

L'utilisation sensible de l'espace physique aide les professionnels à traverser les frontières sociales d'une manière bienveillante, mais les expériences des patients suggèrent qu'il est facile de transgresser en touchant de manière insensible.

Le toucher exprime le pouvoir

La métaphore globale utilisée est la valse du toucher, afin d'exprimer la nature dynamique et la complexité sociale du toucher.

Les professionnels et les patients apprécient le toucher en tant que moyen de communication bienveillant. Pourtant, la façon dont le toucher communique les soins varie d'une profession à l'autre. Les patients s'attendent à être touchés et apprécient la façon dont le toucher humanise leur expérience de soins. Le toucher donne aux professionnels un moyen de communication "au-delà des mots".

Le toucher peut aider les patients en détresse, avec qui la communication verbale est limitée, inadéquate ou inutile.

Le toucher traverse les frontières et nécessite des espaces sûrs. Les soins de santé sont une activité dynamique qui implique de négocier constamment les limites et les espaces.

De plus, le toucher exerce de la puissance et est risqué en raison de sa nature sexualisée et tacite.

La recherche à ce jour sur le toucher indique que le toucher communique des soins " au-delà des mots " tout en exerçant un pouvoir sur la personne qui touche ainsi que sur la personne qui est touchée.

Discussion

Interprétations des résultats

Les données probantes de cette étude suggèrent que le toucher remplit de nombreux rôles dans les soins de santé : le toucher est diagnostique, procédural et est l'expression des soins. C'est aussi un moyen de communication dont la dimension affective est importante (compassion, empathie, présence vraie, etc.).

Le toucher est un moyen sous-évalué de communiquer les soins. Pourtant, la pratique du toucher est conflictuelle. Des messages subliminaux de tension sexuelle, de pouvoir et de besoin de réglementation imprègnent notre interprétation des résultats de la recherche jusqu'à présent. Il existe une crainte quant à une mauvaise interprétation du toucher et la dépendance croissante des soins de santé à l'égard de la technologie, comme moyen de comprendre le corps et les expériences de l'autre qui ne sont que deux des menaces potentielles à un rôle continu du toucher dans les soins de santé.

Limites de l'étude :

Le choix de la méta-ethographie a limité la recherche primaire et a obligé à synthétiser les résultats d'une variété de théorie et de positions épistémologiques

Conséquences et recommandations

Jusqu'à tout récemment, on supposait qu'il était impossible d'acquérir des compétences en communication. Maintenant, il est impensable pour une école de médecine de ne pas l'enseigner. Décrit comme un "gestalt" et une "intuition", le désordre et l'ambiguïté du toucher créent des besoins éducatifs.

Avant d'introduire l'intervention du toucher, il est important de mieux comprendre comment les professionnels de la santé l'exercent et apprennent à toucher.

L'exploration du milieu social et professionnel dans lequel se produit le toucher favorise une meilleure prise en compte de sa complexité en tant que forme d'interaction humaine et permet d'aller de l'avant à partir d'une approche purement comportementale.

La métaphore de la valse est ludique et pourrait être utilisée en classe pour enseigner le toucher, forme de communication non verbale.

Cet examen montre qu'il serait utile de poursuivre la recherche pour élargir et approfondir une base de données limitées. L'âge et la culture, par exemple, sont souvent cités comme des questions à prendre en compte lors de l'utilisation du toucher, mais aucun des deux domaines n'est élargi. Il y a peu de recherche sur le toucher quotidien en médecine ; il n'y a eu que deux études et elles ont été menées par la même équipe de recherche dans une seule discipline : la médecine familiale.

Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial
Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., Souza, T. P. B. de, Takiguchi, R. S., Kuba, G., & Nagumo, M. T. (2016). Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 24(0). doi :10.1590/1518-8345.1614.2834
Titre Le titre précise les concepts-clés de l'étude, qui sont le massage, le Reiki, l'anxiété et le stress. En revanche, il ne définit pas la population-cible. Il précise qu'il s'agit d'une étude avec un essai clinique randomisé.
Résumé Le résumé expose clairement l'objectif de l'étude, la méthode utilisée, les résultats et la conclusion.
Introduction
Problème de la recherche La présente étude porte intérêt aux thérapies complémentaires, notamment le massage et le Reiki afin de réduire le stress et l'anxiété. Les auteurs abordent les différentes méthodes existantes actuellement, au Brésil, et décrivent plus en détail celle du massage. Ils déclarent également que le stress est un problème de santé de plus en plus présent au sein de la société, ce qui affecte la qualité de vie.
Recension des écrits Les auteurs procèdent à une recension des écrits, afin d'établir l'état actuel du sujet de recherche. Cela dit, les études d'ores et déjà réalisées sont contradictoires et donc la preuve de l'efficacité du massage et Reiki est insuffisante.
Cadre de recherche Les concepts-clés sont abordés de manière claire au sein de l'introduction. La description du massage et Reiki se réfère aux thérapies complémentaires, notamment celles du corps et esprit. Ils se basent sur les données probantes apportées jusqu'à présent.
Buts et question de recherche Le but de la présente étude est d'évaluer l'efficacité du massage et Reiki de manière à réduire le stress et l'anxiété chez les clients de l'Institut de thérapie intégrée et orientale de Sao Paulo, au Brésil. Les questions de recherche et hypothèses ne sont pas explicités clairement dans l'introduction. Cependant les auteurs réalisent cette étude en raison du nombre insuffisant de preuve apporté par les études antérieures.
Méthode
Population et échantillon La population est clairement définie dans le chapitre méthodologie. 141 participants volontaires sont retenus. Les auteurs établissent les critères d'inclusion et d'exclusion suivants : avoir obtenu un score de 37 à 119 points selon la liste des symptômes de stress de Vasconcelo (LSS) ; femmes enceintes, participants et personnel militaire qui avaient pris des vacances ou en congés maladies durant la période de recherche, utilisation d'anxiolytiques et antidépresseurs au début de la recherche, malaise ressenti pendant les séances de massage ou blessure aux tissus concernés par le massage. La taille de l'échantillon est également déterminée par un programme appelé Research Randomizer Quick Tutorial. Un total de 122 participants est finalement retenu pour l'étude.
Considérations éthiques Cette présente étude est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche à l'École des sciences infirmières de l'USP. Les participants ont rempli et signé un formulaire de consentement une fois le recrutement effectué.
Devis de recherche Le devis de recherche est de type prédictif causal. Autrement dit, il vérifie des relations de causalité. L'étude se réalise au travers d'un essai clinique contrôlé et randomisé, permettant d'obtenir des groupes équivalents de façon aléatoire. Les variables dépendantes sont le stress et l'anxiété et les variables indépendantes sont le massage et le Reiki.
Modes de collectes de données 3 outils de mesure sont utilisés : la liste des symptômes de stress de Vasconcelo (LSS), un questionnaire avec les données sociodémographiques, et le Trace State Anxiety Inventory (IDATE), afin d'évaluer l'état d'anxiété. Ces outils permettent d'évaluer les variables dépendantes qui sont le stress et l'anxiété et les variables indépendantes qui sont le massage et le Reiki. Ces outils de mesure ont été utilisés auparavant dans d'autres études.

Conduite de la recherche

La conduite de la recherche est clairement définie au sein de l'article. Elle est réalisée par une équipe formée de 11 étudiants, ayant reçu une formation au préalable par l'Institut de Thérapie Intégrée et Orientale (ITIO). Cela dans un but de garantir l'uniformité du traitement. 3 groupes sont créés : un groupe expérimental avec une intervention de massage puis repos (G1 n = 41), un autre groupe avec une intervention de massage et Reiki (G2 n = 41), un groupe témoin ne recevant aucun traitement (G3 n = 41). Les séances ont lieu 2 fois par semaine, soit 8 séances en 1 mois.

Analyse des données

L'analyse des données est réalisée au moyen du test du Khi-carré de Pearson, et des variables qualitatives qui permettent la comparaison des groupes. Afin de tester les différences moyennes, l'analyse de variance est utilisée (ANOVA). Cette dernière permet également de comparer le pré et post intervention pour évaluer les mesures répétées. Le test de Levene est utilisé pour vérifier l'égalité de variance. Le test de Tukey est réalisé pour les comparaisons multiples. Pour finir, l'ampleur de l'effet des interventions est mesuré au moyen du test du d de Cohen ($\alpha = 0.5\%$). La valeur définie comme significative correspondait à $p < 0.05$. 21 participants sont partis au cours de l'étude, signifiant une perte dans la continuité du traitement et des questionnaires auxquelles aucune réponse n'a été fournie.

Résultats**Présentation des résultats**

Les résultats sont présentés au sein du texte et également à l'aide de tableaux. L'étude se termine avec un total de 101 participants, dont la majorité sont des femmes (66%), avec une homogénéité de répartition intergroupe ($p = 0.738$). Le tableau 1 présentent les moyennes et les écarts en regard des scores de la LSS et de l'IDATE pré et post intervention. Le tableau 2 présente le test de Tukey, qui a identifié les différences de la LSS entre les groupes 1 et 3 ($p = 0.014$) et les groupes 2 et 3 ($p = 0.000$). Concernant l'anxiété, les différences de l'IDATE sont identifiées entre les groupes 1 et 3 ($p = 0.003$) et les groupes 2 et 3 ($p = 0.000$). Le tableau 3 présente l'ampleur de l'effet par le test du d de Cohen. Certains symptômes psychologiques et physiques de la LSS ont bien répondu au 2 groupes d'intervention ($p < 0.05$) par l'ANOVA. Des différences statistiques pour les groupe d'intervention (1 et 2) sont constatées en comparaison au groupe témoin (3). Certains symptômes ne répondent qu'au 1er groupe d'intervention : pensées causant de l'anxiété, sentiment de vouloir être seul et d'inquiétude. Finalement, des différences statistiques et des réductions significatives sont plus importantes dans le groupe intervention massage et Reiki, par rapport au groupe témoin (3).

