

***Contribution des soins par le toucher au
soulagement des douleurs chroniques
causées par l'arthrose chez les personnes
âgées***

Travail de Bachelor

ABDYLI Alma

N° matricule : 16872905

MENDES Rita

N° matricule : 1671386

MISINI Albjona

N° matricule : 16872426

Directeur : Sylvain Boloré, infirmier, expert en soins d'urgence, MScEd, Maître d'enseignement HES

Membre du jury externe : Séréna Niel, Infirmière Ressource spécialisée en Soins Palliatifs, CAS soins Palliatifs et Personnes Âgées, chargée de cours HES

Genève, le 28 août 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 28 août 2019

ABDYLI Alma

MENDES Rita

MISINI Albjona

REMERCIEMENTS

Nos remerciements sont pour l'ensemble des personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor, notamment :

Monsieur Boloré Sylvain, directeur de notre travail de Bachelor pour sa disponibilité, son investissement et son aide précieuse. Ses pistes de réflexion et ses corrections nous ont permis d'étayer notre réflexion et d'ouvrir nos champs de recherche. Nous le remercions d'avoir cru en nous, notamment dans nos moments de difficultés et de doutes.

Monsieur Bobbink Paul, Maître d'enseignement à la Haute École de Santé, pour son accompagnement, son soutien et sa disponibilité. Nous le remercions de nous avoir soutenues et accompagnées dans la réalisation de notre travail.

Madame Niel Séréna, Infirmière Ressource spécialisée en Soins Palliatifs, pour avoir accepté de faire partie de notre jury.

Nous tenons également à remercier l'équipe des bibliothécaires de la Haute École de Santé pour leur disponibilité, leurs conseils et leur précieuse aide.

Pour finir, nous souhaitons également remercier nos proches et nos amis pour avoir cru en nous et nous avoir soutenues jusqu'à la fin de notre travail de Bachelor.

RÉSUMÉ

Contexte : L'arthrose est l'une des maladies rhumatismales la plus répandue dans le monde. Parmi les divers symptômes de l'arthrose, la douleur a différentes conséquences sur la qualité de vie des personnes âgées atteintes de cette pathologie. De ce fait, les professionnels de la santé doivent se focaliser sur la gestion de la douleur arthrosique afin de maintenir voire d'améliorer le bien-être ainsi que la qualité de vie des patients.

But : Cette littérature a pour objectif d'évaluer l'efficacité des soins par le toucher sur les douleurs causées par l'arthrose en vue de préserver le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées.

Méthode : Les bases de données CINAHL, LiSSA et Pubmed ont été consultées en combinant les mots-clés suivants : Osteoarthritis, Pain, Chronic Pain, Therapeutic Touch, Healing Touch. Ce processus a permis de sélectionner six articles. Ce travail s'inscrit dans la perspective théorique de Martha Rogers.

Résultats : Les soins par le toucher permettent la réduction de la douleur chez les patients atteints d'arthrose. De plus, des effets positifs sur la capacité fonctionnelle, l'humeur, la relaxation et le bien-être des personnes âgées ont été constatées. Les données analysées ne permettent cependant pas de déterminer l'effet du soin par le toucher sur l'anxiété.

Conclusion : La revue de littérature confirme que les soins par le toucher diminuent les douleurs chroniques causées par l'arthrose chez les personnes âgées. Cependant, nous estimons que les six articles retenus ne permettent pas d'affirmer avec certitude l'efficacité de ces modalités sur les douleurs, mais qu'elles y contribuent en complément d'un traitement médicamenteux. Cette discordance peut s'expliquer à travers les différents outils de mesure ou encore de la petite taille d'échantillon.

Mots-clés : Arthrose - Douleur chronique - Toucher thérapeutique - Healing Touch - Massage - Martha Rogers

Key Words : Osteoarthritis - Chronic pain - Therapeutic Touch - Healing touch - Massage - Martha Rogers

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS	Anti-inflammatoire(s) non stéroïdien(s)
AVQ	Activité(s) de la vie quotidienne
CINAHL	Cumulative index to nursing and allied health literature Anglais
ERC	Étude(s) randomisée(s) contrôlé(s)
EVA	Évaluation visuelle analogique
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HEdS	Haute École de santé
HT	Healing Touch
ICOAP	Intermittent and Constant OsteoArthritis Pain Anglais
MPI	Multidimensional pain inventory
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMR	Progressive muscle relaxation
TT	Toucher thérapeutique
VAS	Visual analogue scale
WOMAC	Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index Anglais

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT	24
Tableau 2. Tableau récapitulatif des études retenues pour l'analyse critique	27
Tableau 3. Synthèse des articles retenus.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les patterns	21
Figure 2. Diagramme de flux.....	24

Table des matières

Déclaration	2
Remerciements.....	3
Résumé	4
Liste des abréviations	5
Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Introduction.....	9
1. Problématique	11
1.1. Le vieillissement et la santé	11
1.1.1. L'augmentation du nombre de personnes âgées.....	11
1.1.2. Une multitude de problèmes de santé	11
1.1.3. Les maladies chroniques.....	11
2. Etat des connaissances	13
2.1. La maladie rhumatismale	13
2.2. Le patient souffrant d'arthrose.....	13
2.3. Les douleurs chroniques	14
2.4. L'impact de la douleur arthrosique.....	15
2.5. La prise en soins du patient souffrant d'arthrose	16
2.6. Les thérapies proposées au patient souffrant d'arthrose	16
3. Modèle théorique en soins infirmiers.....	19
3.1. Les soins par le toucher à travers Martha Rogers	19
3.2. Métaconcepts.....	21
3.2.1. La personne	21
3.2.2. L'environnement	21
3.2.3. La santé	22
3.2.4. Le soin	22
3.3. Question de recherche finale.....	23

4. Méthodologie	23
4.1. Bases de données de recherche.....	24
4.2. Diagramme de flux	25
5. Résultats	26
5.1. Les soins par le toucher auprès des personnes âgées souffrant d'arthrose	26
5.2. Les outils d'évaluation de la douleur	28
5.3. Les effets sur la douleur.....	29
5.4. Les effets sur le bien-être	31
5.5. Les effets sur la mobilité et les capacités fonctionnelles	32
6. Discussion	40
6.1. Les limites des études sélectionnées	40
6.2. Le soin par le toucher	42
6.3. Les outils d'évaluation et les effets sur la douleur.....	43
6.4. Le bien-être	43
6.5. Les capacités fonctionnelles	43
7. Conclusion.....	46
7.1. Apports et limites du travail	47
7.2. Recommandations.....	47
7.2.1. Recommandations pour la recherche.....	48
7.2.2. Recommandations pour la pratique	48
7.2.1. Recommandations pour l'enseignement.....	49
8. Références	50

INTRODUCTION

Ce travail porte principalement sur les personnes âgées et sur les enjeux auxquelles celles-ci sont confrontées. Le choix de ce thème a été motivé par nos expériences professionnelles durant lesquelles nous avons pu constater l'augmentation des personnes âgées nécessitant des soins. Ce constat peut notamment s'expliquer par l'allongement de l'espérance de vie qui a pour conséquence une augmentation de la population en âge de développer ces pathologies.

Par ailleurs, les personnes âgées sont régulièrement confrontées à plusieurs affections simultanément, ce qui n'est pas sans conséquences et a des impacts sur la qualité de vie. La polymédication et les douleurs ressenties accentuent cette composante. En effet, les comorbidités entraînent une prise médicamenteuse importante et sont susceptibles de provoquer des douleurs en fonction des pathologies présentes ; comme dans l'exemple de l'arthrose que nous abordons dans le présent travail.

Les douleurs ressenties perturbent la vie quotidienne du patient. Elles ont un impact sur son moral, sa qualité de sommeil, ses relations à autrui ou encore son niveau d'indépendance. Outre la dégradation de la qualité de vie, il est courant de voir le patient augmenter son traitement médicamenteux dans le but de pallier à la sensation désagréable de la douleur. Face aux multiples enjeux présents, les professionnels de santé se doivent d'adapter leur prise en soin en fonction de la spécificité de la population concernée.

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients âgés et de contribuer à l'amélioration de leurs états psychiques et physiques, il est important pour le personnel soignant de tenir compte de la complexité de ces aspects durant sa prise en soin. Il est donc légitime que l'infirmière s'interroge sur les caractéristiques de la prise en soin des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et qu'elle réfléchisse aux mesures d'améliorations qu'elle pourrait adopter dans sa pratique voire promouvoir des recommandations de bonnes pratiques. Au quotidien, l'infirmière recueille les données nécessaires auprès du patient, réalise un examen clinique et évalue notamment la douleur à l'aide des échelles adaptées à la situation. Sur la base de ces constatations, ainsi qu'à partir d'une prescription médicale, l'infirmière est en mesure d'administrer des antalgiques pour soulager les souffrances de la personne. Cependant, lors de nos précédents stages, nous avons constaté que la prise d'antalgique ne suffisait pas toujours à réduire les douleurs chez les personnes âgées sur le

long terme et qu'elle impactait fortement sur leur confort. C'est pour cette raison que nous nous sommes interrogées sur les thérapies alternatives réalisables par l'infirmière et sur leurs éventuels effets bénéfiques auprès des personnes souffrant de douleurs chroniques. Il incombe au personnel soignant de développer une approche multidisciplinaire complétant le traitement médicamenteux par son art, sa créativité et de s'intéresser à des thérapies naturelles favorisant le soulagement des douleurs chroniques. La relaxation, l'imagerie, la musicothérapie et le toucher thérapeutique sont fréquemment mis en avant pour leurs effets sur le bien-être du patient. L'ensemble de ces réflexions nous a conduites à formuler la question de recherche initiale suivante : ***Quelles interventions l'infirmière peut-elle mettre en place pour soulager la douleur arthrosique auprès des personnes âgées ?***

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Le vieillissement et la santé

1.1.2. L'augmentation du nombre de personnes âgées

Le vieillissement de la population est en nette augmentation depuis la fin du 19^{ème} siècle. Ce phénomène s'explique principalement par une baisse du taux de fécondité conjugué à une augmentation de l'espérance de vie. La baisse de la mortalité, grâce à l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation, ainsi que les avancées dans le domaine des soins médicaux ont largement contribué à l'inversion de la pyramide des âges. De 2007 à 2017, la moyenne de l'espérance de vie à la naissance est passée de 79,4 à 81,4 années pour les hommes et de 84,2 à 85,4 années pour les femmes (Office fédéral de la statistique [OFSP], 2017).

Dans les prochaines décennies, le phénomène du vieillissement ne cessera de s'accroître. Au niveau mondial, la proportion relative d'aînés de plus de 60 ans va doubler entre 2015 et 2050, passant de 11 à 22% (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2018). En Suisse, la population de plus de 65 ans subira un accroissement majeur estimé à 84% (OFSP, 2015).

1.1.2. Une multitude de problèmes de santé

Au niveau biologique, le vieillissement est caractérisé par l'aboutissement de nombreuses accumulations de dégradations moléculaires et cellulaires provoquées au fil des années. Ce processus peut entraîner une diminution des capacités physiques et mentales ainsi qu'une augmentation du risque de comorbidité et de décès. Les modifications physiologiques des personnes âgées entraînent diverses problématiques de santé. Ainsi, il est courant de constater des déficits visuels et auditifs, un diabète, une broncho-pneumopathie chronique obstructive, des démences ou encore des maladies rhumatismales telles que l'arthrose auprès de cette population (OMS, 2018).

1.1.3. Les maladies chroniques

En Suisse, la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes d'une maladie chronique depuis au moins 6 mois (Promotion Santé Suisse, 2016, p. 3). Les maladies chroniques regroupent plusieurs pathologies dont l'évolution est irréversible. Selon l'OMS (2019), les maladies chroniques correspondent à des affections de longues durées qui

évoluent progressivement. Ces affections sont responsables de 63% des décès et sont ainsi la première cause de mortalité au niveau mondial. En Suisse, 2.2 millions d'individus pour une population totale de 8,5 millions sont atteints de maladies chroniques et une personne sur cinq souffre de comorbidité dès l'âge de 50 ans (Observatoire Suisse de la santé [OBSAN], 2015, p. 123).

Les maladies chroniques ont des répercussions considérables sur l'organisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et la situation financière du patient. L'impact sur sa qualité de vie est élevé. Dans un premier temps, la péjoration de la maladie peut engendrer un handicap physique occasionnant des difficultés dans la réalisation de ses activités, un isolement voir le sentiment d'être un fardeau pour ses proches. Dans un second temps, les dépenses financières liées à la pathologie sont susceptibles d'aggraver la situation du patient : les ressources financières sont affectées par l'absence ou la baisse de revenu. Les personnes doivent donc cumuler les frais hospitaliers, les traitements parfois non pris en charge par l'assurance, le besoin d'aménager leur domicile et les achats de matériel médical (Ecole nationale de la santé publique [ENSP], 2004, p. 13).

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. La maladie rhumatismale

Parmi les multiples maladies chroniques, les maladies rhumatismales sont les pathologies les plus répandues. En Suisse, environ 2 millions de personnes sont atteintes de rhumatismes plus ou moins graves (Ligue Suisse contre le rhumatisme, 2019).

