

Les thérapies du Biofield, en complément de la médecine allopathique, permettent-elles une meilleure gestion des douleurs chroniques ?

Travail de Bachelor

Casarello Vanessa, N° 12-658-431

Comtat Laurence, N° 13-851-373

Directeur : Diby Marc – Adjoint scientifique HES

Membre du jury externe : Lalu-Legoff Catherine– Infirmière spécialisée en soins palliatifs

Genève, le 24 juillet 2016

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

Fait à Genève, le 24 juillet 2016.

Vanessa Casarello, Laurence Comtat.

Remerciements

Nous tenons à remercier, en premier lieu, notre directeur de Bachelor, Monsieur Marc Diby, pour son soutien, ses conseils et remarques ainsi que son encadrement tout au long de ce travail.

En deuxième lieu, nous remercions chaleureusement notre jurée, Madame Catherine Lallu-Legoff, pour avoir accepté de faire partie de cette aventure.

Merci à l'équipe mobile antalgie et soins palliatifs de l'hôpital de Loëx et à l'équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs de l'hôpital universitaire de Genève (HUG) qui nous ont permis de nous intéresser à ce sujet passionnant, grâce aux stage effectué avec eux, et à en faire un sujet de travail de Bachelor.

Merci également à nos amis, familles, proches qui nous ont soutenu et pour leur investissement à la correction de ce travail.

Résumé :

Ce travail de Bachelor prend en compte les médecines alternatives et complémentaires, plus particulièrement certaines pratiques des thérapies Biofield, en complément de la médecine allopathique. La pharmacologie est une des ressources de notre médecine occidentale. Cependant, les douleurs peuvent être gérées de différentes manières. Ce travail va permettre d'identifier des ressources basées sur d'autres médecines. Pour accompagner ce travail, la science de l'être-humain unitaire de Martha Rogers a contribué à avoir une vision centrée sur la personne et son environnement, qui vont permettre de mieux comprendre l'effet de certaines pratiques. La finalité de ce travail est de valoriser ces méthodes en démontrant qu'il est possible de les mettre en pratique dans les unités de soins standards.

Mots-clés :

Douleur chronique	chronic pain
Gestion de la douleur	pain management
Médecine allopathique	allopathic medicine
Médecine complémentaire	complementary therapies
Médecine alternatives et complémentaires	CAM, complementary and alternative medicines
Toucher Thérapeutique	massage therapy, therapeutic touch
Biofield	Biofield

Liste des abréviations

HEdS	Haute Ecole de Santé
OFSP	Office fédérale de la Santé publique
MNT	Maladie non-transmissible
OFS	Office fédérale de la statistique
IASP	International Association for the Study of Pain
AVQ	Activités de la vie quotidienne
OMS	Organisation mondiale de la santé
CAM	Médecines alternatives et complémentaires
DFI	Département fédéral de l'intérieur
LAMal	Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie
EAE	Critères d'Efficacité, d'Adéquation et d'Economicité
HAS	Haute Autorité de la Santé
HT	Healing Touch
TT	Toucher Thérapeutique
CAS	Certificate of Advanced Studies
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IMAD	Institution de maintien à domicile
ISMAC	Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires
ASI	Association suisse des infirmières
EMS	Etablissements médico-sociaux
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health

Liste des tableaux

Tableau 1. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	19
---	----

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	12
--	----

Table des matières

1.Introduction	1
1.1. Problématique.....	1
1.2. Cadre théorique	7
1.2.1. Ancrage disciplinaire.....	7
1.2.2. Métaconcepts	8
1.3. Question de recherche.....	9
2.Méthode	10
2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	10
2.1.1. Terminologie PICOT et termes MeSH.....	10
2.1.2. Base de données de recherche	10
2.1.3. Explication du choix des études sélectionnées	11
2.2. Diagramme de flux	12
3.Résultats	13
3.1. Le Healing Touch.....	14
3.2. Les massages thérapeutiques	15
3.3. Le Toucher Thérapeutique	16
3.4. Le Reiki.....	17
3.5. Eléments principaux de la recherche	17
3.6. Tableau comparatif	18
4.Discussion	26
4.1. Les méthodes utilisées afin d'observer les effets sur la douleur et la qualité de vie.....	26
4.2. Les champs d'énergie de Martha Rogers en lien avec les techniques Biofield	28
4.3. Positionnement professionnel selon la pensée infirmière de Martha Rogers	28
5.Conclusion	30
5.1. Apports et limites du travail	30
5.2. Recommandations	31
6.Références	34
7.Annexes	39
Fiche de lecture 1.....	39
Fiche de lecture 2.....	43
Fiche de lecture 3.....	46
Fiche de lecture 4.....	49
Fiche de lecture 5.....	52
Fiche de lecture 6.....	57

1. INTRODUCTION

À ce jour, les maladies chroniques sont de plus en plus prévalentes dans la société. D'après l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), leurs augmentations sont constantes et devraient se poursuivre dans le futur en lien avec le vieillissement de la population, les facteurs de risques comme le tabagisme ou la sédentarité (OFSP, 2015b). Ces affections, de plus en plus nombreuses, engendrent une augmentation des coûts de la santé. En 2011, ces coûts s'élevaient à 51,7 millions de francs, ce qui revient à 80%, sur le coût total de la santé estimé à environ 64.6 milliards de francs (OFSP, 2014).

La douleur est un symptôme subjectif qui découle de multiples maladies non-transmissibles (MNT). Cette douleur a un impact psycho-social en créant un isolement social, des arrêts maladies, des risques de chômage, etc. Elle est génératrice de handicap et de diminution de la qualité de vie (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

Pour réduire les douleurs, les personnes souffrantes ont tendance à se tourner vers leur médecin traitant afin de recevoir des traitements médicamenteux antalgiques. Cependant, n'étant pas soulagées, elles cherchent des solutions alternatives « à celles qu'on aurait pu leur proposer », afin de compléter leurs traitements. Les statistiques de l'OFS, démontrent que 23% de la population suisse fait recours à la médecine complémentaire. Ce chiffre est en augmentation constante (Lieberherr & Office fédéral de la statistique, 2010).

Cette revue de littérature présentera la douleur chronique par l'application de la médecine alternative et complémentaire, en lien avec la médecine allopathique. L'ancrage disciplinaire se fera par le biais de la théorie de Rogers. Cela permet à l'infirmière d'« être avec » la personne, en visant son bien-être. Elle peut également aider la personne souffrante en étant présente et en apportant un soutien.

1.1. Problématique

La douleur est un symptôme de plus en plus présent dans notre civilisation occidentale, entre autres, due à des MNT qui en sont les vecteurs. Elle dépend de nos expériences vécues face à elle, de notre culture et d'autres facteurs.

Afin de mieux comprendre la douleur, l'International Association for the Study of Pain (IASP), l'a décrite comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage La douleur est toujours subjective.

Chaque individu apprend l'application du mot à travers des expériences liées à des blessures ...» (Merskey, Bogduk, & International Association for the Study of Pain, 1994).

Avant de traiter adéquatement les douleurs, il faut d'abord pouvoir les distinguer. Il y a trois catégories : les douleurs neurogènes, nociceptives ou psychiques. Cependant, une même personne peut avoir un ou plusieurs types de douleurs au même moment, il faut pour cela bien les différencier pour les traiter chacune à part.

L'une d'elle est la douleur neurogène qui est décrite comme une atteinte du système nerveux périphérique (ex : amputation) ou centrale (hernie discale).

Quand on parle de douleurs nociceptives cela décrit une lésion au niveau tissulaire, elles activent les fibres de la douleur qui envoient un message au cerveau pour analyser où elle se situe.

Quant aux douleurs psychiques, elles sont des douleurs sans lésions apparentes, malgré un bilan médical approfondi. Leur dimension essentielle semble résider dans le psychisme, avec l'intervention de phénomènes psychologiques amplifiant la sensation douloureuse (Institut UPSA de la douleur, 2006, pp. 35-38).

De plus, la douleur peut se décliner en douleur chronique. La Haute Autorité de la Santé (HAS) française (2008) l'a définie comme « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte » (Haute Autorité de Santé, 2008, p.23). Elle est dite chronique lorsque celle-ci persiste ou récuré au-delà de la douleur initiale, qui évolue depuis plus de trois mois et dont les traitements sont inefficaces. Elle n'est plus un signal d'alarme mais une maladie à part entière. Cela démontre une détérioration progressive et éloquentes des capacités fonctionnelles et relationnelles de la personne dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) (Haute Autorité de Santé, 2008).

En Suisse, 32% (n=2083) des personnes interrogées disent souffrir de douleurs intenses (minimum 8/10 sur l'échelle d'évaluation numérique). Dans la moitié des cas, les personnes souffrent de douleurs chroniques (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006, traduction libre, p. 295). La prévalence des douleurs chroniques est de 16% et l'âge moyen des personnes, souffrants de douleurs, est de 48 ans (Theiler & Wyrsh, 2012).

La douleur amène souvent une souffrance, car non seulement elle touche le physique de la personne, mais également son psychisme. Effectivement, une douleur, qui persiste pendant plusieurs mois, accable la personne qui en souffre. Ceci rend donc difficile les AVQ au fil du temps, la personne perd l'envie de faire des activités, s'isole chez elle et perd confiance en elle (Le Breton, 2001).

De plus, la douleur chronique complique les relations sociales. La personne souffrante peut l'exprimer de diverses manières, en s'isolant, ce qui complique la communication, ou en se plaignant de sa douleur. La personne peut également exprimer de la colère, qui est une forme d'expression et est une émotion, face à sa situation. Il est possible qu'elle retourne cette colère contre ses proches. Ceci peut perturber la relation au sein d'une famille car les proches ne savent plus comment réagir face à la situation et ont tendance à s'éloigner et à laisser seul le proche souffrant (Delgado et al., 2014).

Dans ce type de cas, non seulement la personne souffrante est touchée mais aussi son entourage, la douleur n'est pas seulement une expérience vécue par le patient. La douleur, à long terme, peut avoir un impact direct sur les relations sociales et familiales de la personne. Quand une personne souffre, et ce pendant une longue période, sa perception du soi peut être perturbée. Elle a tendance à se renfermer dans un cercle vicieux qui a, pour centre, sa maladie et sa douleur. Cette douleur peut entraîner, à ce moment-là, des variables dans les relations auprès des proches. La personne peut donc passer par différents stades émotionnels comme le déni, l'anxiété, la colère ou encore l'incompréhension (Wrobel & Allaz, 2003, pp. 92-105).

La dépression peut également faire partie des symptômes et il est connu qu'elle s'accompagne d'une augmentation du nombre et de l'intensité des plaintes douloureuses. La douleur et la dépression sont souvent interreliées. La dépression, chez une personne souffrant de douleurs, augmente l'intensité de ses plaintes (Rentsch et al., 2009). Selon Demyttenaere et al. (2006), 50% des répondants, présentant un épisode dépressif majeur, disent souffrir de symptômes physiques douloureux alors que 29% des répondants, ne souffrant pas de dépression, présentent des symptômes physiques douloureux (Demyttenaere et al., 2006). Dans la littérature suisse, il est démontré que 20 à 50% des patients souffrants de douleurs chroniques présentent une dépression majeure. Ce qui montre bien une souffrance psychique importante chez ces personnes (Rentsch et al., 2009).

La qualité de vie peut être impactée et diminuée selon les stades émotionnels par lesquels passe la personne souffrant de douleur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa position dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec son état psychique et physique et de ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1997, traduction libre, p.1).

Les impacts de la douleur chronique sur les activités de la vie sont nombreux, tels que le travail, l'alimentation, le sommeil, la vie sociale ou même la santé psychique. Selon Ventura, la douleur présente un impact négatif sur les sensations de bien-être, les plaintes psychosomatiques, l'impression de dégradation de vie sociale et professionnelle et la satisfaction/qualité de vie (Ventura, 2007).

Lorsque la douleur devient trop intense et qu'elle limite les AVQ, les personnes, en souffrance, vont chercher à la faire diminuer, voire jusqu'à la faire disparaître. Elles consultent leur médecin traitant afin de traiter cette douleur. Le médecin, qui pratique souvent la méthode curative, va administrer dans médicaments antalgiques, qui vont agir sur la douleur. Ce type de médecine s'appelle la médecine allopathique. Elle est définie comme un « mode de traitement devant entraîner un effet inverse de celui provoqué par la maladie ... L'ensemble de la thérapeutique médicamenteuse classique » (Garnier, Delamare, Delamare, Gélis-Malville, & Delamare, 2012, p. 29). Elle est pratiquée couramment dans nos pays occidentaux et s'appuie sur l'utilisation de molécules chimiques qui vont agir sur la douleur (Ballesteros, 2014).

Afin de traiter les douleurs, plusieurs types de traitements sont possibles, cela dépend du degré de douleur et de l'ordre médical. Différentes voies d'administration sont envisageables : les médicaments par voie orale, transdermique, rectale, sous-cutanée, péridurale, ou encore intraveineuse (Fonzo-Christe, 2006).

Actuellement, il existe une multitude de médicaments antalgiques. L'OMS les a classés par paliers en trois types de médicaments selon l'effet plus ou moins intense qu'ils ont sur l'organisme et sur l'intensité de la douleur (Meeting on Comprehensive Management of Cancer Pain & Weltgesundheitsorganisation, 1987, pp. 55-68).

Pallier 1 :	Les médicaments non-opioïdes, les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Ils sont administrés pour les douleurs faibles.
Pallier 2 :	Les opioïdes faibles. Adapté pour les douleurs modérées.
Pallier 3 :	Les opioïdes forts. S'emploie pour les douleurs sévères.

L'intensité de la douleur est un symptôme subjectif. Cependant, grâce à différentes échelles de mesures telles que l'échelle visuelle analogique (EVA) ou encore l'échelle numérique qui permettent de coter la douleur de 0 à 10, elle devient objective (Assistance publique - Hôpitaux de Paris, 2011).

Ces médicaments permettent un certain soulagement des douleurs, mais ils amènent également des effets secondaires tels que des troubles digestifs (nausées, vomissement, constipation), des céphalées, des sécheresses buccales, etc. (Compendium, 2016).

A cause de ses manifestations indésirables, le taux d'observance diminue (Scheen & Giet, 2010). Effectivement, entre 30 et 60% des patients seraient non-observant (Le Bot, 1999).

L'infirmière a un rôle essentiel et central dans la bonne prise en soin d'un patient. Effectivement, la relation est un élément essentiel et fait partie des soins. Cela permet, entre autres, une bonne communication entre patient et soignant. Cependant, une bonne relation peut être empêchée ou restreinte car la compréhension de la douleur n'est pas que physique, mais est aussi psychique. Inclure les aspects psychologiques dans la démarche infirmière permet au patient de savoir qu'il n'est pas seul à combattre les douleurs (Cedraschi, 2014).

Pour faire front ensemble, il est important de connaître la représentation des douleurs pour la personne, l'interprétation qu'elle en fait, comment elle appréhende ses douleurs et les actions mises en place afin de les diminuer. Grâce à ceci, le soignant et le patient vont pouvoir, conjointement, créer des objectifs réalisables et qui aient un sens pour le patient (Cedraschi, 2014).

Lorsque les patients ne sont pas complètement soulagés, ils cherchent d'autres méthodes telles que les médecines complémentaires et alternatives. Ils se réfèrent à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui ne font pas partie de la tradition propre de ce pays et ne sont pas intégrés dans le système de soins de santé dominante (Zhang, 2000, traduction libre).

En Europe, l'utilisation des traitements non médicamenteux est de 69%. Plus spécifiquement, dans cette même population, la moyenne d'utilisation du massage se porte à 30% (Theiler & Wyrsh, 2012).