Discussion**Interprétation des résultats**

Les résultats sont présentés en fonction du cadre de recherche, incluant l'effet du massage et du Reiki sur le stress et l'anxiété. Ils sont semblables aux études menées antérieurement. Autrement dit, des bénéfices quant à la réduction du stress et de l'anxiété sont apportés via les thérapies complémentaires. Cependant, l'efficacité la plus optimale est démontrée lorsque les thérapies sont combinées (massage et Reiki). De plus, les symptômes ayant des résultats positifs sont de nature physique et émotionnelle. Concernant les limites rencontrées, il n'y a pas de groupe placebo pour le Reiki, donc il n'est possible de comparer l'effet de la technique en regard de l'attente des patients. L'efficacité du Reiki utilisé en thérapie unique, n'est pas réellement démontrée au travers des études antérieures.

Conséquences et recommandations

Les conséquences de la présente étude exposent le manque de données probantes, afin d'affirmer que le Reiki est un traitement efficace en intervention seule ou utilisé comme une pratique intégrée à d'autres thérapies complémentaires. Cependant la combinaison du massage et du Reiki démontre des résultats plus significatifs que l'utilisation du massage et repos uniquement. Les auteurs recommandent d'entreprendre de nouvelles recherches comportant des évaluations sur les marqueurs physiologiques du stress et sur la durée des séances de Reiki. Il est également suggéré qu'un groupe placebo concernant le Reiki soit mis en place, afin d'évaluer la technique par elle-même. Des mesures physiologiques pour évaluer les effets des thérapies complémentaires sur le stress et l'anxiété devraient, en outre, être incluses.

Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review
Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. <i>International Journal of Alzheimer's Disease</i> , 2010, 1-12. doi :10.4061/2010/906818
Titre Le titre de l'article présente le concept de la communication verbale au sein de la population atteinte de la démence de type Alzheimer. Il précise également que l'article est réalisé selon une revue systématique.
Résumé Le résumé présente le but de la recherche, la méthode, les résultats, ainsi qu'une brève discussion. Ces différents éléments ne sont pas identifiés clairement, mais se regroupent au sein d'un même texte.
Introduction
Problème de la recherche Cette revue systématique s'intéresse à la communication verbale entre les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA), les proches aidants et les soignants. Les auteurs définissent l'ampleur de la MA au sein de la population vieillissante et les conséquences qu'elle engendre d'un point de vue des fonctions cognitives, en regard des connaissances actuelles. Ils font également un état des lieux des diverses méthodes existantes qui améliorent la communication verbale (aide-mémoire, programme d'activités, techniques d'éducation et de formation).
Recension des écrits La recension des écrits fait partie intégrante de cette étude, étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique. Les auteurs précisent qu'il existe tout de même deux revues systématiques portant intérêt au présent sujet. Néanmoins, l'une d'elle ne contient pas d'analyse quantitative, et l'autre est uniquement focalisée sur les stratégies utilisées par les professionnels de santé.
Cadre de recherche Les concepts-clés de l'étude sont clairement explicités au sein de l'introduction. Ils sont définis par les connaissances théoriques et conceptuelles préexistantes. Ces derniers sont également liés au but de l'étude. Cette dernière est réalisée en Amérique, plus précisément au Canada.
Buts et question de recherche Le but de la présente étude est d'identifier les moyens les plus efficaces permettant d'améliorer la communication verbale d'une personne atteinte de MA avec ses proches aidants et/ou soignants. Les questions de recherche ou hypothèses ne sont pas clairement définies en regard du but de l'étude. Cependant, les auteurs focalisent le résultat sur le comportement de communication verbale de la personne atteinte de MA, car ce dernier est considéré comme la meilleure mesure du succès dans l'optimisation de la communication.
Méthode
Population et échantillon Il n'y pas d'échantillon à proprement dit pour cette étude, car il s'agit d'une revue systématique. Néanmoins, la population concernée par les études sélectionnées, se réfère aux personnes ayant reçu un diagnostic probable ou confirmé de la MA.
Considérations éthiques Aucune donnée n'est fournie au sein de l'introduction quant aux considérations éthiques des études sélectionnées.
Devis de recherche Le devis de recherche est quantitatif et explicatif. L'étude se base sur une revue systématique des données probantes antérieures. Les variables dépendantes concernent la communication verbale, les personnes atteintes de MA et les proches aidants/soignants. La variable indépendante se caractérise par les méthodes améliorant la communication verbale.
Modes de collectes de données Les auteurs effectuent une recherche documentaire (jusqu'en juillet 2006, avec une mise à jour en juin 2009), en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion suivants : l'étude doit être expérimentale, les résultats doivent être quantitatifs, l'intervention doit être spécifiquement conçue pour améliorer la communication verbale et 50% des participants doivent avoir un diagnostic de MA confirmé ; l'étude

a été publiée dans une autre langue que le français ou l'anglais, les mesures des résultats de la communication ne s'appliquent qu'aux soignants. Ils procèdent, ensuite, à une sélection d'articles dans des bases de données scientifiques, tel que PsycInfo, Cinhal, Embase, Medline, Rehabdata et Comdis. Les termes de recherche ne sont pas précisés.