Le rhumatisme est un terme général regroupant près de 200 pathologies de l'appareil locomoteur. Ces pathologies ont des répercussions sur les os, les tissus musculaires et les tissus intra et péri articulaires. Elles provoquent des douleurs, des inflammations des tissus de soutien ainsi que des tissus conjonctivaux. Parmi l'éventail des affections rhumatologiques, on distingue l'arthrite, la fibromyalgie, le rhumatisme des parties molles et l'arthrose.

Les pathologies rhumatismales occasionnent chaque année des coûts plus importants que les autres maladies chroniques. En effet, le coût total des maladies rhumatismales est de 23 milliards de francs par année tandis que le coût des pathologies cardiovasculaires s'élèvent à 17 milliards de francs et le cancer à 11 milliards de francs. (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2019).

2.2. Le patient souffrant d'arthrose

Il est primordial de s'intéresser à l'arthrose, car c'est la pathologie rhumatismale la plus répandue dans le monde. En effet, en moyenne 10 à 15% des personnes souffrent de cette pathologie (OMS, 2003). L'apparition de l'arthrose est majorée par le vieillissement en raison du cartilage qui s'affine et de la dégradation du mécanisme de glissement des articulations, ce qui peut engendrer des lésions articulaires.

D'après Laadhar & al. (2007), l'arthrose est une atteinte chronique des articulations caractérisées par une dégénérescence du cartilage articulaire, susceptible de créer des incapacités à long terme. L'arthrose primaire apparaît lorsque l'étiologie n'est pas connue, contrairement à l'arthrose secondaire qui peut être d'origine accidentelle ou provoquée par d'autres maladies responsables d'une détérioration du cartilage (p. 532). Au fur et à mesure, l'évolution de l'arthrose engendre des douleurs articulaires chroniques, une déformation, une

raideur musculaire et une déficience fonctionnelle (Jakobsson & Hallberg, 2006 citées par Aciksoz, Akyuz & Tunay, 2017).

2.3. Les douleurs chroniques

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » (Institution Internationale d'étude de la douleur [IASP], 2018). Son expression dépend de l'interprétation, de la sensibilité et de l'expérience propre à chaque individu. Selon le processus physiopathologique impliqué, le type de douleur sera différent. La catégorisation la plus courante est somatique ou viscérale, neuropathique et psychogène.

Les douleurs nociceptives somatiques proviennent des tissus cutanés, musculaires et squelettiques contrairement à celles de types viscérales qui sont issues des organes internes du corps (IASP, 2018). Les douleurs neuropathiques sont liées à des lésions du système nerveux périphérique, elles sont caractérisées par des sensations désagréables de brûlure, d'engourdissement et d'altération de la sensibilité (IASP, 2018). Les douleurs psychogènes sont quant à elles associées à un processus psychologique qui se manifestent par des douleurs physiques (Pierrot, 2000, p.14).

Par ailleurs, la prise en soins et les impacts de la douleur aiguë ou chronique ne sont pas similaires. En effet, la prise en soin de la douleur aiguë, décrite comme une lésion tissulaire soudaine, est principalement curative et elle disparaît normalement lorsqu'un traitement étiologique est institué (Société française d'étude et de traitement de la douleur [SFETD], 2016).

Contrairement aux douleurs aiguës, les douleurs chroniques s'inscrivent dans le temps. On parle de douleurs chroniques quand elles durent depuis 3 à 6 mois. Ainsi, elles ont de fortes répercussions sur la qualité de vie des aînés telle qu'une dépendance dans les activités de la vie quotidienne. De plus, elles ont des retentissements sur le sommeil, l'appétit et la mobilisation, ce qui accroît le risque de chute. L'état dépressif peut également être associé à ce processus car la douleur risque de provoquer, dans de nombreux cas, des pertes physiques, affectives et psycho-sociales accompagnées d'un changement de rôle (Pautex & Vogt-Ferrier, 2006). Les répercussions psychologiques de la douleur sont également présentes auprès des personnes souffrant de maladies rhumatismales. En effet, la ligue

Suisse contre le rhumatisme confirme que la prévalence de la dépression auprès des sujets atteints d'arthrose est accrue (Ligue Suisse contre le rhumatisme, 2017, p.17).

2.4. L'impact de la douleur arthrosique

Selon Lu, Der-Fa, Hart, Lutgendorf & Perkhounkova (2013), la douleur articulaire est la plainte prédominante des personnes touchées par l'arthrose. Elle impacte les capacités fonctionnelles de l'individu et le limitent dans les activités de la vie quotidienne. Le niveau d'indépendance de la personne est alors nettement diminué par la difficulté d'accès à la mobilité (p. 314).

Les limitations des activités de la vie quotidienne ont notamment été mises en visibilité suite à l'étude de cohorte réalisée en 1999 dans le cadre du projet « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID) (Fautrel & al., 2005, p. 408). Cette étude révèle que les difficultés à la mobilisation chez les personnes arthrosiques sont multipliées de 4.5 à 6 fois en comparaison au groupe témoin. De ce fait, s'habiller, faire les courses et réaliser les activités ménagères peut s'avérer compliqué. Une réduction de 20 à 50% des activités de loisirs comme le sport, le jardinage et le bricolage a également été soulignée par les personnes atteintes de cette pathologie. Malgré le financement des hospitalisations, des traitements et des examens spécifiques par l'assurance maladie, les limitations fonctionnelles ont notamment un impact au niveau budgétaire. En effet, 20.4% des patients arthrosiques inclus dans cette étude ont signalé des dépenses liées aux transports et aux aides-ménagères telles que la réalisation des courses et le ménage.

L'évaluation de la douleur articulaire peut être réalisée à travers plusieurs échelles cliniques par les infirmières : l'échelle numérique (EN), l'échelle visuelle analytique (EVA), le questionnaire McGill, l'échelle de douleur de l'Index de l'Arthrose, la mesure multidimensionnelle de la douleur intermittente et constante dans l'arthrose (ICOAP), et encore l'échelle *West Ontario McMaster Osteoarthritis Index* (WOMAC). Ces dernières permettent une appréciation plus pointue des retentissements rencontrés par le patient (IASP, 2018).

L'EN et l'EVA sont des outils qui permettent uniquement d'évaluer l'intensité de la douleur. Le Questionnaire McGill s'appuie davantage sur les aspects sensoriels, affectifs et évolutifs de la douleur des personnes. La douleur arthrosique étant chronique, il est indispensable que l'infirmière tienne compte régulièrement des aspects qualitatifs et quantitatifs de la douleur.

L'ICOAP évalue l'expérience douloureuse vécue par le patient au cours de l'arthrose à travers l'intensité douloureuse, sa fréquence d'apparition ainsi que l'impact sur l'humeur, le sommeil, et la qualité de vie. Cette mesure doit être utilisée en complément d'une échelle de la fonction physique afin de déterminer l'impact global de la douleur (IASP, 2018).

L'échelle de douleur de l'Index d'Arthrose développée par l'Université McMaster de L'Ouest Ontario (WOMAC) est l'une des échelles les plus pertinentes. Une de ses fonctions est d'évaluer l'intensité de la douleur d'arthrose de la hanche et du genou lors de la réalisation de cinq activités, à savoir la station debout, la marche, les escaliers, le repos et la nuit (IASP, 2018).

2.5. La prise en soins du patient souffrant d'arthrose

La discipline infirmière est basée sur cinq savoirs qui sont le savoir éthique, personnel, émancipatoire, empirique et esthétique. Le savoir esthétique se réfère à la perception qu'à la personne, l'art du soin et la beauté du geste. Celui-ci découle de l'expérience acquise en pratique, ce qui permet la mise en œuvre d'interventions de soins adéquates grâce aux capacités créatives de l'infirmière (Chin & Kramer, 2008)

Les soins infirmiers jouent un rôle primordial dans la prise en soins d'un patient souffrant d'arthrose. L'infirmière inclut le patient dans le projet de soins ainsi que les proches aidants. La personne est amenée à assimiler la globalité de sa pathologie à l'aide de l'infirmière. L'infirmière fournit une éducation thérapeutique en lien avec la maladie et prodigue des soins (Bergeron & al., 2018).

2.6. Les thérapies proposées au patient souffrant d'arthrose

Les répercussions causées par l'arthrose sont étroitement liées aux douleurs chroniques qu'elle engendre. Bien que l'arthrose soit une maladie incurable, il est possible de soulager les symptômes qu'elle provoque. De ce fait, les traitements opératoires, la physiothérapie, les moyens auxiliaires, les traitements médicamenteux et les thérapies alternatives permettent de les soulager (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2018).

Parmi ces différentes alternatives, il est important de s'intéresser aux traitements médicamenteux proposés en premier recours mais également de se pencher sur leurs effets

sur l'état de santé à long terme. Les épisodes douloureux d'intensité faible à modérée sont traités prioritairement avec du paracétamol qui agit contre les premières manifestations. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont administrés en deuxième intention lorsque le paracétamol n'est pas suffisamment efficace pour couvrir les besoins antalgiques du patient. La prise d'AINS doit être envisagée à court terme et à une dose minimale. En effet, l'administration de ces médicaments sur le long terme entraîne des effets indésirables gastro-intestinaux et rénaux. En outre, les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente peuvent calmer légèrement les symptômes avec un antalgique à dose minimale. Il est important de relever que les traitements utilisés permettent de diminuer uniquement les symptômes causés par l'arthrose et en aucun cas l'évolution de la maladie (Tuncer & al., 2012 citées par Aciksoz, Akyuz & Tunay, 2017). Le patient peut avoir recours à d'autres traitements lorsque ses symptômes ne sont pas soulagés tels que les injections intra-articulaires de corticoïde et les opiacés.

Les personnes âgées sont plus sujettes aux comorbidités et donc sont plus susceptibles de se voir prescrire d'autres médications en plus des traitements de l'arthrose. La polymédication augmentant les effets indésirables, le risque de surdosage et les interactions médicamenteuses seront par conséquent plus importants (Barez & al., 2013).

La chaleur, le froid, la nutrition, l'acupuncture et le soin par le toucher (toucher thérapeutique, massage) sont des stratégies utilisées pour soulager la douleur (Baird, 2001). Grâce aux interventions non pharmacologiques, les patients développent des stratégies d'auto-traitement afin de réduire la douleur, d'améliorer l'état physique, d'accroître l'indépendance et le sentiment de contrôle. De plus, elles réduisent les effets néfastes de la polymédication. Il est du rôle de l'infirmier de fournir un soulagement et un confort adéquat aux patients à travers différentes alternatives non médicamenteuses afin de gérer la douleur (Christiaens, 2003).

De ce fait, il paraît judicieux d'explorer l'utilité du soin par le toucher en tant qu'intervention thérapeutique complémentaire ou alternative. En effet, le *Healing touch* que l'on peut traduire en français par "toucher thérapeutique" est une thérapie complémentaire, développée par Janet Mentgen dans les années 80, qui est une approche incluant le toucher thérapeutique et le Reiki. Cette pratique se base sur le toucher avec le contact direct ou indirect. Elle est décrite comme influençant le champ énergétique de la personne lorsque celui-ci est bloqué ou perturbé par la maladie, la douleur, la faiblesse et les dimensions spirituelles de la personne (Fazzino & al., 2010).

Le toucher thérapeutique est une pratique mobilisée par les infirmières qui s'est particulièrement développée aux Etats-Unis notamment depuis le début des années septante. Dolores Krieger est une infirmière ambassadrice du toucher thérapeutique. Elle a développé cette approche avec son associée Dora Kunz. Par la suite, cette approche corporelle a été la source de recherches et d'enseignements durant les années 1970. (Satori, 2018, p. 45). Le toucher thérapeutique se définit comme une modulation du champ d'énergie du patient qui entoure le corps physique sans un contact direct. Le principe de cette alternative est d'équilibrer les champs d'énergie en appliquant une pression dans ou à travers celles-ci. Il s'agit d'une pratique de soins qui est non-invasive (Monroe, 2009).

Selon Anzieu (2006) : « Par sa structure et par ses fonctions, la peau est plus qu'un organe. C'est un ensemble d'organes différents. Sa complexité anatomique, physiologique et culturelle anticipe sur le plan de l'organisme la complexité du Moi sur le plan psychique. De tous les organes des sens, c'est le plus vital : on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas » (Anzieu, 2006 cité par Satori, 2018, p.45). Le toucher fait partie des cinq sens qui permettent de communiquer avec le monde extérieur. En effet, le toucher est relié directement à la peau. Des sensations tactiles générées par le toucher émergent des émotions à la surface et permettent de créer une relation entre le contact physique et le psychisme. En d'autres termes, la peau englobe la vie et est au centre du vivant. C'est donc grâce à la peau que le monde intérieur est connecté au monde extérieur, permettant ainsi la construction progressive d'une relation entre l'infirmière et le patient.

La théorie de Martha Rogers semble apporter au sujet traité un étayage sur la pertinence d'avoir recours aux pratiques du soin par le toucher. Elle permet d'observer l'ensemble des niveaux au sein desquels le patient est susceptible de subir des modifications dans l'objectif d'accroître son bien-être.

3. MODÈLE THÉORIQUE EN SOINS INFIRMIERS

3.1. Les soins par le toucher à travers Martha Rogers

Martha Rogers est une chercheuse en science infirmière d'origine américaine. Durant son expérience professionnelle, cette chercheuse a développé sa propre théorie en 1970 qu'elle a nommé la "science de l'être humain unitaire" (Fawcett, 2013, traduction libre, p. 315).

