

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

**PAR
ANDRÉA BOUDREAU**

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF
SUR L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES
À L'UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE**

NOVEMBRE 2004



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

À notre fils, Olivier, pour son soutien inconditionnel.

À Christian, notre amoureux, pour sa générosité.

Pour faciliter la lecture de ce rapport, l'emploi du féminin, dans le texte, inclut le masculin. Par exemple, infirmière comprend aussi l'infirmier.

RÉSUMÉ

Les personnes âgées, hospitalisées à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), présentent souvent une perturbation de leur estime de soi. En effet, l'hôpital représente un milieu où elles ont à faire des apprentissages à un moment où elles ne sont pas en pleine possession de toutes leurs capacités physiques, psychologiques et cognitives. Les personnes âgées peuvent vivre alors des situations humiliantes (aide pour se mobiliser, dépendance pour les soins intimes, incontinence, etc.) qui génèrent des sentiments d'inconfort, de gêne et de honte. La présence d'intervenants peu chaleureux, manquant de compassion et empreints de préjugés négatifs envers les personnes âgées, sont autant d'autres facteurs qui s'ajoutent pour les amener à ne pas se sentir à l'aise.

L'estime de soi est composée de deux éléments : la valeur personnelle et la compétence. Nous remarquons que la valeur personnelle est très perturbée chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le toucher affectif est une stratégie qui a le potentiel d'agir sur la valeur personnelle des personnes âgées et d'améliorer ainsi leur estime de soi. Nous pouvons le définir comme étant une stimulation tactile donnée ou reçue, universelle, commune, sans connotation sexuelle et non orientée vers une tâche. Il est un outil puissant de communication qui peut affecter le comportement et l'état affectif d'une personne.

Dans la perspective d'améliorer les soins infirmiers, cet aspect apparaît très important comme moyen efficace pour assurer le bien-être des personnes âgées. C'est pour répondre à cette préoccupation que dix personnes âgées furent rencontrées afin de vérifier les effets que le toucher affectif peut avoir sur leur estime de soi.

Les résultats obtenus, lors de l'étude, nous permettent de croire que le toucher affectif a des effets réels qui influencent positivement l'estime de soi des personnes âgées. C'est ce qui ressort de l'analyse des données obtenues, au moyen des entrevues semi-dirigées effectuées auprès des participantes, pour qui le toucher affectif a été utilisé par des infirmières à titre expérimental.

Ces résultats nous incitent à recommander que soient réalisées des recherches utilisant un devis expérimental et étendues à un plus large échantillon afin d'établir avec plus de certitude l'existence d'une corrélation positive entre le toucher affectif et l'estime de soi des personnes âgées. Toutefois, la nécessité de vulgariser et systématiser l'utilisation du toucher affectif dans la pratique infirmière nous apparaît déjà, à ce stade, évidente.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent à Monsieur Antoine Lutumba Ntetu, directeur du département des Sciences humaines à l'Université du Québec à Chicoutimi, et ce, pour nous avoir accompagnée et soutenue tout le long de la réalisation du présent projet de maîtrise. Il a été notre mentor, celui qui nous a permis d'aller au bout de ce projet. Ses encouragements, sa persévérance et sa patience ont fait que, sans lui, nous n'y serions probablement pas arrivée.

Un merci tout particulier à Madame Diane Bélanger, directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes, qui s'est montrée enthousiasmée par notre projet et à Mme Chantale Tremblay, infirmière chef des unités de médecine, soins intensifs et de l'UCDG du Carrefour de santé de Jonquière, pour avoir accepté que ce projet soit réalisé à l'UCDG.

Un merci tout spécial aux infirmières de l'UCDG : Mesdames Diane Harvey, Kim Kearnan, Sylvie Potvin et Lyne Lapointe qui ont accepté avec générosité de participer à ce projet. Que nos compagnes et compagnons de travail qui ont porté un intérêt particulier à ce projet, trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions avec chaleur et avec toute notre affection les personnes âgées qui ont bien voulu vivre cette expérience avec nous. Elles ont été formidables.

Un grand merci à notre fils qui nous a encouragé à poursuivre ces études de maîtrise. Toute notre reconnaissance à notre compagnon de vie qui nous a stimulée à persévérer dans notre démarche. Merci pour son support à des moments où nous en avions grandement besoin.

Un merci particulier à ceux qui ont permis d'améliorer la qualité de ce rapport par leurs remarques judicieuses sur les plans linguistique et syntaxique. Nous pensons à messieurs Gaétan Vachon et Ghislain Laflamme.

Enfin, à nos amis, à notre sœur Doris et à toutes celles et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette oeuvre, nous disons de tout notre cœur un gros merci et leur exprimons notre reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	ii
RÉSUMÉ	iv
REMERCIEMENTS.....	vi
INTRODUCTION	11
PREMIER CHAPITRE : PHASE CONCEPTUELLE.....	14
1.1 Problématique.....	15
1.2 Pertinence du projet	21
1.3 Revue des écrits.....	22
1.3.1 Toucher affectif : définitions et sortes	22
1.3.2 Toucher affectif : son importance, ses effets et les perceptions à son égard.....	25
1.3.3 Toucher affectif et vieillissement	32
1.3.4 Toucher affectif dans la pratique des soins infirmiers et des soins de santé.....	34
1.3.5 Recherches antérieures en sciences infirmières	40
1.3.6 Synthèse	43
1.3.7 Estime de soi : à la recherche d'une définition.....	44
1.3.8 Estime de soi et vieillissement	47
1.3.9 Estime de soi et santé.....	49
1.3.10 Synthèse	54
1.4 Présentation du cadre de référence	54
1.5 But, objectifs de l'étude, questions de recherche	56
1.5.1 But et objectifs de l'étude	56
1.5.2 Questions de recherche	57
DEUXIÈME CHAPITRE : PHASE MÉTHODOLOGIQUE	58
2.1 Présentation du milieu de l'étude.....	59
2.2 Description de la population et de l'échantillon.....	60
2.3 Définition opérationnelle des variables	62
2.4 Technique de collecte et d'analyse des données.....	63
2.5 Considérations éthiques.....	64
TROISIÈME CHAPITRE : PHASE EMPIRIQUE.....	66
3.1. Déroulement de l'enquête	67

3.2. Présentation des données	71
3.3 Analyse des données.....	73
3.4 Discussion des résultats	78
3.5 Limites de l'étude	82
3.6 Conclusions et recommandations	84
RÉFÉRENCES	86
ANNEXES	94
Annexe 1 : Contrat avec le milieu d'étude.....	95
Annexe 2 : Feuille d'explication du projet pour l'infirmière.....	96
Annexe 3 : Feuille d'explication du projet pour le(la) client(e).....	97
Annexe 4 : Feuille de consentement pour l'infirmière	98
Annexe 5 : Feuille de consentement pour le(la) client(e)	99
Annexe 6 : Déclaration d'honneur.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Différentes manifestations caractérisant l'estime de soi de la personne ...	56
Tableau 2 : Caractéristiques des participants et participantes à l'étude	61
Tableau 3 : Réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la haute estime de soi	71
Tableau 4 : Réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la basse estime de soi	72
Tableau 5 : Préférences des participants et participantes concernant les modalités du toucher affectif	72

INTRODUCTION

L'amélioration des soins et des traitements médicaux a eu notamment, comme conséquence, d'allonger l'espérance de vie des Québécois et des Québécoises, ce qui a favorisé l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées. Cependant, la qualité de vie et de santé n'a pas suivi la même évolution. En effet, plusieurs personnes âgées vivent avec des maladies chroniques et incapacitantes.

Ces maladies les amènent à une consommation accrue des soins et des services de santé, et entraînent une augmentation du taux d'hospitalisations. Une perte d'autonomie, des incapacités diverses, de l'insécurité, de l'isolement et, en particulier, une baisse de l'estime de soi sont autant d'impacts qu'a la maladie sur le quotidien de la personne âgée.

La baisse de l'estime de soi cause de la souffrance qui doit être soulagée. Le toucher affectif est une intervention qui semble influencer positivement l'estime de soi altérée de la personne âgée et qui, par conséquent, peut contribuer à soulager cette souffrance.

Le présent essai visait à décrire les effets du toucher affectif sur l'estime de soi. Pour y arriver l'approche qualitative, utilisant des entrevues semi-dirigées, a été privilégiée. Dix personnes âgées, hospitalisées dans une UCDG d'un centre hospitalier

de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, ont accepté de répondre à des entrevues. Les données recueillies ont permis d'atteindre les objectifs du projet.

La démarche, qui a été suivie pour la réalisation de ce projet est décrite dans le présent rapport qui comporte cinq chapitres : le premier expose la problématique ; le deuxième fait la synthèse des différents écrits relatifs au toucher affectif et à l'estime de soi ; le troisième chapitre aborde la méthodologie tandis le quatrième est consacré à la présentation et la discussion des résultats. Enfin, le dernier et cinquième chapitre expose les répercussions et les limites du projet.

CHAPITRE I

PHASE CONCEPTUELLE

1.1 PROBLÉMATIQUE

Grâce, entre autres, au développement de la science médicale, à l'avènement des nouvelles technologies et à une meilleure connaissance des comportements liés à la santé, l'espérance de vie à la naissance des Québécois et des Québécoises s'est grandement améliorée. En 1998, elle était de 74,4 ans pour les hommes et de 81,1 pour les femmes (Gouvernement du Québec, 1999a). Cette augmentation de l'espérance de vie a entraîné une hausse de la proportion des personnes âgées. De 5% en 1921, elle est passée à 10% en 1981, pour se situer à 12% aujourd'hui, et les projections démographiques estiment que cette proportion atteindra 23% en l'an 2041 (Santé Canada, 2000; Gouvernement du Québec, 1999a ; 1999b).

De plus, on observe un phénomène nouveau sur le plan sociodémographique, celui de l'augmentation de la population des personnes très âgées, surtout de sexe féminin. En effet, elle représente 58% de la population âgée et cette proportion s'accroît avec le vieillissement : de 54% de femmes âgées de 65 à 69 ans, elle passe à 68% chez les plus de 80 ans. Dans le groupe des 80 ans et plus, 87% sont des femmes (Santé Canada, 2000; Gouvernement du Québec, 1999b).

Cependant, les individus ne vieillissent pas au même rythme, de la même façon et pas tous en bonne santé. Par ailleurs, il est connu que les maladies chroniques et les

incapacités augmentent avec l'âge. Selon un rapport du Gouvernement du Québec (1999d) et de Statistique Canada (1995), 37% des personnes âgées, entre 65 et 74 ans, souffrent d'une de ces maladies incapacitantes. Cette proportion augmente à 57% dans le groupe des 75 à 84 ans et atteint 84% chez les plus de 85 ans. Actuellement, au Québec, 35% des personnes de 65 ans et plus ont besoin d'aide et d'assistance, et 7% de ces personnes sont victimes de pertes sévères de leur autonomie, nécessitant un hébergement dans le réseau de la santé (Gouvernement du Québec, 1999c).

Au moins 5,7% des hospitalisations chez des personnes de 65 ans et plus le sont à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG). Ce nombre grimpe à 9,1 chez les 75 ans et plus, et à 13,8% chez les 85 ans et plus. On sait aussi que les hospitalisations, en courte durée, représentent 28% du nombre total d'hospitalisations (Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2000).

L'UCDG est un service hospitalier qui assure une évaluation multidisciplinaire et différents traitements aux personnes âgées dont l'état de santé ne permet pas de bénéficier d'une telle intervention sur une base externe. Les personnes, qui y sont admises, sont en perte d'autonomie et considérées comme «fragiles». Il existe 77 UCDG au Québec classées dans trois catégories : celles dont la mission est seulement d'assurer la réadaptation, celles centrées plutôt sur une évaluation médicale et, enfin, celles qui font à la fois de la réadaptation et de l'évaluation médicale. La moyenne de séjour est de

24,8 jours. Cette moyenne s'explique justement par la fragilité de leurs clientèles, fragilité qui contribue à allonger leur temps de réadaptation (Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2000).