Conduite de la recherche

La conduite de la recherche est réalisée par deux analystes, qui, dans un premier temps, ont lu tous les titres d'articles proposés. Suite à cela, les articles sont choisis en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Les résumés des articles retenus sont lus par ces deux mêmes personnes, qui jugent s'ils sont susceptibles ou non de répondre au but de l'étude. Un troisième avis est fourni par un autre auteur, en cas de désaccord.

Analyse des données

L'analyse des données se réalise par les deux examinateurs ayant sélectionnés les articles précédemment. Ils évaluent et réalisent des résumés de chaque étude. Un troisième auteur calcule la valeur p et l'ampleur de l'effet via le test du d de Cohen. Suite à cela, une recommandation sommaire est réalisée à l'aide des critères de la Strenght Of Recommendation Taxonomy (SORT). Ces critères définissent si les études ont des preuves de niveau A (meilleur niveau de preuve hiérarchique), B (sujet à des biais) ou C (opinion d'expert).

Résultats

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de texte et de tableaux. Soit, 2000 articles sont sélectionnés pour l'étude. 67 documents sont potentiellement appropriés à la recherche, en outre 53 sont exclus. 13 études répondent à tous les critères d'inclusion. Les auteurs présentent ensuite, les diverses méthodes utilisées au sein des études retenues, et un bref résumé des résultats qui en découlent : les aide-mémoire avec formation des aidants sont jugés avec un niveau de preuve B, donc recommandé pour les cliniciens. Les programmes d'éducation et la formation démontrent un niveau de preuve C. Autrement dit, aucun changement cliniquement ou statistiquement significatif n'est observé dans la communication verbale avec ce type de méthodes. Finalement, les programmes d'activité ne sont pas recommandés.

Discussion

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats est faite en fonction du cadre de recherche et des études antérieures. Les auteurs les présentent en regard des études sélectionnées pour cette revue systématique, et les décrivent en fonction de l'efficacité des méthodes utilisées. Sur les 13 études retenues, seulement 4 essais contrôlés randomisés (ECR) sont identifiés. Ils comportent un résultat de communication, mais 3 d'entre eux sont jugés comme étant de moindre qualité. Les auteurs déclarent qu'il est toutefois, difficile d'effectuer un ECR dans le cadre de la MA, car cette dernière donne lieu à des troubles de la communication. Les aide-mémoire démontrent l'efficacité la plus évidente quant à l'amélioration du discours des patients, par le nombre de mots utilisés, le maintien et le temps consacré au sujet, et le nombre de changements de thèmes de conversation. Ils aident les individus à concentrer leur pensées. Néanmoins, ils ne permettent pas la généralisation à d'autres sujets, et le rendement diminue au fil du temps, lorsque la formation de suivi n'est pas offerte.

Conséquences et recommandations

Compte tenu du nombre insuffisant d'études répondant aux critères d'inclusion, il est important de pas généraliser les résultats de cette revue systématique à la pratique clinique. Cependant, l'utilisation combinée des aide-mémoires et de la formation aux proches aidants/soignants, serait la manière la plus adaptée concernant l'atteinte de l'objectif de cette présente étude. Les auteurs émettent le besoin de réaliser des études futures incluant les capacités de communication de la personne atteinte de MA, dans le but de démontrer l'efficacité des interventions améliorant cette fonction altérée. De plus, la réalisation d'ECR, incluant des mesures de l'interaction communicative et du maintien du sujet, devrait être explorée dans les études futures, afin de minimiser les biais.