Selon la hiérarchie des connaissances, la théorie de Martha Rogers est une théorie abstraite qui s'inscrit dans le paradigme de la transformation. La hiérarchie des connaissances est une structure qui décrit cinq composantes en fonction de leur degré d'abstraction. Ceux-ci sont les métaparadigmes, les philosophies, les modèles conceptuels, les théories et les indicateurs empiriques. La philosophie associe les théoriciennes qui ont une représentation similaire du monde au sein d'un même paradigme. Dans le paradigme de la transformation, la personne est considérée comme un être unique en interaction constante avec son environnement (Fawcett, 2000, traduction libre, p.12).

Tout comme la théorie de Martha Rogers, le toucher est une pratique qui se réfère au paradigme de la transformation. En effet, ce soin spécifique se centre sur les aspects individuels de chaque personne, d'évolution, de changement et de transformation. L'infirmière se focalise donc sur l'expérience de santé vécue par le patient et le développement du partenariat entre l'infirmière, la personne soignée et son entourage.

Diverses écoles de pensées découlent du paradigme de la transformation. La théorie de Martha Rogers fait partie de l'école dite des *patterns* (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010). Dans cette école, l'infirmière tente de répondre à la question suivante : "Sur quoi l'attention des infirmières porte-elle ?" (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010, p. 65). Pour Martha Rogers, l'infirmière doit se focaliser sur la promotion de la santé et du bien-être de chaque personne. À travers le soin par le toucher, l'infirmière a pour objectif la diminution des perceptions douloureuses. Cette pratique participe à la promotion de la santé car elle permet de potentialiser le confort de la personne et d'améliorer ainsi sa qualité de vie.

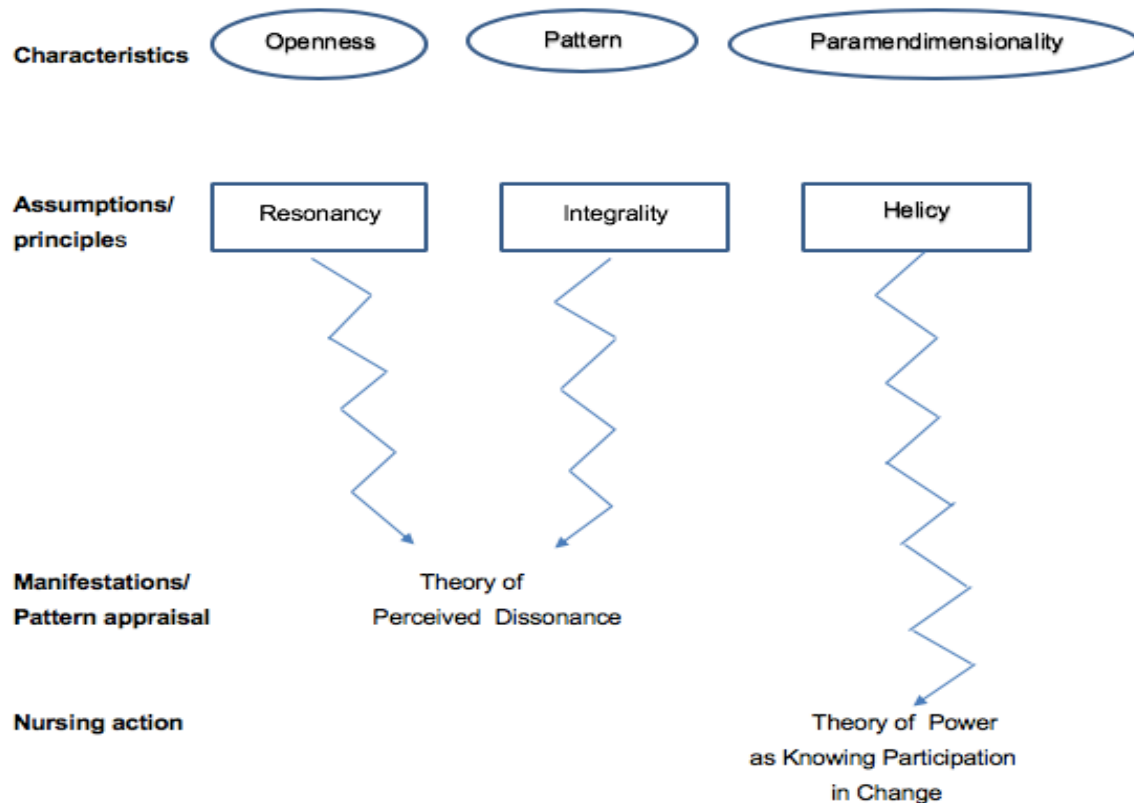
Martha Rogers caractérise sa théorie par quatre postulats fondamentaux qui sont : le champ d'énergie, l'ouverture, les *patterns* et la pandimensionalité. Ceux-ci sont liés aux trois principes de l'hémodynamique. Le champ d'énergie est un concept dynamique, pandimensionnel, infini

et en mouvement continu. Selon Martha Rogers, l'individu et son environnement possèdent deux champs d'énergies distincts en interactions mutuelles et simultanées. Malgré leur distinction, les individus ne peuvent pas être séparés de leur environnement, car ensemble, ils forment une totalité irréductible. Les champs d'énergie sont pandimensionnels, c'est-à-dire non-linéaires et sans attribut temporo-spatial. Les champs d'énergie n'ont donc pas de limites, ils sont infinis. Le postulat de l'ouverture montre qu'aucune frontière n'existe entre les champs d'énergie. L'être humain ainsi que l'environnement ne peuvent pas être divisés par des limites. (Fawcett, 2013).

Les *patterns* sont des concepts abstraits en changement continu. Ils donnent l'identité de chaque champ d'énergie. Bien qu'ils ne soient pas observables, ils peuvent être évalués à travers les manifestations perceptives, expressives des situations et des événements (Fawcett, 2013).

En lien avec les *patterns*, Martha Rogers identifie les trois dimensions de l'hémodynamique qui déterminent la nature du changement des champs d'énergie. La résonance se réfère à la direction des changements évolutifs dans les champs d'énergie. L'hélice détermine le changement continu qui caractérise l'humain et l'environnement. L'intégrité souligne la nature de la relation entre les champs humains et environnementaux (Rogers, 1990, cité par Fawcett, 2013, p. 322).

Figure 1 : les patterns



3.2. Métaconcepts

3.2.1. La personne

La personne est décrite par Martha Rogers comme un être humain unitaire doté d'un champ d'énergie irréductible. Par conséquent, l'individu ne peut être perçu comme la simple somme des parties qui le composent. Son champ énergétique est représenté par des patterns uniques en changement constant. En raison de son interaction avec l'environnement, l'infirmière se doit d'avoir une vision globale de la personne pour prendre en soin correctement le patient (Rogers, 1990, cité par Pepin & al., 2010).

3.2.2. L'environnement

L'environnement se caractérise quant à lui comme un système ouvert et un champ d'énergie en continuel changement (Rogers 1990 cité par Pepin & al., 2010). La personne et

l'environnement sont indissociables. Effectivement, si l'équilibre de la personne est perturbé, son environnement le sera également et inversement.

En ce qui concerne les personnes âgées, la douleur provoquée par l'arthrose risque l'équilibre du champ énergétique de la personne, ce qui modifie simultanément le champ d'énergie de son environnement. Le toucher thérapeutique permettrait alors de modifier le champ d'énergie de l'environnement, ce qui aiderait la personne à retrouver un équilibre énergétique perturbé auparavant par la douleur.

3.2.3. La santé

Selon Martha Rogers, la santé et la maladie sont des expressions du processus de la vie et ne sont ni opposées, ni divisées. Elle définit la santé comme une valeur qui diffère selon les personnes, les cultures et la société. La santé se réfère au bien-être de la personne, à l'optimisation et à la réalisation de son potentiel par sa participation consciente au changement. L'objectif d'une bonne santé est l'atteinte d'un bien-être physique, fonctionnel, émotionnel, social et spirituel. Ces aspects composent la qualité de vie et ils peuvent être perturbés par la survenue des douleurs chroniques (Rogers 1990 cité par Pépin & al., 2010).

3.2.4. Le soin

Selon Martha Rogers, les soins infirmiers promeuvent le bien-être de toutes les personnes. L'infirmière a une posture créative et imaginative en utilisant la science infirmière dans ses soins. La théoricienne utilise l'usage de thérapies alternatives, telles que le toucher thérapeutique, la relaxation, la méditation (Alligood, p.245). En effet, le toucher thérapeutique est un soin non-invasif qui permet une interaction simultanée entre les champs humains et énergétiques du patient. Le but de celle-ci est d'établir un équilibre des champs d'énergie de la personne et de son environnement afin de promouvoir le bien-être.

A travers l'ancrage de Martha Rogers, l'introduction de la question de recherche est mise en évidence dans le chapitre suivant.

3.3. Question de recherche finale

Il ressort qu'une grande majorité des personnes âgées souffrent de douleurs chroniques telles que celles provoquées par l'arthrose. Les soins infirmiers ont un rôle important pour améliorer le bien-être et la qualité de vie. Il est également reconnu que les personnes âgées ont recours à la polymédication provoquant des effets indésirables. Ces derniers ont des conséquences sur leurs pathologies et leur qualité de vie. De ce fait, les thérapies alternatives pourraient contribuer au bien-être de la personne dans la diminution de la douleur.

Ces constats permettent de s'interroger sur ces diverses problématiques auxquelles la profession infirmière sera constamment confrontée. Pour cette raison, la question de recherche retenue est la suivante : ***En quoi les soins par le toucher contribuent au soulagement des douleurs causées par l'arthrose chez les personnes âgées ?***

4. MÉTHODOLOGIE

Ce travail est une revue de littérature dont l'objectif est d'étudier les données de la recherche vis-à-vis d'un sujet afin de guider la pratique infirmière à partir de données établies. La méthode PICOT (Personne, Intervention, Comparateur, Outcome, Temporalité) a permis de transformer la question de recherche en mots clés (tableau 1). Les bases de données scientifiques suivantes ont été sollicitées dans l'objectif de sélectionner les articles les plus pertinents pour répondre à notre question de recherche : Lissa (Littérature Scientifique en Santé), PubMed (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*), Cinahl (*Culmulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

Pour interroger les bases de données, les mots-clés ont été traduits en anglais à l'aide du logiciel *Health Terminology/Ontology Portal* (HeTop), ce qui nous a permis d'identifier les MeSH terms. Pour sélectionner suffisamment d'articles scientifiques, les synonymes des mots clés ont été retenus. Les MeSH Terms ont été recherchés automatiquement dans les titres et résumés.

Tableau n°1: PICOT

	Mots clés	HeTOP	PubMed	CINAHL	Lissa
P (Personne) Personnes âgées	Personnes âgées	Aged	Aged : 65+ years	Aged	
Patient atteint d'arthrose	Arthrose	Osteoarthritis Arthrosis			
I (intervention) Toucher thérapeutique Massage	Toucher thérapeutique Massage	Therapeutic touch Massage Healing touch			Toucher thérapeutique
C (comparateur)	-	-	-	-	-
O (Outcome) Diminution de la douleur chronique	Douleur chronique Douleur	Pain Chronic pain			

4.1. Bases de données de recherche :

Les premières recherches sur les bases de données ont été réalisées par plusieurs algorithmes de recherche. Une première équation de recherche a été effectuée à l'aide des mots clés : "Osteoarthritis" AND "pain" AND "therapeutic touch" en MeSh terms, ce qui a permis de trouver seulement 8 articles. Pour cette raison, le MeSh terms a été modifié en "All fields" et a permis d'obtenir 16 articles. Suite à l'analyse de ces recherches, 3 articles ont été retenus. La deuxième équation a été réalisée avec des mots-clés en utilisant les synonymes suivants : "osteoarthritis" OR "arthritis" AND "pain" OR "chronic pain" AND "therapeutic touch" OR "healing touch". Néanmoins, aucun des articles supplémentaires récoltés n'a été retenu.

Par la suite, les recherches ont été effectuées sur CINAHL avec les mots clés: "therapeutic touch" OR "healing touch" OR "massage" AND "pain" OR "chronic pain" AND "arthritis" OR

“osteoarthritis” en MeSh terms. Cette équation a permis de trouver 36 articles dont 3 ont été retenus. Ensuite, une dernière équation dans la base de donnée LiSSa a été réalisée avec les mots clés suivants : “impact du toucher thérapeutique “ et a donné 9 articles. Parmi ces articles, un seul a été retenu. Au final, 6 articles ont été sélectionnés pour l’analyse critique.