Selon l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (1995), l'expression «personnes âgées fragiles» est utilisée pour décrire des personnes qui risquent de subir une détérioration au cours d'une hospitalisation, dont l'état de santé nécessite un volume croissant de services ou qui présentent des déficiences aux plans mental, émotif et fonctionnel. En somme, les personnes âgées fragiles sont «vulnérables à tout changement qui survient dans leur environnement».

Plusieurs observations cliniques que nous avons faites, dans l'exercice de nos fonctions comme infirmière à l'UCDG, nous ont permis de constater la vulnérabilité des personnes âgées hospitalisées. Cette vulnérabilité peut prendre plusieurs formes, notamment celle d'une baisse de l'estime de soi. C'est sur la compréhension de cette baisse de l'estime de soi que nous axons le présent projet de recherche.

L'estime de soi peut être définie comme étant le sentiment intérieur de sa propre valeur fondé sur le respect de soi et la confiance en soi (L'Écuyer, 1988). Elle peut se modifier à travers les expériences que l'on vit et les relations interpersonnelles que l'on entretient. Le nouvel environnement qu'est l'hôpital requiert que la personne fasse des

apprentissages à un moment où elle n'est pas dans des conditions optimales, c'est-à-dire en possession de toutes ses capacités physiques, psychologiques ou cognitives. Il en résulte qu'elle a souvent de la difficulté à comprendre les consignes ; on doit alors les lui répéter. Elle présente également un stress face à sa performance et éprouve le sentiment d'être incompétente et incapable de répondre aux attentes de son entourage. De plus, les problèmes de santé qu'elle vit, provoquent fréquemment des atteintes à son autonomie en entraînant des conséquences humiliantes (dépendance dans l'exécution de soins intimes et incapacité à se mobiliser seule, incontinence, amenant un sentiment d'inconfort, de gêne, de honte, etc.). Toutes ces difficultés peuvent engendrer chez la personne âgée l'impression qu'elle n'est pas à sa place, qu'elle dérange le personnel, qu'elle est bonne à rien, incapable de prendre des décisions ou de participer à ses soins. Ses relations interpersonnelles peuvent en être fortement perturbées (Major, 1993).

Comme on peut le constater, un ensemble de circonstances reliées à l'hospitalisation et aux relations interpersonnelles contribuent à baisser l'estime de soi de la personne âgée. La présence des intervenants peu chaleureux, empreints de préjugés envers les personnes âgées et manquant de compassion est un autre facteur qui vient accentuer la difficulté de la personne âgée à se sentir à l'aise avec les autres.

Howard (1988) rappelle que les personnes âgées sont souvent privées de contact humain. Par ailleurs, bien que les infirmières soient les professionnelles les plus portées

à toucher les bénéficiaires, elles se montrent moins enclines à le faire quand il s'agit des personnes âgées (Barnett, 1972a; Adam, 1991).

Selon Pepin (1996), toute personne doit communiquer verbalement ou non, quel que soit son âge. C'est un besoin fondamental dont la satisfaction est essentielle au maintien de son intégrité globale comme personne (Henderson, 1991). Étant donné qu'une baisse de l'estime de soi influe négativement sur la satisfaction du besoin de communiquer, elle entrave, par le fait même, la globalité de la personne (Pepin, 1996).

Henderson (1964), souligne que l'infirmière a comme mandat social de promouvoir la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne qui recourt à ses services, dont celui de communiquer. Pour ce faire, l'infirmière peut recourir à des stratégies diverses. Le toucher affectif est une stratégie de suppléance à la motivation, à laquelle l'infirmière peut recourir (Howard, 1988). En effet, en agissant sur la motivation, le toucher affectif aurait le potentiel d'améliorer l'estime de soi et, partant, la satisfaction du besoin de communiquer de la personne.

Howard (1988) et Pepin (1996) définissent le toucher affectif comme étant une stimulation tactile donnée ou reçue : il est universel, commun, sans connotation sexuelle et non orienté vers une tâche; c'est de tenir la main d'un bénéficiaire, de le serrer dans ses bras ou simplement de toucher son bras ou son genou. Plusieurs auteurs (Howard, 1988; Lane, 1989; McCloskey & Bulecheck, 1996; Montagu, 1979 ; Pepin, 1996) affirment

que le toucher affectif est un outil puissant de communication qui a le potentiel d'affecter le comportement et l'état affectif d'un individu.

Des études démontrent que l'utilisation du toucher provoque des changements aux niveaux physiologique (diminution de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la pression intracrânienne), psychologique (diminution de l'anxiété) (Ingram, 1989 ; Weiss, 1990) et apporte souvent du réconfort au bénéficiaire. Spécifiquement pour les personnes âgées, de nombreux auteurs (Bradford, 1981 ; Mulaik, Megenity, Cannon, Chance & al., 1991 ; Seaman, 1982) ont démontré que le toucher affectif les stimule à rechercher les contacts sociaux.

Pour ces auteurs, il est évident que le toucher affectif est un moyen puissant pour prévenir le désengagement et la dépression. Même si le besoin de toucher et d'être touché est présent tout au long de la vie, il semble s'intensifier à mesure que les années passent, probablement en raison de la diminution de l'acuité sensorielle qui accompagne le vieillissement (Bradford, 1981). Selon Howard (1988), le toucher affectif augmente la motivation, la confiance et la fidélité de la personne âgée face à son traitement médical et joue également un rôle important dans le maintien de son humeur : il calme la personne confuse, apaise le mourant et la personne gravement malade.

Toutefois, Copstead (1980) a démontré l'existence d'un lien d'association entre le toucher affectif et l'estime de soi, bien que certaines observations cliniques permettent

de croire que la personne âgée réagit positivement au toucher affectif : « je suis vieille et vous me touchez,...mon corps est plein de rides et vous me touchez... J'ai l'impression que, quand vous me touchez, je suis une personne! ». C'est ce que confirme Pepin (1996, p. 210) quand elle écrit que le toucher affectif «favorise une bonne estime de soi et invite à la communication ; il apporte réconfort et indique à la personne touchée qu'elle est digne d'affection ».

1.2 PERTINENCE DU PROJET

Des études ont démontré que les personnes âgées constituent le groupe de patients qu'on touche le moins. Pourtant le besoin de toucher et d'être touché est le seul sens qui augmente avec le vieillissement (Barnett, 1972a ; Bradford, 1981 ; Estabrook & Morse, 1992 ; Seaman, 1982). Les personnes âgées, qui sont hospitalisées à l'UCDG, sont en perte d'autonomie, ont souvent peu d'estime de soi, se sentent inutiles, embarrassantes et une charge pour leur famille ou pour la société. Ces personnes vivent une détresse qui requiert un soulagement. Plusieurs études confirment le bienfait du toucher affectif sur la personne. C'est l'avis de Pepin (1996) qui soutient que le toucher affectif favorise une bonne estime de soi et facilite la communication.

Nous croyons que si le toucher affectif influe réellement sur l'estime de soi, il est nécessaire, dans la perspective d'augmenter la qualité des soins aux personnes âgées, que

ses effets soient empiriquement étudiés en rapport avec l'estime de soi. C'est dans cette perspective que la présente étude se veut une contribution dans la production des connaissances relatives aux effets du toucher affectif comme éléments contribuant à améliorer la qualité des soins donnés aux personnes âgées. Il est espéré que si les résultats de la présente étude sont concluants, qu'ils serviront d'appui à une campagne de vulgarisation du toucher affectif auprès des infirmières.

1.3 REVUE DES ÉCRITS

1.3.1 Toucher affectif : définitions et sortes

Montagu (1979) définit le toucher comme étant un contact satisfaisant d'une autre peau comme le fait de caresser, de cajoler, de tenir dans les bras, de tapoter la joue ou la tête, de prendre quelqu'un par le menton. C'est soit un simple attouchement corporel, soit une stimulation tactile totale comme on le rencontre dans l'acte sexuel. Quant à Bradford (1981), il définit le toucher affectif comme étant le fait de serrer dans ses bras, de caresser, d'embrasser, alors que McCloskey et Bulecheck (1996), dans le contexte de dispensation des soins de santé, le conçoivent comme une étreinte rassurante impliquant le fait de passer les bras autour des épaules d'un patient ou de lui tenir la main, de presser avec douceur le poignet, la main ou l'épaule ou de masser le dos au rythme de sa

respiration, de passer doucement la main sur les différentes parties du corps suivant un mouvement rythmique et lent, de masser la peau autour des régions douloureuses, etc.

Il existe différentes sortes de touchers et de même que les termes utilisés pour les identifier. Il y a d'abord le toucher instrumental qui est un contact physique délibéré initié dans un but précis. Weiss (1986) le désigne par le terme « toucher procédural » alors que Johnson (cité dans Ingram, 1989), l'identifie comme étant le « toucher orienté vers une tâche ». Il y a ensuite le toucher expressif qui est relativement spontané et affectif ; il n'est pas associé à une tâche spécifique (Le May, 1986). Weiss (1986) l'appelle le « toucher confortable », Barnett (1972a) le nomme le « toucher non nécessaire » et Burnside (1973) l'a baptisé au nom de « toucher affectif ». À notre avis, l'appellation « toucher affectif » semble plus significative puisqu'elle implique un lien émotif et fait appel aux sentiments humains.

Mulaik, Megenity, Cannon, Chance et al. (1991) vont plus loin dans leur tentative de décrire les sortes de toucher. Ils en distinguent quatre : 1) le toucher traditionnel qui comporte trois activités : donner un bain, une friction, un traitement ; 2) le toucher instrumental qui comporte six activités : donner des médicaments, enseigner, nourrir, parler, examiner, faire le suivi (counseling) ; 3) le toucher optionnel ou facultatif qui consiste en six activités de confort : donner une petite tape à..., friction, poignée de main, serrer dans ses bras, étreinte, tenir la main ; 4) enfin, le toucher essentiel qui

inclut quatre activités : tourner, exercices, assister à la marche, mettre de l'équipement (orthèse, prothèse et autres). Comme on peut le remarquer, certaines activités font référence à deux ou plusieurs sortes de toucher. La distinction entre les différentes sortes de toucher n'est donc pas aussi nette.

Le toucher étudié dans le cadre de la présente recherche est le toucher affectif. L'investigatrice fait sienne la définition de De Wever (1977) parce que cette définition identifie clairement les comportements relatifs au toucher qui sont appropriés et ceux qui ne le sont pas, en rapport avec un des objectifs du présent projet de recherche.

Seaman (1982) identifie quelques comportements qui définissent le toucher affectif comme serrer la main de quelqu'un ou encore placer la main sur l'épaule de quelqu'un quand on lui parle. De Wever (1977) fait plutôt allusion au contact physique en dehors des devoirs et des procédures de soins.

Bradford (1981) identifie quelques comportements représentant le toucher affectif mais pouvant causer de l'inconfort et de l'ambiguïté : les caresses, prendre dans les bras et embrasser. De Wever (1977) encadre mieux les comportements pouvant représenter le toucher affectif et distingue clairement les comportements pouvant causer un confort et ceux pouvant générer de l'inconfort. Par contre, McCloskey & Bulecheck (1996), Mulaik, Megenity, Cannon, Chance et al. (1991) ainsi que Seaman (1982) donnent une

définition plus générale qui peut même porter à confusion. En effet, les comportements décrits tels que la friction ou le massage peuvent s'apparenter au toucher thérapeutique, intervention qui normalement est planifiée et organisée, alors que le toucher affectif fait plutôt appel à la spontanéité et au désir de prendre soin.

1.3.2 Toucher affectif : son importance, ses effets et les perceptions à son égard

Montagu (1979) fait ressortir l'importance du toucher comme mode de communication, son importance dans le développement de l'enfant et son influence tout au long de la vie. Il mentionne que le toucher est « la mère des sens ». Bradford (1981), Gasparutto (1990), McCann et McKenna (1993) et McCloskey et Bulecheck (1996) endossent les idées de Montagu et reconnaissent, eux aussi, l'importance du toucher comme moyen de communiquer avec les autres.