Promoting the maintenance of satisfactory communication : strategies used by caregivers and medical staff with people suffering from Alzheimer's disease
Vachon, M., Veilleux, M.-C., Macoir, J., & Macoir, J. (June 01, 2017). Favoriser le maintien d'une communication satisfaisante : Stratégies utilisées par les aidants naturels et le personnel soignant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. <i>Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement</i> , 15, 2, 185-195.
Titre Le titre précise les concepts-clés et la population : l'utilisation de stratégies de communication de la part des aidants naturels et du personnel soignant en lien avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA).
Résumé Le résumé synthétise la recherche (déterminer les stratégies de communication qui favorisent les échanges entre une personne atteinte de la MA et les personnes qui l'entourent), la méthode (recherche documentaire effectuée sur PubMed et PsycInfo), les résultats (qui ont démontré que plusieurs méthodes de communication sont efficaces, certaines inefficaces et d'autres contradictoires).
Introduction
Problème de la recherche La MA est la maladie cognitive la plus répandue et le nombre de personnes atteintes de cette pathologie ne cesse d'augmenter. La MA entraîne divers troubles dont des altérations du langage. Les troubles s'aggravent au fil de l'évolution de la maladie allant jusqu'à une atteinte totale des capacités linguistiques. Ces troubles du langage entraînent des conséquences importantes pour la personne, son entourage et le personnel soignant. De là découle une diminution de la qualité de vie des personnes ainsi qu'une diminution des interactions sociales. Cette recherche se focalise sur l'efficacité des stratégies de communication utilisées par le personnel soignant ainsi que par les aidants naturels qui favorisent le maintien d'une communication satisfaisante avec les personnes atteintes de la MA.
Recension des écrits Les auteurs ne mettent pas en avant une recension des écrits dans l'introduction. Cette partie se retrouve cependant dans la partie méthodologie.
Cadre de recherche Les auteurs ne font pas part de l'utilisation d'un cadre conceptuel spécifique. Les bases théoriques sont explicitées, c'est-à-dire que l'atteinte du langage est décrite selon l'évolution de la maladie.
Buts et question de recherche Le but de l'étude est d'identifier l'efficacité des stratégies de communication utilisées avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par le personnel soignant et les aidants naturels afin de maintenir une communication satisfaisante.
Méthode
Population et échantillon Une recension des écrits a été entreprise. Elle s'est appuyée sur le PRISMA statement. Aucune population n'a été utilisée pour cette recherche.
Considérations éthiques Aucune donnée à ce sujet.
Devis de recherche Le devis de recherche est une méta-analyse.
Modes de collectes de données Cette recherche, soit une méta-analyse, a utilisé la recension des écrits comme méthodologie. Afin d'inclure les articles dans la recherche, des critères d'éligibilité ont été mis en place : 4 critères d'inclusion et 2 critères d'exclusion. La recherche documentaire s'est effectuée à l'aide de PubMed et PsycInfo avec 11 mots-clés sélectionnés dans MeSH. Cependant aucune limite n'a été posée quant aux dates de publication des articles.

Pas d'instrument n'a été utilisé ou créé.
<p>Conduite de la recherche</p> <p>La sélection des données s'est effectuée en plusieurs étapes : 2 auteurs ont examiné les titres et les résumés de chaque article Ils ont procédé à une analyse des articles de manière complète afin de voir la concordance avec les critères d'inclusion et d'exclusion Mise en commun des résultats</p>
<p>Analyse des données</p> <p>N'est pas explicité dans l'introduction mais dans les résultats.</p>
Résultats
<p>Présentation des résultats</p> <p>Les résultats concernent l'analyse de 11 études portant sur les stratégies de communications utilisées par les aidants naturels et 3 études sur celles utilisées par le personnel soignant. Total de 14 études en tout.</p> <p>Les résultats sont présentés sous forme d'un texte narratif et de tableaux répartis en sous chapitres : Stratégies de communication utilisées par les aidants naturels comprenant un texte narratif et un tableau Stratégies de communication utilisées par le personnel soignant comprenant un texte narratif et un tableau</p> <p>Stratégies de communications utilisées par les aidants naturels : Ces 11 études se portent principalement sur l'analyse des conversations et des interactions entre les personnes atteintes de la MA et les aidants naturels. Les 11 études ont été résumées dans un texte narratif (but de la recherche, méthodologie et résultats). Le tableau résume le texte narratif en faisant ressortir les auteurs, le devis expérimental, le type et le nombre de sujets, le stade de la maladie, le type d'aidant, le milieu de vie, le traitement ou les observations et les stratégies de communication efficaces, inefficaces et nuisibles. Les stratégies efficaces sont : utilisation de questions fermées ou à choix de réponse, réduction de la complexité syntaxique et du nombre de question, laisser du temps à la personne pour répondre, solliciter la mémoire sémantique, etc. Les stratégies inefficaces sont : donner une instruction à la fois, reformuler, répéter, etc. Les stratégies nuisibles sont : demander de répéter, insister pour que la personne dise un mot précis, etc.</p> <p>Stratégies de communication utilisées par le personnel soignant : La présentation des 3 études est identique à celle décrite ci-dessus (texte narratif couplé avec un tableau). Les stratégies efficaces sont : reconnaissance des besoins exprimés par des signes verbaux et non—verbaux, proposition de 2 choix de réponse, donner une instruction à la fois, utilisation de questions fermées, etc. Les stratégies inefficaces sont : parler plus lentement, etc.</p>
Discussion
<p>Interprétations des résultats</p> <p>D'après les 14 articles analysés, les auteurs ont constaté que plusieurs stratégies de communication étaient efficaces, c'est-à-dire qu'elles facilitaient la communication, d'autres étaient inefficaces et certaines nuisibles.</p> <p>Concernant les aidant naturels, les stratégies de communication considérées efficaces sont : la production de phrases simples et courtes, la réduction de la complexité syntaxique, l'augmentation des références aux éléments visuels, reformuler et simplifier les phrases, laisser du temps à la personne atteinte de MA pour répondre aux questions, établir un contact visuel, etc.</p> <p>En ce qui concernent les aidants naturels et le personnel soignant, il est bénéfique de poser des questions fermées. Cependant elles peuvent être parfois trop restrictives dans le choix des réponses. Si l'on veut développer une relation avec une personne atteinte de la MA et aborder le sujet des émotions, les questions ouvertes sont utiles. Afin de faciliter le dialogue lors d'utilisation de questions ouvertes, solliciter la mémoire sémantique plutôt que la mémoire épisodique se trouve être fondamental.</p>