Afin de réglementer l'utilisation de ces médecines complémentaires, le peuple suisse a voté, le 17 mai 2009, sur leurs ajouts dans la Constitution Suisse. Cette nouvelle loi a été adoptée par 67% du peuple et par tous les cantons (Radio Télévision Suisse, 2009). Dans la Constitution fédérale de la Confédération suisse, cette loi apparaît à l'article 118a depuis le 17 mai 2009. Cet article stipule que « La Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires » (Cst; RS 101).

Six ans après la mise en application de l'art. 118a, le rapport du Parlement, effectué en mai 2015, démontre qu'elle n'est pas encore totale. L'article constitutionnel a plusieurs finalités qui est de : « faciliter l'accès au marché pour les médicaments complémentaires et les phytomédicaments, transmettre les connaissances sur les médecines complémentaires durant la formation universitaire, créer des diplômes pour les thérapeutes non médecins et permettre le remboursement par l'assurance de base des prestations de la médecine complémentaire » (OFSP, 2015a). Actuellement, il y a une nouvelle réglementation, de la prise en charge de la médecine complémentaire, qui est en élaboration. Elle devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (OFSP, 2015a).

Pour pouvoir appliquer l'article 118a de la Constitution fédérale, le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) a décidé d'inclure cinq médecines complémentaires dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) durant une phase test, du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2017, soit pendant cinq ans (Secrétariat général DFI & OFSP, 2011).

Au final, il y aura une expertise du gouvernement suisse ainsi qu'une évaluation internationale selon des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) (OFSP, 2011). Ces critères sont importants car, selon l'article 32 de la LAMal, ils permettent de savoir s'il y aura une prise en charge des coûts, de l'objet discuté, ou non (LAMal; RS 832.10b).

Selon l'annexe 1 de l'article 1 de la LAMal, les cinq médecines complémentaires, qui sont inclus dans le texte de loi, sont l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie et la phytothérapie (OPAS; RS 832.112.31c).

Les médecines alternatives et complémentaires sont nombreuses et se développent de plus en plus. Pour ce travail, les approches corporelles et plus particulièrement les thérapies Biofield ont été sélectionnées. Le Biofield est défini, par le Collège américain des obstétriciens et gynécologues (ACOG), comme « un champ d'énergie qui entourent prétendument et pénètrent dans le corps humain » (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, p. 9). Les thérapies Biofield s'intéressent donc à l'énergie de la personne et cherche à l'améliorer en passant par l'énergie externe venant du thérapeute via ses mains, par exemple. Effectivement, ces thérapies Biofield englobent plusieurs pratiques différentes comme le Toucher Thérapeutique, le Reiki ou encore le Healing Touch (Lipman, 2011).

Le toucher est une méthode fréquemment utilisée dans les soins infirmiers pour permettre de rentrer en relation avec le patient, pour le rassurer, le réconforter ou encore l'accompagner (Saint Pierre & Vinit, 2006).

Le Toucher Thérapeutique est une pratique basée sur l'utilisation et la mobilisation du flux d'énergie interne de la personne soignée. Il a été développé par deux infirmières, Dolores Krieger et Dora Kunz, dans les années 1970 afin d'améliorer la santé et le bien-être des personnes qui reçoivent le soin (The Therapeutic Touch Network of Ontario, 2013).

Une autre méthode faisant partie des thérapies Biofield est le Healing Touch (Healing Touch Program™ Worldwide Leaders in Energy Medicine, 2016).

Comme dit Pascale Boulé (2016) :

Le Healing Touch ... est une approche complémentaire de soins ... qui vise à rétablir l'harmonie et l'équilibre du système énergétique Le praticien Healing Touch exerce un toucher léger et non invasif permettant d'influencer et stimuler le champ énergétique du patient ... pour nettoyer, équilibrer et revitaliser l'ensemble du système impliquant ses dimensions physiques, émotionnelles, mentales et spirituelles. Ses mains se situent sur ou à proximité du corps.

Une étape importante de la démarche Healing Touch vise à introduire une technique énergétique applicable par le [patient] au quotidien dans ses auto-soins. Ainsi, il favorise les conditions optimales pour retrouver l'état naturel de bien-être et de vitalité (Boulé, 2016).

Les thérapies Biofield prennent également en compte le Reiki. « Le mot Reiki est composé de deux mots japonais signifiant "énergie universelle de vie" » (Association pour la Pratique Thérapeutique du Reiki, 2016).

Selon le « National Center for Complementary and Integrative Health » (NCCIH) :

Le Reiki est une approche complémentaire ... dans lequel les praticiens placent leurs mains légèrement sur ou juste au-dessus d'une personne, dans le but de faciliter la réponse de guérison propre de la personne. [La pratique] est basée sur une croyance orientale d'une énergie qui prend en charge les capacités innées de guérison ... de l'organisme. Le Reiki a été étudié pour une variété de [symptômes comme] la douleur, l'anxiété, la fatigue et la dépression (National Center for Complementary and Integrative Health, 2015).

1.2. Cadre théorique

La science de l'être humain unitaire de Martha Rogers est ancrée dans le paradigme de la transformation. C'est un modèle centré sur la personne comme étant un être unitaire, indivisible, irréductible et toujours en lien constant avec l'environnement. Martha Rogers se situe dans l'école des patterns qui décrit les champs d'énergie « personne soignée » et « soignant » comme étant en parfaite cohésion (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p.138).

1.2.1. Ancrage disciplinaire

La science de Martha Rogers est celle que nous qualifions comme la plus appropriée pour cette thématique. L'infirmière est un soutien pour la personne tout en lui laissant une indépendance, pour qu'ensemble, elles puissent avancer au rythme du patient. Chaque être-humain est unique, comme dit dans la science de M. Rogers, l'infirmière doit être à l'écoute de la douleur du patient car elle est propre à chacun et à divers stades. L'infirmière va devoir veiller au bien-être de celui-ci pour le pousser à avoir une qualité de vie la plus optimale que possible. Elle est axée sur l'aide à la personne depuis la naissance, pendant la vie et jusqu'à sa mort dans la santé comme dans la maladie. Les connaissances acquises doivent être appliquées au service de la personne, consacrées aux besoins de celle-ci pour améliorer sa santé (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre).

Martha Rogers fut celle qui développa la théorie de « l'Être Humain Unitaire ». Elle la définit comme une science où l'être humain unitaire reflète clairement une vue holistique de la personne et de son environnement. Pour elle, la personne a des capacités qui lui permettent de participer dans son processus de changement.

Elle décrit « l'être humain unitaire comme indivisible, irréductible et toujours en lien constant avec son environnement » (Alligood, 2014, p. 223). Il est décrit comme un système continuellement ouvert et un champ d'énergie toujours changeant. L'être humain est conceptualisé comme dynamique, en constante évolution des divers champs d'énergie, plutôt qu'un être homéostatique (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 236).

Dans la science de l'être humain unitaire, l'unique focus est « la personne et son environnement dans un univers pandimensionnel » (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 234). Quand on parle de pandimensionalité, Martha Rogers le définit comme « un domaine non linéaire sans attributs spatiaux ou temporels où l'univers englobe des dimensions infinies » (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 236). Cette science prend en compte des manifestations de divers modèles des champs d'énergie humains et environnementaux qui sont associés au bien-être maximal, le bien-être est défini par la société dans laquelle l'être humain vit tout en étant des systèmes ouverts en permanence (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 235).

L'homéodynamisme, faisant partie du champ d'énergie « environnement », englobe trois dimensions : la résonance, l'hélicie et l'intégralité (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 236).

- La résonance est le changement continu de faible revenu vers les ondes de fréquence plus élevées dans les domaines humain / environnement

- L'hélicie est continu, innovant, imprévisible, l'augmentation de la diversité des modèles de l'environnement et des humains

- L'intégrité est un processus mutuel continu entre les champs de l'humain et de l'environnement (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 236-237).

1.2.2. Métaconcepts

Pour Martha Rogers, les deux métaconcepts primordiaux de sa théorie, sont la personne et l'environnement.

1.2.2.1. La personne

La personne est décrite comme un être humain unitaire. Il est irréductible, indivisible, dans un champ d'énergie pandimensionnel. Elle est dans un processus continuellement ouvert avec l'environnement (Alligood, 2014, traduction libre, p. 223). Ainsi, la personne peut être en constante évolution tout au long de son existence. En se penchant plus spécifiquement dans le thème de la douleur chronique et du toucher massage, il est observé que la personne peut, comme dit la théorie, prendre en main sa douleur avec le soutien de l'infirmière. S'il est possible de calmer à un certain niveau les douleurs grâce aux thérapies complémentaires et à la confiance du patient en ce type de traitements, alors l'infirmière est un soutien et le patient, lui, prend en main sa douleur.

1.2.2.2. *Le soin*

Les soins infirmiers sont centrés sur la prise en soins des personnes dans leur processus de vie et de leur expérience vécue. Selon Rogers, «la pratique professionnelle en soins infirmiers vise à promouvoir l'interaction symphonique entre les champs de l'homme et de l'environnement, [de] diriger et réorienter la structuration [de ces champs] pour un potentiel de réalisation de santé maximal » (Alligood, 2014, p. 223). En utilisant le toucher comme une forme de thérapie de soin, le soignant entre dans l'intimité du patient. Pour cela, il faut savoir entrer en relation avec la personne pour qu'un lien entre la personne et le professionnel de santé se crée.

1.2.2.3. *La santé*

Martha Rogers utilise le terme santé passive pour symboliser le bien-être et l'absence de maladie ou de maladie grave.

L'optimisation et la réalisation du potentiel de chaque personne pourra se faire grâce à une participation consciente du changement. Elle utilise la santé comme un terme de valeur définie par la culture ou l'individu (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 237).

1.2.2.4. *L'environnement*

L'environnement est un champ d'énergie pandimensionnel irréductible identifié par un pattern et solidaire du champ humain. L'environnement de la personne, étant en lien constant avec celle-ci, est un des piliers majeurs pour le bien être. Il utilise trois principes homéodynamique afin de décrire l'interaction entre les deux champs d'énergie (Alligood, 2014, traduction libre, p. 224).

1.3. Question de recherche

Actuellement, la douleur est un symptôme qui n'est pas toujours maîtrisé par la médecine allopathique. Par conséquent, les patients peuvent se tourner vers d'autres méthodes comme la médecine alternative et complémentaire, qui réunit de multiples catégories.

Cette revue de littérature s'est spécifiée sur le contact physique et sur l'énergie de la personne soignée en utilisant certaines thérapies du Biofield. Ce travail a pour but de promouvoir ces pratiques afin qu'elles puissent se développer sur le terrain pour, ainsi, aider le patient à un meilleur contrôle des douleurs grâce au contact du soignant et des auto-soins.

Les thérapies du Biofield, en complément de la médecine allopathique, permettent-elles une meilleure gestion des douleurs chroniques ?

2. MÉTHODE

Suite à une lecture critique de la revue de la littérature, six articles ont été sélectionnés en prenant comme référence, des bases de données de recherche (Pubmed, Cochrane ou encore Google Scholar) pour répondre à la question de recherche.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Nous nous sommes appuyées sur la méthode d'identification de mots-clés PICOT afin d'avoir nos termes Mesh et de trouver des articles correspondants.

2.1.1. Terminologie PICOT et termes MeSH

	Population	Pathologie	Intervention	Comparaison	Outcomes	Temporalité
Mots-clés	Personnes adultes ou personnes âgées – 18 ans et plus	Douleurs chroniques	Biofield en complément de la médecine allopathique		Meilleure gestion de la douleur chronique	
Termes MeSH		Chronic pain	Biofield,		Pain management	
Termes MeSH supplémentaires		Pain	Healing Touch, Therapeutic Touch, Reiki, Complementary and Alternative Medicine			

2.1.2. Base de données de recherche

Nous avons consulté diverses bases de données comme Pubmed, Cochrane ou encore Google Scholar.

Bases de données et dates	Équations	Filtres	Résultats
Pubmed, mars 2016	(pain[MeSH Terms]) AND Healing	Articles datant de moins de 5 ans	24 résultats, dont 1 retenu

	Touch[MeSH Terms]		
Pubmed, avril 2016	(Healing Touch[MeSH Terms]) AND chronic pain[MeSH Terms]		4 résultats, dont 1 retenu
Pubmed, mai 2016	(Reiki[MeSH Terms]) AND pain[MeSH Terms]		99 résultats, dont 1 retenu
Pubmed, mai 2016	(therapeutic touch[MeSH Terms]) AND pain[MeSH Terms]		99 résultats, dont 1 retenu

2.1.3. Explication du choix des études sélectionnées

Les articles sélectionnés sont basés sur les thérapies Biofield qui prennent en compte diverses méthodes comme le Reiki, le Toucher Thérapeutique ou encore le Healing Touch. De ce fait, nous nous sommes spécifiées sur les approches dites corporelles. Lors de la sélection des articles, la médecine alternative et complémentaire n'a pas été associée à chaque fois à la médecine allopathique. En ce qui concerne notre choix de population, les personnes soignées devaient avoir dix-huit ans et plus afin de sélectionner l'étude. Pour finir, les articles ne devaient pas dater de plus de 15 ans.

2.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1, ci-dessous.

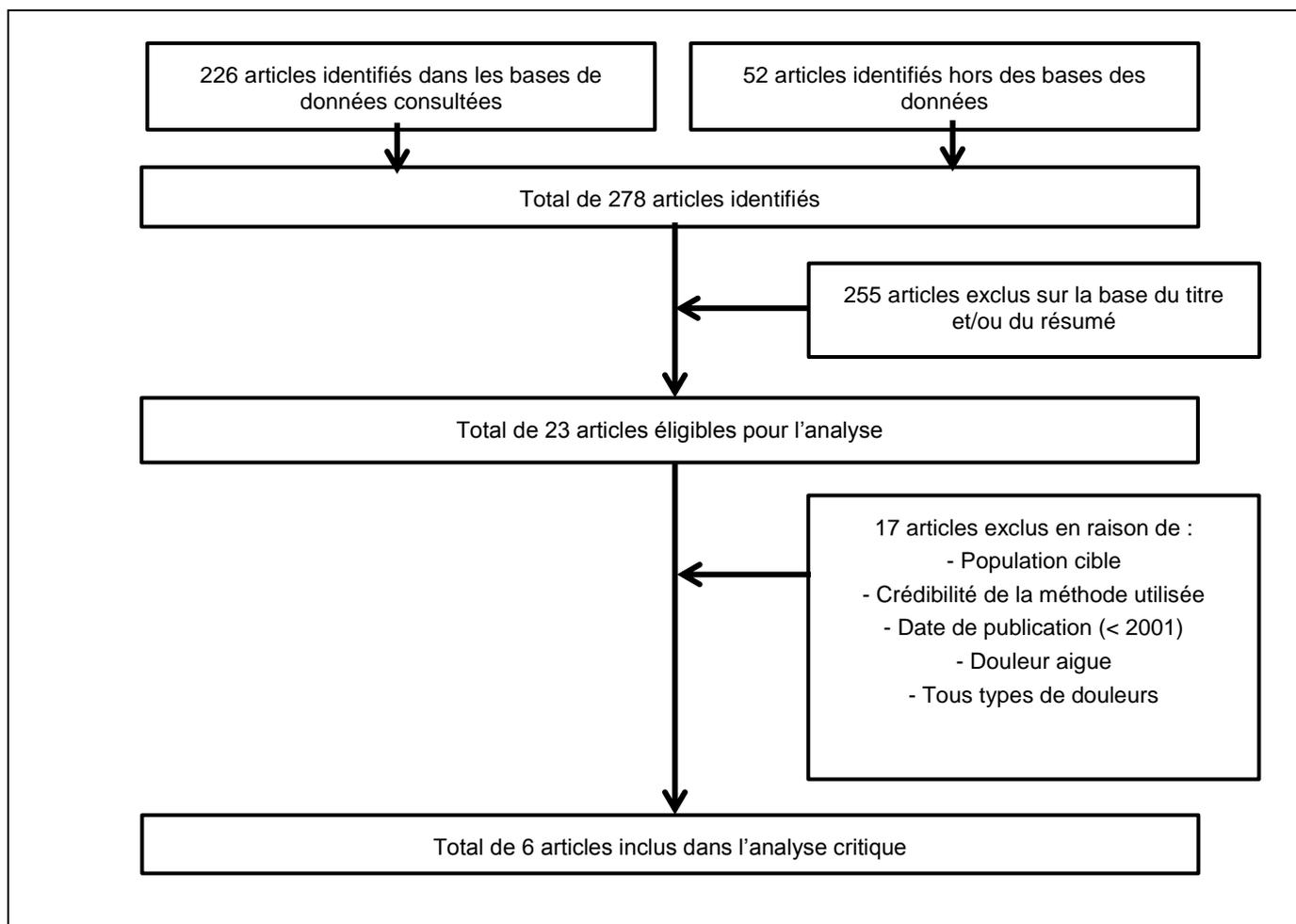


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3. RÉSULTATS

Les résultats sélectionnés ont été corrélé grâce aux diverses techniques de médecines complémentaires et ont été regroupé par thématique : le Healing Touch, les massages thérapeutiques, le Toucher Thérapeutique et le Reiki.