Barnett (1972a) abonde dans le même sens. Pour lui, le toucher est le fondement de la communication et une base pour un échange significatif. En effet, dès la naissance, l'enfant vit sa première émotion et prend conscience des autres. C'est par le toucher qu'il façonne son image corporelle, découvre ainsi son propre corps et communique avec lui-même. McCloskey & Bulecheck (1996) et Gasparutto (1990) soutiennent que le toucher tient une place importante dans le développement et le bien-être de la personne.

Selon Montagu (1979), après le cerveau, la peau est l'organe le plus important et le toucher est le sens le plus associé à la peau ; il est le parent de tous les autres sens, le sens qui se différencie des autres. De plus, le toucher a une valeur thérapeutique qui peut être comparé à un effet placebo, lequel est solidement basé sur des principes physiologiques comme la sécrétion par le corps de l'endorphine pour le soulagement naturel de la douleur.

Certains auteurs (Barnett, 1972a ; Montagu, 1979) insistent sur le fait que la stimulation tactile pratiquée très tôt à l'enfance est extrêmement importante pour un développement normal. Parce que le toucher est le premier sens à devenir fonctionnel, l'enfant l'utilise comme une forme primaire de communication. Sans expérience tactile qui puisse permettre le développement de l'homéostasie interne, le monde externe ne pourrait exister. L'enfant explore donc le monde à travers le toucher. Il ne peut pas solutionner les problèmes mais apprend par la répétition des actions qui renforcent la récompense ou la punition. Plusieurs des réponses conditionnées sont apprises à un niveau non-verbal et semblent persister à l'âge avancé, même en présence d'une atteinte cérébrale.

Ruesch et Weldon (cités dans Seaman, 1982) fait remarquer qu'étant le premier moyen de communication, le toucher comme langage non-verbal est particulièrement important avec les bénéficiaires confus dans les situations où les mots échouent complètement. Conséquemment, le mode de communication non-verbal, tel que le

toucher, peut être utilisé avec succès quand une pathologie neurologique empêche la compréhension de la communication verbale.

Copstead (1980) a démontré l'existence d'un lien positif significatif entre la fréquence du toucher et le développement de l'estime de soi. Elle a réalisé une étude quantitative auprès d'un échantillon de 33 bénéficiaires institutionnalisés, âgés entre 50 et 101 ans et provenant de trois centres d'accueil différents. Les participants furent sélectionnés sur la base des critères suivants : être alerte et orienté, capable de comprendre les consignes et de sentir le toucher fait par l'infirmière. L'observation directe de l'interaction entre l'infirmière et le bénéficiaire par un observateur, la remise d'un questionnaire (*Self Cathexis Scale*) par un autre, et l'enregistrement des interactions verbales ont été utilisées comme techniques pour la collecte des données. Les résultats obtenus ont confirmé l'hypothèse voulant que les adultes qui bénéficient du toucher ont une perception positive de leur estime de soi. Ces résultats indiquent que les infirmières peuvent utiliser le toucher pour stimuler positivement l'estime de soi. À ce propos Barnett (1972a) rapporte que les personnes âgées de 66 à 100 ans constituent le groupe de personnes qui est le moins touché. Le même auteur rapporte que la diminution de l'estime de soi, la peur de la mort, l'anxiété, l'altération de l'image corporelle, le sentiment d'isolement, la dépendance, le sentiment d'être rejeté, la dépersonnalisation et la régression sont tous des facteurs qui contribuent à augmenter le besoin d'être touché.

La littérature suggère que le toucher est bénéfique, qu'il transmet un message d'acceptation et du désir de prendre soin (caring), encourage le rapport infirmière-bénéficiaire et le bien-être de ce dernier. Il est cependant essentiel de considérer les préférences personnelles. En effet, ce n'est pas tout le monde qui aime être touché. C'est le cas des personnes très âgées qui ont souvent beaucoup de tabous envers le toucher. Burnside (1973) affirme que des personnes non affectueuses peuvent se sentir menacées par les personnes qui sont affectueuses. Cette auteure pense que le simple fait de serrer la main représente la forme la plus appropriée pour toucher une personne pour la première fois. Ce simple geste peut donner beaucoup d'informations sur la personne : la chaleur, la transpiration, la peau moite, la présence d'une arthrite, la présence d'une paralysie, la maigreur, la crainte ou l'ouverture.

L'utilisation du toucher (Burnside, 1973) augmente la communication verbale appropriée et le contact avec les yeux chez des personnes âgées souffrant d'un syndrome cérébral chronique. Elle croit que les infirmières peuvent réussir à maintenir un contact avec les personnes âgées confuses en utilisant fréquemment le toucher affectif. Quant à Seaman (1982), elle recommande tout simplement d'inclure le toucher affectif dans le plan de soins. Burton et Heller (cités dans Barnett, 1972b) et Langlois (1982) reconnaissent que s'installent, chez la personne âgée, une perte sensorielle et des troubles perceptuels qui affectent son repérage dans le temps et dans l'espace. De plus, Mercer (1966) affirme que le toucher peut grandement faciliter le processus de guérison.

Le contact humain procure le bien-être et un sentiment de sécurité et a un effet placebo. Quand un bénéficiaire se sent entre de bonnes mains, il guérit plus vite.

Kübler-Ross (citée dans Seaman, 1982) explique que la communication la plus significative pour un bénéficiaire est l'application d'une pression douce de la main durant les moments de silence. Elle a observé aussi que la personne mourante communique de plus en plus de façon non-verbale.

L'utilisation sélective du toucher affectif pour pénétrer l'espace personnel de la personne âgée d'une manière rassurante a un effet thérapeutique. Négliger ou éviter de toucher les personnes âgées peut leur donner l'impression qu'elles sont intouchables, ce qui renforcerait leurs sentiments d'avoir peu de valeur et justifierait les préjugés négatifs que la société entretient sur la vieillesse (Seaman, 1982). En fait, l'étude de Seaman (1982) démontre qu'utilisé, avec soin et sensibilité par les infirmières, le toucher affectif peut être thérapeutique, particulièrement pour les personnes âgées institutionnalisées ; le toucher peut traduire l'acceptation et l'empathie, augmenter la communication avec la personne âgée, calmer la personne âgée confuse et agitée, et arrêter le cycle des propos décousus.

De leur côté, McCann et McKenna (1993) soutiennent que l'environnement culturel dans lequel le toucher est utilisé, influence la perception des personnes. En effet, ce sont les normes sociales qui déterminent les comportements des personnes, y

compris le toucher. Montagu (1979) fait observer, par exemple, que les Canadiens français, contrairement aux Canadiens anglais, sont très démonstratifs et tactiles.

McCann et McKenna (1993) affirment que le statut de santé et le degré de dépendance peuvent influencer la perception d'un patient et son besoin d'être touché par les soignants. Bowlby (1958) croit que les adultes peuvent avoir un plus grand besoin d'être touché lorsqu'ils sont malades. Cette opinion est partagée par Dominian (1971) et Barnett (1972b). Les us et les coutumes sociaux ainsi que les facteurs culturels peuvent également influencer la perception des gens face au toucher (Langland & Panicucci, 1982 ; Barrette, Gaudet & Lemay, 1993).

Hollinger (1980) fait remarquer qu'on ne peut pas généraliser et dire que toutes les personnes âgées ont un besoin naturel plus grand de toucher et d'être touchées, notamment en raison de la différence des expériences antérieures. Le fait qu'une infirmière entoure les épaules du patient avec ses bras est perçu comme étant inconfortable par un grand nombre de patients alors que le geste de l'infirmière de placer sa main sur le bras d'un bénéficiaire est perçu comme étant confortable. On peut donc conclure que la perception que l'on a du toucher varie selon la partie du corps où le contact se fait. Thornbury et Misretta (1981) soutiennent que les femmes ont un seuil tactile plus bas que les hommes et auraient par conséquent un besoin plus grand de toucher et d'être touchées. De son côté Montagu (1979) a aussi constaté que les femmes

de tous les âges sont plus réceptives au toucher et réagissent davantage que les hommes à la stimulation tactile.

Certains chercheurs (Barnett, 1972b ; Lane, 1989 ; Montagu, 1979) croient que le toucher rehausse la santé et a ainsi un pouvoir curatif sur les adultes comme sur les nourrissons et les enfants. Selon Montagu (1979), le toucher n'est pas une émotion en soi, mais ses éléments sensoriels provoquent des changements au niveau des systèmes nerveux, glandulaire, musculaire et mental qui s'apparentent à une émotion ; le toucher traduit l'intérêt, le souci, la responsabilité, l'attention aux besoins et aux faiblesses de l'autre. En plus, ce dernier auteur affirme que sans le toucher, sans une stimulation de la peau, l'organisme ne pourrait survivre. À ce sujet, en 1938, on instaura un programme de soins maternels à l'Hôpital Bellevue de New York. Le programme consista à prendre dans les bras les nouveau-nés, à les promener et à les mater plusieurs fois par jour. En moins d'un an, le taux de mortalité infantile passa de 35% à moins de 10% (Montagu, 1979). C'est donc à juste titre que Montagu considère le toucher comme un besoin fondamental au même titre que les besoins vitaux. Selon lui, la peau est l'organe qui fait que l'on peut ressentir, aimer, détester et ce, à travers le toucher ; que la stimulation cutanée active le système neurovégétatif, lequel, à son tour, agit sur les centres respiratoires et les viscères (Montagu, 1979).

Dans une étude réalisée en 1977, De Wever a voulu savoir lesquels des comportements de toucher apportent du confort ou de l'inconfort, et si le sexe et l'âge de

l'intervenant font une différence. Pour ce faire, elle sélectionna 99 personnes âgées dans deux centres d'hébergement. Opérationnellement, elle définissait le toucher en fonction de sept comportements: 1) placer la main sur le visage, 2) placer la main sur la tête, 3) placer la main sur l'épaule, 4) placer le bras autour des épaules, 5) placer la main sur le bras, 6) placer la main sur la main et 7) tenir la main. Les résultats démontrèrent que l'âge et le choix du comportement de toucher n'influencent pas la perception de confort ou d'inconfort. Cependant, l'auteure suggère d'utiliser avec discernement le comportement « mettre un bras autour des épaules », ce dernier étant plus susceptible de provoquer de l'inconfort chez la personne âgée. Elle signale également que les femmes ressentent plus d'inconfort lorsque le toucher affectif est fait par des intervenants masculins; par contre, «placer une main sur le bras», «toucher le visage avec affection» sont des comportements plus susceptibles d'apporter du réconfort. Elle recommande également aux infirmiers d'utiliser le toucher affectif avec plus de circonspection quand elles ont à faire aux femmes âgées afin d'éviter l'inconfort et l'ambiguïté. McCann et McKenna (1993) observent aussi que le comportement de «mettre un bras autour des épaules» peut engendrer un certain inconfort chez la personne âgée et notent, contrairement à De Wever (1977), que le fait de poser une main sur le visage ou sur le genou provoque une sensation d'inconfort.

1.3.3 Toucher affectif et vieillissement

Le besoin de toucher et d'être touché ne diminue pas avec l'âge. Bien au contraire, à cause des pertes que les personnes âgées cumulent, ce besoin est plus ressenti par ces

dernières (Barnett, 1972a ; Bradford, 1981 ; Estabrook & Morse, 1992 ; Seaman, 1982). Le toucher est un moyen pour stimuler la personne âgée à avoir des interactions avec l'entourage et reste un moyen efficace pour prévenir le désengagement et la dépression (Bradford, 1981). Ce dernier signale que les personnes âgées dont les amis sont décédés ont de la difficulté à se faire de nouveaux amis, ont donc peu d'occasions d'être touchées. Pourtant, le toucher et le rapprochement sont les compensations les plus aidantes face à la perte d'un être cher. Burton et Heller (cités dans De Wever, 1977) font remarquer que les patients âgés en phase terminale ont un plus grand besoin de contact physique, un besoin qui, augmente avec l'isolement dans lequel ils sont souvent confinés.