Pour le personnel soignant, utiliser des questions fermées ou comportant 2 choix de réponse, verbaliser les actions à effectuer lors d'un soin/AVQ/tâche, reconnaître les besoins exprimés par la personne atteintes de MA, etc. s'avère être des stratégies de communication efficaces. Les stratégies de communication identifiées comme nuisibles sont : offrir un temps de réponse insuffisant, ne pas demander de clarification lorsque des propos sont incompris, ne pas écouter les réponses de la personne atteinte de MA, etc.

Il existe toutefois des contradictions. Dans certaines études la reformulation est considérée comme efficace, dans d'autres inefficace. Il en est de même pour le fait de parler plus lentement, de répéter la question ou l'énoncé mal compris.

Les limites de l'étude concernent le fait que les stratégies de communication ne sont pas mesurées ou nuancées en fonction des stades de la MA ainsi qu'une seule étude longitudinale a été analysée d'après les 14 articles.

Conséquences et recommandations

Les auteurs mentionnent de plus qu'il serait nécessaire d'effectuer d'autres études afin d'établir la pertinence des résultats (car certains sont contradictoires).

<p>Time, Touch, and compassion : effects on autonomic nervous system and well-being</p> <p>Eing, W. E. L. L., Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E., & Kemper, K. J. (2012). ORIGINAL RESEARCH TIME , TOUCH , AND COMPASSION : EFFECTS ON AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND. JSCH, 8(3), 177–184. https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.02.001</p>
<p>Titre</p> <p>Le titre précise les concepts-clés de l'étude (le temps, le toucher et la compassion en lien avec le système nerveux autonome et le bien-être), cependant la population n'est pas indiquée.</p>
<p>Résumé</p> <p>Le résumé synthétise les objectifs (communiquer de manière non-verbale la compassion), la méthode (interventions tactiles sur des sujets volontaires sur différentes séquences de temps), les résultats (les interventions tactiles ont entraîné une baisse de la fréquence cardiaque) et la conclusion (la communication non-verbale de la compassion affecte le système nerveux autonome).</p>
<p style="text-align: center;">Introduction</p>
<p>Problème de la recherche</p> <p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé.</p> <p>La communication non-verbale positive peut avoir de puissants avantages cliniques mais les mécanismes de ces effets n'ont pas encore été entièrement explorés.</p> <p>Une meilleure compréhension du mécanisme physiologique de la communication non-verbale positive de compassion des cliniciens profiterait aux patients.</p> <p>De plus, peu d'auteurs ont évalué les effets interpersonnels de la méditation (d'une personne qui médite) sur une autre personne qui ne médite pas.</p>
<p>Recension des écrits</p> <p>Une recension des écrits a été entreprise et elle fournit la synthèse suivante : la communication compatissante est l'élément fondamental des soins cliniques. Plusieurs experts estiment que plus de 90% de la communication est non-verbale.</p> <p>La méditation axée sur l'amour bienveillante est intéressante car elle concentre l'intention du praticien à avoir le désir de bien-être et de diminuer la souffrance d'une personne, ce qui est la base de soins de santé.</p>
<p>Cadre de recherche</p> <p>Les concepts-clés ne sont que peu définis.</p> <p>La plupart des pratiques de méditation entraînent un sentiment de bien-être et diminuent la fréquence respiratoire.</p> <p>La méditation axée sur l'amour et la bienveillance concentre l'attention du praticien sur la personne, ce qui entraîne un sentiment de sécurité, de paix et de bien-être. De plus, la personne se trouve délivrée de sa souffrance.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ne sont que très peu explicitées elles aussi.</p>
<p>Buts et question de recherche</p> <p>L'étude a pour but d'explorer l'impact de la communication non-verbale positive de la compassion (CNVPC) sur des sujets sains qui y sont exposés. C'est-à-dire qu'une personne méditant expérimentée pratique la méditation de bienveillance vers un sujet qui ne sait pas que le praticien médite.</p> <p>Les hypothèses des auteurs sont les suivantes :</p> <p>Les sujets à l'études se mettront inconsciemment à refléter la fréquence respiratoire du praticien pendant la méditation et cela sera associé à une plus grande activité parasympathique et à un sentiment de bien-être.</p>
<p style="text-align: center;">Méthode</p>
<p>Population et échantillon</p> <p>La population visée est définie mais pas de façon précise : les auteurs ont recruté des volontaires en bonne santé, âgés de moins de 40 ans, ne prenant pas de médicament contre l'asthme, l'hypertension, le diabète, ni de bêta-bloquant, ni de médicament prophylactique contre les migraines.</p> <p>L'échantillon n'est pas détaillé et la méthode utilisée pour recruter les participants non plus.</p>

Les sujets ont été informés que l'étude évaluait l'effet du temps, du toucher et de l'attention sur le fonctionnement du système nerveux autonome. On leur a aussi demandé de rester silencieux durant toute la durée de l'étude et de ne pas utiliser de téléphone afin d'éviter d'affecter l'activité autonome.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Board de la Wake Forest School of Medicine. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Le BIOPAC (bio harnais) est un système de surveillance ambulatoire continu confortable, facilement ajustable et non invasif, approuvé par la Food and Drug Administration, qui recueille des données sur les mesures de température pulmonaire, cardiaque et cutanée à 250 échantillons par seconde.