A l'issu de notre revue de littérature, six articles ont été sélectionné. Leur publication date de 2003 à 2013.

Cinq articles sont des études cliniques randomisées et le dernier est une étude expérimentale interventionnelle.

Ci-dessous, un tableau présentant les six articles selon les diverses méthodes des thérapies Biofield.

Healing Touch	Lu, D-F., Hart, L.K., Lutgendrof, S.K. & Perkhounkova, Y. (2013). The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis. <i>Geriatric Nursing</i> , 34(4), 314-322.
	Decker, S., Wind Wardell, D. & Cron, S.G. (2012). Using a healing touch intervention in older adults with persistant pain. <i>Journal of Holistic Nursing</i> , 30(3), 205-213.
Massages thérapeutiques	Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill L., Benton, K., Mellis, B.K., ... Fairclough, D.L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advenced cancer : a randomised trial. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 149(6), 369-379.
	Cassileth, B.R. (2004). Massage therapy for symptom control : outcome study at a major cancer center. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 28(3), 244-249.

Toucher Thérapeutique	Denison, B. (2004). Touch the pain away : new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. <i>Holistic Nursing Practice</i> , 18(3), 142-151.
Reiki	Olson, K., Hanson, J. & Michaud M. (2003). A phase II trail of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 26(5), 990-997.

3.1. Le Healing Touch

Le Healing Touch est défini comme une pratique infirmière. Il est également classé comme une des modalités du Biofield selon le « National Center for Complementary and Alternative Modalities » (NCCAM) (Lu, Hart, Lutgendorf, & Perkhounkova, 2013).

Les deux articles utilisant la pratique du Healing Touch (HT) ont utilisé un groupe contrôle, comme 2^{ème} groupe, pour comparer les bénéfices de traitement HT. Dans l'article de D.F. Lu et al. (2013), le groupe contrôle a reçu des visites hebdomadaires, « Friendly Visit ». Dans celui de S. Decker et al. (2012), le soin de présence, « presence care », constitue la pratique du groupe contrôle.

Selon l'article de D.F. Lu et al. (2013), à la fin des six semaines de traitement de Healing Touch, il y a eu une diminution significative de l'intensité de la douleur et de l'interférence de cette dernière avec la vie quotidienne du participant. Dans le groupe du Healing Touch, le niveau de douleur est de 5.3, avant la première session, et diminue à 3.5, à la fin des six semaines de traitement. Dans l'étude de S. Decker et al. (2013), il est établi par les échelles VDS et PATCIE que les deux groupes n'ont pas de différences significatives entre eux. En effet, l'échelle VDS est une auto-évaluation verbale du patient utilisée pour mesurer la douleur de 0 à 6 et l'échelle PATCIE est une évaluation de la douleur chez les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

La qualité de vie est abordée dans l'article de S. Decker et al. (2013). Les scores moyens de santé étaient légèrement plus élevés pour le groupe contrôle entre les scores avant puis après interventions (un score plus élevé indique une meilleure santé).

Dans l'étude de D.F. Lu et al. (2013), la dépression est évaluée avec le questionnaire PHQ-9. Le score du groupe recevant le Healing Touch après la première session est à 6.4. Après la sixième session, le score est à 2.3 (p = 0.003).

Ce groupe a donc eu une diminution statistiquement significative de sa dépression au cours des sessions. Le score de dépression diminue également pour le groupe contrôle mais il n'est pas significatif. L'effet d'interaction n'a pas été significatif.

Selon l'étude de S. Decker et al. (2013), l'échelle Katz des activités de la vie quotidienne (AVQ) a montré une augmentation des AVQ pour le groupe Healing Touch mais qui n'est pas significatif. Pour le groupe contrôle, l'évaluation de AVQ est restée stable entre le début et la fin de l'intervention dans les scores moyens de l'échelle Katz. Cependant, ces chiffres ne sont pas significatifs.

3.2. Les massages thérapeutiques

Selon l'article de J.S. Kutner et al. (2008), le massage thérapeutique est un soulagement des points de douleurs grâce à une technique de massage par les mains en les concentrant sur les zones musculaires afin d'enrayer les cycles de spasmes et/ou de douleurs.

La thérapie de massage est décrite, selon l'étude de B.S. Cassileth (2004), comme une manipulation des muscles sur des parties du corps. Elle est donnée dans un environnement de soin qui apporte de la détente, qui amène à un meilleur temps de repos, qui diminue plusieurs types de douleurs, entre autres, les douleurs musculaires.

L'article de J.S. Kutner et al. (2008) et l'article B.S. Cassileth (2004) ont comme pratique thérapeutique les massages.

L'analyse des massages, selon l'étude J.S. Kutner et al. (2008), montre qu'il y a une amélioration immédiate dans la perception de la douleur qui est cliniquement significative. Immédiatement après le traitement du massage, il y a une amélioration statistiquement plus élevée que le « simple touch » mais qui n'est pas significatif. Cependant, pour les deux groupes, il y a une amélioration statistiquement significative de la douleur par l'échelle BPI mais qui n'est pas cliniquement significatif.

Dans l'étude de B.S. Cassileth (2004), les patients recevant le massage suédois et le « light touch massage » ont des résultats supérieurs dans la sévérité de leurs symptômes (qui comprend principalement la douleur, l'anxiété et la fatigue) par rapport aux personnes recevant le massage des pieds. Entre les massages suédois et le « light touch massage », il n'y a pas de différence significative.

Dans les résultats de l'article de J.S. Kutner et al. (2008), un des symptômes étant décrit est celui de l'humeur. L'amélioration de l'humeur se présente immédiatement après le traitement du massage thérapeutique ou du « simple touch », qui est le groupe contrôle, et est statistiquement significatif.

Cependant, le massage thérapeutique a une efficacité statistiquement significative supérieure sur le symptôme de l'humeur par rapport au « simple touch », immédiatement après avoir reçu le traitement. Au travers d'une évaluation hebdomadaire, en ce qui concerne la qualité de vie et les symptômes de détresse physique et émotionnelle, il est démontré une amélioration statistiquement significative. La qualité de vie entre les deux groupes d'étude n'est ni statistiquement ni cliniquement significative.

Par rapport à la quantité d'administration des équivalents morphiniques parentéraux, il n'y a pas non plus de changement statistiquement ou cliniquement significatif.

3.3. Le Toucher Thérapeutique

Le Toucher Thérapeutique est décrit, selon l'étude de B. Denison (2004), comme ayant un effet d'apaisement chez le patient.

Cette technique est exercée par un praticien spécialisé en Toucher Thérapeutique (QTTPs) par le biais de l'utilisation de ses mains qui vont être en contact avec le participant en stimulant ses champs d'énergie.

Les résultats obtenus à partir de l'étude de B. Denison (2004), démontrent que le Toucher Thérapeutique diminue significativement la perception de la douleur suite au traitement reçu. Le score moyen de la douleur était plus faible dans le groupe Toucher Thérapeutique quatre fois sur six par rapport au groupe contrôle qui écoutait des informations sur une cassette audio. Les scores de douleur après la sixième session de traitement étaient inférieurs aux scores de la douleur de la sixième session du groupe contrôle.

La qualité de vie est aussi évaluée dans cette étude grâce au questionnaire FHAQ. Les résultats de ce questionnaire démontrent une qualité de vie améliorée dans le groupe recevant le Toucher Thérapeutique de la semaine 1 à la semaine 6. Le résultat du questionnaire FHAQ avant le premier traitement est de 1.12 (SD = 0.59) et le score avant le dernier traitement est de 0.882 (SD = 0.46). Ces résultats FHAQ montrent également une meilleure capacité fonctionnelle ($t(8) = 1.95, p = 0.044$).

A cause de l'inégalité entre les groupes en taille et en capacité fonctionnelle, aucun résultat significatif n'a été trouvé entre le groupe recevant le Toucher Thérapeutique et celui qui écoutait les cassettes audio.

Cependant, les résultats soutiennent qu'un traitement de Toucher Thérapeutique peut être efficace pour soulager les douleurs et améliorer la qualité de vie pour une population souffrant de fibromyalgie.

3.4. Le Reiki

Le Reiki est défini, par l'étude de K. Olson et al. (2003), comme une thérapie qui favorise la guérison et ainsi rétabli l'équilibre énergétique dans diverses zones du corps. Ceci permet une réduction de la douleur et une augmentation de la qualité de vie.

Les auteurs de la recherche de K. Olson et al. (2003) ont créé deux groupes d'étude. Le premier groupe, qui est le groupe contrôle, reçoit 1,5 h de repos au jour 1 et 4 et le deuxième reçoit un traitement de Reiki également les jours 1 et 4. De plus, tous les participants des deux groupes ont pris des antalgiques de type opioïdes comme traitement de base de leurs douleurs.

Les participants ayant reçu le Reiki ont une amélioration significative de la douleur après avoir reçu la thérapie le jour 1 par rapport au groupe qui a reçu le traitement de repos. Le groupe recevant le traitement de Reiki avait une douleur à 4.5/10 avant le traitement et après le traitement, la douleur était diminuée à 3.3/10 ($p = 0.035$) alors que le groupe recevant le repos avait une douleur à 4.5/10 avant le traitement puis une douleur à 4.2/10.

Le jour 4, après avoir reçu la deuxième session de Reiki, le groupe note également une diminution significative de la douleur, comparativement au groupe ayant reçu la session de repos. Le score avant le traitement, du groupe recevant le Reiki, est de 3.9 et après le traitement, il est de 2.4 ($p = 0.002$).

Pour les deux groupes, une comparaison entre le jour 1 et le jour 7 a montré qu'il n'y avait pas de différence significative du seuil de douleur. Les participants à l'étude constatent que l'effet du Reiki dure entre deux à trois jours et c'est pour cela que l'effet du traitement, reçu le jour 4, est réduit au jour 7.

Le groupe recevant le traitement de Reiki voit une amélioration significative de leur qualité de vie en comparaison du groupe contrôle. Effectivement, le groupe Reiki a une qualité de vie à 5.4 au jour 1 et au jour 7 elle est à 6.2 ($p = 0.002$) alors que le score, le jour 1, du groupe contrôle est de 5.1 et le septième jour, il est aussi à 5.1.

Grâce à une diminution de la douleur, une augmentation de la dimension psychologique de la qualité de vie s'accomplit.

La diminution d'antalgiques n'est pas possible à cause de la courte période de l'étude et à cause du maintien des prises d'antalgiques, sauf si modifié par le médecin. Ceci atteste l'absence de différence significative.

3.5. Eléments principaux de la recherche

La douleur, la qualité de vie, les antalgiques, la dépression et l'humeur des personnes sont des notions qui découlent de tous les articles.

La douleur est un concept-clé de notre problématique. C'est pour cela qu'elle est abordée dans les six articles qui ont été sélectionnés. Les diverses méthodes utilisées essaient de mieux contrôler ces douleurs et ainsi de les diminuer.

La qualité de vie est également un concept qui revient souvent dans les articles. Il est observé que la qualité de vie et la douleur sont continuellement en lien, comme démontré dans l'étude de S. Decker (2012) où l'évaluation de la qualité de vie prend en compte la douleur.

La dépression et l'humeur sont des notions qui font partie du psychisme de la personne. Les chercheurs ont intégré ces notions pour voir si, avec l'application des méthodes, il pouvait y avoir un impact positif.

3.6. Tableau comparatif

Ci-dessous, le tableau comparatif qui comprend les six articles sélectionnés dans la revue de la littérature (Tableau 1).