Gasparutto (1990), McCloskey et Bulecheck (1996) et Montagu (1979) ont endossé le point de vue selon lequel le toucher est essentiel pour le développement et le bien-être de la personne ; c'est le premier et le dernier mode de communication à être utilisé par toute personne (Burton et Heller, cités dans De Wever, 1977). Bradford (1981), Estabrook et Morse (1992), Seaman (1982) sont du même avis que Barnett (1972a) quand elle définit le toucher comme étant la base pour établir la communication. Le toucher, comme moyen de communiquer ses émotions, a été largement étudié par Estabrook et Morse (1992), Mulaik et al. (1991), Lane (1989), Howard (1988), Seaman (1982), Bradford (1981), De Wever (1977) ainsi que par d'autres auteurs avant eux comme Dominian (1971) et Bowlby.(1958).

Comme l'affirme Howard (1988), les effets du simple toucher sont considérés comme vitaux pour le fonctionnement humain, pour le comportement des bénéficiaires et pour leurs attitudes envers une tâche à accomplir ou un traitement à recevoir. Après de 30 femmes âgées de 65 ans et plus institutionnalisées et dont 16 ont pu bénéficier du toucher, l'auteur a constaté que le toucher affecte le comportement individuel et l'état affectif. Elle a également observé que le fait d'être touché par un étranger est plus positif que négatif, et qu'en général, le toucher a le pouvoir d'influencer la sensation de bien-être de la personne. Elle a observé aussi qu'un cerveau privé de stimulation tactile devient très vite désorganisé, que les communications verbales, visuelles et tactiles améliorent la réponse du patient à la stimulation et à la fidélité au traitement. En effet, le toucher appliqué fortuitement peut augmenter le niveau de motivation chez les bénéficiaires non intéressés aux projets qui leur sont présentés. La stimulation tactile augmente donc la fidélité ainsi que les comportements et attitudes positifs durant les thérapies. Howard (1988) rapporte les résultats d'une étude indiquent que la personne âgée reconnaît fortement son instructeur comme étant gentil et aidant dans 21 cas sur 30, pour celles qui bénéficient du toucher comparativement à 9 personnes sur 30 parmi celles qui ne sont pas touchées. Pour ce qui est de la motivation à effectuer une tâche, les personnes, chez qui le toucher était utilisé en association avec la consigne verbale, ont fait preuve d'une plus grande motivation et ont déclaré avoir une image positive de leur instructeur.

1.3.4 Toucher affectif dans la pratique des soins infirmiers et des soins de santé

Le toucher est largement utilisé dans le milieu de la santé. Plusieurs auteurs (De Wever, 1977 ; Montagu, 1979 ; Howard, 1988 ; Lane 1989 ; Mulaik, Megenity, Cannon, Chance & al., 1991) signalent les bienfaits du toucher comme intervention infirmière. Barnett (1972b) l'a trouvé si important qu'elle a développé un cadre théorique sur le toucher adapté aux soins infirmiers. À la suite de sa réflexion, elle a émis un postulat de base qui assume que l'acte de toucher est une partie intégrante de l'intervention infirmière et qu'il doit être utilisé judicieusement entre l'infirmière et le patient, l'équipe de soins et le patient, l'équipe de soins et l'infirmière, comme un mécanisme de communication fondamental et un moyen vital de communiquer ses émotions et ses idées. Cependant, il semble qu'elle n'a pas testé sa théorie puisque depuis 1972, à notre connaissance, elle n'a pas publié d'autres écrits sur le sujet.

Pour Estabrook et Morse (1992), le toucher est un sujet qui fait l'objet de peu d'intérêt en recherche en sciences infirmières. Pourtant le toucher est utilisé régulièrement au cours des activités de soins et dans toutes sortes de tâches. Peu d'études rapportent des résultats spécifiquement en rapport avec les comportements de toucher des infirmières. Celles, qui existent, n'expliquent pas comment les infirmières apprennent à toucher ou, plus fondamentalement, comment elles pratiquent le toucher.

Cependant, les études, qui rapportent des résultats positifs sur l'utilisation du toucher, sont unanimes à affirmer que l'impact du toucher dans la pratique des soins

infirmiers est important (Barnett, 1972b; McCorkle, 1974; Montagu, 1979; Burnside, 1973; McCann & McKenna 1993).

Burnside (1973) trouve que des patients en gériatrie se comportent plus aimablement et parviennent à toucher les autres plus fréquemment lorsqu'on utilise le toucher comme une technique de base. Auprès de six personnes âgées souffrant d'un syndrome cérébral organique, trois hommes, trois femmes, dont la moyenne d'âge était de 78 ans, Burnside (1973) a vérifié, en utilisant le toucher, si l'on pouvait modifier certains comportements tels le babillage, le retrait social, les réponses inappropriées, les hallucinations, l'exhibitionnisme ainsi que le refus d'avoir un contact visuel. Elle voulait encourager certains comportements incluant le rire, le sourire, la spontanéité (applaudissements en écoutant une musique, expressions des sentiments négatifs, manifestation de l'affection et de la tendresse, étreinte dans les bras, tenir la main, embrasser, intérêt pour l'habillement), entraide mutuelle, contact avec les yeux de l'auteure, toucher l'auteure. Au cours de huit rencontres d'une durée de 30 à 60 minutes, elle touchait les personnes en leur donnant une poignée de main pour les accueillir et, lors du départ, elle utilisait la poignée de main indienne (placer sa main sur la main de l'autre et mettre son autre main par-dessus et la main de l'autre par-dessus la deuxième main); elle plaçait sa main sur l'épaule de la personne âgée quand elle lui parlait ; elle a aussi dansé avec les personnes ambulantes etc. Elle a observé, lors de la dernière rencontre, que quelques-unes des personnes âgées se touchaient entre elles et

que le contact visuel s'était établi avec d'autres. Elle a également noté des marques d'affection entre elles. L'auteur avoue toutefois que, dans son enthousiasme, elle n'a pas utilisé une approche scientifique rigoureuse. Cependant, elle croit qu'elle a utilisé davantage de spontanéité et de liberté de mouvement avec les personnes âgées. Elle a constaté qu'elle avait appris beaucoup sur le comportement humain et sur le sien propre. Plusieurs articles scientifiques (DeWever, 1977 ; Howard, 1988 ; Ingram, 1989 ; Kramer & Gibson, 1991 ; Lane, 1989 ; McCann & McKenna, 1993 ; Snyder, 1992 ; Weiss, 1990) la citent en référence.

Les personnes âgées sont souvent privées de contact humain. Pertillo (cité dans Howard, 1988) donne deux explications à ce phénomène : la première est que plusieurs personnes s'abstiennent de toucher les personnes âgées à cause de leurs caractéristiques physiques moins attrayantes; la deuxième explication est que la population âgée manifeste plus de réticence au toucher, à cause des conventions ou tabous sociaux (Barrette, Gaudet, & Lemay, 1993). Cependant, l'espace personnel, le langage corporel et le dialogue contribuent à la connaissance perceptuelle des besoins de la clientèle âgée, pour la stimulation tactile. Ceci veut dire qu'à partir d'observations, on peut évaluer le besoin et l'acceptation pour le toucher. Bien que, sur le sujet, peu de recherches aient été faites dans le domaine de la gérontologie, le toucher s'avère, de l'avis de Howard (1988), un moyen thérapeutique efficace chez les personnes âgées. Fisher et Whitcher (1979) abondent dans le même sens en affirmant que le toucher a des effets positifs sur

le comportement et l'état affectif. Dans l'approche comportementale, le toucher semble faciliter la confiance et la réponse affective.

Lane (1989) remarque la présence des sentiments de dépersonnalisation chez des patients hospitalisés. La plupart des procédures de soins représentent une intrusion directe dans l'espace personnel des patients (Roberts, 1973). Les personnes, qui ne sont pas en position d'éviter ces intrusions, peuvent expérimenter de l'inconfort et de l'anxiété (Insel & Lindgren cités dans Lane, 1989) ou bien en être embarrassées (Garfinckel cité dans Lane, 1989) ; toutefois, aucun de ces sentiments ne conduit à un bien-être. Pourtant, quand il est consenti, le toucher est un aspect essentiel dans la plupart des relations humaines (Knapp, cité dans Lane, 1989).

Lane (1989) constate que les infirmières ont la responsabilité d'évaluer la réponse positive ou négative du bénéficiaire lorsqu'il y a intrusion dans l'espace personnel de ce dernier et de mieux interpréter le comportement non-verbal par rapport au toucher. Les infirmières et les bénéficiaires ont des antécédents personnels (l'hérédité, le genre, l'âge, leurs connaissances, leurs expériences passées, leurs besoins actuels et leurs buts futurs) qui affectent la façon dont ils vont interpréter et réagir au contenu sensitif des interactions. Les antécédents des bénéficiaires et le comportement non-verbal des infirmières (spécialement le toucher et l'intrusion de l'espace personnel) peuvent être perçus comme des émotions positives (sensation confortable, agréable, relaxante, plaisante) ou des émotions négatives (sensation d'inconfort, désagréable, tendue,

agaçante). Lane (1989) est arrivé à ces constatations, à la suite d'une étude descriptive qu'elle a réalisée auprès d'un échantillon de 80 bénéficiaires d'une unité de chirurgie et de 80 infirmières, dans le but de vérifier les perceptions de chacun face à l'intrusion de l'espace, personnel par l'utilisation du toucher, et s'il y avait des différences selon qu'on était bénéficiaire ou infirmière. Au cours de son étude, elle a développé son propre cadre conceptuel, *the Perceptual Model of the Interpersonal Relationship Between the Nurse and the Client, TIPS scale*, en se basant sur les travaux de King (1981) et de Peplau (1952). Elle a aussi démontré que lorsque les infirmières touchent leurs bénéficiaires, en envahissant leur espace personnel, soit par le fait de tenir la main du bénéficiaire ou mettre une main sur le bras, on observait, en général, des différences de perception significatives entre les bénéficiaires masculins et les bénéficiaires féminins. Elle explique la différence par le fait que les hommes sont plus réceptifs au toucher, mais que les infirmières se sentent plus à l'aise de toucher les femmes. La position de Lane contrarie celle de Montagu (1979) qui affirme que ce sont les femmes qui sont plus réceptives au toucher (voir p. 30).

Mulaik & al. (1991) rappellent que, depuis des siècles, les infirmières touchent les bénéficiaires lors des activités de soins (bains, massages) comme moyen de soulager la douleur. Ces derniers considèrent le toucher comme une forme de communication. Pour Seaman (1982), le toucher est une composante de la pratique qui est fondamentale à l'art des soins infirmiers. Dans un article qu'elle a publié, en 1982 dans le « *Gériatric Nursing* », elle a fait une recension exhaustive des écrits traitant du toucher affectif. Elle

en est arrivée à la conclusion que le toucher doit être utilisé auprès de la clientèle âgée parce qu'il peut transmettre l'acceptation et l'empathie, il rehausse la communication, il calme les patients confus ou agités et il est un puissant outil pour rassurer. Elle affirme que le toucher possède un effet thérapeutique important. C'est ce que corrobore Burnside (1973) quand elle soutient que le toucher est une intervention thérapeutique efficace. Il est logique de supposer que le besoin d'être touché est présent tout au long de la vie et qu'il s'accroît à cause des pertes sensorielles et personnelles qui surviennent avec l'âge. Cette auteure ayant observé, dans un centre d'accueil pour personnes âgées, que des infirmières utilisaient le toucher affectif avec les bénéficiaires confus et agités, elle leur a demandé la raison. Les infirmières ont dit agir intuitivement et qu'avec les années de pratique, elles ont fini par développer un sixième sens et utilisaient le toucher affectif pour calmer, rassurer et attirer l'attention des résidents âgés. Huss (1977) croit que les personnes âgées manifestent un grand besoin pour un toucher significatif, en raison de la diminution de la vision, de l'audition et des capacités fonctionnelles, conséquences des limitations des capacités expérientielles. Le manque de toucher significatif fait que leur isolement est encore plus profond.