Devis de recherche

Cette étude concerne un essai contrôlé randomisé.

Modes de collectes de données

Au cours de la période n°1 de l'étude, des brefs questionnaires ont été distribués aux sujets afin de documenter l'âge, le sexe, le dernier repas, les activités physiques et la consommation de caféine.

Les variables indépendantes mesurées concernaient :

- L'empathie : l'échelle « empathic concern scale » de 28 items
- L'introversion afin de faire des hypothèses sur les possibles réactions à la communication non-verbale.
- Le stress : l'échelle de stress en 10 points

D'autres échelles ont été importées pour l'étude :

1. Questionnaire d'autoévaluation
2. Échelles visuelles analogiques (EVA)
3. Questionnaire de rétroaction

De plus, un équipement de mesure du système nerveux autonome a été utilisé.

Conduite de la recherche

L'intervention/étude s'est déroulée en 5 périodes :

1. Période de repos + échauffement : durant cette période, l'équipement de mesure du système nerveux autonome a été mis en place et les sujets ont complété 3 échelles visuelles analogiques (EVA) afin de quantifier leur bien-être (stress, calme et relaxation).
2. Lecture témoin avec le praticien
3. Repos : le sujet a à nouveau rempli les 3 EVA
4. Intervention : le praticien a médité l'amour bienveillant envers le sujet
5. Repos : le sujet a complété les 3 EVA directement après l'intervention puis encore une fois 20 minutes après. A la fin de cette période, d'autres questions ont été posées afin d'évaluer l'aveuglement des sujets.

L'intervention concernait une intervention tactile et une intervention non-tactile :

- Intervention tactile : le sujet se reposait tandis que le praticien méditait en silence tout en touchant légèrement les pieds, les jambes, les mains, les bras et les épaules du sujet.
- Intervention non-tactile : le sujet et le praticien étaient assis dans la même pièce à 1,5 mètre de distance. Tous deux lisaient un manuel scolaire neutre concernant le plan émotionnel (MingSight de Daniel Siegel). Cependant le praticien lisait « fictivement le livre » car il méditait pendant ce temps. Durant les deux types d'intervention, le praticien a médité une phrase par respiration durant 4 respirations :

Puissiez-vous être en sécurité

Soyez en bonne santé, à l'aise et rempli de vitalité

Soyez paisible et heureux

Soyez libre de la souffrance et de ses causes

Cette méditation s'est faite en silence.

Analyse des données

Les méthodes d'analyse sont les suivantes :

Des harnais BIOPAC, l'électrocardiographe et d'un système de pression artérielle non-invasive continue (BIOPAC, Goleta, CA) ont été utilisés pour mesurer la fréquence cardiaque (FC), la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC), le rythme respiratoire (RR), et la tension artérielle moyenne (TAM).

Le sujet et le praticien portaient tous deux des harnais BIOPAC. Ce système a permis d'analyse continue de la respiration, de la FC et de la température. A noter que la température n'a pas été prise en compte pour l'étude.

Le système BIOPAC comprend un logiciel breveté qui décrypte et traite les données enregistrées et permet de les transformer pour les exporter vers Microsoft Excel, SPSS ou SAS.

Pour l'analyse du RR, les auteurs ont examiné les données brutes puis les ont téléchargées dans une base de données MS Excel, analysant des échantillons médians pendant 10 secondes.

Toutes les autres données ont été téléchargées dans un ensemble de données SAS (version 9.2, Cary, NC) pour une analyse statistique.

Le bien-être a été mesuré à l'aide d'une EVA autodéclarée de 10 points pour le stress, la relaxation et la tranquillité, avec 0 = aucun, 10 = très. L'EVA pour le stress pendant la période d'échauffement a été corrélée de façon significative ($r = .46$, $P < .05$) avec l'échelle de contrainte perçue ; seules les échelles EVA ont été utilisées par la suite.

Les fréquences des variables catégorielles ont été calculées par groupe et comparées à l'aide du test exact de Fisher.

Les moyennes et les écarts normalisés pour les variables continues ont été calculés par groupe et comparés à l'aide d'une analyse de la variance.

Une analyse bidirectionnelle de la variance a été utilisée pour comparer les effets du toucher, du temps, du groupe et de l'ensemble des effets pour le passage de la période de contrôle à la période d'intervention au sein de la personne pour la FC, la VFC, et les pulsations et les échelles EVA pour le stress, la relaxation et la tranquillité avec différentes variations par groupe si elles permettaient un meilleur ajustement du modèle (comme l'indiquent les critères d'information d'Akaike).