Tableau 1. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis : a feasibility study</p> <p>Geriatric Nursing, 2013.</p> <p>Lu, D.F., Hart, L.K., Lutgendorf S.K., Perkhounkova, Y.</p> <p>Fiche de lecture 1</p>	<p>N = 19, 3 hommes et 16 femmes, ayant entre 62 et 99 ans.</p> <p>Il s'agit d'un essai clinique randomisé.</p>	<p>Investiguer les effets du Healing Touch (HT) sur la douleur, la fonction articulaire, la mobilité et la dépression chez des personnes souffrant d'arthrose de l'articulation du genou.</p>	<p>Un groupe recevant le Healing Touch et un autre, la méthode « Friendly visit » (FV), visite hebdomadaire.</p> <p>Les instruments de mesure :</p> <p>Un thermomètre de la douleur Iowa (IPT), la « Brief Pain Interview Short Form » (BPI(SF)), l'index de l'arthrose « The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index » (WOMAC), un goniomètre et le questionnaire de santé du patient (PHQ-9).</p>	<p>Trois variables mesurées : la douleur, la fonction articulaire et la dépression.</p> <p>Pour la douleur :</p> <p>La perception de la douleur, du groupe HT, en rapport avec l'interférence de la douleur, s'est améliorée significativement. Dans le groupe HT, la sévérité de la douleur a diminué significativement.</p> <p>Les participants du groupe HT ont signalé un changement important dans la perception de l'efficacité de leur antalgie.</p>	<p>Petite taille d'échantillon (19), petit nombre d'homme (3).</p> <p>Groupes non égaux dans leur composition (HT = 12 ; FV = 7).</p> <p>Origine ethnique uniquement caucasienne.</p> <p>Les sujets n'ont pas été aveuglés par rapport au traitement qu'ils ont reçus.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Using a healing touch intervention in older adults with persistent pain. A Feasibility Study.</p> <p>Journal of Holistic Nursing, 2012.</p> <p>Decker, S., Wind Wardell, D., Cron, G.S.</p> <p>Fiche de lecture 2</p>	<p>Participants âgés, vivants dans une résidence dont la moyenne d'âge était de 83 ans, avec un taux plus élevé de femme.</p> <p>Etude clinique randomisée</p>	<p>Voir la faisabilité du Healing Touch dans une résidence (EMS) et de le comparer à une autre méthode (le « presence care ») pour observer une amélioration de la douleur et de la qualité de vie.</p>	<p>Un groupe recevant le Healing Touch et l'autre le « presence care ».</p> <p>Auto-évaluation des participants :</p> <p>Echelle de la douleur VDS et PATCIE.</p> <p>EuroQoL 5D pour la qualité de vie.</p> <p>Katz pour les AVQ.</p>	<p>Pour le groupe HT, le score des AVQ a une amélioration significative. Cependant, lorsqu'on différencie les deux groupes (HT et PC), le score des AVQ n'est pas significatif.</p> <p>L'échelle de PATCIE montre une diminution des douleurs dans le groupe HT pour les personnes avec une démence.</p> <p>Une faisabilité de cette étude est possible chez des personnes âgées.</p>	<p>Petit échantillon (20), petit nombre d'hommes (2) par rapport au nombre de femmes (18).</p> <p>Personnes atteintes de démence (4).</p> <p>4 des 8 participants du groupe PC ont fait toutes les séances.</p> <p>L'échelle VDS est cotée de 0 à 6 alors qu'elle devrait être de 0 à 10.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer : a randomized trial.</p> <p>Annals of Internal Medicine, 2008.</p> <p>Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K.,</p>	<p>Population atteinte de cancer à des stades avancés.</p> <p>L'âge moyen des femmes était de 65.2 ans et l'âge moyen des hommes de 64.2 ans.</p> <p>Étude clinique randomisée, multi-sites</p>	<p>L'étude compare 2 méthodes, celle du massage thérapeutique et celle du « simple touch ».</p> <p>Elle va évaluer les douleurs, l'humeur et la qualité de vie.</p>	<p>Elle utilise plusieurs échelles pour évaluer la douleur, la MPAC et la BPI. L'échelle MPAC est aussi utilisée pour l'humeur.</p> <p>La qualité de vie est évaluée par l'échelle MQOL.</p>	<p>Pour le groupe de thérapie de massage, une amélioration cliniquement significative s'observe au niveau de la douleur après intervention qu'on peut voir par le biais de l'échelle BPI (Moyenne Changeante (MC) : 0.97) et l'échelle MPAC (MC : 1.58). De plus, l'effet est statistiquement supérieur à celui du « simple touch » (MC : -0.90).</p> <p>Une amélioration statistiquement significative s'est vue, grâce à l'échelle MQOL, par une</p>	<p>Le biais de mesure : les transcriptions des résultats peuvent être biaisées.</p> <p>Une des limites est la taille de l'échantillon.</p> <p>Une autre des limites est de voir un manque d'adéquation dans le groupe contrôle.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Karen Mellis, B., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L., Fairclough, D.L. Fiche de lecture 3				moyenne différentielle de 0,08, pour les symptômes de détresse physique et émotionnelle et la qualité de vie.	

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Massage therapy for symptom control : outcome study at a major cancer center.</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management,</p> <p>Cassileth, B.R.</p> <p>Fiche de lecture 4</p>	<p>Personnes atteintes de cancers qui sont hospitalisées ou en ambulatoire.</p>	<p>Le but de l'étude est l'amélioration des symptômes, chez les personnes atteintes de cancer, en utilisant 3 types de thérapies de massage (le massage des pieds, le massage suédois et le massage en douceur).</p>	<p>L'étude s'effectue par le biais de cartes d'auto-évaluation qui sont données aux patients avant de commencer l'étude et les symptômes sont réévalués par le même système après les interventions.</p>	<p>Les patients recevant le massage suédois et le massage en douceur ont des résultats supérieurs que celui du massage des pieds.</p> <p>Les scores à long terme ne persistent dans le temps, ils reviennent au stade initial.</p>	<p>L'évaluation par cartes (auto-évaluation) n'est pas décrite dans le texte.</p> <p>De plus, les patients ne sont pas aveuglés lors de l'étude, ainsi cela constitue une des autres limites car les participants savent quel type de massage ils vont recevoir.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Touch the pain away : new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome</p> <p>Holistic nursing practice, 2004.</p> <p>Denison, B.</p> <p>Fiche de lecture 5</p>	<p>N = 15.</p> <p>L'âge varie entre 25 et 85 ans.</p> <p>Il s'agit d'une étude clinique randomisée.</p>	<p>Expérimenter l'efficacité du Toucher Thérapeutique (TT), chez des personnes atteintes de fibromyalgie, afin de diminuer leurs douleurs.</p>	<p>Un groupe recevant le traitement du Toucher Thérapeutique. Un groupe contrôle où les personnes devaient écouter une cassette audio avec des informations en lien avec les médecines complémentaires.</p> <p>Outils pour la récolte de données :</p> <p>Le questionnaire abrégé de la douleur (SF-MPQ), le questionnaire « Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire » (FHAQ) ainsi que le thermographe infrarouge électronique.</p>	<p>Le TT diminue significativement la douleur après avoir reçu les sessions. Dans ce même groupe, la qualité de vie s'améliore.</p> <p>Les résultats soutiennent en partie que le TT peut être un traitement efficace pour soulager les douleurs et améliorer la qualité de vie dans la population souffrant de fibromyalgie.</p>	<p>Les participants devaient être assez intéressés par l'étude pour contacter le chercheur.</p> <p>La constitution des deux groupes n'est pas homogène (TT = 10 ; groupe contrôle = 5).</p> <p>Les différents types de douleurs ne sont pas différenciés.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients</p> <p>Journal of pain symptom management, 2003.</p> <p>Olson, K., Hanson, J., Michaud, M.</p> <p>Fiche de lecture 6</p>	<p>N = 24, 15 femmes (âge moyen = 56 ans) et 9 hommes (âge moyen = 59.5 ans).</p> <p>Il s'agit d'une étude expérimentale interventionnelle.</p>	<p>Déterminer si le Reiki, en plus d'un traitement d'opioïdes standard, a permis d'avoir un meilleur contrôle de la douleur, à une utilisation moindre des analgésiques et à une meilleure qualité de vie.</p>	<p>Un groupe recevant le Reiki plus le traitement d'opioïde standard (groupe B). L'autre groupe recevant du repos en plus du traitement d'opioïdes standard (groupe A).</p> <p>Échelles de mesures : L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle Likert pour évaluer la douleur. L'échelle QOL pour évaluer la qualité de vie.</p>	<p>Le groupe B a signalé une amélioration significative, au jour 1, de la douleur, par rapport au groupe A.</p> <p>Le jour 4, le groupe B a également rapporté une diminution significative de la douleur, comparé au groupe A.</p> <p>Entre le jour 1 et le jour 7, le groupe B démontre une amélioration significative au niveau de la qualité de vie.</p>	<p>L'absence du thérapeute de Reiki, dans le groupe contrôle, a pu influencer les résultats de l'étude.</p> <p>Il n'a pas été possible d'aveugler ni les participants, ni l'infirmière de recherche.</p>

4. DISCUSSION

Les douleurs chroniques peuvent être traitées avec diverses méthodes comme les thérapies Biofield et les massages standards. Ces différents procédés peuvent être pratiqués par des infirmières avec ou sans formation spécifique. La philosophie de ces infirmières peut être dirigée vers la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers car ces pratiques et cette pensée sont axées sur le mouvement constant des énergies et sa mobilisation.

4.1. Les méthodes utilisées afin d'observer les effets sur la douleur et la qualité de vie

Deux des six articles sélectionnés ont comme pratique le Healing Touch. Les résultats observés de la diminution de la douleur, diffèrent entre les deux articles. En effet, l'étude de D.F. Lu et al. (2013), démontre qu'il y a une diminution statistiquement significative de la douleur suite aux interventions de Healing Touch. L'évaluation de la douleur, avec le thermomètre de la douleur Iowa (IPT), était cotée à 4.0 avant le début des séances alors que celle qui a été effectuée après toutes les sessions a été évaluée à 2.6 ($p = 0.04$). Alors que, le premier article confirme une amélioration de la douleur, les résultats du groupe recevant le Healing Touch, dans l'étude de S. Decker et al. (2012), démontre qu'il n'y a pas de différence significative.

L'hypothèse, qui expliquerait cette différence, est que le nombre de séances dans l'article de S. Decker et al. (2012) se porte à sept alors que dans celui de D.F. Lu et al. (2013) il y a 18 séances qui sont données. Nous en déduisons que les séances de Healing Touch devraient être sur du long terme pour permettre une diminution dans la perception de la douleur. En effet, ces thérapies devraient être employées régulièrement, comme cité dans l'article de D.F. Lu et al. (2013), afin d'avoir une efficacité continue.

Le Reiki est une des autres méthodes du Biofield, utilisée dans l'article de K. Olson et al. (2003). Le Reiki a été effectué à deux reprises dans cette étude, la première séance a eu lieu le jour 1 et la deuxième le jour 4. Les scores de douleurs se sont améliorés significativement suite aux deux sessions de Reiki.

Cependant, après 3 jours sans séance, une évaluation de la douleur a été effectuée le 7^{ème} jour. Les patients ont exprimé une diminution des effets positifs du Reiki.

Cet article soutient que l'efficacité du traitement, sur l'amélioration des douleurs, serait statistiquement significatif si les séances étaient maintenues.

Prendre un traitement, qu'il soit non pharmacologique comme cité dans l'article de Olson (2003) ou de type pharmacologique, permettrait une continuité des soins et un contrôle des symptômes sur le long terme (Société française d'évaluation et de traitement de la douleur, 2016, p.25).

L'article de Denison, B. (2004) utilise le Toucher Thérapeutique chez des personnes souffrant de fibromyalgie.

L'auteure mentionne une amélioration de la douleur après les sessions dans le groupe du Toucher Thérapeutique. Pour cette population, l'efficacité du traitement du Toucher Thérapeutique est, en partie, soutenue par les résultats qui démontrent un soulagement des douleurs. Cependant, nous ne pouvons pas interpréter clairement les résultats car les tableaux ne sont pas présentés et les chiffres ne sont pas développés.

Notre revue de littérature nous a amené à sélectionner des articles qui ne font pas partie des thérapies Biofield. Il s'agit de massages thérapeutiques appliqués chez une population de personnes atteintes de cancers à un stade avancé et qui souffrent de douleurs. L'article de Kutner et al. (2008) démontre une amélioration instantanée des douleurs perçues suite au traitement (-1.87 moyenne changeante, CI, -2.07, -1.67). Ceci démontre que, même si le massage thérapeutique n'est pas une technique Biofield, il a une efficacité dans la gestion des symptômes telle que la douleur.

Les différentes méthodes, dans l'article de Kutner et al (2008) et de Cassileth, B.R. (2004), ont des protocoles qui permettent d'avoir une application uniforme de chaque technique. C'est pour cela que nous pouvons faire des liens avec les techniques Biofield car la méthode utilisée dans un article concorde avec la même technique dans un autre article.

Même si les techniques Biofield et les massages thérapeutiques ne sont pas pareils, il y a un point commun qui est le toucher physique. De plus, l'efficacité sur la gestion de la douleur a été démontrée autant par les approches de type Biofield que par les massages thérapeutiques.

La plupart de nos articles évoque la qualité de vie. Un des symptômes, qui peut diminuer la qualité de vie, est la douleur. C'est pour cela qu'il est important de bien la contrôler.

Selon Pr. Ventura (2007) :

La douleur présente un impact négatif sur les sensations de bien-être, les plaintes psychosomatiques et l'impression de dégradation de vie sociale et professionnelle, la satisfaction/qualité de vie (p. 2).

En effet, dans l'article de Olsen et al. (2003), une meilleure gestion de la douleur améliore la partie psychique de la qualité de vie. De plus, dans cette même étude, entre les jours 1 et 7, le groupe recevant le traitement de Reiki a une amélioration significative de la qualité de vie.

Pour chaque article qui décrit la qualité de vie, une échelle différente a été utilisée. Ces échelles vont permettre d'analyser certains symptômes, qui sont pris en compte dans des sous-items de la qualité de vie, telles que la dépression et l'anxiété. Ces symptômes ne sont pas développés dans les articles mais ils sont regroupés dans les sous-items. Ainsi, l'analyse détaillée de la qualité de vie ne peut pas être faite, cependant, grâce aux sous-items, une évaluation globale de la qualité de vie est effectuée.

4.2. Les champs d'énergie de Martha Rogers en lien avec les techniques Biofield

Dans la population occidentale, la méthode de soin la plus répandue est la médecine allopathique. Il est vrai que cette pratique a fait ses preuves. Toutefois, dans plusieurs cas, l'efficacité de ces traitements antalgiques ne couvre pas la douleur des patients, ce qui fait qu'ils ont tendance à se tourner vers d'autres techniques de soins telles que la médecine alternative et complémentaire (CAM) (Denison, 2004).

En effet, dans cette revue de littérature, les méthodes mises en avant sont le Toucher Thérapeutique, le Healing Touch et le Reiki qui font partie des techniques Biofield.

Les douleurs chroniques ont tendance à perturber la personne et son environnement, ce qui engendre une défaillance dans les champs d'énergie de celle-ci. Comme cité par Martha Rogers, l'être humain unitaire est composé de deux champs d'énergie, la personne et l'environnement, qui sont en interaction et en changement constant. Ainsi, un déséquilibre physique peut venir perturber les champs d'énergie (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 236-237). Le professionnel de santé, quant à lui, va venir soutenir le patient, par ses techniques de massage, afin de rééquilibrer les champs d'énergie de celui-ci, qui lui permettra une meilleure gestion de ses douleurs (Denison, 2004).

Dans deux articles de cette revue de littérature, le cadre théorique utilisé est celui de la science de l'être humain unitaire de Martha Rogers. L'article de Denison (2004) appuie que l'échange d'énergie entre le professionnel de santé et le patient va permettre de rétablir l'équilibre entre les deux champs d'énergie (personne, environnement) de ce dernier. Selon Martha Rogers, les champs d'énergie sont en constante évolution, ce qui permet de visualiser la douleur chronique et la qualité de vie du patient comme une expérience vécue. Dans la technique du Healing Touch, décrite dans l'article de Lu et al. (2013), le professionnel va, à travers ses mains, diriger l'énergie dans le corps du patient et va permettre de dynamiser et d'équilibrer les champs d'énergie.

4.3. Positionnement professionnel selon la pensée infirmière de Martha Rogers

L'infirmière se positionne, selon la théorie de Rogers, comme un accompagnateur, un soutien pour le patient dans sa prise en charge. Elle va être un apport pour le patient tant dans les soins qu'elle lui prodigue que dans le contact relationnel. Le patient, quant à lui, aura une place primordiale dans sa prise en charge en émettant ses propres objectifs (Alligood, 2014, traduction libre, p. 223). Ceci permettra, en collaboration avec l'infirmière et le reste de l'équipe interdisciplinaire, de mettre en place un protocole thérapeutique individuel qui permettra au patient de mieux gérer sa douleur. Cette revue de littérature s'est focalisée sur les thérapies Biofield, qui sont des apports à la médecine allopathique, pour voir leurs efficacités sur la gestion de la douleur. En effet, la recherche d'article s'est centrée sur trois techniques Biofield et sur une autre technique.

La mobilisation d'énergie effectuée, par le biais des thérapies, permet cette interaction symphonique des champs d'énergie entre l'humain et l'environnement (Alligood, 2014, traduction libre, p. 223).

A ce propos, dans l'article de Olsen et al. (2003), les participants ont constaté que leur douleur avait diminué et ce, grâce à une technique Biofield, le Reiki.