En résumé, que ce soit l'infirmière qui touche ou la personne âgée qui est touchée, les perceptions de part et d'autre sont généralement positives, ce qui fait que l'utilisation du toucher affectif est bénéfique autant pour l'infirmière que pour la personne âgée.

1.3.5 Recherches antérieures en sciences infirmières

Communiquer à travers le toucher est une intervention essentielle pour les soins infirmiers. Estabrook & Morse (1992) ont démontré que le toucher, lorsqu'il est utilisé par les infirmières à l'occasion des soins, est un acte socialement accepté. Ces auteures ont utilisé l'approche de la théorie ancrée pour explorer le processus du toucher, la perception du toucher et l'apprentissage du toucher par des infirmières travaillant dans différentes unités de soins intensifs. Leur recherche a démontré que le fait de limiter la définition du toucher au simple contact de peau à peau est inadéquat. D'autres éléments tels que l'intonation de la voix, la posture, l'affect, l'intention aussi bien que le contact tactile doivent être pris en compte dans la signification que le bénéficiaire accorde au toucher. Bowlby (1958) et Dominian (1971) ont aussi constaté que les adultes acceptent le toucher quand ils sont malades et ce, parce qu'à ce moment là il y a un accroissement de leurs besoins de sécurité, de repos et de réconfort.

Dans la relation infirmière-patient, le toucher est un geste central dont les infirmières n'ont pas souvent conscience. À ce propos Bradford (1981) a envoyé deux questionnaires à 74 étudiantes en soins infirmiers, un premier avant et un deuxième après leurs stages en périnatalité et en gériatrie. Elle a voulu vérifier leurs sentiments et leurs attitudes envers les nouveau-nés et la clientèle âgée. 69 étudiantes répondirent au premier questionnaire et 52, au deuxième. Elle a constaté que, malgré le fait que le toucher soit fréquemment utilisé lors des activités de soins, sa valeur thérapeutique n'est pas souvent prise en compte. De plus, les étudiantes, qui ont participé à l'étude, ont

avoué avoir une perception plus positive et plus plaisante lorsqu'elles touchaient des nouveau-nés que lorsqu'elles le faisaient avec des personnes âgées. Barnett (1972b), Howard (1988) et Seaman (1982) font le même constat à l'effet que les infirmières utilisent souvent le toucher, de manière intuitive, pour transmettre empathie et sympathie, mais elles le font souvent avec les enfants et les personnes jeunes et rarement avec les personnes âgées.

Langland et Panicucci (1982), eux aussi, ont étudié, entre autres, l'effet du toucher chez 32 femmes, âgées de 65 ans et moins, institutionnalisées et manifestant des problèmes confusionnels. Les participantes furent réparties en deux groupes, un groupe contrôle et un groupe expérimental. Toutes les participantes reçurent la même consigne verbale. Les sujets du groupe expérimental reçurent, en plus, un toucher léger sur l'avant-bras. Les auteurs cherchaient à vérifier trois hypothèses : 1) une augmentation de l'attention chez le sujet lorsque le toucher est combiné à la consigne verbale ; 2) une augmentation de la pertinence de la réponse verbale chez les sujets recevant, à la fois, la consigne verbale et le toucher ; et 3) une augmentation de la réaction appropriée chez les sujets recevant, à la fois, la consigne verbale et le toucher sur l'avant-bras. Les résultats de la recherche ont confirmé une augmentation de l'attention chez les sujets lorsque le toucher est combiné à la consigne verbale. Les auteurs conclurent que le fait d'utiliser le toucher comme une forme de communication permet d'établir et de maintenir la relation entre le bénéficiaire et l'infirmière, augmente la réponse de la personne âgée confuse aux stimuli de l'environnement et, de plus, il peut-être utilisé comme un moyen de

prévention des risques associés à la privation sensorielle. McCorkle (1974) avait déjà observé que les personnes très malades ressentait plus de confort lorsque le toucher était utilisé. Son étude avait pour but d'examiner les effets du toucher, une forme de communication non-verbale, sur des bénéficiaires sérieusement malades. Son échantillon se compose de 60 personnes, hospitalisées dans une unité de soins intensifs de médecine et de chirurgie générale et réparties en deux groupes, un groupe contrôle et un groupe expérimental. Les personnes du groupe expérimental étaient touchées pendant que l'investigateur verbalisait avec eux. Trois questions structurées leur furent posées. Quatre instruments de mesure ont été utilisés pour recueillir les données : 1) *L' Interaction Behavior Worksheet* qui comprend quatre catégories de comportement (l'expression faciale, les mouvements du corps, le contact visuel et la réponse générale du sujet) ; 2) le *Bales Interaction Process Analysis* qui a servi à catégoriser les réponses verbales du sujet ; 3) le *Postinteraction questionnaire* utilisé pour déterminer la perception de confort par le sujet et l'intérêt de l'infirmière à prolonger le toucher une fois l'interaction complétée ; et enfin 4) *L'electrocardiographic* qui permettait d'enregistrer les changements au niveau de la pulsation et du rythme cardiaque. Les résultats obtenus ont démontré que le groupe expérimental enregistrait une réponse positive plus élevée avec la catégorie «expression faciale» à 76.5% par rapport au groupe contrôle qui a obtenu un score de 74%. Pour ce qui est du mouvement du corps, du contact visuel et de la réponse générale du sujet, les résultats n'ont pas révélé de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Il conclut qu'il est essentiel de poursuivre l'investigation sur le toucher, afin de comprendre tous

les modes de communication non-verbale, en vue de bien identifier les besoins des bénéficiaires.

1.3.6 Synthèse

Comme on peut le constater, en parcourant les écrits, le toucher tient une place importante au cours de la vie. Des auteurs ont proposé différentes définitions du mot « toucher », d'autres ont étudié ses effets et les perceptions à son égard. Tous sont unanimes à reconnaître le toucher comme un mode de communication. Que ce soit lors de contacts sociaux, dans les milieux de travail, etc., le toucher fait partie intégrante du quotidien de chacun. On oublie souvent combien le toucher peut apporter à l'autre. Un aspect de l'individu qui peut être affecté par l'usage du toucher, surtout si l'individu est âgé, est l'estime de soi, ce sentiment qui indique que l'on a de la valeur pour les autres.

1.3.7 Estime de soi : à la recherche d'une définition

L'estime de soi peut être définie comme étant le sentiment d'être valable à ses propres yeux, ce qui implique à la fois la reconnaissance de ses ressources et l'acceptation de ses limites (Georges cité dans Hétu, 1992). En se référant à cette définition, Hétu (1992) affirme que l'estime de soi est d'ordre affectif.

Pour Allport (1970), l'estime de soi est reliée à la maturité. Il en identifie six caractéristiques chez l'adulte. La première est l'extension du sens du moi qui veut dire que l'adulte mature participe, se sent utile et ne se sous-estime pas. Les relations

chaleureuses avec autrui est la deuxième caractéristique: l'adulte mature est capable de conserver ses facultés d'amour et d'amitié, et fait preuve d'un certain détachement face à autrui, ce qui lui permet de comprendre et de respecter l'ensemble du genre humain. En agissant ainsi, il ne succombe pas à la tentation de commérage ou des relations négatives avec les autres. La troisième caractéristique est la sécurité émotionnelle (acceptation de soi) qui signifie que l'adulte mature est capable de tolérer la frustration et d'accepter ses craintes. Il n'est pas nécessairement calme et serein mais apprend à vivre ses états émotionnels. La quatrième caractéristique est décrite comme une perception juste de la réalité, des aptitudes et des capacités à réaliser des tâches. L'adulte mature perçoit avec justesse la réalité, ses opérations cognitives sont exactes et réalistes, et il montre les aptitudes appropriées à résoudre les problèmes. Il est efficace et a le sens de responsabilité. L'objectivation de soi, la connaissance de soi et l'humour sont les éléments constitutifs de la cinquième caractéristique. Elle signifie que l'adulte mature sait ce qu'il vaut, connaît ses qualités et ses défauts et sait ce que les autres pensent de lui. Il est capable de rire de ses travers. Enfin, la sixième et dernière caractéristique est relative à la philosophie unificatrice de la vie qui est celle de l'adulte mature, un individu qui comprend clairement le but de son existence et l'échelle de valeurs qui le sous-tend.

Pour Christen-Gueissaz (1994), un individu a besoin d'être reconnu par les autres pour confirmer son pouvoir et développer le sentiment fondamental d'être quelqu'un qui compte, pour autrui et pour lui-même. À l'instar de Christen-Gueissaz, Coopersmith (1984) définit l'estime de soi comme étant « un ensemble d'attitudes et d'opinions que

les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. » Pour ce dernier, c'est croire en sa réussite personnelle et se mobiliser en fonction d'un but à atteindre. L'estime de soi est une approbation ou une désapprobation portée sur soi-même. Les attitudes envers soi-même peuvent être conscientes ou inconscientes et peuvent être porteuses de connotations affectives positives ou négatives. Elles sont étroitement liées à des processus cognitifs et motivationnels. Que l'individu soit conscient ou non des attitudes envers lui-même, il n'en reste pas moins qu'il les manifeste par sa voix, sa posture, ses gestes et ses actes. L'estime de soi a donc une grande signification personnelle, psychologique et sociale.

Gareau (1978) cite Rosenberg (1965, p. 21-22) qui dit que : «L'estime de soi est une attitude évaluative, négative ou positive, à l'égard de soi, où les aspects antécédents, résultants et structuraux des comportements personnels et sociaux sont reliés ». Il endosse également les définitions de Sullivan et de Horney cité dans Gareau (1978) et de Coopersmith (1984) qui conçoivent l'estime de soi comme étant une évaluation qu'une personne fait d'elle-même, s'appuyant sur la perception de soi en comparaison aux autres.

Plusieurs auteurs s'accordent pour situer la relation parents-enfants à la base de l'estime de soi (Coopersmith, 1984; Sullivan, cité dans Gareau, 1978). Selon eux, les relations avec l'entourage influencent progressivement l'idée que l'enfant se fait de lui-même. À partir des termes utilisés par les autres à son sujet, il se forme une idée

générale de lui-même. Au fur et à mesure qu'il vit de grandes variétés d'interactions avec l'environnement, il a le sentiment de faire quelque chose, d'être actif et efficace et d'avoir une influence sur son entourage. White (1963) mentionne que l'estime de soi inclut des sentiments d'efficacité et de compétence.

Pour L'Écuyer (1988), l'estime de soi est constituée de l'ensemble représenté par la sous-structure « valeur de soi » et ses deux catégories propres, la compétence et la valeur personnelle. La valeur de soi : « regroupe tous les énoncés impliquant une évaluation, un jugement sur soi en tant que personne ou par rapport à ses réalisations à partir d'un système de valeurs personnelles ou venant de l'extérieur » (p. 110). Quant à la compétence, elle se définit par les énoncés qui traduisent chez la personne l'impression d'efficacité réelle, une appréciation de soi plus forte, c'est-à-dire allant au-delà de la seule énumération des capacités et des aptitudes. Pour ce qui est de la valeur personnelle, cet auteur se réfère au regroupement des énoncés comportant un jugement sur soi en tant que personne, jugement qui peut-être positif ou négatif, mais pouvant aussi avoir un certain caractère neutre par rapport à certains standards.

Une constance se dégage des définitions formulées par les différents auteurs à l'effet que l'estime de soi est basée sur une évaluation que la personne fait d'elle-même par rapport aux autres et par ailleurs, l'efficacité et la compétence sont des éléments importants pour que cette estime de soi soit positive. Dans ce contexte, on est en droit

de se demander : Qu'en est-il des personnes âgées qui, une fois rendues à la retraite, ont peu d'occasions pour se valoriser et se sentir efficaces et compétentes ?