4.2. Diagramme de flux

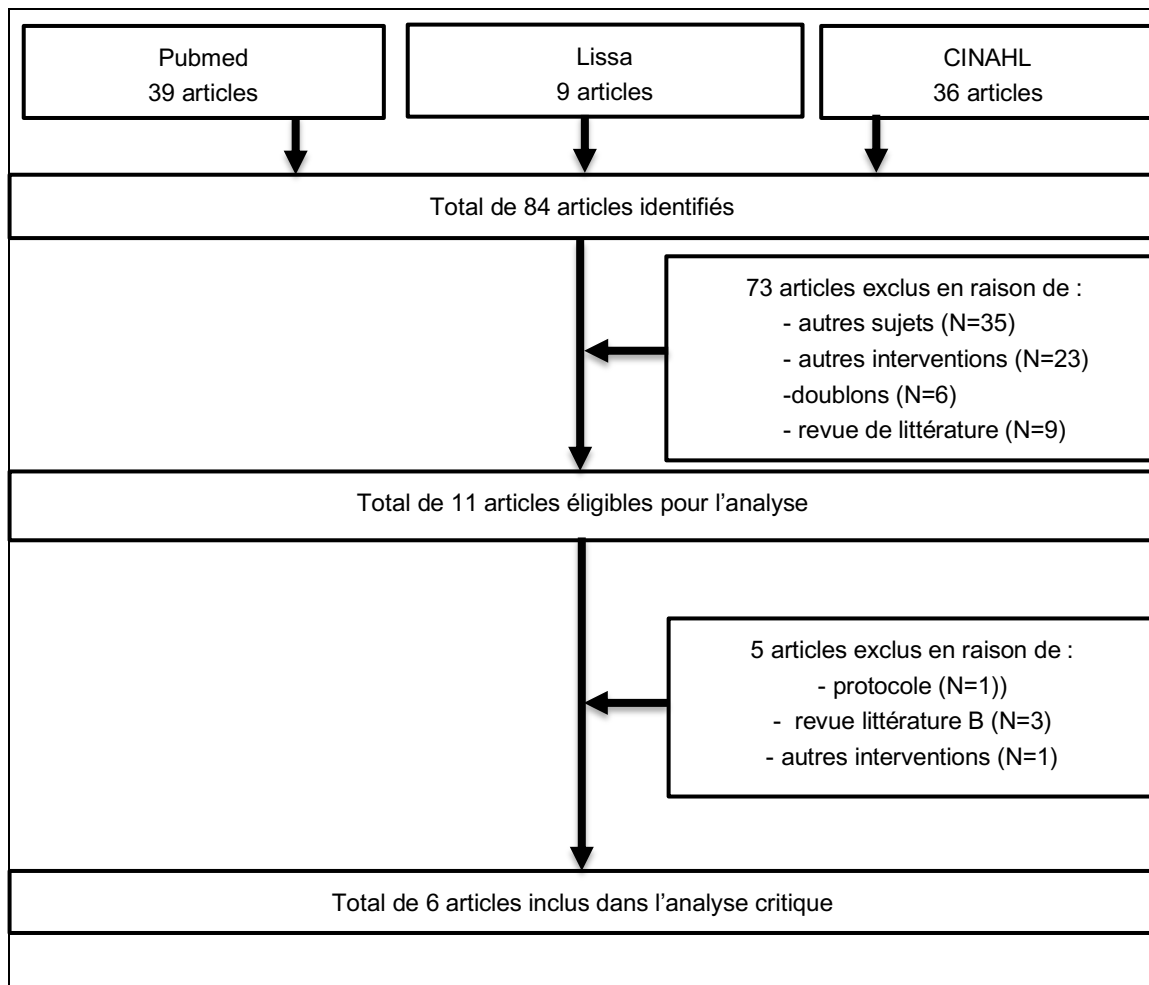


Figure 2 : Diagramme de flux décrivant le processus d’identification des articles

5. RÉSULTATS

La revue de littérature a permis de retenir 6 articles. Il s'agit d'essais contrôlés randomisés pour 5 d'entre eux dont 2 du même auteur (Hentz & al., 2009 ; Lu & al., 2013; Perlman & al., 2012; Peck., 1997; Peck., 1998). L'étude de Gordon & al. (1998) repose sur une méthodologie mixte : un essai randomisé contrôlé et complété par une partie qualitative (cf. tableau n°2). Les articles sélectionnés ont été abordés en différentes thématiques :

- Les soins par le toucher auprès des personnes âgées atteintes d'arthrose
- Les outils d'évaluation de la douleur
- Les effets sur la douleur
- Les effets sur le bien-être
- Les effets sur la mobilité et les capacités fonctionnelles

5.1. Les soins par le toucher auprès des personnes âgées souffrant d'arthrose

Chaque analyse d'article évalue l'efficacité du soin par le toucher. Certaines études se réfèrent au toucher thérapeutique alors que d'autres utilisent le *healing touch*.

L'étude de Gordon & al. (1998) et les articles de Peck (1997 & 1998) sont basés sur la méthode de Krieger et Kunz pour le toucher thérapeutique. Cette pratique ne nécessite pas de contact physique. Elle est séparée en quatre phases distinctes qui sont le centrage, l'évaluation, le modelage et la direction des champs d'énergie. Le centrage est le moment où le praticien se centre physiquement et psychologiquement sur le patient. Ce processus lui permet de trouver une posture physique afin d'atteindre un point d'équilibre à l'intérieur de soi. L'évaluation des champs d'énergie est pratiquée par le praticien qui positionne ses mains à environ 2 à 6 pouces du patient sans le toucher. Cela permet au praticien de percevoir l'ouverture, la qualité et la symétrie des flux d'énergies. Le modelage consiste à mobiliser, dénouer et repousser les énergies négatives. La direction des champs d'énergie est exercée par le praticien pour transférer ses propres énergies vers le patient.

Tableau 2 : Récapitulatif

	Massage	Toucher thérapeutique	Healing touch	Le Toucher
Gordon & al. (1998)		X		
Peck (1997)		X		
Peck (1998)		X		
Lu & al. (2013)			X	
Hentz & al. (2009)				X
Perlman & al. (2012)	X			

Contrairement à la méthode de Krieger et Kunz, le *healing touch* décrit dans l'article de Lu & al. (2013) est une pratique qui peut s'effectuer en l'absence ou en la présence de contact direct avec le patient. Dans cette modalité, le praticien dirige consciemment et intentionnellement l'énergie entre ses mains et le patient dans l'objectif d'équilibrer son champ énergétique initialement perturbé. Ce processus permet au patient d'accéder à ses ressources et à ses capacités de guérisons intrinsèques. Le *healing touch* produit une réponse parasympathique amenant le patient dans une phase de relaxation qui s'accompagne d'une diminution de la production des hormones du stress (le cortisol, l'adrénaline, l'ocytocine et la vasopressine). Cette thérapie a également un effet sur la neuroplasticité. En effet, les structures cérébrales sont modifiées par les stimulus sensoriels ressentis lors de la pratique du *healing touch*. Il est donc considéré que le *healing touch* permet de moduler l'énergie vitale du patient lui permettant d'acquérir une résistance supplémentaire face à la maladie accompagnée d'un rétablissement plus rapide.

Les deux études restantes (Hentz & al., 2009; Perlman & al., 2012) ont utilisé deux interventions différentes. L'intervention du Toucher dans l'étude de Hentz & al. (2009) est basée sur des techniques de contact cutané. C'est un acte de soin d'origine communicative, un contrat bienveillant, une combinaison de gestes pratiqués lors du soin. Le Toucher a pour but de communiquer, de soulager, de rassurer, d'apaiser, d'apporter un confort et une confiance ainsi que de préserver les ressources personnelles du patient. Les mains du praticien sont considérées comme étant un outil important en ce qui concerne les soins par le toucher, ce qui n'aura pas le même impact selon la manière dont elles sont utilisées. En effet, un même geste envers le patient peut être perçu comme agressif ou rassurant. C'est pourquoi le Toucher de nature calme et organisé avec réflexion aura un effet apaisant.

Dans l'article de Perlman & al. (2012) le soin par le toucher s'effectue grâce au massage suédois développé par Henri Ling. Cette pratique est connue pour ses divers bienfaits tels que

la favorisation de la relaxation, le soulagement des douleurs d'origine musculaire et du stress. Pour ce fait, les sept mouvements suivants sont utilisés : l'effleurage, le pétrissage, la pression ponctuelle, le frottement profond, le roulement de la peau, le tapotement et le brossage des doigts à l'aide d'huile naturelle.

Trois études (Peck., 1997; Peck., 1998; Lu & al., 2013) se sont basées sur les concepts de la théorie de Rogers des êtres humains unitaires. Dans le cadre de cette théorie, le toucher thérapeutique est une intervention qui permet à l'infirmière de modifier le champ d'énergie du patient. Pour ce faire, l'infirmière assure une prise de conscience méditative à l'aide de ses mains, sans contact direct avec le patient, afin de structurer une relation mutuelle entre l'infirmière, le patient et l'environnement. Dans les études de Peck (1997 & 1998), la théorie de Martha Rogers n'a pas été testée, mais son cadre a servi de référence pour comprendre le fonctionnement du toucher thérapeutique. L'étude de Lu & al. (2013) mentionne la théoricienne comme un appui, mais elle ne donne pas de détails précis concernant la théorie. Gordon & al. (1998) et Hentz & al. (2009) n'appuient pas leurs études avec l'éclairage théorique issu des travaux de Martha Rogers.

5.2. Les outils d'évaluation de la douleur

Les choix des instruments de mesure semblent avoir une influence sur les résultats des études sélectionnées. En effet, en fonction de l'échelle utilisée, l'intensité de la douleur sera évaluée de manière différente.

Les études de Gordon & al. (1998) et Peck (1997) ont évalué les résultats du soin par le toucher sur la douleur arthrosique avec l'échelle visuelle analogique (EVA). Il existe plusieurs critères d'évaluations de cette échelle. La dimension de mesure est influencée par des considérations cognitives et affectives propre à chacun selon la douleur supportée. Dans l'étude de Gordon & al. (1998), l'échelle EVA est utilisée horizontalement pour évaluer l'intensité de la douleur de 0 à 10. Le chiffre 0 correspond à aucune douleur et celui de 10 correspond à la pire douleur imaginable. De plus, cette étude a associé une autre échelle d'évaluation multidimensionnelle (MPI). Elle mesure les différents aspects de la douleur tels que la perception, la gestion et le vécu. Les auteurs de cette étude ont également utilisé l'échelle HAQ qui évalue l'intensité de la douleur à l'aide d'un questionnaire.

Dans l'article de Peck (1997) l'échelle EVA est utilisée verticalement. En effet, la lecture verticale est plus cohérente et plus facile à comprendre pour la population âgée.

Contrairement aux deux autres études, l'étude de Perlman & al. (2012) applique cette échelle comme mesure secondaire au score de WOMAC. Celui-ci est précisé dans le paragraphe suivant.

L'indice de Womac est un auto-questionnaire qui est utilisé dans l'étude de Lu & al. (2013) ainsi que dans celle de Perlman & al. (2012). Le questionnaire suivant est divisé en trois items qui évaluent l'intensité de la douleur, de la raideur et des capacités fonctionnelles. La cotation des réponses aux diverses questions peut s'effectuer avec l'échelle de Lickert ou l'EVA. L'étude Lu & al. utilise l'outil d'évaluation EVA avant l'intervention (soins par le toucher) et à la fin de l'intervention (la 6^{ème} semaine). Pour savoir si l'intervention fonctionne encore, ils effectuent une évaluation à la 9^{ème} semaine. L'étude de Perlman & al. ont utilisé l'échelle de Lickert à huit, seize et vingt-quatre semaines. Cette dernière propose 5 réponses possibles qui sont nul, minime, modéré, sévère et extrême. Le score s'effectue en additionnant les résultats pour chaque question. À travers leur évaluation, les deux études s'intéressent à l'efficacité de leur intervention dans le temps et indiquent une diminution du score de WOMAC qui perdure quelques semaines après les interventions. L'indice de Womac est un outil de mesures validé pour évaluer la fiabilité et la réactivité des personnes souffrant d'arthroses des membres inférieures suite à une modification de traitement comme nous avons pu voir dans la cadre du soin par le toucher.

L'échelle HAQ utilisée dans l'étude de Gordon & al. (1998) est un auto-questionnaire comportant des similitudes avec l'indice de WOMAC. Les questions sont davantage précises que dans l'échelle de WOMAC, mais elles évaluent uniquement les dimensions fonctionnelles de la personne et plus précisément leur impact sur leur qualité de vie. La cotation des scores de la HAQ se réalise à travers quatre affirmations qui sont « sans aucune difficulté », « avec quelques difficultés », « avec beaucoup de difficultés » et « incapable de le faire ». La cotation se rapproche fortement de celle réalisée avec l'échelle de Lickert dans l'indice de WOMAC.

5.3. Les effets sur la douleur

Les résultats de la recherche de Gordon & al. (1998) démontrent un abaissement de la douleur chez le groupe ayant reçu le toucher thérapeutique et le groupe placebo. Néanmoins, une diminution de la douleur est plus marquée dans le groupe TT.

Dans l'étude de Peck (1998), l'intervention PMR démontre une efficacité supérieure à celle du TT.

Les résultats des deux études réalisées par Peck (1997, 1998) démontrent des similarités. En effet, dans l'étude de 1997, l'intervention du TT a montré une réduction de la douleur chez les sujets par rapport à l'évaluation primaire, mais elle n'est pas plus efficace que le PMR. Cependant, une différence est constatée sur les conséquences engendrées par la douleur. Effectivement, les résultats révèlent une diminution plus importante de la conséquence de la douleur chez le groupe PMR que chez le groupe TT. De ce fait, l'hypothèse 2 est rejetée, ce qui veut dire que la diminution de la douleur n'est pas plus grande dans le groupe TT que dans celui du PMR.

Par conséquent, les patients bénéficient du même nombre de séances de TT dans les études (Peck, 1997; Peck, 1998; Gordon & al., 1998), mais la durée des interventions et leur efficacité sur la réduction de la douleur ne sont pas identiques.

Concernant l'étude de Hentz & al. (2009), l'impact du Toucher sur l'intensité de la douleur a montré une efficacité lors des situations de soin telles que le lever et la toilette.