Martha Rogers prend en compte le bien-être de la personne pour que la qualité de vie de cette dernière soit la plus idéale possible selon sa propre vision. Selon Vall et al. (2006), l'intensité de la douleur aura un impact sur la diminution ou l'amélioration de la qualité de vie. La qualité de vie, dans les articles cités dans ce travail, a été évaluée afin de voir si la douleur a un lien direct avec cette première. Dans l'article de Olson et al. (2003), les chercheurs remarquent qu'une meilleure gestion de la douleur permet d'avoir une amélioration de l'aspect psychologique de la qualité de vie et ainsi l'augmenter. En d'autres termes, ces articles démontrent que les deux dimensions s'influencent mutuellement. En effet, améliorer la douleur va permettre d'augmenter la qualité de vie et inversement.

L'infirmière, étant un apport pour le patient, est celle qui va analyser la situation de soin ainsi que les objectifs du patient. Grâce à cela, elle peut proposer au patient, si c'est nécessaire, une méthode qui va compléter son protocole antalgique. Elle va ainsi exercer ses sept compétences infirmières, édictées par la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH), et plus précisément le rôle de promoteur de la santé en maintenant et améliorant sa qualité de vie et sa santé (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009).

5. CONCLUSION

Ce travail a pu mettre en avant l'efficacité des pratiques, qui font partie de la médecine alternative et complémentaire, afin d'observer l'évolution des douleurs chroniques.

Les principaux résultats de cette revue de la littérature sont liés aux notions de douleurs et de qualité de vie, qui se retrouvent dans les six articles.

D'une manière générale, les résultats pour la douleur, sont positifs. Cependant, ils ne sont pas tous significatifs et ceci rend la généralisation des résultats difficile. De plus, la perception de la douleur est propre à chacun et ainsi l'apport du traitement complémentaire va être différent d'une personne à une autre.

Cette revue de la littérature est également centrée sur la douleur et la qualité de vie de la personne. En effet, il est observé que si la personne arrive à mieux gérer ses douleurs, elle pourra à nouveau effectuer des activités de la vie quotidienne (Vall, Batista-Braga, & Almeida, 2006) et retrouver une vie sociale (Grünenwald, 2009). Ainsi sa qualité de vie augmentera, ce qui aura également un effet positif sur la douleur.

Malgré une amélioration de cette qualité de vie et de cette douleur, dans les articles sélectionnés, les résultats n'étaient pas toujours significatifs, ce qui amène une limite des études et de ce fait une limite pour la question de recherche.

5.1. Apports et limites du travail

Tout au long de la recherche d'articles, une des difficultés rencontrées était de trouver des études récentes qui correspondaient à la problématique. La recherche s'est élargie sur une période de 15 ans.

Dans plusieurs études, la taille des échantillons était réduite. Ceci peut biaiser des résultats, car une augmentation peut être vue mais, à cause de cette restriction de population, elle ne montre pas une preuve probante. Cependant, si l'échantillon était de plus grande taille, les résultats seraient possiblement significatifs et ainsi les chercheurs pourraient prouver l'efficacité de leur méthode.

En outre, les populations sont différentes entre les six articles qui composent cette revue de littérature. En effet, d'une part, les intervalles liés à l'âge sont dispersés entre 25 et 99 ans. D'autre part, les pathologies des patients varient d'un article à un autre.

La douleur est définie comme étant une notion subjective et individuelle. C'est pour cela qu'il est difficile de faire des moyennes de douleurs entre plusieurs individus. Ainsi, les résultats ne peuvent pas être généralisables mais une comparaison de douleurs chez une même personne avant et après un traitement est intéressante.

De plus, l'ensemble des résultats de diminution de douleurs, après un traitement, ne peut pas être généralisable car deux personnes différentes ne vont pas réagir de la même manière au même traitement. C'est pour cela qu'un même traitement peut faire plus d'effet chez une personne que chez une autre.

La science de l'être humain unitaire de Martha Rogers a été un apport pour ce travail car elle prend en compte le vécu de chacun et dit que l'Homme et son environnement évoluent ensemble tout au long du parcours de vie. De ce fait, la théorie, choisie comme cadre théorique dans plusieurs articles sélectionnés, se lie aux techniques Biofield car elles prennent également en compte les énergies qui sont mobilisées.

5.2. Recommandations

Les résultats obtenus, après lecture et analyse des articles, montrent que ce type de médecine complémentaire peut être un apport supplémentaire dans la prise en charge du patient. A ce propos, les futures recherches vont se réaliser et vont pouvoir être plus précises, ce qui permettra aux soignants d'avoir une base scientifique solide sur laquelle ils vont pouvoir s'appuyer et ainsi pratiquer ce genre de techniques avec plus d'expertise et moins d'appréhension. Ces études, en lien avec les Evidence Based Practice (EBP), vont donc permettre aux soignants d'avoir des techniques de soins qui sont issues de données probantes.

Dans nos pratiques infirmières, plusieurs Certificats of Advanced Studies (CAS) centrés sur la douleur peuvent être effectués, ce qui permet d'avoir une meilleure vision globale de la douleur et de ses divers aspects. Grâce à ces formations continues, les infirmières se spécialisent et acquièrent des notions spécifiques à leur domaine. Certaines se retrouvent dans des équipes spécialisées qui prennent en compte la douleur.

A Genève, les établissements hospitaliers et extrahospitaliers bénéficient d'équipes mobiles spécialisées en douleurs et soins palliatifs. Ces unités permettent de soulager les équipes, de les compléter et de les soutenir. Une équipe mobile antalgie et soins palliatifs (EMASP) est présente à l'hôpital de Loëx, de Bellerive, dans le département de Médecine Interne Réhabilitation et Gériatrie aux Trois-Chêne et également dans le département de psychiatrie. Une autre équipe, l'équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs, est en action à l'Hôpital Universitaire de Genève, à Beau-séjour, à la maternité et à l'hôpital des enfants. Lorsque les personnes sont à domicile, l'unité de soins palliatifs communautaire HUG-IMAD¹ fait le lien. Ainsi, des consultations s'effectuent à domicile dans la continuité des soins et dans l'interdisciplinarité. Grâce à leurs sites multiples, toute personne, ayant des douleurs intenses ou chroniques, peut recevoir des soins afin d'améliorer le contrôle de leur douleur (Hôpitaux universitaires de Genève, 2016).

¹ IMAD = institution de maintien à domicile

De plus, en Suisse, une formation permettant de devenir infirmière spécialisée en médecines alternatives et complémentaires (ISMAC) existe.

En effet, plusieurs spécialités sont représentées comme différents types de massage ou le Toucher Thérapeutique. Ces infirmières sont soutenues par l'Association Suisse des infirmières (ASI) (ISMAC, 2015).

Ces équipes spécialisées vont aller dans les unités auprès des patients et de leurs proches, mais également auprès des soignants qui se retrouvent parfois démunis. Par conséquent, une transmission des compétences peut s'effectuer et ainsi les soignants sont sensibilisés à la gestion des douleurs et aux techniques complémentaires aux antalgiques qui peuvent aider les patients.

La douleur est un élément subjectif, propre à chacun. Une simple échelle d'évaluation, telle que l'échelle numérique (EN), ne permet pas d'appréhender l'aspect de la douleur dans sa globalité. Dans la pratique, cette échelle est la plus utilisée lors d'une évaluation auprès du patient pour pouvoir administrer le traitement antalgique, prescrit par le médecin.

Tout au long de la formation infirmière, diverses méthodes sont enseignées dans le but de diagnostiquer la douleur tout en prenant en compte l'intensité, le site, la pathologie qui l'induit, la temporalité et ce qu'elle engendre pour le patient. Une des méthodes est l'évaluation du symptôme de la douleur représenté par le « PQRSTUI » (provoquer/pallier, quantité/qualité, région, symptômes associés, temporalité, understanding/compréhension du patient, impact). Cette méthode prend en compte des critères globaux de la douleur qui va permettre, par la suite, d'identifier le bon examen clinique à effectuer. Ceux-ci permettent de transmettre au médecin une première vision des symptômes que présentent le patient, cette transmission sera faite par l'intermédiaire d'un mémo technique « ISBAR » (identité, situation, background/antécédent, recommandation).

Le toucher est un des sens qui permet de communiquer de différentes manières, en ressentant des sensations, en permettant de mieux visualiser l'objet, l'animal ou encore la personne. L'être humain apprend par le toucher et se développe tout au long de sa vie, en partie, grâce à ce sens. En effet, comme dit Joël Savatofski : « Si le toucher est sans doute le premier sens à apparaître, il est sûrement le dernier à disparaître. On peut être sourd, aveugle, muet, on sent toujours. C'est souvent le dernier moyen de communication avec les personnes en fin de vie, mais aussi avec toutes celles qui souffrent ou qui ne peuvent communiquer par la parole (aphasie, paralysie, coma, problèmes de langue ou de culture) » (Jacquemin & Broucker, 2014).

En effet, seul le patient lui-même pourra exprimer aux soignants ses besoins, ses ressentis. Il est au centre des prises en soins et des prises en charge. Pour une amélioration de la gestion des symptômes, dont celui de la douleur, les soignants s'adaptent aux effets ressentis par le patient et ainsi effectuent des prises en soins individualisées.

6. RÉFÉRENCES

Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8ème édition). St. Louis, Missouri : Elsevier.

Assistance publique - Hôpitaux de Paris. (2011). *Livret douleur* [Brochure]. Accès <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/GUIDES/institut-upsa-guide-livret-douleur-ap-hp.pdf>

Association pour la Pratique Thérapeutique du Reiki. (2016). *La méthode du Reiki*. Accès <http://www.swissreiki.org/fr/infos/methode-reiki.html>

Ballesteros, D. (2014). *Se soigner, c'est s'écouter : repérer et décoder les signaux avant la maladie*. Paris : R. Laffont.

Boulé, P. (2016). *Qu'est-ce que Healing Touch*. Accès <http://www.pascaleboule.com/>

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* (London, England), 10(4), 287- 333. doi : <http://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

Cedraschi, C. (2014). « Comment voulez-vous que ça marche, personne ne comprend ce que j'ai... » *La douleur chronique, entre patient et thérapeute*. *Revue médicale suisse*, 10(415), 217.

Compendium. (2016). Compendium.ch. Accès <http://compendium.ch/home/fr?Platform=Desktop>

Confédération Suisse. (2016). RS 101 Constitution fédérale de la Confédération suisse. Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>

Confédération Suisse. (2016). RS 832.10 Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html#a32>

Confédération Suisse. (2016). RS 832.112.31 Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html#fn-#app1-1>

Delgado, R., York, A., Lee, C., Crawford, C., Buckenmaier, C., Schoomaker, E., ... Active Self-Care Therapies for Pain (PACT) Working Group. (2014). *Assessing the quality, efficacy, and*

effectiveness of the current evidence base of active self-care complementary and integrative medicine therapies for the management of chronic pain : a rapid evidence assessment of the literature. *Pain Medicine* (Malden, Mass.), 15 Suppl 1, S9-20. doi : <http://doi.org/10.1111/pme.12412>

Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R. & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression : prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 92(2- 3), 185- 193. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.007>

Denison, B. (2004). Touch the pain away : new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. *Holistic Nursing Practice*, 18(3), 142- 151.

Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). Philadelphia, PA : F. A. Davis Co.

Fonzo-Christe, C. (2006). Les analgésiques [Brochure]. Accès http://pharmacie.hug-ge.ch/ens/conferences/cf_analgesiques.pdf

Garnier, M., Delamare, J., Delamare, F., Gélis-Malville, É. & Delamare, L. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris : Maloine.

Grünenwald, M. (2009). Approche de la douleur chronique par l'hypnose : expérience d'un médecin praticien ! *Revue Médicale Suisse*, 5(208), 1380- 1385.

Haute Autorité de Santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient - Synthèse des recommandations. Haute Autorité de Santé. Accès [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_737990)

[sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_737990](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_737990)

Healing Touch Program™ Worldwide Leaders in Energy Medicine. (2016). What is Healing Touch ? Accès <http://www.healingtouchprogram.com/about/what-is-healing-touch>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2016). Equipes spécialisées - Programme de soins « Réseau Douleur » à Genève aux HUG. Accès <http://www.hug-ge.ch/it/node/15267>

Institut UPSA de la douleur. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Paris : A Éditorial.

ISMAC. (2015). ISMAC - Infirmières spécialisées en médecine alternative et complémentaire. Accès <http://www.ismac.ch/>

Jacquemin, D. & Broucker, D. de. (2014). Manuel de soins palliatifs (4ème édition). Paris : Dunod. Accès <http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/formations-et-metiers/metiers/manuel-de-soins-palliatifs>

Le Bot, M. (1999). Dossier observance. *Revue du praticien médecine générale*, (469), 1335- 1348.

Le Breton, D. (2001). De la douleur à la souffrance. *Revue médicale Suisse*, (2335). Accès <http://www.revmed.ch/rms/2001/RMS-2335/231>

Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). Compétences spécifiques finales pour les filières d'études HES du domaine de la santé. KFH Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses. Accès http://www.curaviva.ch/files/3BWCYB8/competences_finales.pdf

Lieberherr, R. & Office fédéral de la statistique. (2010). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007 : enquête suisse sur la santé. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique (OFS).

Lipman, F. (2011). What is Biofield Therapy ? Accès <http://www.drfranklipman.com/what-is-biofield-therapy/>

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* (New York, N.Y.), 34(4), 314- 322. doi : <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.05.003>

Meeting on Comprehensive Management of Cancer Pain & Weltgesundheitsorganisation. (1987). Traitement de la douleur cancéreuse. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41712/1/9242561002_fre.pdf

Merskey, H., Bogduk, N. & International Association for the Study of Pain. (1994). Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2nd ed). Seattle : IASP Press.

National Center for Complementary and Integrative Health. (2015). Reiki : In Depth. Accès https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Reiki_11-30-2015.pdf

OFSP. (2011). Opérationnalisation des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Accès

http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04853/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdXt9g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

OFSP. (2014). Calcul des coûts directs et indirects des principales maladies non transmissibles. Accès

http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMdHx3gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

OFSP. (2015a). État de la mise en oeuvre de l'article constitutionnel sur la prise en compte des médecines complémentaires. Accès

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/03153/index.html?lang=fr>

OFSP. (2015b). Maladies non transmissibles. Accès

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr>

OMS. (1997). Programme on mental health: WHOQOL - Measuring quality of life. Accès http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière (3ème édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation.

Radio Télévision Suisse. (2009). Médecines complémentaires plébiscitées [infoSport]. Accès <http://www.rts.ch/info/suisse/1041504-medecines-complementaires-plebiscitees.html>

Rentsch, D., Andreoli, A., Piguet, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Allaz, A.-F., ... Luthy, C. (2009). Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour? Revue médicale Suisse, (208), 1364- 1369.

Saint Pierre, C. & Vinit, F. (2006). Le toucher dans les soins infirmiers regard croisé entre la discipline infirmière et l'anthropologie. Accès http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier8_toucher.pdf

Scheen, A. & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Revue medicale de Liege, 65(5- 6). Accès <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70194>

Secrétariat général DFI & OFSP. (2011). Cinq médecines complémentaires seront remboursées sous condition pendant une période provisoire de six ans. Accès <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=37173>

Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A. & Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(3), 106- 114. doi : <http://doi.org/10.1016/j.douler.2014.04.002>

Société française d'évaluation et de traitement de la douleur. (2016). Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Accès http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). *Complementary and Alternative Medicine* (Vol. X).

The Therapeutic Touch Network of Ontario. (2013). What is Therapeutic Touch. Accès <https://www.therapeutictouchontario.org/therapeutic-touch/what-is-therapeutic-touch>

Theiler, R. & Wyrsh, B. (2012). Traitement de la douleur - rationnel ou finalement pas ? *Swiss Medical Forum*, 12(34), 645- 651.