1.3.8 Estime de soi et vieillissement

Hétu (1992) affirme que la vieillesse amène un déclin plus ou moins brusque de la santé. La personne doit alors mobiliser toutes ses ressources pour maintenir la satisfaction de ses besoins autant physiques qu'affectifs, et pour garder un sens à sa vie.

À ce sujet, Berger et Mailloux-Poirier (1993) soutiennent que :

Pour mieux saisir les différents changements que vivent les personnes âgées, il faut tenir compte de leurs états émotionnels, de leurs réponses aux situations anciennes et nouvelles, de leur environnement et du rôle qu'elles continuent à jouer dans la société. Leurs changements émotionnels et leur affectivité sont influencés par le milieu dans lequel elles évoluent et par leur santé physique et mentale (p. 186).

Bien vieillir autant au point de vue physique que mental, c'est d'être bien dans sa peau, avoir une bonne estime de soi et s'accepter tel qu'on est. Parmi ces valeurs, la plus importante semble être l'estime de soi car elle permet de s'adapter aux changements liés au vieillissement, de se sentir aimé, de tolérer la frustration et de continuer à vouloir se réaliser et croître (p. 120).

Hétu (1992, p. 200) revient pour soutenir que: « l'estime de soi implique souvent une comparaison sociale ». Les personnes âgées, qui vivent une perte d'autonomie physique, sont affectées aux niveaux psychologique et social et cela a des répercussions sur la perception qu'elles ont de leur propre valeur. Berger et Mailloux-Poirier (1993), eux aussi, ont également fait la même observation. Pepin (citée dans Lauzon & Adam, 1996) reconnaît, elle aussi, que lors d'un épisode de maladie, de deuils (mort du

conjoint, par exemple) ou de différentes pertes qui affectent la personne, on peut observer une diminution de l'estime de soi chez la personne vieillissante. Toujours, selon le même auteur, l'estime de soi est un des éléments de la communication avec soi et un des facteurs de la satisfaction des besoins fondamentaux. Tant que la personne âgée satisfait elle-même à ses besoins, son estime de soi se porte bien. Par contre, quand elle se retrouve en perte d'autonomie, elle peut vivre des sentiments d'inutilité, d'incompétence et se sentir ainsi dévalorisée. Comme l'affirme Christen-Gueissaz (1994, p. 28), « l'être humain est perpétuellement en quête d'une confirmation sociale de son identité, il a besoin d'être valorisé par le regard d'autrui pour avoir de la valeur à ses propres yeux ».

À ce sujet, dans une de leurs études, Lamy, Lapierre, Lalande, Dubé et Alain (1994) ont utilisé le concept d'« autonomie » pour démontrer son importance sur l'estime de soi d'une personne âgée. Ces auteurs font une distinction entre l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie psychologique. L'autonomie fonctionnelle représente la qualité de la santé physique en fonction des capacités de la personne âgée à effectuer ses activités quotidiennes et domestiques, tandis que l'autonomie psychologique représente la volonté de la personne âgée de continuer à exercer son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir. Trois facteurs influenceront cet aspect, soit : 1) la dynamique de l'individu, c'est-à-dire sa perception de soi, son vécu intérieur et sa motivation ; 2) ses capacités, physiques, cognitives et sociales; et 3) son intégration sociale. Les mêmes auteurs mentionnent, entre autres, que la perception que la personne âgée a d'elle-même,

que ce soit dans les activités de tous les jours ou en s'occupant des autres, fera en sorte qu'elle préservera ou non son estime de soi.

1.3.9 Estime de soi et santé

Coopersmith (1984) soutient que l'estime de soi est étroitement liée à l'anxiété. Il affirme que si l'anxiété est déclenchée par une menace, c'est cependant l'estime de soi qui se trouve menacée. Ce dernier auteur s'appuie sur des recherches qui ont démontré que, dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux, l'estime de soi est essentielle.

Les personnes âgées forment le groupe d'individus dont l'estime de soi est le plus susceptible d'être menacée. À ce propos Gareau (1978) croit que l'estime de soi chez la personne âgée subit les conséquences de la vieillesse et particulièrement lors de la mise à la retraite. Plusieurs auteurs (Coopersmith, 1984 ; Fuster, 1971) insistent sur l'importance de l'activité et des liens significatifs dans le maintien et l'amélioration du niveau de l'estime de soi. Selon ces auteurs, la retraite représente une menace majeure à l'estime de soi, le pivot central influençant une diminution de l'estime de soi. Gareau (1978, p. 33) affirme que : « l'influence des perceptions et des idées d'autrui au sujet du troisième âge, jointe à l'image que le retraité se fait de lui-même renforcent son estime négative de lui-même. Dans ce contexte les sentiments d'inutilité et d'incompétence apparaissent contribuer à l'affaiblissement de l'estime de soi ».

Comme le soutiennent certains auteurs (L'Écuyer, 1988 ; White, 1963), les sentiments d'utilité et de compétence sont tous deux reliés à un bon niveau d'estime de soi. Mais, l'estime de soi peut être aussi reliée à des sentiments d'inutilité, d'incompétence, d'insatisfaction et à des relations sociales plus ou moins satisfaisantes. Certaines personnes âgées, une fois bien installées dans leur retraite, peuvent se retrouver seules avec un réseau social restreint et avoir peu d'occasions de se valoriser. C'est particulièrement malheureux quand on sait que, comme l'affirme Ploton (1995) :

La communication est un des supports externes de l'identité, et ne plus être inclus dans un jeu permanent d'échanges de messages en retour (de «feed-back») peut amener à douter de la fiabilité de ses perceptions. Il n'y a rien de plus fragile que nos perceptions et notre sentiment d'identité (se sentir le même, à des moments différents, à travers des expériences différentes (p. 20).

Héту (1992) parle de l'impuissance apprise, qu'il définit comme étant une perte de contrôle de son environnement qui donne un sentiment d'impuissance. Les conséquences néfastes de cette perte de contrôle sont nombreuses et se traduisent par une baisse de la motivation à répondre aux sollicitations de l'environnement, une apathie et un retrait, des pertes cognitives, des sentiments dépressifs, une baisse de l'estime de soi, une baisse du niveau de santé physique. Or, le fait de vieillir s'accompagne d'une suite plus ou moins longue de perte de contrôle : une baisse de la vigueur physique, des pertes sensorielles, des pertes de prestige avec le retrait de certains rôles, un éloignement géographique des enfants ou des petits-enfants, un éloignement à cause d'un divorce, d'un déménagement, de la perte d'amis, du décès d'un conjoint. De plus, comme Ferry

et Gallois (1996) l'affirment, plus une personne vieillit, plus elle a besoin de soins et plus elle est hospitalisée pour des affections de plus en plus graves. À ce propos, Ferry (1996) rappelle que, dans les maladies chroniques, la confiance et l'espoir de guérison sont souvent annihilés. La personne malade ne voit pas la fin de son mal. Son image d'elle-même et son identité peuvent être perturbées, menacées par les changements qu'elle vit dans son corps et dans son fonctionnement. Elle se définit alors par rapport aux attentes de son entourage. Le même auteur souligne que ce problème est accru surtout chez la personne âgée. En effet, la dépendance totale pour tous les besoins de la vie quotidienne amène la personne âgée à se percevoir comme un objet de soins, ce qui a pour conséquence une perte de son estime de soi. À la perte d'estime de soi s'ajoute la perte d'estime de l'image que l'on projette sur soi, ce qui amène Ferry (1996) à rappeler qu'un des buts les plus importants en gériatrie est la prévention de la dépendance.

Geoffre (1997), Taurand et Ferry (1994), Ferry et Gallois (1996) notent que la personne âgée présentant plusieurs pathologies, qui vit socialement une précarité et qui se sent fragile moralement, vivra souvent une hospitalisation comme une perte venant s'ajouter à toutes celles qui jalonnent déjà sa vieillesse, entre autres, la perte de sa santé et de son autonomie. Dès lors, il ne suffit pas seulement de traiter la maladie aiguë, mais il faut éviter que la personne âgée subisse une régression physique, psychologique, sociale ou qu'elle aggrave tout simplement des problèmes déjà existants. Les manifestations psychiques défavorables au cours de l'hospitalisation, qui aggravent la dépendance, peuvent être multiples. Le syndrome de glissement constitue la réaction

d'involution la plus profonde et se manifeste par une décompensation multiviscérale en quelques semaines.

Il y a aussi la situation de la personne âgée dont la condition médicale est rentrée dans l'ordre, mais qu'un problème social entrave son congé de l'hôpital. Geoffre (1997) constate que la personne âgée n'a souvent pas conscience du problème ou de la précarité dans laquelle elle se retrouve, et le fait de demeurer à l'hôpital alors qu'elle n'est plus malade, peut susciter un sentiment de perte, celle du libre arbitre. Une telle situation peut provoquer chez la personne âgée de l'anxiété qui peut se traduire par des troubles somatiques, des troubles de comportement et un déséquilibre psychique qui peuvent être interprétés comme de la confusion mentale ou pire, comme une évolution vers un état démentiel. La personne peut vivre aussi un sentiment d'abandon. Si l'hospitalisation se prolonge, elle vivra le sentiment de perte d'identité, elle percevra son environnement comme hostile, où elle n'a plus sa place et où on la retient malgré elle.

Tremblay et Coutu-Wakulczyk (1996) soutiennent que les attitudes des infirmières envers les personnes âgées sont importantes à considérer, puisqu'elles peuvent autant augmenter l'estime de soi de la personne âgée que renforcer le rôle de dépendance et d'inutilité que lui confère la société en général. Les attitudes négatives des infirmières ne font qu'augmenter les problèmes cognitifs, ce qui se traduit, chez la personne âgée, par la perte de contrôle de soi. Par contre, des attitudes positives telles que le respect, la

réciprocité et la confiance retardent le processus de détérioration des fonctions cognitives et aident la personne âgée à conserver son autonomie fonctionnelle.

Par ailleurs, Berger et Mailloux-Poirier (1993) rappellent aux infirmières qu'elles doivent porter une attention particulière aux plaintes somatiques des personnes, afin de décoder les messages qui peuvent cacher une anxiété, une baisse de l'estime de soi, une solitude. En effet, c'est souvent par des plaintes somatiques que les personnes âgées communiquent leur détresse. Par ailleurs, Lavallée, Bélisle et Denis (1988) ont constaté que l'image de fragilité, de faiblesse, d'inutilité, de personne attendant la mort ou que l'on doit protéger, colle à la peau de la personne âgée comme un préjugé qui perdure dans la société. Ces auteurs croient que :

Si l'intervenant réussissait à respecter vraiment la personne âgée en ne la sous-estimant pas, en ne prenant pas les décisions à sa place et en reconnaissant son autonomie, le risque serait moins grand de glisser dans une telle relation de dépendance. Si celui-ci arrivait à dépasser le point de vue selon lequel aider une personne âgée se traduit automatiquement par devoir la prendre en charge, par devoir l'épargner en faisant le plus possible pour elle, son intervention permettrait à cette personne de conserver son estime de soi et le sentiment de sa valeur personnelle (p. 100-101).

1.3.10 Synthèse

Il est évident que l'estime de soi se fragilise chez la personne âgée dite « fragile » ou en perte d'autonomie. À un moment de sa vie, la personne âgée vit plus de pertes que de gains et ceci est encore plus vrai chez la personne très âgée. L'estime de soi représente un élément de communication et un des facteurs de la satisfaction des besoins

fondamentaux. La personne âgée a des besoins fondamentaux à satisfaire ; entre autres, celui de communiquer avec les autres, et c'est le rôle de l'infirmière de voir à sa satisfaction. Il ressort également que les attitudes des infirmières peuvent influencer positivement ou négativement l'estime de soi de la personne âgée.