Résultats

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme d'un texte narratif et de tableau.

Tableau n° 1 : caractéristiques de base et de la période de contrôle

Tableau n° 2 : fréquence respiratoire des sujets et des praticiens et autres mesures autonomes pour les périodes de contrôles et d'interventions

Tableau n° 3 : modification de la FC, de la VFC et de la TAM du sujet lors de différentes interventions

Tableau n° 4 : changements du bien-être autodéclaré des sujets en lien avec les EVA pour les interventions

Texte narratif : l'âge moyen des sujets était de 24,3 ans (+ ou - 4 ans). Sur les 20 sujets, 4 étaient des hommes. Les sujets de chacun des 4 groupes d'intervention ont indiqué qu'ils prenaient un médicament, p. ex. 45 % ont pris des pilules contraceptives orales. Seulement deux sujets avaient fait de l'exercice ou consommé de la caféine dans l'heure précédant l'étude. Chaque groupe d'intervention avait un échantillon de cinq sujets.

Les notes des sujets sur les échelles pour l'empathie, l'introversiion et le stress ressenti étaient semblables d'un groupe à l'autre ; aucun sujet d'aucun groupe n'a obtenu une note inférieure au seuil standard pour l'empathie ou supérieure au seuil standard pour l'introversiion.

Les stratégies tactiles et non tactiles étaient réalisables. L'aveuglement a été maintenu. Après l'intervention, aucun sujet n'a détecté que le praticien s'adonnait à autre chose qu'à un toucher physique ou à la lecture.

Le praticien a maintenu un état méditatif tel que reflété par une diminution du RR (contrôle : moyenne 14,7 bpm ; intervention) : 10,7 bpm pendant les interventions ; $P < .001$).

Dans l'ensemble, les interventions ont été associées à une diminution significative de la FC ($P < 0,01$).

En comparant différentes durées d'intervention (10 minutes contre 20 minutes), la VFC a augmenté davantage pour les interventions de 20 minutes (168 contre 167), tout comme l'activité parasympathique ou vagale (exprimée en puissance - high frequency) pour les interventions plus courtes (639 contre 93).

L'augmentation de la VFR est associée à une amélioration du bien-être.

Les interventions tactiles ont été associées à une diminution modeste mais statistiquement significative du RR (-4,81 ; $P < 0,05$)

Les différences observées entre les interventions tactiles et les interventions non-tactiles pour les autres mesures autonomes n'ont pas atteint une signification statistique. Il est intéressant de noter qu'après une période de repos de 20 minutes après l'intervention, le stress avait tendance à augmenter, tandis que la relaxation et la tranquillité avaient tendance à diminuer.

Discussion

Interprétations des résultats

Cette étude a mis à l'essai des stratégies novatrices pour évaluer l'impact physiologique de la CNVPC, démontrant qu'il est possible d'évaluer les effets interpersonnels d'une forme spécifique et ciblée de compassion, la méditation de bienveillance, alors que les sujets demeuraient aveugles à l'intervention.

Les données de cette petite étude suggèrent qu'en plus d'induire un état de vigilance détendue dans la pratique, la méditation peut aussi affecter quelqu'un d'autre, même si cette autre personne ignore que le praticien médite. Cela entraînant une plus grande activité parasympathique accompagnée de l'augmentation du bien-être.

L'impact observé était généralement plus important pour les interventions tactiles que pour les interventions non-tactiles.

L'hypothèse selon laquelle les effets interpersonnels de la CNVPC étaient dus à des changements inconsciemment reflétés dans le RR du praticien n'était pas étayée ; en fait, bien que le RR du praticien ait diminué pendant les échanges de méditation, le RR des sujets a augmenté. Les sujets peuvent refléter un autre aspect du comportement du praticien, comme l'expression faciale, plutôt que le RR.

Limites de l'étude :

- Un trop petit échantillon/taille limitée de l'étude
- Utilisation de sujets jeunes et bonne santé : des études futures pourraient détecter des effets plus importants s'ils sont observés chez des populations qui présentent des niveaux de stress plus élevés ou des caractéristiques de variabilité de la fréquence cardiaque plus faibles.

Conséquences et recommandations

Les recommandations de l'étude concernent principalement les études futures sur le sujet :

Cette étude s'est concentrée sur le RR parce qu'il est particulièrement facile à mesurer et parce que les changements prononcés du RR sont associés à plusieurs états méditatifs. Les études futures devraient explorer l'impact des différences subtiles dans d'autres indices comme l'expression faciale ou le comportement en incorporant des enregistrements vidéo des interventions.

Les études futures devraient se pencher sur la question de savoir si le toucher est nécessaire ou si des repères visuels non distraits à eux seuls entraînent les effets observés sur l'activité autonome et le sentiment de bien-être.

Enfin, les études futures devraient inclure plus de sujets et randomiser l'ordre d'intervention et les périodes d'accompagnement.