Vall, J., Batista-Braga, V. A. & Almeida, P. C. (2006). Dolor neuropático central y su relación con la calidad de vida de una persona portadora de una lesión medular traumática - *Revista de Neurología*. Accès

<http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?i=e&id=2005325&vol=42&num=09>

Ventura, M. (2007). Douleur et lésion médullaire (actualités, nouveautés). Accès http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/Ventura_diapo.pdf

Wrobel, J. & Allaz, A.-F. (2003). Aspects psychologiques de la douleur chronique. Paris : Rueil-Malmaison (BP 325, 92044) : A Éditorial : Institut Ursa de la douleur.

Zhang, X. (2000). General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. *World Health Organization*, 1-71.

7. ANNEXES

Fiche de lecture 1

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, 314-322. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.05.003

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

Le but de cette étude est d'investiguer les effets du Healing Touch (HT) sur les niveaux de douleurs, la fonction articulaire, la mobilité et la dépression chez les personnes souffrant d'arthrose de l'articulation du genou, en comparant avec un groupe contrôle « Friendly Visit ».

Le Healing Touch est une thérapeutique infirmière. Il est classé comme faisant partie des thérapies Biofield et est considéré comme une médecine complémentaire et alternative. Le HT est soutenu par le modèle théorique de Rogers. Le praticien HT va diriger l'énergie au travers de ses mains afin de dynamiser et d'équilibrer le champ d'énergie du patient. Les sessions de HT ont été données trois fois par semaine pendant six semaines.

La méthode de « Friendly Visit » comprenait une infirmière qui se déplaçait dans la résidence du participant. Il s'agissait d'une visite hebdomadaire, pendant six semaines, afin de parler de sujets que le participant avait choisis. Le thème de Healing Touch a été évité, tout comme le toucher physique.

Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique de cette recherche est la science de l'être humain unitaire selon Martha Rogers. Les chercheurs font le lien entre le HT et la science de Rogers par l'énergie utilisée et mobilisée afin de l'équilibrer.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Un thermomètre de la douleur Iowa (IPT) a été utilisé pour mesurer les niveaux de douleurs immédiatement avant et après les sessions de HT. Il s'agit d'un thermomètre visuel qui est composé d'une échelle de 13 points et de 7 mots descriptifs allant de « pas de douleur » à « la pire douleur imaginable ».

La « Brief Pain Interview Short Form » (BPI(SF)) a été utilisée pour collecter les données sur l'intensité de la douleur et les interférences de douleurs dans la vie du sujet. Chaque question est notée sur une échelle qui va de 0, qui signifie « aucun », à 100, qui signifie « extrême ».

L'index de l'arthrose « The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index » (WOMAC) a utilisé un questionnaire spécifique de la maladie, qui a été développé spécifiquement pour les personnes souffrant d'arthrose de la hanche et du genou, afin d'obtenir une auto-évaluation.

Il s'appuie sur trois dimensions : la douleur, la raideur et la difficulté fonctionnelle. La douleur et la raideur ont été mesurées en utilisant cinq points (aucune, légère, modérée, sévère et extrême) selon l'échelle de Likert. Les scores les plus élevés représentent une douleur et une raideur importante.

Pour mesurer les degrés de flexibilité des articulations, un goniomètre a été utilisé. Plus spécifiquement, il a mesuré les degrés de flexion active et l'extension retard de l'articulation touchée.

Le questionnaire de santé du patient (PHQ-9) a été utilisé pour mesurer la dépression. Il se compose de neuf éléments de critères de diagnostic de la dépression majeure, à savoir, l'anhédonie, l'humeur dépressive, le trouble du sommeil, la sensation de fatigue, la modification de l'appétit, la culpabilité ou la dévalorisation, le trouble de la concentration, un sentiment de ralentissement ou d'agitation et les pensées suicidaires. Les patients rapportent chaque élément sur une échelle de 0 (pas d'impact ou pas présent) à 3 (impact ou présence importante). Chaque point est ensuite additionné pour arriver à un score. Plus le score est bas, plus la dépression est faible et inversement.

Les variables de résultats ont été mesurées avant et après chaque session du début à la sixième semaine de traitement. A la neuvième semaine, il n'y avait plus de traitement en cours mais une évaluation a été effectuée pour observer s'il y a un maintien des changements sans intervention supplémentaire.

Population de l'étude :

Les 19 sujets étaient principalement des femmes caucasiennes, ayant entre 62 et 99 ans. La plupart résidaient dans des établissements de soin.

Il y avait deux hommes dans le groupe du Healing Touch et un seul dans le groupe contrôle. Pour les femmes, il y en avait dix dans le groupe du Healing Touch et six dans le groupe contrôle. Parmi ces personnes, neuf vivaient dans une maison de retraite (dont cinq dans le groupe du Healing Touch et quatre dans le groupe contrôle), cinq dans des appartements avec encadrement médico-social (trois dans le groupe du Healing Touch et deux dans le groupe contrôle) et cinq autres personnes vivaient chez elle, dans leur appartement/maison sans encadrement (quatre dans le groupe du Healing Touch et une dans le groupe contrôle).

Type d'analyse :

Il s'agit d'un essai clinique randomisé.

Les résultats de la recherche

Il y a trois variables qui ont été évaluées : la douleur, la fonction articulaire et la dépression.

Pour la douleur, deux mesures ont été faites. La première a mesuré l'interférence de la douleur avec les activités de la vie et a identifié les perceptions de l'efficacité de l'antalgie. La deuxième a mesuré les niveaux de douleur juste avant et juste après les sessions de Healing Touch.

La perception de la douleur liée à l'arthrose du groupe Healing Touch par rapport à l'interférence avec la vie s'est améliorée significativement ($t = 2.47$, $p = 0.02$) par rapport au groupe Friendly Visit.

La diminution de la sévérité de la douleur (selon WOMAC) était significativement plus élevée dans le groupe HT ($t = 2.47$, $p = 0.02$) que dans le groupe Friendly Visit.

Les participants aux sessions de HT ont signalé un changement important dans la perception de l'efficacité de leur antalgie. Au départ, 60% des deux groupes ont indiqué que leurs antalgiques les soulageaient à moins de 40%. Après six semaines, la perception du groupe recevant le Healing Touch a diminué à 40% alors que le groupe contrôle est resté à 60% de non soulagement des douleurs.

En ce qui concerne la fonction articulaire, elle a été caractérisée par des changements dans la raideur articulaire, la flexion, l'extension, l'extension retard et la mobilité. Après six semaines d'application des deux traitements, le groupe Healing Touch a connu une amélioration significative, par rapport au départ, dans 9 des 12 fonctions articulaires. Dans le groupe Friendly Visit, aucune des fonctions articulaires n'a montré un changement significatif.

La dernière variable est celle de la dépression. Les niveaux de dépression ont été évalués avec le questionnaire PHQ-9. Il montre que, dans les deux groupes, les niveaux ont diminué au cours des différentes interventions. L'effet d'interaction n'est pas significatif. Cependant, la comparaison entre le résultat de base ($M = 6.4$) et le résultat à la sixième semaine ($M = 2.3$, $p = 0.003$) démontre que le niveau de dépression diminue significativement dans le groupe de Healing Touch.

Le Healing Touch a été en mesure d'effectuer des réductions significatives de l'intensité de la douleur et de l'interférence de cette dernière avec les activités de la vie chez les patients souffrant d'arthrose par rapport au groupe Friendly Visit dans laquelle ces changements n'ont pas été observés. Le groupe Healing Touch a démontré des changements significatifs dans dix des douze mesures (84%).

L'effet cumulatif semble se produire avec une série de séances de Healing Touch.

Effectivement, le niveau de douleur, dans le groupe du Healing Touch, est de 5.3, avant la première session, et diminue à 3.5, à la fin des six semaines de traitement.

Pour ce qui est du groupe Friendly Visit, aucune des 12 variables n'a montré un changement significatif que cela soit pour la réduction de la douleur, la fonction articulaire ou la dépression.

Ethique

Dans l'étude, il ne parle pas d'éthique.

Limites

L'article cite quelques limites comme la petite taille d'échantillon, le petit nombre d'hommes et l'origine ethnique qui est uniquement caucasien. Ceux-ci limitent la généralisation des résultats. Les sujets n'ont pas été aveuglés par rapport au traitement qu'ils ont reçu, ce qui peut créer un biais d'évaluation.

Les groupes n'étant pas égaux dans la composition (groupe HT : n = 12 ; groupe FV : n = 7), il peut y avoir un biais de sélection. Cependant, c'est un tirage au sort qui a décidé de qui allait aller dans le premier ou deuxième groupe. La commission d'examen de l'université de l'Iowa s'est penchée sur le problème et a approuvé l'étude.

Pistes de réflexion

Pour les futures recherches, il faudrait chercher la fréquence optimale des sessions de HT afin d'avoir le meilleur effet possible. Comme l'étude semble montrer que le HT a un effet limité dans le temps, il faudrait identifier l'effet des sessions de rappel et également faire des recherches sur l'effet de l'enseignement des participants aux compétences d'auto-soins de HT. Dans le chapitre « signification », il est indiqué que les futures recherches pourraient examiner l'effet de la combinaison de plusieurs procédés non pharmacologiques. Avant cela, l'article recommande de faire des recherches supplémentaires avec des groupes de sujets plus importants pour déterminer le dosage optimal (fréquence et durée) de HT.

Fiche de lecture 2

Decker, S., Wind Wardell, D., Cron, G. S. (2012). Using a healing touch intervention in older adults with persistent pain. A Feasibility Study. *Journal of Holistic Nursing*, 30, 205-213. doi:10.1177/0898010112440884

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

L'objectif de cette étude est de pouvoir déterminer la faisabilité des interventions du Healing Touch auprès de personnes âgées qui vivent dans une résidence (EMS) et qui éprouvent des douleurs chroniques. Les auteurs veulent la comparer avec un simple soin de présence donné aux autres résidents afin de voir si ces techniques de Healing Touch sur les personnes âgées améliorent leur douleur chronique, leurs AVQ et leur qualité de vie.

Tout d'abord, nous pouvons parler du concept de l'Healing Touch qui est une technique Biofield. Le Healing Touch est utilisé dans cette recherche comme une technique où le CHTP (praticien certifié pour le Healing Touch) place ses mains en douceur sur la peau ou les vêtements (tout dépend de l'acceptation du participant). Les mains sont placées de manière à faire des mouvements séquentiels sur la zone. Les CHTP peuvent utiliser diverses méthodes à la fois pour une même zone spécifique.

Le « presence care » (PC) est utilisé comme méthode de comparaison où les soignants sont assis à côté du participant, pour tenir la main du patient, s'il est approprié. Le praticien ne doit faire ni un massage, ni lui froter la main, ni initier une conversation. Il a le droit de parler seulement si le participant commence la discussion.

Cadre théorique de la recherche :

Dans cet article, la théorie de la guérison transpersonnelle de Watson est celle qui est prise en compte pour les pratiques de Healing Touch.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

- 1^{er} : VDS, l'échelle de description verbale est une échelle unidimensionnelle, auto-évaluative utilisée pour mesurer la douleur de 0 à 6 (0 pas de douleur, 6 une douleur intense, inimaginable).
- L'échelle NRS, l'échelle d'évaluation numérique qui elle aussi est utilisée pour la douleur (une corrélation est faite entre les deux).
- 2^{ème} : PATCIE, échelle d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs. Un investigateur-développeur a un instrument d'observation avec des indicateurs comportementaux évidents et subtils de la douleur.

- L'indice de Katz de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, évalue six bases de la vie quotidienne comme se doucher, s'habiller, faire sa toilette, les transferts, être continent et arriver à s'alimenter.
- The EuroQoL 5D est une mesure générique de santé en relation avec la qualité de vie, les mesures de mobilité, d'auto-soins, de l'activité quotidienne, de la douleur/gêne, de l'anxiété et de dépression. Chaque dimension a trois catégories de réponse qui correspondent à « pas de problème », « certains problèmes » ou « beaucoup de problèmes ». Les participants rapportent également leur état de santé général avec un score de 0 à 100.

Les CHTPs ont décidé de faire deux groupes avec, pour chaque participant, sept sessions.

Les praticiens ont mis en place deux méthodes, un groupe avec le massage par Healing Touch et un groupe avec les soins de présence. Pour évaluer le degré d'efficacité, ils ont utilisé l'échelle de l'auto-évaluation de la douleur, de la qualité de vie et l'observation des praticiens. Puis, diverses échelles ont été utilisées pour les personnes atteintes de démence. Ils ont, par la suite, pris un praticien et deux élèves infirmiers, qui ne participaient pas, pour pouvoir rassembler les données pour les résultats.

Population de l'étude :

La population ciblée était des personnes âgées vivant dans une résidence avec une présence de douleur chronique dans leur dossier, ayant 60 ans ou plus avec la capacité de parler l'anglais, de pouvoir compléter la collecte de données avec des échelles d'auto-évaluation. Cependant, certains patients étaient atteints de démence, les stades ne sont pas décrits dans le texte.

Type d'analyse :

Cet article est une étude clinique randomisée.

Les résultats de la recherche

Les résultats des deux groupes sont sous forme de tableaux qui comparent les deux groupes, avant et après les interventions, par des échelles d'auto-évaluations et observationnelles.

Les échelles pour la douleur (VDS et PATCIE) ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes.

Les scores des AVQ ont montré une amélioration significative dans le temps pour le groupe HT. Les scores moyens de santé, entre avant l'intervention et après l'intervention, pour la qualité de vie (scores plus élevés reflétant une meilleur santé) étaient légèrement plus élevés pour le groupe de PC, donc la moyenne, avant l'intervention, était de 68.6% (SD : 19.30) et la moyenne post-intervention était de 81.25% (SD : 50) à l'opposé du groupe HT où la moyenne pré-intervention était de 60%(SD : 29.46), et la moyenne post-intervention était de 49%(SD : 30.65).

L'échelle VDS pour le groupe HT montre, dans le tableau, une mesure identique que la mesure d'avant. Dans le PATCIE une diminution s'observe.

Une diminution, après intervention, peut se voir grâce à l'échelle VDS pour le groupe PC mais est aussi décrite dans l'échelle PATCIE.

Pour les AVQ : les scores montrent une amélioration non significative pour le groupe de HT (3.5- 4.25) et restent plus ou moins stables pour le groupe PC.

Pour la qualité de vie : la pré-intervention et la post-intervention montrent un score moyen de santé global (un meilleur score montre une meilleure santé). Il est légèrement amélioré pour le groupe PC. Dans l'échantillon, le score moyen de douleur/gêne diminue après intervention pour les deux groupes mais elle n'est pas significative (pas de diminution significative). Dans l'échantillon, le score moyen de l'anxiété et la dépression diminue pour le groupe PC et augmente pour le groupe HT.

Il est noté que tous les résidents du groupe HT ont reçu les sept séances.

La faisabilité de la thérapie de massage est concluante chez les personnes âgées.

Ethique

Les participants ont dû signer un consentement.

Limites

Biais de mesure : la qualité des échelles, pour ce type de population, n'est pas assez développée dans l'article pour avoir de bons résultats.

Biais de sélection : l'échantillon pour le groupe PC est moindre, huit résidents dont quatre qui n'ont pas fait toute les séances.

Plus grand nombre de femmes dans les deux groupes.

L'échelle de VDS est sur 6 alors qu'elle est normalement sur 10.

Dans l'échantillon, les chercheurs ont aussi pris, pour l'étude, des personnes atteintes de démence (1 pour le groupe « presence care » et 3 pour le Healing Touch).