1.4 PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Nous avons examiné plusieurs cadres de référence notamment le modèle d'Henderson (1969; 1978) basé sur les besoins, celui de Satir (cité dans Schuster, 2000) qui a élaboré une liste exhaustive de thèmes reliés à l'estime de soi et, enfin, celui de Monbourquette (2002). Nous avons finalement retenu celui de Monbourquette (2002) parce que plusieurs éléments de son cadre de référence se retrouvent parmi les différentes définitions et des descriptions listées dans la recension des écrits sur l'estime de soi.

On remarque qu'à l'instar de plusieurs autres auteurs (Christen-Guissaz, 1994 ; Coopersmith, 1984; Gareau, 1978; L'Écuyer, 1988; Rosenberg, 1989), Monbourquette (2002) définit l'estime de soi comme étant une évaluation que la personne se fait d'elle-même et que les autres se font d'elle. La valeur personnelle et la compétence sont reconnues par cet auteur comme étant des composantes de l'estime de soi. En ce qui

concerne l'estime de soi pour sa personne, Monbourquette (2002) en identifie quatre signes : 1) se reconnaître le droit de vivre; 2) être conscient d'être une personne unique et irremplaçable; 3) accepter tous les aspects de sa personne sans les censurer ni les nier; 4) se considérer aimé et s'aimer soi-même. Pour l'estime de soi pour sa compétence, Monbourquette (2002) en identifie aussi quatre signes : 1) croire en sa capacité d'apprendre; 2) accepter son niveau de compétence sans se comparer aux autres; 3) savoir se valoriser à la suite de ses succès, si petits soient-ils; 4) chercher sa mission et voir à la réaliser. En regard de ces préceptes, Monbourquette (2002) a dressé une liste de caractéristiques reliées à l'estime de soi, telles qu'elles apparaissent au tableau 1.

Pour cet auteur, les marques d'attention et d'affection telles que : une poignée de main, un sourire, une tape sur l'épaule, un geste d'hospitalité ou une parole aimable cultivent et stimulent l'estime de soi. En ce qui regarde les marques d'affection qu'il décrit comme étant un baiser, une embrassade ou un câlin, il remarque que la personne qui les reçoit se sent aimable et digne d'être aimée.

Tableau 1 : Différentes manifestations caractérisant l'estime de soi de la personne

Manifestations d'une haute estime de soi	Manifestations d'une basse estime de soi
Apprécie son physique	Se concentre sur un défaut
Apprécie ses qualités	Met surtout l'accent sur ses défauts
N'a pas tendance à se comparer aux autres	A tendance à se comparer aux autres à son désavantage
Se montre original	Se contente d'imiter les autres
Se considère à priori aimé des autres	Se méfie du regard des autres qu'il juge à priori

	hostile
Fait des remarques bienveillantes sur sa personne	Se montre très critique de lui-même et se donne des noms malveillants
Écoute les critiques des autres et les juge pertinentes ou non	Est très sensible aux critiques des autres et s'en préoccupe outre mesure
Se console quand il commet des erreurs ou subit des échecs	Se blâme et s'accable pour ses erreurs ou ses échecs
Multiplie les métaphores épanouissantes sur la vie	Entretient des opinions négatives sur la vie
Rejette les fausses identifications qu'on lui prête	Accepte les fausses identifications dont on l'accable
Se tient droit et est sûr de lui-même	Prend un air abattu et déprimé
Accepte ses émotions et sait les exprimer	Refuse d'accepter ses émotions et les refoule
Sait prendre de bonnes décisions selon une méthode efficace	N'arrive pas à prendre la moindre décision, il reste toujours hésitant

1.5 BUT, OBJECTIFS DE L'ÉTUDE, QUESTIONS DE RECHERCHE

1.5.1 But et objectifs de l'étude

Cette étude poursuit comme but de décrire les effets du toucher affectif sur l'estime de soi de personnes âgées hospitalisées à l'UCDG et, comme objectifs, d'identifier : 1) les réactions de la personne âgée qui traduisent une hausse ou une baisse de son estime de soi et 2) les modalités du toucher affectif qui influencent positivement ou négativement l'estime de soi de personnes âgées.

1.5.2 Questions de recherche

La méthodologie de la présente étude a été arrêtée de façon à répondre le plus adéquatement aux deux questions de recherche suivantes : a) Quels sont les effets du toucher affectif utilisé par une infirmière sur l'estime de soi de personnes âgées

hospitalisées ? b) Quelles sont les modalités du toucher affectif qui influencent positivement et celles qui influencent négativement l'estime de soi de personnes âgées hospitalisées ?

CHAPITRE II

PHASE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 PRÉSENTATION DU MILIEU DE L'ÉTUDE

L'expérimentation s'est déroulée au Carrefour de santé de Jonquière, centre hospitalier situé dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (Province de Québec). Le Carrefour de santé de Jonquière remplit quatre missions : 1) celle d'un centre hospitalier soins généraux et spécialisés (CHSGS) comprenant une UCDG qui peut accueillir 16 personnes âgées pour une réadaptation ou pour une évaluation des capacités globales ; 2) celle d'un centre de soins de longue durée comprenant également l'hébergement (CHSLD) ; 3) celle d'un centre local des services communautaires (CLSC) ; 4) et celle d'un centre ambulatoire. Au plan régional le Carrefour est un centre de référence en regard de la réadaptation en déficience physique et celle en alcoolisme et autres toxicomanies. Cet hôpital emploie 1,400 personnes dont 300 infirmières.

Le carrefour de santé de Jonquière gère 70 lits pour les soins de courte durée, 299 lits pour ceux de longue durée, 12 lits à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et 16 lits en toxicomanie. Le Carrefour de santé de Jonquière est présentement en processus de changement. D'ici 5 ans, il fonctionnera selon six programmes: 1) le programme de santé courant, 2) le programme de santé physique, 3) le programme de soutien à l'autonomie des personnes (dont l'UCDG fera partie), 4) le programme «familles et jeunes», 5) le programme de réadaptation en déficience physique et 6) le programme en alcoolisme et autres toxicomanies.

L'UCDG accueille des personnes âgées ayant besoin de réadaptation ou d'évaluation de leurs capacités globales. Une équipe composée de quatre médecins, d'une infirmière clinicienne, de trois infirmières et de deux infirmières auxiliaires, d'une travailleuse sociale, d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute, d'une nutritionniste, d'une pharmacienne et d'un aumônier assure une évaluation multidisciplinaire et offre différents traitements dans le but d'optimiser l'autonomie des résidents dont elle a la charge.

2.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION ET DE L'ÉCHANTILLON

Les participants ont été choisis selon un échantillonnage par choix raisonnés, une modalité d'échantillonnage qui permettait de mieux atteindre le but et les objectifs de l'étude. Cet échantillonnage se caractérise par son caractère non probabiliste; les participants sont sélectionnés en fonction de caractéristiques particulières répondant aux objectifs poursuivis par la recherche (Fortin, 1996; Lefrançois, 1991). Dix personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisées à l'UCDG du Carrefour de santé de Jonquière, parlant français, ne présentant pas de troubles cognitifs invalidants ou d'aphasie et qui ont préalablement donné leur accord par écrit, ont été choisies pour faire partie de l'échantillon final. Il est important de souligner que les connaissances actuelles sur la conduite de ce type de recherche fixent entre 8 et 10 le nombre d'individus par sous-groupe qui permet d'atteindre la saturation (Frish, 1999).

Le test de Folstein a été utilisé afin d'évaluer la conformité au critère « ne présentant pas de troubles cognitifs invalidants ». Le sujet devait obtenir un score de 24/30 et plus pour être sélectionnée. Selon une neuropsychologue du Carrefour de santé de Jonquière, qui a été consultée à ce propos, un score inférieur à 24/30 est un signe que la rétention mnésique est passablement diminuée et que les atteintes sont plus marquées au niveau de la compréhension.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et participantes à l'étude

Numéro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	F	H	F	H	F	F	F	F	F	F
Âge	91	87	87	81	72	74	75	79	96	84
Folstein	29	24	24	29	30	30	26	25	25	28.5

Huit femmes et deux hommes composent l'échantillon (tableau 1). La moyenne d'âge du groupe est de 82,6 ans, la plus jeune ayant 72 ans et la plus âgée a 96 ans. Le numéro qui fut assigné à chacun a été attribué au hasard selon l'ordre des rencontres. La moyenne du test de Folstein est de 27,5 pour l'ensemble du groupe à l'étude. Quoique nous n'ayons pas effectué d'analyse statistique dans le cadre de cette étude, notre expérience en milieu clinique nous laisse croire que ces données reflètent assez bien la réalité pour l'ensemble des patients à l'UCDG.

2.3. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES

a) Toucher affectif : Est retenue, dans le cadre de la présente étude, la définition du toucher affectif proposée par De Wever (1977) qui conçoit le toucher affectif en fonction des éléments suivants : 1) placer la main sur le visage, 2) la main sur la tête, 3) la main sur l'épaule, 4) la main sur le bras, 5) la main sur la main et 6) tout simplement tenir la main a été retenue .

b) Estime de soi : L'estime de soi a été évaluée selon les différentes manifestations caractérisant une haute estime de soi et une basse estime de soi telles que définies dans le tableau synthèse de Monbourquette (2002) (voir tableau 1).

c) Effets du toucher : sensation ressentie du fait d'avoir été touché; cette sensation incluant les sentiments et les perceptions.

2.4 TECHNIQUE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

L'expérimentation du toucher auprès des sujets d'étude a été réalisée sur une période de deux mois, selon une approche qualitative descriptive. Nous avons joué le rôle de consultante et de coordonnatrice du projet. Les infirmières de l'UCDG, qui acceptèrent de collaborer au projet, ont eu notamment pour tâches de noter la réaction des sujets, suite au toucher affectif. Une rencontre hebdomadaire permettait d'assurer le suivi et, éventuellement le support aux infirmières. Chaque sujet a reçu, pendant trois jours consécutifs, le toucher affectif et nous l'avons rencontré dans les deux jours qui suivaient pour répondre à une entrevue semi-dirigée. Les propos des personnes âgées ont été enregistrés sur magnétophone et retranscrits par la suite sur support papier.

L'analyse a été faite selon la procédure d'analyse de contenu (Fortin, 1996 ; Lefrançois, 1991). Cette analyse porte, entre autres, sur l'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes. Elle permet également de déterminer des comportements types, des thèmes et des relations qui sont ensuite classés selon un processus d'analyse synthèse en lien avec les buts et les objectifs poursuivis. Les notes d'observation des infirmières ont également été considérées. La procédure d'analyse utilisée est celle de Colaizzi (1978), laquelle comporte six étapes : 1) la lecture de chaque description et la saisie de l'impression qui s'en dégage ; 2) le dégagement des énoncés significatifs et l'établissement des liens avec les dimensions à l'étude ; 3)

l'analyse de la signification des énoncés retenus et la tentative de les reformuler clairement ; 4) le regroupement des unités de signification en thèmes plus globaux ; 5) le rassemblement des résultats de l'analyse et la tentative d'une description exhaustive du phénomène à l'étude ; 6) la validation de la description exhaustive ainsi obtenue auprès de quelques répondants.

2.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les sujets ont été contactés verbalement et informés du projet. De plus, une feuille d'information et un formulaire de consentement leur ont été remis, et ceux qui ont accepté de signer le formulaire de consentement ont été retenus. Par la même occasion, il fut remis à chaque participant et participante une feuille de déclaration d'honneur, témoignage de notre engagement à respecter et à faire respecter le libellé de la feuille d'information et du formulaire de consentement (Voir modèles de feuille d'information, du formulaire de consentement, du formulaire de déclaration d'honneur aux appendices B, C et D).