L'étude de Lu & al. (2013) a utilisé deux échelles pour mesurer l'efficacité du *Healing touch* (HT) sur le niveau de douleur. La mesure avec l'échelle montre une différence significative sur la réduction de la douleur entre le groupe HT et le groupe placebo qui reçoit uniquement la visite d'une infirmière pour les soins quotidiens. L'échelle WOMAC démontre également une différence de l'intensité de la douleur entre le groupe cas et témoin.

L'étude de Perlman & al. (2012) a étudié les bénéfices et l'efficacité de manière prolongée du massage sur la diminution de la douleur. Les résultats démontrent que la fréquence (1 à 2 fois/semaine) des interventions après huit semaines n'a pas d'effet sur la réduction de la douleur, mais que la durée du massage (60 minutes) permet de diminuer la douleur. De ce fait, les résultats de l'étude suggèrent l'avantage du massage d'une durée plus longue plutôt que des séances courtes mais plus fréquentes.

Ainsi, même si la durée et le type d'intervention ne sont pas identiques dans les études de Lu & al. (2013), de Hentz & al. (2009) et de Perlman & al. (2012), ces interventions ont toutes démontré un effet positif sur la diminution de la douleur. Cependant, leurs résultats démontrent l'efficacité des interventions à des degrés différents.

5.4. Les effets sur le bien-être

L'étude de Gordon & al. (1998) affirme que la pratique du toucher thérapeutique a un effet positif sur l'humeur par rapport au groupe placebo et comparé à celui qui ne reçoit pas d'intervention. De plus, elle a également des bénéfices sur la satisfaction personnelle des individus. Le toucher thérapeutique aurait un effet sur le niveau d'énergie des personnes, ce qui leur permettrait de réaliser davantage leurs activités. Les données qualitatives de cette étude soutiennent l'hypothèse de l'amélioration de la qualité de vie des patients ayant bénéficié du toucher thérapeutique. Une femme a notamment déclaré qu'elle a diminué de moitié son traitement matinal. Elle affirme également que cette intervention lui a permis de repousser l'idée de se faire opérer pour une prothèse de genou car elle se sentait plus confortable. Par ailleurs, la plupart des patients du groupe traitement ont été satisfaits de l'intervention. Ils la décrivent comme étant une expérience agréable et qu'ils souhaiteraient renouveler. Au cours du deuxième entretien réalisé sept semaines après l'arrêt du traitement, la plupart des patients ayant bénéficié de l'intervention percevaient une aggravation de leurs symptômes, néanmoins ils se sentaient tout de même mieux qu'avant leur participation à l'étude.

Dans l'article de Hentz & al. (2009), il est étudié l'influence du Toucher sur l'anxiété à l'aide du test de Spielberger. Ce test est un questionnaire avec des affirmations telles que « je me sens calmes » ou « je suis tendu ». Les patients y répondent en lien avec leur ressenti lors de la situation (« pas du tout », « un peu », « modérément », « beaucoup »). Enfin, un score entre 0 (anxiété maximale) et 100 (aucune anxiété) est accordé à chaque item, puis un score global de l'anxiété est calculé avec la moyenne des scores de tous les thèmes du questionnaire. Les auteurs de l'étude ont relevé une différence statistiquement significative sur le bien-être entre les patients qui reçoivent le Toucher et ceux qui ne l'ont pas. A la fin de l'intervention, les auteurs ont questionné les patients ayant bénéficié du soin par le Toucher afin de savoir s'ils désiraient renouveler cette pratique. Parmi les 457 patients qui ont reçu le Toucher, 410 soit 94,3% ont répondu vouloir profiter à nouveau de ce soin.

L'anxiété est souvent associée à la douleur et contribue à l'aggravation des symptômes. Dans l'étude de Hentz & al. (2009), le Toucher n'a pas contribué à la baisse de l'anxiété dans les situations de soins évaluées telles que la toilette et le lever. Dans les deux études de Peck (1997 & 1998), les sujets expriment une diminution de l'anxiété et du stress physiologique après l'utilisation du toucher thérapeutique, ce qui a permis de rompre le cercle vicieux (douleur-tension-anxiété). En effet, les sujets se sentent plus relaxés. Ces auteurs attestent

que les pratiques ont un effet positif sur les ressentis des patients. Par ailleurs, les sujets dans l'étude de Peck (1997) expriment leur satisfaction à l'égard du traitement et peuvent pratiquer à nouveau des activités. En ce qui concerne l'autre étude de Peck (1998), les résultats montrent une amélioration de l'humeur et une satisfaction des patients entre le premier et le sixième traitement.

Il est relevé dans l'étude que le *Healing Touch* permettait de réduire l'anxiété, la fatigue et la détresse. Les résultats ont également démontré une amélioration de la relaxation, de la qualité de vie et de l'humeur.

5.5. Les effets sur la mobilité et les capacités fonctionnelles

L'étude de Perlman & al. (2012) démontre une amélioration des capacités fonctionnelles à la suite de l'intervention. En effet, l'item de la fonctionnalité de l'échelle WOMAC a démontré la présence d'un effet significatif chez les personnes qui bénéficient d'au moins soixante minutes de massage suédois. L'amplitude des mouvements a également été améliorée qu'après soixante minutes de massage. En dessous de cette valeur, aucun effet significatif n'a été constaté par rapport aux données initiales entre le groupe traitement et celui ne bénéficiant que des soins habituels. En conclusion, la durée de l'intervention a une importance sur les effets auprès des patients.

La capacité fonctionnelle est définie comme la capacité d'accomplir les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, l'habillage, la marche, la cuisine ou encore la lessive. Les loisirs et les activités reflétant l'intégration du sujet dans la société sont également pris en compte. Les limites fonctionnelles sont problématiques, car elles sont susceptibles d'engendrer des difficultés face aux performances du sujet impactant sa fonction de rôle et ses aptitudes pour la réalisation d'un travail productif (Millard, 1989 cité par Peck 1998).

À l'origine de son étude, Peck (1998) a émis les deux hypothèses suivantes :

1. Suite à l'intervention du toucher thérapeutique, les capacités fonctionnelles des personnes âgées seront améliorées en comparaison à leur évaluation initiale.
2. Suite à l'intervention du toucher thérapeutique, les capacités fonctionnelles des personnes âgées bénéficiant du toucher thérapeutique seront davantage améliorées que le groupe recevant le PMR.

Entre le début de l'étude et la sixième semaine d'intervention du toucher thérapeutique, l'évaluation avec la AIMS2 a démontré une amélioration significative de la fonctionnalité de la main. Malgré une diminution des scores sur toutes les dimensions, aucune amélioration significative de la mobilité générale et des activités sociales n'a été démontrée. Dans le groupe PMR, une amélioration de la fonctionnalité de la main a également été constatée mais elle demeure inférieure que celle du groupe bénéficiant du toucher thérapeutique. Les données suivantes soutiennent donc l'efficacité des deux groupes et démontrent une amélioration des capacités fonctionnelles davantage prononcée pour le groupe bénéficiant du toucher thérapeutique.

L'étude de Lu & al. (2013) s'est appuyée sur le goniomètre et l'échelle WOMAC pour évaluer la flexibilité et la mobilité des articulations. Le goniomètre est un appareil qui mesure le degré de flexion et d'extension active ou retardée des articulations. Les valeurs varient selon l'amplitude des mouvements. La flexion dite normale est entre 135 et 150. En ce qui concerne l'extension, la valeur est comprise entre 0 et 10. Cet appareil semble très fiable à corrélérer la mesure de la mobilité articulaire. Les praticiens de cette étude ont été formés à l'utilisation de cet outil par le consultant de physiothérapie. Les sujets testés sont chronométrés lorsque le soignant dit "Lève-toi et marche" dans le but d'évaluer la mobilité et les anomalies de la démarche et l'équilibre. Ce test permet aux sujets de se lever de la chaise sans utiliser les accoudoirs et de marcher environ 10 pas, faire un demi-tour et s'asseoir. Le moment choisi se fait sur plusieurs séries afin d'avoir de meilleurs résultats. Le praticien fournit de l'aide en cas de besoin. Les résultats de l'étude ont démontré deux mesures significatives sur du long terme, à savoir celle du « meilleur genou » et du « pire genou ». Le groupe traitement a indiqué une amélioration de la résistance au niveau de l'extension du « meilleur genou » et du « pire genou » lors des 6 semaines. L'extension « du meilleur genou » s'est améliorée de manière significative depuis le début jusqu'à la fin de l'étude. Pour la flexion du genou, les résultats montrent une amélioration que dans le « pire genou ».

De plus, l'échelle WOMAC a révélé des améliorations sur la raideur articulaire auprès du groupe traitement. En termes de résultats, 9 sur 12 des fonctions articulaires ont évolué au cours de l'étude. A l'opposé du groupe « Friendly Visit », les résultats démontrent aucune différence sur les fonctions articulaires et la mobilité. Il est important de noter que l'étude n'a montré aucun effet réel sur la flexibilité ni la mobilité, mais plutôt sur la flexion et l'extension des deux genoux. En outre, une éducation sur la marche peut davantage améliorer les fonctions articulaires et la mobilité pour effectuer les activités de la vie quotidienne.

Contrairement aux résultats positifs de l'étude de Perlmann & al. (2012), de Peck (1998) et de Lu & al. (2013), il n'y a pas d'effet significatif du soin par le toucher sur les capacités fonctionnelles dans l'étude de Gordon & al. (1998). L'étude émet l'hypothèse que l'échelle de "indice d'incapacité fonctionnelle" ne comprend que deux ou trois questions spécifiques telles que « Êtes-vous capable de vous baisser pour prendre un vêtement au sol » ce qui pourrait expliquer l'incohérence des résultats comparés aux autres études. Les résultats indiquent uniquement une amélioration en ce qui concerne les activités pour le groupe traitement en comparaison au groupe placebo et au groupe contrôle. Les commentaires ont été les suivants : « tout à changer », « je peux marcher », « je n'ai aucune douleur », « je n'ai pas de gonflement ». Beaucoup d'entre eux décrivent un taux d'activité accru ou affirment qu'ils ont plus de facilité à participer à leurs activités habituelles et sont d'autant plus actives dans leur travail qu'auparavant. Malgré l'impossibilité de rejeter l'hypothèse 1, les données qualitatives soutiennent une amélioration des capacités fonctionnelles.

Tableau 3 : Synthèse des articles retenus

Auteur – Année –Titre	Type d'étude – Population	But de l'étude	Intervention – Méthode – Instrument de mesure	Principaux résultats
<p>Hentz F., Mulliez A., Belgacem B., Noifalisse C., Barrier H., Gorran J., Paniagua C., Mathé B., Gerbaud L., (2009)</p> <p>Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers</p>	<p>Essai contrôlé randomisé et multicentrique</p> <p>Personnes entre 18,2 ans et 58.8 ans nécessitant des soins (toilette, avant une intervention ou un examen invasif, lors d'un pansement, lors de la recherche d'un meilleur sommeil, lors de la recherche de bien-être, lors d'un lever, lors d'une prise de sang et avant pose de voie veineuse périphérique. n=888, 637 femmes, 223 hommes, 28 patients n'ont pas mentionnée leur sexe.</p>	<p>Évaluer l'impact du toucher sur l'intensité de la douleur lors de situation de soin</p>	<p>L'étude a été faite auprès de quatre centres hospitaliers soit 16 services de soins. Chaque inclusion a été randomisée (stratifiée par établissement et par situation de soin) aboutissant à la réalisation d'un soin avec ou sans le toucher. 457 patients ont reçu le soin avec une pratique du Toucher et 431 ont eu le soin sans toucher.</p> <p>Lors de l'inclusion du patient, l'investigateur procédait au tirage au sort d'une situation de soin : toilette et le lever.</p> <p>Les situations de soin, elles ont été mesurées avant et après le soin.</p> <p>Les outils d'évaluations ont été l'échelle visuelle analogique (EVA) pour la douleur.</p>	<p>Pour les trois situations de soins, une différence statistiquement significative entre les patients ayant bénéficié du toucher et les autres patients n'ayant pas reçu le toucher a été démontré (pour la toilette, et pour le lever.</p>
<p>Lu DF., Hart LK., Lutgendorf SK., Perkhounkova Y (2013)</p>	<p>Essai contrôlé randomisé Personnes âgées de plus de 65 ans sans problèmes cognitifs qui ont reçu un diagnostic d'arthrose du/des genou-s.</p>	<p>Étudier le soin par le toucher sur le niveau de douleur, la fonction articulaire, la mobilité et la dépression chez les</p>	<p>Un groupe (n=12) reçoit 3 fois par semaines pendant 6 semaines des séances de soin de 20 minutes par le toucher. (HT) Un autre groupe (n=7) reçoit une visite d'une infirmière 1 fois par semaines pour des soins standards. L'instrument de mesure : « the Lowa Pain Thermometer » (IPT) échelle 0 à 13¹, Brief pain interview short form (BPI)², Échelle WOMAC pour l'intensité de la douleur.</p>	<p>Pour l'échelle BPI, une différence significative a été démontrée entre les patients ayant reçu uniquement la visite d'une infirmière pour les soins habituels et ceux qui ont bénéficié d'un soin par le toucher supplémentaire.</p>

¹ IPT : thermomètre de la douleur de l'lowa : c'est une image d'un thermomètre comportant une échelle de 0 à 13 et 7 mots qui décrivent l'intensité de la douleur allant de « aucune douleur » à « la douleur la plus intense imaginable ».