Pistes de réflexion

Les résultats seraient plus prononcés si les échantillons des deux groupes étaient plus grands et s'il était possible que les séances soient sur du long terme.

Les instruments de mesure, surtout ceux de la douleur, ne sont pas assez poussés pour la complexité de la douleur surtout chez les personnes âgées. Il serait bien de décrire de quel type de douleur il s'agit.

Fiche de lecture 3

Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Karen Mellis, B., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L., Fairclough, D.L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer : a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149(6), 369-379. Accès

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631433/>

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

L'objectif de l'étude est de comparer deux méthodes, celle du massage thérapeutique et le simple toucher. Pour ceci, les auteurs ont utilisé six sessions de 30 minutes pour chacun des participants des deux groupes pendant 2 semaines. Ils ont voulu évaluer l'efficacité des massages sur la diminution de la douleur, de l'anxiété et l'amélioration la qualité de vie parmi les personnes atteintes de cancers avancés.

La première méthode est le massage thérapeutique, elle inclue l'effleurage en douceur, le pétrissage et le myofascial. L'effleurage est un glissement des mains en douceur, le pétrissage et le laminage sont, quant à eux, un serrement des mains sur les muscles du participant. Les doigts du thérapeute vont faire une pression sur la zone de douleur pour casser le cycle de douleur et de spasme dans le muscle. Dans cette méthode, c'est le thérapeute qui va individuellement choisir le rythme, le taux, la fréquence, la séquence, le temps passé avec le participant, la zone du corps massée et de peut-être prendre plusieurs formes de massage.

Les composants de l'intervention « massage simple » sont le temps, l'attention, le toucher et l'intention de guérison. Il consiste à placer les deux mains sur le participant pendant 3 minutes à chacun de ces emplacements et des deux côtés : sur la base de la nuque, omoplates, le bas du dos, les mollets, les talons, les clavicules, les bras inférieurs, les mains, les rotules et les pieds.

Cadre théorique de la recherche :

Dans l'étude, il n'y a pas de cadre théorique.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Toutes les données de l'étude ont été recueillies par un questionnaire effectué en présence d'un intervieweur.

L'effet immédiat est évalué par une échelle qui mesure l'intensité de la douleur : « Memorial Pain Assessment Card », MPAC, (0 – 10 scores).

La durée de l'effet est évaluée par le biais de l'échelle la « Brief Memorial Pain Assessment » (BPI), elle documente l'histoire de la douleur, l'intensité, la localisation, la qualité et l'interférence.

Les échelles, qui mesurent la douleur, interfèrent aussi avec la jouissance de la vie, l'activité, la marche, l'humeur, le sommeil, le travail et les relations avec les autres. Elles sont mesurées par une échelle qui va de 0 (pas d'interférence) à 10 (une interférence complète).

Les résultats secondaires immédiats incluent l'humeur par l'échelle de MPAC (0 à 10 ; 10 = meilleur humeur). La qualité de vie est mesurée par « the McGill Quality of Life Questionnaire » (MQOL). Il est inclus dans les scores quatre sous-échelles : le symptôme physique, le psychologique, le bien-être et le soutien existentiel.

Les symptômes de détresses physiques et émotionnelles sont mesurés par le « Memorial Symptom Assessment Scale » (MSAS), qui évalue la présence et la détresse associée à des symptômes dans la semaine précédente.

Population de l'étude :

Les participants sont des adultes avec un cancer de stade avancé (stade III ou IV, tout type de cancer, et de tout type d'institution), ils doivent parler l'anglais, doivent avoir une douleur supérieure à 4 (échelle 0 à 10) au moins une semaine auparavant, une espérance de vie d'au moins 3 semaines et qu'ils puissent être capable de faire les soins.

Type d'analyse :

Il s'agit d'un essai clinique randomisé.

Les résultats de la recherche

Il est observé dans les résultats que la thérapie de massage (échelle de MPAC ; moyenne initiale de 6.5/10, moyenne changeante 1.58, échelle BPI ; moyenne initiale 4.6/10, moyenne changeante -0.33) et le « simple touch » (échelle de MPAC ; moyenne initiale de 6.5/10, moyenne changeante 0.97, échelle BPI ; moyenne initiale 4.5/10, moyenne changeante -0.40) ont des améliorations immédiates (MPAC) et permanentes (BPI) pour la douleur. Les améliorations immédiates du massage sur la douleur sont cliniquement significatives.

Il est observé qu'immédiatement après les séances, la thérapie de massage a un effet statistiquement supérieur au « simple touch » (moyenne changeante -0,90 (CI, -1.19, -0.61)), mais n'est pas cliniquement significative.

Dans les deux groupes, il est démontré qu'il y a une amélioration statistiquement significative, mais qu'elle n'est pas cliniquement significative pour la douleur (échelle BPI).

Entre les deux groupes, les résultats de mesures de la douleur ne sont ni statistiquement ni cliniquement significatifs.

Pour les deux groupes, il est démontré une amélioration statistiquement significative pour les symptômes de détresse physique et émotionnelle et une qualité de vie à travers l'évaluation hebdomadaire (MQOL ; moyenne différentielle 0.08, CI moyenne différentielle (-0.37, 0.53)).

Pour les deux groupes : massage et « simple touch », on voit une amélioration de l'humeur qui est immédiate (échelle de MPAC (mood) 0.61, CI moyenne différentielle ; 0.35, 0.87). Cette mesure est statistiquement significative.

Éthique

Dans l'étude, les participants écrivent un consentement et sont, de manière randomisé, assignés à un des deux groupes de traitement.

Limites

Biais d'enquêteur : le praticien va lui-même choisir le type de massage qu'il va donner. Les biais de mesures sont possibles comme dit dans le texte, il est possible qu'au moment de la transcription, ils puissent y avoir des erreurs. Une des autres limites étaient qu'un nombre d'individus n'étant pas traité par antalgiques était regroupé dans l'échantillon des personnes qui prenaient des antalgiques. Une des limites en lien avec l'échantillon est sa taille et un manque d'adéquation du groupe contrôle. De plus les bénéfices du traitement à long terme ne sont pas décrits.

Pistes de réflexion

Les chercheurs pourront par la suite, grâce à cette étude, continuer dans la même lancée afin de valider la fiabilité de ces techniques dans le cadre d'une étude sur une population atteinte de cancer dans les hospices et les unités des soins palliatifs. Les études devront, de ce fait, montrer l'efficacité des méthodes pour diminuer les douleurs et les autres symptômes qui en découlent pendant cette maladie.

Il faudrait aussi que les deux groupes puissent être de taille équivalente pour une meilleure observance et fiabilité des résultats entre les deux groupes.

Fiche de lecture 4

Cassileth, B.R. (2004). Massage therapy for symptom control : outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 244-249. doi :10.1016/j.painsymman.2003.12.016

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

L'objectif de l'étude est de prendre trois types de massages thérapeutiques (massage des pieds, massage en douceur, massage suédois) pour voir lequel améliore les symptômes de la douleur, l'anxiété, la dépression et d'autres symptômes associés au traitement et à la maladie, dans le cadre du cancer.

Pour pouvoir identifier une amélioration des symptômes chez les personnes atteintes de cancer en utilisant des massages thérapeutiques.

Les trois types de méthode de massage : Le massage standard appelé massage suédois, le massage en douceur, le massage des pieds. Ces types de massages ne sont pas décrits dans l'article.

Cependant, la thérapie de massage est décrite comme étant une manipulation des tissus mous dans des zones du corps. Il est offert dans un milieu de soin pour aider à la relaxation, faciliter le sommeil, soulager les douleurs musculaires et les autres types de douleurs.

Cadre théorique de la recherche :

Il n'y a pas de cadre théorique dans cette étude.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

L'outil d'évaluation est une méthode d'auto-évaluation par des cartes. Ils ont donné ce type d'outil avant les interventions pour identifier le type de population qu'ils allaient garder et, par la suite, les professionnelles transmettent les mêmes cartes vierges que les patients complètent (l'échelle de balance des symptômes) après les interventions.

Ces cartes sont placées dans une boîte fermée. Ensuite, elles vont être utilisées par le personnel de recherche.

Les cartes prennent en compte les symptômes de la douleur, de la fatigue, le stress/l'anxiété, les nausées, la dépression et d'autres symptômes.

Population de l'étude :

Les patients en ambulatoire et les patients hospitalisés atteints de cancers.

Type d'analyse :

C'est un essai clinique randomisé.

Les résultats de la recherche

Cette étude est la plus grande étude sur le massage faite à ce jour pour les patients cancéreux. En se basant sur les données des cartes relevées pour faire l'étude (2465 patients), ils ont pris un grand échantillon de patients du « Memorial Sloan-Kettering Cancer Center » (MSKCC) (1290 patients). Le reste des participants n'ont pas été pris dans la recherche pour diverses raisons qui ne sont pas indiquées dans l'étude.

Les résultats montrent qu'un plus grand nombre de participants ont reçu le massage suédois (n=560 ; 43%) et le « foot massage » (n= 585 ; 45%), ce qui fait qu'un plus petit nombre ont reçu le « light touch massage » (n=90 ; 7%).

55 patients ont reçu plusieurs types de massage thérapeutique pendant une séance. Exemple : le massage standard et le massage des pieds.

Les patients hospitalisés ont été plus nombreux à recevoir le massage des pieds (n=536 ; 56%) que les patients en ambulatoire (n=49 ; 15%).

Le massage standard, quant à lui, est à peu près équitable dans la répartition mais il est vrai qu'il y a quand même plus de patients hospitalisés qui en reçoivent (n= 316 ; 33%).

Il est montré que les patients recevant le massage suédois et le « light touch massage » ont des résultats supérieurs que ceux recevant le massage des pieds.

Il est noté aussi, que les patients recevant le massage suédois et le « light touch massage » avaient une amélioration moyenne de la gravité de leurs symptômes plus élevée que les patients recevant le massage des pieds.

Dans les résultats, il est observé que les effets des massages pour les patients hospitalisés ne persistent pas dans le temps. Deux à quatre heures après le traitement, les scores sont approximativement de 0,5 point supérieur au score immédiat après le traitement. Ceci suggère que les scores de gravité pour les patients hospitalisés reviennent comme le score de référence dans les jours suivants.

Les effets du massage thérapeutique ont une durée plus longue pour les patients en ambulatoire (3.7 (2.9)). En effet, il n'y a pas de preuves qui démontrent que les scores des symptômes diminueraient vers les valeurs de références.

En ce qui concerne le déroulement du temps pour l'amélioration des symptômes, il n'y a pas de différence entre les divers types de massage thérapeutique.

En conclusion, la mise en œuvre d'un service de thérapie de massage de volume élevé est réalisable dans un centre majeur du cancer.

Éthique

Dans le texte, le consentement des patients n'est pas abordé.

Limites

Biais de mesure : l'évaluation se fait à partir de cartes d'auto-évaluation qui n'est pas décrite dans le texte. Il faut le déduire par le biais des tableaux, nous ne pouvons même pas chercher l'information sur le net.

Une autre limite est l'âge des patients qui n'est pas décrit, ni leur sexe. Les divers types de massage étant au choix, cela limite peut-être l'étude car le participant sait quel type de massage il va avoir.

Pistes de réflexion

Pour la suite des recherches, il faut pouvoir avoir plus d'échelles de mesures pour aller plus en profondeur dans les symptômes que peuvent avoir les patients atteints de cancer et qui sont développés tout au long de leur divers traitements. Il serait aussi important de décrire les diverses méthodes de massage car il est difficile de les différencier.

De plus, il faudrait pouvoir faire des séances sur le long terme pour avoir des soins continus qui pourraient possiblement avoir une meilleure efficacité sur les symptômes.

Dans cette étude, ils se sont rendu compte que la thérapie de massage n'avait pas souvent été exploitée dans les centres de personnes cancéreuses.

Fiche de lecture 5

Denison, B. (2004). Touch de pain away : new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. *Holistic nursing practice*, 18(3), 142-151. Accès :

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp->

[3.20.0b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c59ef91306b1fac618021c714eb68e5fe9c13599100ac6f7330f4523d0d9b3d16bcf1e23102886497f23a809b2f810857f9c0505f0154798052d96acae4a9a23131453b3c3761f581f2d82971dbe515ddae26680cc28dbf39ad7f2b157d73605547453ee293cd3880dade691f43cfc5a9bc8fb00d711847a882ebde87743a1e97bfe30111f869c3e504db197cee246d95f3d0708b1aafb74204d809c7e9ec6a78d8da6a7617adbf5fc56628f378094312af28ca47b2c19a5adbd49ef546df4981574cc626ccba87fb721e268a2e2110d257dbe77dba1fc862a671335f5a8c0b96be543465e583b88de52d8a7b04329b15dbabbc8cf78f28684c40cb9e7e57604cf5ebad0ff66f638a17c7eb154582fb950f0902e54606b092ad81906a86fe9df67b91bdd23218d98fa659375766bab6e201e104082dd3b262d8934414f411f3f7373e6897913c40f49f7bcb75f14c448ba9fd47bc47c23951797a2d068fcd762d53292e32271742d58521577b1c02a21098b7eb8936160f1d226b70d1f3f6b25d3153c934c3b5f36d92e0da723ea2eba45ce5b26ddeb41](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.20.0b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c59ef91306b1fac618021c714eb68e5fe9c13599100ac6f7330f4523d0d9b3d16bcf1e23102886497f23a809b2f810857f9c0505f0154798052d96acae4a9a23131453b3c3761f581f2d82971dbe515ddae26680cc28dbf39ad7f2b157d73605547453ee293cd3880dade691f43cfc5a9bc8fb00d711847a882ebde87743a1e97bfe30111f869c3e504db197cee246d95f3d0708b1aafb74204d809c7e9ec6a78d8da6a7617adbf5fc56628f378094312af28ca47b2c19a5adbd49ef546df4981574cc626ccba87fb721e268a2e2110d257dbe77dba1fc862a671335f5a8c0b96be543465e583b88de52d8a7b04329b15dbabbc8cf78f28684c40cb9e7e57604cf5ebad0ff66f638a17c7eb154582fb950f0902e54606b092ad81906a86fe9df67b91bdd23218d98fa659375766bab6e201e104082dd3b262d8934414f411f3f7373e6897913c40f49f7bcb75f14c448ba9fd47bc47c23951797a2d068fcd762d53292e32271742d58521577b1c02a21098b7eb8936160f1d226b70d1f3f6b25d3153c934c3b5f36d92e0da723ea2eba45ce5b26ddeb41)

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

L'objectif de l'étude est de tester l'efficacité du Toucher Thérapeutique, comme approche non pharmacologique, chez des personnes atteintes de fibromyalgie, afin de diminuer leurs douleurs, en comparant avec un groupe contrôle, qui écoutait des informations par le biais d'une cassette audio.

La durée d'une session de Toucher Thérapeutique varie entre 11 et 14 minutes et celle de l'écoute de la cassette audio dure entre 10 et 15 minutes.

Le Toucher Thérapeutique est décrit comme étant des échanges d'énergie au cours desquelles le praticien qualifié (QTTPs) utilise ses mains, en facilitant la circulation symétrique et rythmique de l'énergie, en ayant un effet d'apaisement sur le corps du patient. Le praticien a un contact physique avec ses mains avec le corps du patient. Les sessions ont eu lieu une fois par semaine, le même jour chaque semaine, pendant six semaines.

L'activité du groupe contrôle consistait à être assis tranquillement et à écouter diverses informations sur une cassette audio, qui avait un lien avec les thérapies complémentaires. Les sessions ont eu lieu une fois par semaine, le même jour chaque semaine, pendant six semaines.