² BPI est une échelle qui va collecter les données concernant l'intensité de la douleur et l'impact dans la vie du sujet.

<p>The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis: a feasibility study</p>	<p>Les participants sont choisis dans des EMS, certains dans la communauté souffrant d'arthrose du genou (n=19). Les personnes étaient soit institutionnalisées (n=14) ou vivant dans la communauté (n=5).</p>	<p>personnes souffrant d'arthrose du genou.</p>		<p>L'échelle WOMAC démontre également une différence significative entre faveur du groupe intervention.</p>
<p>I. Perlmarm A., Ather A., Yanchou Njike V., Hom D., Davidi A., Gould-Fogerite S., Milak C., L.Katz D (2012)</p> <p>Massage Therapy of Osteoarthritis of the knee: A randomized Dose-Finding Trial</p>	<p>Étude essai contrôlé randomisé</p> <p>Personnes âgées de plus de 35 ans atteintes de l'arthrose du genou (n=125).</p>	<p>Étudier les bénéfices, la faisabilité, la sécurité et l'efficacité du massage thérapeutique persistant au-delà de 8 semaines après la fin du traitement.</p>	<p>Intervention : Cette étude a 4 groupes de cas de traitements de massages, chaque groupe contient 25 personnes et un groupe témoins également de 25 personnes.</p> <p>Le groupe 1 reçoit 30 minutes de massage 1x par semaine durant 8 semaines.</p> <p>Le groupe 2 reçoit 30 minutes de massages 2x par semaine pendant 4 premières semaines et 1x par semaine les 4 dernières semaines.</p> <p>Le groupe 3 reçoit 60 minutes de massages 1x par semaine pendant 8 semaines.</p> <p>Le groupe 4 reçoit 60 minutes 2x par semaine pendant 4 premières semaines et 1x par semaine les 4 derniers semaines.</p> <p>Le groupe 5 reçoit les soins habituels sans le massage thérapeutique pendant les 8 semaines.</p> <p>La mesure principale se fait à l'aide de l'indice d'arthrite des universités de l'ouest de l'Ontario et l'Université McMaster (WOMAC-Global)³</p> <p>La mesure secondaire comprend une échelle visuelle analogique (EVA) (0-100) ainsi qu'une échelle mécanique⁴.</p> <p>La flexibilité articulaire⁵</p> <p>Calcul du temps pour marcher 15 mètres sur une surface plate.</p>	<p>Échelle WOMAC :</p> <p>À 8 semaines, la fréquence du massage thérapeutique n'a pas d'incidence significative sur diminution de la douleur. (1à 2x/semaine)</p> <p>Mais la durée de l'intervention a des conséquences positives sur la douleur. (30 vs 60 minutes).</p> <p>Un effet significatif a été démontré pour tous les groupes ayant reçu l'intervention (1,2,3,4) à 6 semaines. A 16 et 24 semaines, seuls les groupes ayant reçu plus de temps de massages (groupes 2,3,4) ont montré une amélioration de la douleur.</p> <p>Pour le groupe témoin, il n'y a pas de diminution de la douleur (p>0,05). Le temps plutôt que la fréquence</p>

³ Voir dans le chapitre échelle de la douleur.

⁴ C'est une échelle qui mesure l'intensité de la sensation douloureuse évoqué par des stimuli nociceptives.

⁵ A l'aide d'un goniomètre, cela permet de mesurer l'amplitude du mouvement durant la flexion du genou.

			L'ensemble de ces mesures a été effectué à l'inclusion, à 8, 16 et 24 semaines	
Peck S.D., (1997) The Effectiveness of Therapeutic Touch for Decreasing Pain in Elders With Degenerative Arthritis	Essai contrôlé randomisé. Personnes âgées de 55 et 99 ans diagnostiquées d'arthrite dégénérative (arthrose ou polyarthrite rhumatoïde) (n=82).	Déterminer si le toucher thérapeutique diminue la douleur des personnes âgées souffrant d'arthrose.	Un groupe de patient a reçu 6 séances de toucher thérapeutique (TT) pendant 4 semaines (n=45). Les séances de TT durent entre 10 et 33 minutes. Tandis, que le groupe témoin a bénéficié de la Progressive Muscle Relaxation (PMR (n=37) d'une durée de 18 à 22 minutes. L'instrument de mesure dans cette étude est le VAS ⁶ .	Le groupe qui reçoit le TT a démontré une diminution significative des scores moyens de la douleur entre le pré et le post intervention, entre la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention ainsi que la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention. Il y a également une baisse significative des résultats moyens de la conséquence de la douleur entre le pré et le post intervention, la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention ainsi qu'entre la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention. Cela démontre une diminution de la douleur de l'arthrose et ses conséquences par rapport à la période de référence. Le groupe qui reçoit des séances de PMR, montre une diminution significative des résultats moyens de la douleur entre : la pré et la post intervention, la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention ainsi que la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention. Il y a également une réduction significative des scores moyens de la conséquence de la douleur entre le pré et le post intervention, la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} pré-intervention ainsi que la 1 ^{ère} et la 6 ^{ème} post-intervention. Les scores moyens de pré-intervention sont équivalents pour le groupe TT et le groupe PMR. Les résultats moyens du post-intervention du groupe PMR sont inférieurs à ceux du groupe TT, ce qui démontre une diminution des conséquences de la douleur au sein du groupe PMR. Cependant, cette différence n'est pas significative pour la douleur.
Peck S.D.,	Essai contrôlé randomisé	Déterminer si le toucher	Un groupe de patient a reçu 6 séances de toucher thérapeutique (TT) d'une durée entre 15 à 20 minutes pendant 4 semaines (n=45). Tandis,	Pour le groupe TT, il y a une différence significative uniquement pour la douleur, la mobilité de la main, la tension, l'humeur et la satisfaction

⁶ L'utilisation de l'échelle « Visual Analogue Scale » (10 cm) des extrémités étiquetées de la douleur et de la détresse. L'étiquetage de la douleur est le suivant : bas = pas de douleur, haute = pire douleur imaginable. L'étiquetage de la détresse est le suivant : bas= ne me dérange pas, haut= insupportable. Les patients mettent eux-mêmes un trait en fonction de l'intensité de la douleur ressentie. La distance est mesurée à l'aide d'une échelle en millimètre depuis le bas jusqu'au trait placé par le patient puis est utilisé comme index numérique.

<p>(1998)</p> <p>The efficacy of Therapeutic touch for improving Functional Ability in Elders with Degenerative Arthritis</p>	<p>Personnes âgées de 55 à 99 ans avec diagnostic d'arthrite dégénérative (n=82).</p>	<p>thérapeutique améliore les capacités fonctionnelles (dont la douleur contribue à l'amélioration)</p>	<p>que le groupe témoin a bénéficié de la Progressive Muscle Relaxation (PMR) (n=37). L'instrument de mesure dans cette étude est l'Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2⁷) les sujets sont évalués à l'aide de cette échelle lors 2-3 dernières semaines. Les mesures se font 2 fois par référence, à la 1ère, 3ème et 6ème intervention.</p>	<p>(p=0,008) Le groupe PMR démontre un bénéfice dans toutes les dimensions sauf pour la mobilité, les activités sociales et domestiques. Par contre une différence significative de la marche, flexion, articulation (p=0,044) ainsi que la douleur, la tension, l'humeur et la satisfaction.</p>
<p>Gordon, A., Merenstein, J.H., D'Amico, F. & Hudgens D. (1998)</p> <p>The Effects Of Therapeutic Touch on Patients with Osteoarthritis Of the Knee.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé. Personnes âgées entre 40 et 80 ans et avec diagnostic d'arthrose du genou (n=31). Seuls 27 patients ont bénéficié de la totalité des interventions et 25 d'entre eux ont terminé l'étude (2 sujets n'ont pas été joignables pour réaliser l'entretien final).</p>	<p>Déterminer l'efficacité du toucher thérapeutique sur la douleur, l'état de santé général et le bien-être auprès de personnes souffrant d'arthrose du genou.</p>	<p>Les participants ont été divisés en trois groupes distincts. Les sujets du premier groupe (n=8) ont bénéficié du toucher thérapeutique. Le deuxième groupe (n=8) avait comme intervention une pratique simulée du toucher thérapeutique (placebo). Le dernier groupe ne recevait pas d'intervention (n=11).</p> <p>Le toucher thérapeutique consiste à placer ses mains à quelques centimètres du corps du sujet. Le groupe qui bénéficie du traitement placebo reçoit la même intervention, mais la praticienne ne se focalise sur autre chose que sur le patient (compter à l'envers).</p> <p>Le groupe traitement et le groupe placebo bénéficient de l'intervention 1x/semaine durant 6 semaines en plus de leur traitement habituel. La Health Assessment Questionnaire (HAQ⁸) et la West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI⁹) ont été utilisés avant l'intervention, à 7, à 13 semaines pour déterminer l'efficacité des interventions.</p> <p>La VAS¹⁰ a quant à elle été utilisée avant et après pour le groupe bénéficiant du toucher thérapeutique et le groupe placebo et à la 1^{ère},</p>	<p>En ce qui concerne le MPI, une différence significative a été mise en avant sur 10 parmi des 13 échelles pour le groupe traitement et le groupe placebo par rapport à celui ne bénéficiant d'aucune intervention. En effet le groupe TT et le groupe placebo ont eu une amélioration dans les niveaux d'activités générales ainsi qu'un abaissement du niveau de douleur. Cette différence reste néanmoins plus marquée dans le groupe traitement.</p> <p>Pour l'échelle HAQ, une différence significative du groupe traitement par rapport aux deux autres a été démontrée uniquement dans les dimensions de l'état de santé actuel. En ce qui concerne les capacités fonctionnelles, il n'y a pas de différence significative entre le groupe traitement par rapport au groupe placebo et groupe sans intervention (s'habiller et toiletteage).</p> <p>Par rapport à l'échelle de VAS, il y a une amélioration pour le groupe traitement par rapport aux deux autres.</p> <p>Les données qualitatives recueillies lors de l'interview ont soutenu la différence significative du groupe traitement par rapport aux autres comme pour le MPI. Par exemple, plusieurs patients du groupe traitement mentionnent une prise de traitement moindre ou retardée pour diminuer les</p>

⁷ « Arthritis Impact Measurement Scale » comprend 78 items pour 12 échelles (mobilité, douleur (arthrite), activités sociales, soutien des proches, répercussions sur le travail, santé émotionnelle, soins d'hygiène de base, niveau de tension et humeur) Les résultats comportent 4 à 6 points de sorte qu'une faible valeur indique un meilleur état de santé.

⁸ HAQ : Une échelle qui évalue l'intensité de la douleur, les capacités fonctionnelles et l'état de santé général du patient.

⁹ MPI : Le MPI comprend 13 échelles qui évaluent différents aspects dont la perception, la gestion et le vécu de la douleur.

¹⁰ L'échelle de VAS mesure l'intensité de douleur et le bien-être.

			<p>7^{ème} et 13^{ème} semaine pour le groupe qui ne bénéficie d'aucune intervention.</p> <p>Une interview est réalisée à la 6^{ème} et 13^{ème} semaine avec les participants de l'étude afin de déterminer si d'autres résultats n'étaient pas compris dans les échelles sélectionnées.</p>	<p>douleurs. Seul un patient dans le groupe traitement a remarqué qu'une faible modification, les 7 restant ont noté une diminution de leur douleur et une augmentation de leur taux d'activité. Dans le groupe placebo, cinq d'entre eux disaient se sentir bien sans pouvoir décrire précisément les diverses améliorations.</p>
--	--	--	---	--

6. DISCUSSION

La discussion va nous permettre de confronter les divers résultats des articles retenus avec l'ancrage disciplinaire dans le but de répondre à la question de recherche : En quoi les soins par le toucher contribuent au soulagement des douleurs causées par l'arthrose chez les personnes âgées ?

- Limites des études sélectionnées
- Les soins par le toucher auprès des personnes âgées souffrant d'arthrose
- Les outils d'évaluation et les effets sur la douleur
- Les effets sur le bien-être
- Les effets sur la mobilité et les capacités fonctionnelles

6.1. Les limites des études sélectionnées

Les deux articles de Peck (1997 & 1998) ont des limites semblables. Tout d'abord, une différence de l'expérience des professionnels est constatée. Pour le groupe TT, les praticiens ont une expérience de 2 ans et ceux du PMR ont été formés spécifiquement pour l'étude. De plus, un écart est constaté entre la durée des deux thérapies. En effet, les patients du groupe TT ont reçu le soin pendant 5 minutes alors que ceux du groupe PMR ont bénéficié de l'intervention durant 20 minutes.

Par ailleurs, des difficultés dans la passation de l'instrument AIMS2 sous forme de questionnaire sont relevées dans l'étude Peck (1998). Les deux groupes ont trouvé le formulaire complexe ce qui aurait pu impacter les résultats. En outre, il n'est pas mentionné dans cette étude Peck (1998) d'informations sur le traitement de base utilisé par les patients.

S'agissant de la recherche de Lu & al. (2013), la taille d'échantillon des deux groupes est faible (n=19). Les sujets sont majoritairement des femmes avec infériorité de la gent masculine (n=3). La composition des groupes n'est pas égale dans cette étude. De plus, l'origine ethnique de cet échantillon se compose uniquement de Caucasiens. Pour ces diverses raisons, la généralisation n'est pas envisageable.

Dans l'article de Perlman & al. (2012), l'étude s'est limitée aux techniques de massage suédois et elle n'a pas comparé l'intervention avec d'autres types de massage. De plus, aucune description n'est communiquée concernant cette technique de massage.

Cette intervention a seulement été étudiée chez des patients atteints d'arthrose du genou. De ce fait, il n'est pas possible de soutenir le fait que cette intervention diminue la douleur

arthrosique pour d'autres parties du corps. Les patients de cette étude étaient âgés de plus de 35 ans, alors que notre question de recherche vise la population âgée de plus de 65 ans. Enfin, la taille de l'échantillon était insuffisante pour pouvoir déterminer des changements statistiquement significatifs entre les deux groupes.

Dans l'étude de Gordon & al. (1998), le groupe traitement rapporte une diminution plus importante de la douleur. Malgré cela, un effet significatif a également été constaté auprès du groupe placebo. Cet aspect soulève des questions quant à la modalité d'intervention utilisée par la praticienne auprès du groupe placebo. En effet, le fait de réaliser correctement les gestes du toucher thérapeutique malgré une « déconcentration » aurait un impact sur la diminution de la douleur. Par ailleurs, la petite taille d'échantillon (n=25) ne permet pas d'envisager une généralisation des résultats concernant l'ensemble de la population. L'ancienneté de l'étude peut également être considérée comme une limite du travail, car l'impact et la perception douloureuse auprès des personnes âgées peut être différente entre les générations par rapport aux modes de vies actuels. De plus, nous n'avons pas d'indications sur les traitements de bases utilisés.

Malgré la taille importante de l'échantillon utilisé dans l'essai clinique randomisé réalisé par Hentz & al. (2009), celui-ci comporte certaines faiblesses. Effectivement, l'article fait référence aux soins par le Toucher mais sans détailler davantage cette pratique. Il la considère comme un acte infirmier ayant pour objectif la diminution des aspects douloureux ou anxiogènes provoqués par certains soins grâce au contact cutané. Les actes considérés comme potentiellement douloureux sont limités dans le temps (pose de voie veineuse, toilette, réfection de pansement) ce qui ne tient pas compte de douleurs chroniques provoquées par l'arthrose. De plus, les auteurs ne détaillent pas la durée, la pratique du Toucher ni la posture adoptée par le soignant lors de la réalisation de ce geste (contact avec le champ d'énergie de la personne, concentration). Par ailleurs, les mesures de l'étude sont uniquement basées sur des évaluations subjectives (Test de Spielberger et EVA) en référence à l'expérience et au vécu de chacun. Il existe également un potentiel biais limitant la généralisation compte tenu de la population étudiée. En effet, les patients recrutés étaient âgés entre 18 et 58 ans tandis que l'arthrose est une pathologie dont la prévalence augmente avec l'âge. Ainsi, généraliser cette étude à des personnes plus âgées s'avère être délicat en raison des comorbidités qui s'installent avec le temps.

6.2. Le soin par le toucher

Au vu des résultats, les soins par le toucher ont démontré un effet positif sur le soulagement de la douleur du patient.

Tous les articles se référant au toucher thérapeutique et au *Healing Touch* ont démontré des effets sur les champs énergétiques. Selon Rogers, les champs d'énergie de l'individu et de l'environnement peuvent être influencés par les douleurs et par les maladies sous-jacentes comme dans le cas de l'arthrose. De ce fait, les interventions infirmières doivent s'intéresser à la gestion de la douleur tout en faisant preuve de créativité dans les soins.

Il est évident qu'une bonne infirmière nécessite des compétences et des connaissances afin de maintenir une pratique réflexive et d'offrir des soins de qualité aux patients. Cependant, l'infirmière se doit également d'être dans un bon état d'esprit, car le fait d'octroyer le soin n'est pas suffisant dans une prise en charge. Nous pouvons constater que cet aspect est d'autant plus important dans la pratique du toucher thérapeutique pour maintenir l'efficacité de ce soin. En effet, dans l'étude de Gordon & al. (1998), l'effet placebo démontre que lorsque l'infirmière ne se centre pas sur le patient, l'interaction des champs énergétiques entre le soignant et le patient est altérée. Nous estimons que cette perspective soutient l'importance de guider une telle pratique à travers une théorie infirmière s'inscrivant dans le paradigme de la transformation. En effet, ce soin suggère d'être avec le patient. Comme constaté dans l'article de Gordon & al. (1998), l'acte seul (paradigme de l'intégration) est moins efficace sur le soulagement de la douleur. De ce fait, la pratique infirmière doit être conçue pour harmoniser le rythme entre les champs d'énergies, en encourageant le patient dans son processus de changement afin d'optimiser son état de santé.

Le massage suédois et le Toucher sont des pratiques qui nécessitent un contact physique, un sens qui existe depuis toujours. À la naissance, la mère tente de rassurer et d'apaiser son enfant en le touchant tendrement. Le toucher est donc le premier sens qui se développe chez le nouveau-né et c'est ce contact qui va permettre de créer une relation de confiance entre la mère et l'enfant.

Ce sentiment de sécurité procuré par le toucher existe tout au long de notre vie. En effet, lorsque nous constatons un proche angoissé, il est courant de poser sa main sur son épaule. Ce geste de nature instinctif chez l'homme démontre la notion réconfortante et le besoin d'être touché. À travers le massage et le Toucher, l'infirmière est capable d'offrir un espace de bien-être et de réconfort auprès de personne vulnérable de par la maladie. Le contact physique permet donc de créer une relation de confiance entre l'infirmière et le patient. En effet, ce soin les rapproche car il est interactif, nous ne pouvons pas toucher sans être touché (Savatofski & Prayez,

1989). De ce fait, nous constatons qu'une telle pratique nécessite que l'infirmière et le patient soient à l'aise avec le contact physique. L'obstacle à cette forme de communication pourrait être la pudeur ou les croyances religieuses. Les articles analysés ont prouvé l'efficacité de ces interventions, mais nous ne disposons pas de connaissance sur les valeurs des praticiens impliqués et en quoi cela pourrait potentiellement modifier les résultats.

Nous pouvons conclure que les soins par le toucher sont efficaces pour soulager la douleur du fait de la relaxation et de la sensation de bien-être qu'ils procurent. Cependant, il est nécessaire de garantir une durée prolongée (supérieure à 30 minutes en référence à l'étude Gordon & al. (1998) pour qu'un tel soin ait un apport suffisamment bénéfique.

6.3. Les outils d'évaluation et les effets sur la douleur

Les personnes âgées sont davantage sujettes à souffrir de douleurs chroniques comme celle de l'arthrose. La douleur affecte l'individu dans son identité psychocorporelle et entraîne des modifications corporelles plus ou moins durables. C'est un symptôme subjectif et propre à chacun.

Rogers définit les êtres humains comme des champs d'énergie. Une perturbation de ceux-ci peut entraîner des symptômes tels que la douleur. Les infirmières sensibles à l'approche de Martha Rogers abordent la personne comme un être unitaire avec des besoins et des attentes spécifiques. Elles peuvent mobiliser leurs compétences certes pour identifier les modifications de l'état de santé du patient mais également pour évaluer les champs énergiques et ainsi tenter de les corriger dans la perspective de viser une santé optimale. Pour cela, il est donc indispensable s'appuyer sur des outils d'évaluation adéquats afin d'aborder au mieux les besoins de la personne souffrant de l'arthrose.

La revue de littérature réalisée a permis de mettre en perspective plusieurs outils de mesure. Il nous semble que certaines échelles sont plus adaptées pour évaluer l'intensité de la douleur. En effet, l'échelle WOMAC est la plus utilisée dans la littérature. Selon Perlman & al. (2012), cette échelle est plus efficace pour évaluer l'intensité de la douleur. Nous la retrouvons dans quatre articles. Certaines études ont utilisé des échelles de types VAS pour évaluer la douleur, ce qui nous paraît moins pertinent car insuffisamment spécifique. Il est du rôle infirmier de reconnaître les échelles adaptées selon la situation clinique. Pour cette raison, il est important d'utiliser un outil de mesure approprié.

Dans les articles analysés, les soins par le toucher ont démontré un effet positif sur la diminution de la douleur et ses retentissements. En effet, le praticien, par la qualité de son toucher va

permettre de donner du sens à la personne sur ce qu'elle ressent au moment de la séance. A travers ce soin, le sujet âgé exprime sa souffrance par le langage corporel et va créer un échange tonico-émotionnel entre le praticien et lui-même. Lors du toucher, la personne âgée va offrir un ensemble de sensations qui vont être bien perçues et ressenties. Afin de faciliter la représentation et la symbolisation de la douleur, il importe donc de laisser de la place à la verbalisation et à l'expression éprouvée par le corps tout au long de la séance. Par ce geste de soins, le praticien tente d'aider la personne dans l'élaboration psychique et progressive de son vécu corporel (Charpentier, 2014). Effectivement, l'ensemble des bienfaits de ces soins contribue à l'amélioration des douleurs chroniques causées par l'arthrose et les perceptions de celle-ci.

De plus dans l'étude de Lu & al. (2013), les participants ont noté une amélioration significative de l'efficacité de leurs traitements contre la douleur à la fin de l'intervention. Nous pensons que non seulement ces thérapies permettent d'apaiser les symptômes douloureux de la personne, mais elles peuvent également favoriser la diminution des traitements antalgiques sur le long terme.

En conclusion, les soins par le toucher ont un apport bénéfique sur la diminution et sur l'intensité de la douleur provoquée par l'arthrose.

6.4. Le bien-être

Le bien-être est un sentiment d'épanouissement procurant une satisfaction des besoins du corps et de l'esprit. Il comporte plusieurs aspects tant physiques, psychologiques que sociaux. La théoricienne Martha Rogers utilise le terme de bien-être dans le méta concept de la santé. Selon elle, l'objectif est d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la survenue des douleurs. Pour cela, l'infirmière fait preuve de créativité dans les soins en utilisant des thérapies alternatives telles que les soins par le toucher. L'infirmière doit également tenir compte de tous les aspects bio-psycho-sociaux pour la prise en soins et favoriser le bien-être de la personne.

Nous avons constaté dans les résultats d'analyse que les personnes âgées se sentent plus détendues et expriment un bien-être après l'intervention.

En effet, lorsque le patient présente des fortes douleurs, il a tendance à se replier sur lui-même. Les soins par le toucher sont un moyen de rencontre avec la personne. Par cet échange se crée une communication émotionnelle visant à retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel de la personne. La relation thérapeutique confronte ses propres émotions en résonance à celles d'autrui. Afin de mener à bien l'intervention, le soignant doit être à l'écoute de ses propres ressentis pour accompagner la personne vers un apaisement.

Par le biais du soin, le praticien est face à une relation corporelle et psychique tenant de découvrir le vécu, l'histoire et les émotions du patient. Il permet à travers le soin d'apaiser, de rassurer lorsque la personne est angoissée et de la stimuler en recréant un contact avec l'environnement. Le but ultime de ces thérapies est de tenter de détourner l'attention du patient de sa douleur et de l'orienter sur une sensation plus positive (Charpentier, 2014).

Nous pensons que les soins par le toucher procurent un bien-être à la personne uniquement si le soignant se concentre sur ses ressentis avant le soin. Nous imaginons que ce sentiment ne dure pas très longtemps. Il est donc nécessaire de pratiquer ce soin régulièrement pour que la personne se sente bien.

6.5. Les capacités fonctionnelles

La plupart des douleurs de l'arthrose sont de types mécaniques. Elles ont des répercussions sur la qualité de vie de la personne et entraînent des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne. À l'aide d'une vision transformative comme pratiquée par Martha Rogers, l'infirmière rétablit les champs énergétiques de la personne et de l'environnement perturbés à travers le toucher. Cette intervention permet d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Les articles analysés nous prouvent que la qualité de vie et les capacités fonctionnelles sont améliorées suite au traitement donné par le toucher. Effectivement, les sujets ont exprimé la possibilité de faire plus d'activités qu'auparavant la douleur les ayant précédemment restreints. Nous pensons que la diminution de la douleur permet d'effectuer davantage d'activités de la vie quotidienne.

En effet, les soins par le toucher sont perçus comme un soin relationnel, aidant la personne non seulement dans la partie douloureuse. Cette alternative facilite un nouvel équilibre de soi dans une démarche de lucidité et de réconciliation avec soi-même, les autres personnes et la vie. La diminution de la douleur procure une nouvelle sensation permettant à la personne de sortir de la « non-vie » et d'envisager des nouvelles opportunités qui s'offrent à lui (Samé, 2016). Pour conclure, nous admettons que les soins par le toucher améliorent la qualité de vie et les capacités fonctionnelles de la personne.

7. CONCLUSION

En conclusion, l'arthrose est l'un des facteurs courants provoquant des douleurs chroniques chez les personnes âgées. Deux tiers des personnes atteintes par cette pathologie la considèrent d'ailleurs comme étant le symptôme le plus gênant. Cette douleur de longue durée a des conséquences négatives sur le fonctionnement physiologique et psychologique ainsi que sur la qualité de vie des patients. (Peck, 1998). La gestion de ce symptôme représente alors un défi majeur pour les personnels médicaux et la prise en soin infirmière.