Cadre théorique de la recherche :

L'auteure dirige l'étude grâce à la science unitaire des êtres humains de Rogers en faisant des liens entre l'article et le cadre théorique. Cependant, elle ne l'a pas réellement inclus dans l'étude.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Le questionnaire abrégé McGill de la douleur (SF-MPQ) a été utilisé pour évaluer la douleur juste avant et après les sessions de traitement de Toucher Thérapeutique ou d'écoute de cassette audio.

Pour évaluer la qualité de vie, le « Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire » (FHAQ) a été utilisé. Il s'agit d'un questionnaire en 8 points. Ce questionnaire a évalué la perception des participants à la capacité d'effectuer huit activités de la vie quotidienne, ce qui correspond aux huit points d'évaluation, en mettant des notes de 0 (pas de difficulté) à 3 (incapable d'effectuer). Les chercheurs ont également utilisé, comme mesure d'évaluation, la thermographie infrarouge électronique (EIT), qui est une technique d'imagerie non invasive qui détecte la distribution de la chaleur de la surface corporelle qui est convertie en une image informatisée de couleur. Le flux vasculaire cutané a été mesuré en degrés Celsius par le thermographe infrarouge électronique avant et après chaque traitement du Toucher Thérapeutique ou l'écoute des cassettes audio. Il était espéré un changement dans le flux vasculaire avec un changement dans le système nerveux autonome.

Population de l'étude :

L'âge des quinze participants variait entre 25 et 85 ans, avec une moyenne à 51.47 ans. Le moment où le diagnostic de fibromyalgie a été posé différait de 3 mois à plus de 10 ans.

Dix personnes faisaient partie du groupe du Toucher Thérapeutique et les cinq autres personnes étaient dans le groupe contrôle.

La majorité des patients présentaient des comorbidités : dix personnes avec un syndrome de fatigue chronique, douze avec un syndrome du côlon irritable, onze présentant une dépression et dix personnes souffrant d'arthrite.

Quatorze participants (93.3%) pratiquaient la méditation ou la prière. Douze participants ont pris des antalgiques, treize personnes ont pris des antidépresseurs et le même nombre de patients ont pris des vitamines et minéraux.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude clinique randomisée.

Les résultats de la recherche

Les résultats de cette étude soutiennent que le Toucher Thérapeutique diminue significativement l'expérience de la douleur avant et après les sessions au sein de ce groupe.

Au sein de ce même groupe, celui du traitement du Toucher Thérapeutique, les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie de la semaine 1 à la semaine 6, démontré avec l'outil de mesure FHAQ.

La comparaison des scores moyens FHAQ a montré que le score moyen FHAQ avant le 1er traitement de Toucher Thérapeutique était de 1.12 (SD = 0.59) et le score moyen FHAQ avant le dernier traitement était de 0.882 (SD = 0.46). Les résultats ont également montré une diminution statistiquement significative dans les scores FHAQ indiquant une meilleure capacité fonctionnelle ($t(8) = 1.95, P = 0,044$).

Les sujets ayant reçu le traitement du Toucher Thérapeutique ont eu une diminution significative dans la largeur moyenne du retour du point chaud entre avant et après le troisième traitement.

Il n'y a pas eu de changement significatif dans le nombre total des points chauds entre avant et après les changements dans le groupe du Toucher Thérapeutique.

Il n'y a pas eu de résultat significatif entre le Toucher Thérapeutique et l'écoute des cassettes audio par rapport aux points chauds pour les six ensembles de données d'intervalle.

La taille réduite de la couleur rose et aussi des couleurs blanche et rouge, qui indiquaient une température chaude, mais pas autant que la couleur rose, a indiqué que le corps rayonnait moins de chaleur infrarouge. Le chercheur a interprété cela comme une indication d'une diminution de la douleur, qui a été confirmée par les sujets en fin d'étude. Une diminution de la chaleur de retour suggère une diminution de la douleur.

Il n'y a pas de différence significative entre l'indice de notation de la douleur (PRI), le composant d'intensité de la douleur actuelle (PPI) et l'échelle EVA (VAS) lorsque, chaque semaine, les scores, après les deux traitements, ont été comparés. Le score moyen était plus faible dans le groupe de Toucher Thérapeutique quatre fois sur six. Cette tendance se poursuit pour les scores moyens PRI, PPI, et VAS quand le score, post-traitement, de la 1^{ère} session et que le score, post-traitement, de la 6^{ème} session ont été comparés entre les deux groupes.

Les résultats, post traitement, de la douleur, de la 6^{ème} session de Toucher Thérapeutique étaient inférieurs aux résultats, post traitement, de la douleur de la 6^{ème} session d'écoute des cassettes audio.

Le score EVA post traitement de la 6^{ème} session d'écoute des cassettes audio a légèrement augmenté par rapport au score EVA post traitement de la 1^{ère} session, mais a diminué pour le score PRI et est resté quasiment le même pour le score PPI.

Au niveau de la qualité de vie, il y a également eu une évaluation avec le questionnaire FHAQ. Les résultats montrent que le score moyen FHAQ avant le premier traitement de Toucher Thérapeutique était de 1,07 ($n = 10, SD = 0,57$) et le score moyen FHAQ avant la première cassette audio était de 0,60 ($n = 5, SD = 0,30$).

Le score moyen FHAQ a diminué pour le groupe de Toucher Thérapeutique et a augmenté pour le groupe contrôle.

Le score moyen FHAQ avant le sixième traitement de Toucher Thérapeutique était de 0,822 ($n = 9, SD = 0,46$) et le score moyen FHAQ avant la sixième écoute de la bande audio était de 0,70 ($n = 5, SD = 0,38$).

Les résultats soutiennent en partie que le Toucher Thérapeutique peut être un traitement efficace pour soulager les douleurs et améliorer la qualité de vie de cette population spécifique de personnes souffrant de fibromyalgie.

Dans ces conclusions, l'étude dit qu'elle n'a trouvé aucun résultat significatif entre le Toucher Thérapeutique et le groupe contrôle à cause, principalement, de l'inégalité en taille et en capacité fonctionnelle entre les deux groupes.

Ethique

Le consentement éclairé a été obtenu quand les sujets répondaient aux critères d'inclusion avant l'assignation à un des deux groupes.

Limites

Selon l'article, il peut y avoir biais de sélection car les sujets devaient être suffisamment intéressés par l'étude pour contacter le chercheur. Cela risque de créer un échantillon peu significatif et représentatif.

Il note également que l'utilisation prédominante des outils de mesures d'auto-évaluation a pu contribuer à des biais de rapports.

L'auteure de l'article est une praticienne qualifiée du Toucher Thérapeutique. Dans les premiers résultats, il est dit que le Toucher Thérapeutique diminue significativement la douleur et améliore la qualité de vie. Cependant, dans la conclusion, il est expliqué qu'entre le Toucher Thérapeutique et le groupe contrôle, il n'y a eu aucun résultat significatif trouvé. De plus, il n'y a pas de tableau dans l'article pour illustrer les résultats. Ces éléments amènent un risque de biais d'enquêteur.

Une limite importante est la constitution des deux groupes qui n'est pas homogène. En effet, dix personnes font partie du groupe recevant le traitement alors que le groupe contrôle est constitué de cinq personnes.

Une autre limite est celle liée à la non différenciation des différents types de douleurs. Ceci risque d'influencer les résultats des échelles de douleurs, qui pourraient augmenter lors d'une douleur aiguë, alors que l'étude cherche à modifier la douleur chronique.

Pistes de réflexion

Les recommandations pour les études futures sont l'obtention d'une plus grande taille d'échantillon, une base de référence avec des mesures avant et après les traitements de la douleur et également avoir des images du thermographe infrarouge électronique dans les deux groupes. Il faudrait également avoir une évaluation des relations entre les diagnostics de comorbidités et la douleur, avoir la confirmation du médecin du diagnostic de fibromyalgie avant le début de l'étude ainsi qu'un regroupement des sujets en fonction de la gravité de la douleur pour l'analyse des données.

Une différenciation entre les douleurs aiguës et chroniques serait aussi utile.

Apprendre que les âges, les groupes socio-économiques et les conditions sont plus sensibles au Toucher Thérapeutique permettra d'améliorer la conception des études.

Le chercheur exprime que le modèle théorique de Rogers était un cadre approprié et que cette étude sert de base pour les autres chercheurs pour soutenir l'utilisation des thérapies complémentaires telle que le Toucher Thérapeutique.

Fiche de lecture 6

Olson, K., Hanson, J., Michaud, M. (2003). A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(5), 990-997. doi:10.1016/S0885-3924(03)00334-8

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de la recherche :

Le but de la recherche est de déterminer si le Reiki, en plus d'un traitement d'opioïdes standard, a donné lieu à un meilleur contrôle de la douleur, à une utilisation moindre des analgésiques et à une meilleure qualité de vie, comparé à la méthode du repos et de l'administration du traitement d'opioïdes standard.

Les défenseurs du Reiki sous-tendent que cette méthode permet de rétablir l'équilibre de l'énergie dans les zones du corps qui sont perturbées. Ce qui permettrait une diminution de la douleur, augmenterait la qualité de vie. Les participants à l'étude ont reçu le Reiki par un praticien qualifié, en ayant un contact physique, les jours 1 et 4, une heure après avoir reçu leur dose d'antalgique.

La méthode du groupe contrôle consistait à se reposer pendant 1.5 heures les jours 1 et 4, une heure après avoir reçu la dose d'antalgique.

Cadre théorique de la recherche :

Dans cet article, le cadre théorique n'est pas mentionné.

Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

La douleur a été mesurée à la fois avec l'échelle visuelle analogue (EVA) et avec l'échelle Likert.

L'échelle EVA comprenait une évaluation entre 0 = pas de douleurs et 10 = pire douleur imaginable. Elle a été évaluée précisément aux jours 1, 4 et 7, en même temps que l'échelle Likert, juste avant et après avoir reçu le traitement. En complément, les valeurs de l'échelle EVA ont été consignées par les patients dans un journal de douleurs quotidiennes avec une évaluation le matin, le midi, le soir et au coucher.

L'évaluation avec l'échelle Likert n'est pas décrite dans l'étude.

Une évaluation de la qualité de vie avec l'échelle QOL a été effectuée en prenant en compte les facteurs physiques, sociaux et psychologiques. Cette échelle a été évaluée les jours 1 et 7.

Population de l'étude :

L'échantillon de l'étude était composé de 24 personnes. Il y avait 9 hommes (âge moyen = 59.5 ans) et 15 femmes (âge moyen = 56 ans). Il n'y a pas plus de précision par rapport à la population de l'étude.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude expérimentale interventionnelle. Il y a un premier groupe (A), le groupe contrôle, qui se repose pendant 1.5 heures durant le jour 1 et le jour 4.

Le deuxième groupe (B) reçoit un traitement de Reiki les jours 1 et 4 également. Le jour 7, il y a une évaluation pour voir si les changements effectués perdurent dans le temps. En plus de leur traitement spécifique, les deux groupes ont reçu un traitement d'opioïdes standard.

Les résultats de la recherche

Les participants ayant reçu un traitement opioïde standard plus le traitement de Reiki (groupe B) ont rapporté une amélioration significative au jour 1 de la douleur par rapport au groupe ayant reçu un traitement opioïde standard plus le traitement de repos (groupe A). Le groupe B avait une douleur moyenne, avant le traitement, à 4.5/10 et une douleur à 3.3/10 après le traitement, alors que le groupe A avait une douleur moyenne à 4.5/10, avant le traitement, et une douleur à 4.2/10 après le traitement.

Le jour 4, le groupe B (avec le traitement de Reiki) a également rapporté une diminution significative de la douleur, comparativement au groupe A (avec traitement de repos). Le groupe B avait une douleur moyenne, avant le traitement, à 3.9/10 et, une douleur à 2.4/10 après le traitement, alors que le groupe A avait une douleur moyenne à 3.8/10 avant le traitement et une douleur à 3.7/10 après le traitement.

Du jour 1 au jour 7, les participants du groupe B font état d'une amélioration significative dans la composante de la qualité de vie, par rapport au groupe A.

L'analyse du journal, où les participants ont consigné leurs douleurs quotidiennement, comparant l'évolution de la douleur et la dose équivalente de morphine du jour 1 au jour 7 n'a montré aucune différence significative entre les participants du groupe A et du groupe B.

Entre le jour 1 et le jour 7, il n'y a eu aucune différence significative dans les scores de douleur entre le groupe B (traitement de Reiki) et le groupe A (traitement de repos). Les patients de l'étude rapportent que l'effet du Reiki dure entre 2-3 jours. Le traitement de Reiki reçu au jour 4 est presque épuisé au jour 7, ce qui donne la constatation de l'absence d'amélioration significative du contrôle de la douleur.

Les chercheurs de l'étude ont inclus des éléments supplémentaires comme les mesures du pouls, de la fréquence respiratoire et de la pression artérielle, en plus des mesures de la douleur, afin d'observer les bénéfices de l'effet du traitement de Reiki.

L'amélioration de la dimension psychologique de la qualité de vie s'effectue grâce à l'amélioration du contrôle de la douleur.

L'absence d'une différence significative dans l'utilisation des analgésiques entre les participants des deux groupes n'est pas surprenant au vu de la courte période de l'étude. De plus, les chercheurs ont demandé aux patients de maintenir leur dose d'antalgique, même s'ils avaient moins de douleurs, jusqu'à ce qu'elle soit modifiée par le médecin.

L'étude soutient l'hypothèse que le Reiki, lorsqu'il est utilisé en complément d'un traitement d'opioïde standard, soulage la douleur et améliore la qualité de vie.

Ethique

Avant la sélection des participants à l'étude, il y a eu une expertise qui a conduit à une approbation éthique par des comités universitaires et hospitaliers d'évaluation éthique.

Les comités universitaires et hospitaliers d'évaluation éthique ont effectué une expertise, avant la sélection des participants à l'étude, qui a été achevée par une approbation éthique.

Par la suite, chaque participant a donné un consentement écrit avant le début de l'étude.

Limites

Durant l'étude, l'assistant de recherche était présent pendant toute la durée des sessions de Reiki et de repos. Par contre, le thérapeute de Reiki était présent, seulement, lors des interventions de Reiki. Il est possible que l'absence du thérapeute de Reiki, dans le groupe contrôle, ait influencé les résultats de l'étude. Il s'agit d'un possible effet Hawthorne qui indique un biais de réponse induit par la présence du chercheur et du thérapeute de Reiki.

Le recrutement a été difficile car certains patients étaient réticents à être dans le groupe A (traitement de repos) car, étant en fin de vie, ils voulaient trouver un moyen de soulager leurs douleurs. Il peut donc y avoir un biais de sélection.

Il peut également y avoir un biais d'enquêteur et de réponse car il n'a pas été possible d'aveugler ni les participants ni l'infirmière de recherche, qui a évalué tous les résultats en ce qui concerne la répartition des traitements.

Pistes de réflexion

Les chercheurs veulent faire une étude croisée où il y aura comme intervention placebo le toucher et comme intervention le Reiki pour observer si le contact physique permet déjà un meilleur contrôle de la douleur ou s'il faut un traitement spécifique. Il y aura quatre groupes : des soins standards seul, les soins standards plus le traitement de Reiki, les soins standards plus le toucher, les soins standards plus le repos.

Les auteurs expriment qu'il est trop tôt dans leur travail pour donner des hypothèses sur le processus par lequel le Reiki peut avoir un impact sur l'expérience de la douleur.

Les études futures doivent montrer si le soulagement de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie sont attribuables au toucher seul ou au toucher qui fait partie du traitement du Reiki.