Dans ce sens, les soins par le toucher représentent une perspective intéressante dans la prise en charge infirmière qu'elles appliquent. Ils permettent d'agir sur la détresse du patient et des proches tout en développant les compétences de l'infirmière et sa pratique.

À travers le travail que nous avons réalisé, nous avons étudié les effets de plusieurs modalités de soins par le toucher sur les personnes souffrant d'arthrose. L'analyse de six études cliniques randomisées nous ont permis de confirmer l'effet significatif du soin par le toucher sur la douleur, les capacités fonctionnelles et le bien-être. De plus, nous avons pu constater que ces thérapies ont démontré leur efficacité sur d'autres problématiques comme l'anxiété, les démences ou encore les agitations. La mise en place des soins par le toucher offre donc une réelle plus-value dans la gestion des symptômes douloureux ainsi que sur d'autres symptômes. L'utilisation de ce type de modalité permettrait aux infirmières de potentialiser leur rôle autonome tout en créant une relation de partage et de confiance avec les patients.

Malgré les résultats positifs des recherches analysées, il convient d'être prudent concernant la généralisation à notre population cible dû aux petits échantillons, à l'ancienneté des articles et au contexte de soin. Malgré nos avis partagés, le soin par le toucher est une option d'intervention non négligeable dont les bienfaits sont mis en évidence par des données qualitatives. En effet, un participant de l'étude de Gordon a affirmé que les prestations de soins (toucher thérapeutique), lui ont permis de repousser son intervention chirurgicale pour la pose d'une prothèse de genou. Ces aspects non négligeables motivent notre décision de considérer l'efficacité de ces interventions malgré certains doutes qui demeurent.

7.1. Apports et limites du travail

La rédaction de ce travail nous a permis d'approfondir nos connaissances et de découvrir une nouvelle approche concernant la gestion de la douleur liée à l'arthrose ainsi que les conséquences sur le bien-être des personnes âgées.

Ainsi, il serait avantageux pour la pratique infirmière de se concentrer, en complément d'un traitement médicamenteux, sur une modalité de soin non invasive. En effet, le soin par le toucher pourrait diminuer la prise des traitements médicamenteux tels que les antalgiques et ainsi limiter leurs effets secondaires. De plus, ce soin permet d'entretenir le bien-être, la relaxation et la qualité de vie suivant les symptômes liés à la maladie. Le soin par le toucher peut être réalisé dans le milieu intra-hospitalier ou extra-hospitalier et par des infirmières formées mais également par d'autres professionnels de la santé.

Une restriction concernant le nombre d'articles a été une limite du travail. En effet, il existe peu d'articles récents au sujet du toucher thérapeutique. De ce fait, nous avons dû élargir les recherches et trouver d'autres interventions en lien avec le toucher (*Healing Touch*, le Toucher et le massage). Malgré cet élargissement, nous avons seulement pu retenir six articles. Néanmoins, nous avons trouvé une étude qualitative, ce qui nous a permis d'apporter des résultats significatifs en lien avec l'expérience des patients.

7.2. Recommandations

L'analyse des articles scientifiques a permis de répondre à la question de recherche. En effet, les soins par le toucher tels que le toucher et le massage thérapeutique ont un apport bénéfique au soulagement des douleurs chroniques de l'arthrose. Toutefois, ces recherches nous ont également prouvé que les thérapies ne suffisaient pas à diminuer entièrement les douleurs mais y contribuent en complément d'un traitement médicamenteux. Les suggestions que nous émettons sont donc la promotion des soins par le toucher dans l'objectif de diminuer la quantité des prises médicamenteuses ou d'augmenter l'intervalle entre celles-ci à travers l'amélioration des symptômes. L'accès à une telle pratique permet donc d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par cette maladie, une des missions principales de l'infirmière.

Afin de certifier l'efficacité de ses interventions, il serait nécessaire de réaliser des études comportant des échantillons plus conséquents ainsi que d'associer davantage des outils d'évaluations de la douleur en complément d'une analyse subjective réalisée par l'échelle de la VAS ou encore l'échelle WOMAC qui demeurent tout aussi significatives.

7.2.1. Recommandations pour la recherche

La douleur est une donnée subjective qui fait référence à l'expérience et au vécu de la personne. De ce fait, il serait intéressant de joindre au sein des études, un devis expérimental ainsi qu'un devis qualitatif comme l'a réalisé Gordon dans son étude. Les données qualitatives permettraient d'explorer le vécu de ce soin et ses apports de manière plus détaillée qu'un indicateur relevé par une échelle d'évaluation. Par ailleurs, notre travail a été basé sur plusieurs types de soins par le toucher. Il serait donc nécessaire de réaliser des études comparatives afin de déterminer les avantages et les inconvénients des différentes pratiques ainsi que le contexte au sein duquel une pratique est plus adaptée qu'une autre. Il serait également pertinent de questionner la relation de confiance et d'intimité qui découle dans la pratique du soin par le toucher avec un contact cutané à travers les récits des participants. De plus, comme nous avons mentionné au cours de notre travail, l'arthrose est une pathologie d'une fréquence élevée dont l'apparition augmente avec l'âge et pourtant peu d'études se sont intéressées à cette problématique. Au vu du vieillissement de la population, il est donc primordial de réaliser davantage de recherches à ce sujet dans l'objectif de prodiguer des soins de qualité au sein de la population atteinte.

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, il serait également pertinent d'associer des échelles comportementales de la douleur spécifique aux personnes âgées telles que l'échelle DOLOPLUS. Cela permettrait de tenir compte de la complexité de ce symptôme au sein de cette population. Comme mentionné précédemment, des études plus récentes avec un échantillon plus conséquent serait nécessaire afin de généraliser les résultats à la population.

L'utilisation de la théorie de gestion des symptômes serait également une ressource adaptée pour guider les études réalisées à ce sujet. En effet, placer l'expérience vécue de la personne atteinte d'arthrose au cœur de la prise en soin représenterait un atout majeur pour définir les meilleures stratégies de gestion de la douleur et les résultats obtenus sur les manifestations qui en découlent. Les résultats obtenus sur les manifestations pourraient par exemple être évalués par l'échelle ICOAP qui questionne les conséquences de l'arthrose sur le sommeil, l'humeur et la qualité de vie.

7.2.2. Recommandations pour la pratique

La douleur compte parmi les problématiques principales relevées par les patients. De ce fait, le personnel soignant devrait être informé sur diverses alternatives de gestion existantes afin de définir avec la personne la modalité thérapeutique qui serait la plus adaptée à sa situation.

Promouvoir la recherche et avoir la possibilité de former les infirmiers à ces modalités serait un atout majeur pour la pratique. En effet, réaliser un soin non invasif est une technique avantageuse pour les patients car les effets secondaires sont très limités. Elle est aussi plus facilement acceptable par la personne concernée qui n'aura pas d'appréhension comme cela pourrait être le cas pour un prélèvement sanguin. Les soins par le toucher auraient donc aisément leur place au sein des établissements médico-sociaux, des hôpitaux universitaires, des cliniques ainsi que dans les structures de maintien à domicile.

Lorsque cette pratique est efficace et appréciée par le patient, il serait également intéressant de créer des formations pour les aidants naturels souhaitant acquérir plus de ressources et développer leurs compétences dans la prise en soin de leur proche.

7.2.3. Recommandations pour l'enseignement

Implanter progressivement dans la formation en soins infirmiers, les thérapies alternatives auraient un apport bénéfique auprès des étudiants. En effet, ces thérapies restent méconnues auprès des professionnels et elles ne sont que rarement observées lors de nos formations pratiques. Promouvoir ce type de modalité thérapeutique représente une perspective intéressante pour les futurs professionnels car elle permet d'enrichir la posture infirmière et d'offrir des alternatives à la médecine allopathique tout en apportant un bénéfice à la relation entre l'infirmière et le patient.

8. RÉFÉRENCES

- Aciksoz, S., Akyuz, A., & Tunay, S. (2017). *The effect of self-administered superficial local hot and cold application methods on pain, functional status and quality of life in primary knee osteoarthritis patients*, 26(23-24), 5179-5190. doi:10.1111/jocn.14070
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theorists and their work* (7th ed). USA: Mosby Elsevier.
- Baird, C. L. (2001). First-line Treatment for Osteoarthritis: Part 2: Nonpharmacologic Interventions and Evaluation. *Orthopaedic Nursing*, 20(6), 13.
- Barez, T., Monod, S., Renard, D., & Livio, F. (2013). *Revue médicale Suisse. Guide pratique des effets indésirables médicamenteux chez les seniors*. 9. 2054-2058. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-405/Guide-pratique-des-effets-indesirables-medicamenteux-chez-les-seniors>
- Bergeron, D., Bourgault, P., Gallagher, F. (2015). *Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille*. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391437/>
- Champenier, R., Mocaer, P., Hoareau Castillo, V., Passicouset, J., Huard, X., Petitpas, I., & Prost F. (2004). *Prise en charge de la maladie chronique : quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs ?*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique.
- Charpentier, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée: Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. Paris : De Boeck-Solal.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2008). *Integrated theory and knowledge developement in nursing*. (7th edition). St-Louis, Missouri : Elsevier Mosby.
- Christiaens, G. (2003). Independent Nursing Interventions for Pain Management. *Home Health Care Management & Practice*, 15(3), 212-214. doi:10.1177/1084822302250688
- Fautrel, B., Hilliquin, P., Rozenberg, S., Allaert, F.-A., Coste, P., Leclerc, A., & Rosignol, M. (2005). Retentissement fonctionnel de l'arthrose : résultats d'une enquête nationale effectuée auprès de 10 000 patients consultant pour arthrose. *Revue du Rhumatisme*, 72(5), 404-410. doi :10.1016/j.rhum.2004.08.012
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3 ed.). Philadelphie : F.A. Davis Company.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphie : F.A. Davis Company.

- Fazzino, D.L., Griffin, M.T., McNutly, R.S., & Fitzpatrick, J.J. (2010). Energy healing and pain: a review of the literature. *Holistic Nursing Practice*, 24(2), 7988. doi:10.1097/HNP.0b013e3181d39718
- Gordon, A., Merenstein, J. H., D'Amico, F. & Hudgens D. (1998). The effects of therapeutic touch on patients with osteoarthritis of the knee. *Journal of Family Practice*, 47(4), 271-277.
- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrand, J., & Gerbaud, L. (2009). Evaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers - Résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée. *Association de recherche en soins infirmiers*. doi:10.3917/rsi.097.0092
- International Association for the Study of Pain. (2018). *IASP Terminology*. Accès <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Laadhar, L., Zitouni, M., Kalle-Sellami, M., Mahjoub, M., Sellam, S. & Makni, S. (2007). *Physiopathologie de l'arthrose. Du cartilage normal au cartilage arthrosique : facteurs de prédisposition et mécanismes inflammatoires*, 28(2007) 531-536. doi:10.1016/j.revmed.2007.01.012
- Ligue suisse contre le rhumatisme. (2017). *Stratégie nationale Maladies musculo-squelettiques 2017-2022*. Accès https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/CH_Dokumente/blog/2017/strategie/Strategie-Nationale-Maladies-Musculo-Squelettiques-Version-longue.pdf
- Ligue Suisse contre le rhumatisme. (2019). *Faits et chiffres*. Accès <https://www.ligues-rhumatisme.ch/medias/faits-et-chiffres?q=faits%20chiffres>
- Lu, D.-F., Hart, L. K., Lutgendorf, S. K., & Perkhounkova, Y. (2013). The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis: A feasibility study. *Geriatric Nursing*, 34(4), 314-322. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.05.003
- Monroe, C. M. (2009). The Effects of Therapeutic Touch on Pain. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 85-92. doi.org/10.1177/0898010108327213
- Observatoire suisse de la santé. (2015). *La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques*. Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf
- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.39912.html>

- Office fédérale de la statistique. (2017). *Espérance de vie*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/esperance-vie.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Des millions de personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur*. Accès <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr81/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Vieillesse et Santé*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Maladies chroniques*. Accès https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Pautex, S. & Vogt-Ferrier, N. (2006). *Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée*. *Revue Médicale Suisse*, 71. Accès <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31463>
- Peck, S. D. (1997). The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. *Journal of Holistic Nursing*, 15(2), 176-198. doi:10.1177/089801019701500208
- Peck, S. D. (1998). The efficacy of therapeutic touch for improving functional ability in elders with degenerative arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 11(3), 123-132. doi:10.1177/089431849801100311
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3^e ed)*. Montréal: Chenelière éducation.
- Perlman, A. I., Ali, A., Njike, V. Y., Hom, D., Davidi, A., Gould-Fogerite, S., Milak, C., & Katz, D. L. (2012). Massage Therapy for Osteoarthritis of Knee: A Randomized Dose-Finding Trial. *PLoS ONE* 7(2): e30248. doi: [10.1371/journal.pone.0030248](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030248)
- Pierrot, M. (2000). *Définition de la douleur*. Accès http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf
- Promotion Santé Suisse. (2016). *Promotion de la santé des personnes âgées*. Accès https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/faktenblaetter/Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf
- Samé, M. (2016). *Le toucher suspendu : Philosophie et massage en kinésithérapie*. Saint-Denis : Connaissance et Savoirs.
- Satori, N. (2018). 4/6 Le toucher thérapeutique : les thérapeutiques marquantes en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, 39(317), 45-47. doi:10.1016/j.spsy.2018.04.012

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

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2016). *La douleur chronique*. Accès <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>