Il est entendu que les participants ont eu toute la garantie sur les points suivants : que les données recueillies ne devraient être utilisées que dans le cadre de ce projet; que les données devraient être conservées dans un tiroir sous clef, que personne d'autre n'y

aura accès, à l'exception des personnes autorisées, c'est-à-dire l'investigatrice et son directeur d'essai ; qu'elles devraient être détruites trois mois après l'acceptation du rapport de l'essai par les instances académiques de l'UQAC ; que dans les publications et les communications, les données seront dénominalisées.

CHAPITRE III
PHASE EMPIRIQUE

3.1 DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Du fait que notre projet se voulait de type « recherche-intervention », la démarche suivie pour la préparation et la réalisation de l'étude s'est inspirée, à la fois, des règles générales de conduite d'une recherche qualitative et des principes du modèle de consultation de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003). Ce modèle comporte six étapes : l'entrée, le contrat, l'orientation, la planification, la réalisation et la terminaison. L'entrée a pour but de prendre une décision éclairée, suite à une demande, sur l'intérêt à établir un contrat ou à élaborer un plan d'intervention intéressant le consultant et le client (le demandeur). Lorsque la demande est acceptée, le contrat peut-être signé entre le demandeur et le demandé. Cette étape permet d'officialiser la demande effectuée lors de l'entrée dans le but d'améliorer la situation initiale. L'orientation donne une direction au changement. Pour ce faire, une collecte des données, la détermination du type de changement, la construction d'outils et l'établissement d'un plan de travail permettent de déterminer les objectifs à atteindre et l'élément qui sera visé par l'intervention. L'étape de la planification permet d'établir les objectifs et les échéanciers. Tout est prêt pour permettre la réalisation de l'intervention. À cette étape sont importantes la coordination, la coopération et l'évaluation des progrès réalisés. Comme son nom l'indique, la terminaison est la dernière étape de la démarche. À cette

dernière étape, il est question de produire un rapport, d'informer le client et le système client des résultats obtenus et de clôturer officiellement l'intervention.

L'entrée : Les personnes âgées hospitalisées à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) sont des personnes vulnérables et fragiles. Elles sont en perte d'autonomie et présentent souvent une perte d'estime de soi. Le fait d'utiliser le toucher affectif alors que celui-ci a le pouvoir de préserver l'estime de soi, en fait une intervention souhaitable à inclure systématiquement dans les soins infirmiers. Pour ce faire, il devenait important de documenter les réactions des personnes âgées lors du toucher affectif afin d'améliorer les connaissances empiriques sur ce sujet. Étant donné que nous sommes nous-même intervenante au Carrefour de santé de Jonquière et précisément à l'UCDG qui a servi de terrain pour la présente étude, nous avons eu à quelques occasions à parler de ce projet d'essai aux infirmières, lesquels s'étaient montrées intéressées à y participer.

Le contrat : Le formulaire qui a été utilisé pour officialiser le contrat est celui proposé par l'Université du Québec à Chicoutimi (voir modèle appendice A). Une description écrite du projet avait été soumise, au préalable, à la directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes et à l'infirmière chef de l'UCDG. Ensuite, le projet fut discuté et ajusté au besoin. La directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes et l'investigatrice ont été les signataires du contrat.

L'orientation : À partir du moment où le contrat fut signé, nous organisâmes une rencontre avec les trois infirmières de l'UCDG, dans le but d'expliquer le projet et de solliciter leur collaboration. Les infirmières eurent l'occasion de lire le projet, de poser les questions et d'avoir les réponses à leurs préoccupations. Un délai raisonnable leur a été donné afin qu'elles puissent réfléchir sur leur éventuelle collaboration au projet de façon libre et éclairée. Lors de cette rencontre, les modalités du toucher, qui devraient être expérimentées dans le cadre du projet, ont été explicitées ainsi que la liste des réactions traduisant des manifestations de l'estime de soi. Cette liste élaborée à partir des éléments regroupés à la suite d'une recension des écrits plus ou moins exhaustive sur le sujet devrait permettre aux infirmières d'identifier et d'enregistrer, de façon plus objective, les réactions des personnes âgées au toucher.

La planification : L'expérimentation du toucher auprès des personnes âgées hospitalisées à l'UCDG a été réalisée sur une période de deux mois. Dix personnes âgées furent choisies, avec leur consentement, pour participer à l'expérience. Des rencontres, au rythme d'une fois par semaine, ont été organisées pour assurer le suivi et, éventuellement, le support aux infirmières. Les infirmières, qui travaillaient à l'UCDG et qui acceptèrent de participer au projet, ont eu pour tâche d'effectuer le toucher affectif auprès des personnes âgées qui avaient donné leur accord et de lister leurs réactions.

La réalisation : Cette étape a été concrétisée selon le plan élaboré et l'échéancier qui avait été fixé, après que le plan ait été présenté, pour approbation, aux infirmières.

La terminaison : Selon Fortin (1996, p. 163), «L'étude descriptive simple décrit simplement un phénomène ou un concept relatif à une population, visant à établir les caractéristiques de cette population». La stratégie utilisée pour analyser les données est celle de l'analyse de contenu. Cette technique permet «d'identifier un ensemble de caractéristiques essentielles à la définition d'un concept» (p.359). Le but de cette étude était de décrire les effets du toucher affectif sur l'estime de soi des personnes âgées hospitalisées à l'UCDG. Avec l'analyse de contenu, nous espérons démontrer que le toucher affectif a plus d'effets positifs que négatifs sur l'estime de soi des personnes âgées. Si ces deux concepts sont mis en lien, il serait facile de vulgariser l'utilisation du toucher affectif dans la pratique infirmière.

À la fin de l'expérimentation, nous avons présenté les résultats aux infirmières, à l'infirmière chef de l'UCDG ainsi qu'à la directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes. Pour clôturer officiellement l'intervention, un rapport écrit a été remis à la directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes et à l'infirmière chef, et une cérémonie de remerciement fut organisée.

3.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES

Nous avons rassemblé les données recueillies dans trois tableaux distinctifs : le tableau 3 présente les réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la haute estime de soi ; le tableau 4 présente les réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la basse estime de soi ; enfin le tableau 5 présente les préférences des participants et participantes concernant les différentes modalités du toucher affectif.

Tableau 3 : Réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la haute estime de soi

No du sujet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	F	H	F	H	F	F	F	F	F	F
Âge	91	87	87	81	72	74	75	79	96	84
Folstein	29	24	24	29	30	30	26	25	25	28.5
Apprécie son physique										
Apprécie ses qualités										
N'a pas tendance à se comparer aux autres										
Se montre original		x	x	x	x	x		x		x
Se considère, à priori, aimé des autres	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fait des remarques bienveillantes sur sa personne	x		x	x				x	x	x
Écoute les critiques des autres et les juge pertinentes ou non										
Se console quand il commet des erreurs ou subit des échecs										
Multiplie les métaphores épanouissantes sur la vie			x	x	x	x				
Rejette les fausses identifications qu'on lui prête	x		x			x	x	x	x	
Se tient droit et est sûr de lui-même	x					x	x	x	x	x
Accepte ses émotions et sait les exprimer			x		x	x	x	x	x	x
Sait prendre de bonnes décisions selon une méthode efficace		x				x		x		

Tableau 4 : Réactions des participants et participantes reliées aux éléments de la basse estime de soi

No du sujet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	F	H	F	H	F	F	F	F	F	F
Âge	91	87	87	81	72	74	75	79	96	84
Folstein	29	24	24	29	30	30	26	25	25	28.5
Se concentre sur un défaut	x								x	
Met surtout l'accent sur ses défauts										
A tendance à se comparer aux autres à son désavantage				x						
Se contente d'imiter les autres										
Se méfie du regard des autres qu'il juge à priori hostile		x	x	x						
Se montre très critique de lui-même et se donne des noms malveillants										
Est très sensible aux critiques des autres et s'en préoccupe outre mesure		x		x						
Se blâme et s'accable pour ses erreurs ou ses échecs										
Entretient des opinions négatives sur la vie	x			x						
Accepte les fausses identifications dont on l'accable										
Prend un air abattu et déprimé										
Refuse d'accepter ses émotions et les refoule							x			
N'arrive pas à prendre la moindre décision, il reste toujours hésitant										

Tableau 5 : Préférences des participants et participantes concernant les modalités du toucher affectif

No du sujet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	F	H	F	H	F	F	F	F	F	F
Âge	91	87	87	81	72	74	75	79	96	84
Folstein	29	24	24	29	30	30	26	25	25	28.5
Placer la main sur le visage								x	x	
Placer la main sur la tête		x								
Placer la main sur l'épaule	x	x	x		x	x		x		
Placer la main sur le bras	x		x		x	x		x		
Placer la main sur la main							x			
Tenir la main			x							

3.3 ANALYSE DES DONNÉES

En regard du tableau 3, on constate qu'aucun des sujets n'a fait de commentaires relativement aux trois premiers éléments, c'est-à-dire des remarques positives concernant son physique, ses qualités, ou le fait qu'il ne se compare pas aux autres. Par contre, deux personnes de sexe féminin ont parlé de défaut physique, comme on le remarque à la lecture du tableau 4. Un homme a particulièrement insisté sur le fait qu'il se voyait comme une personne non attirante. Cela le préoccupait parce que tout au long de l'entrevue et ce, malgré le fait que l'intervieweuse ne cessait de le rassurer et de lui rappeler le but de l'étude, le répondant y est revenu constamment.

Trois répondants (sujets 2, 3, 4) ont recommandé de systématiser l'usage du toucher affectif dans la pratique infirmière. Quatre répondants (sujets 2, 4, 5, 10) ont souligné que le toucher affectif les a aidés à mieux passer leur période de maladie. Ils se disaient moins découragés et constataient que cela les aidait à accepter la maladie. Le fait que les infirmières touchaient son bras paralysé, le sujet 5 a déclaré se sentir accepté tel qu'il était. Pour le sujet 10, la qualité des soins s'est améliorée avec l'utilisation du toucher affectif. Deux répondants ont comparé le toucher affectif à une bonne parole et ont dit se sentir considérés. Pour le sujet 6, le toucher affectif a suscité en lui une certaine assurance, dans le sens où il devenait clair dans son esprit qu'il pouvait compter sur son infirmière, s'il lui arrivait d'être mal pris. Il a déclaré avoir senti une sorte de

chaleur humaine et même que cela l'a amené à avoir confiance en l'infirmière. Les répondants 8 et 10 ont émis le souhait de voir le toucher affectif être utilisé davantage chez les personnes âgées qui vivent dans l'isolement.

Par rapport à l'item «Se considère à priori aimé des autres», tous les répondants ont tenu différents propos qui traduisent cette manifestation. Les propos exprimaient des marques d'affection, d'amour, d'appréciation, de considération, de protection et de sensation de bien-être. Un répondant croit que le toucher affectif contribue à créer une bonne entente alors qu'un autre pense que cela aide à tisser des liens. Une répondante a perçu le toucher affectif comme une gâterie et, une autre, comme une source de plaisir. L'effet de consolation a été rapporté par deux personnes, l'effet de réconfort par une seule personne. Un des répondants a dit s'être senti rassuré et un autre a affirmé avoir ressenti de la joie, à chaque fois qu'une infirmière le touchait affectueusement.

Concernant l'item « Fait des remarques bienveillantes sur sa personne», six sujets ont tenu des propos à cet effet. Le sujet 1 a raconté avoir le rire facile et que le fait d'être touché affectueusement était le signe de la bonne entente qui existait entre lui et son infirmière, et que ceci le mettait de bonne humeur. Bien que le sujet 3 a avoué que ce n'était pas difficile de se faire aimer, il a reconnu qu'il fallait travailler pour y arriver. Le sujet 4 était préoccupé par l'apparence ; il disait s'être senti apprécié mais pas attiré. Il a déclaré cependant être une personne importante pour une autre. Pour le sujet 8, le

toucher affectif est une expression de sincérité et d'appréciation de l'autre. La remarque « On tient compte de moi », faite par le sujet 9, est éloquente. Elle a indiqué avoir eu le sentiment d'être une personne dans la société. C'est ce qu'a ressenti aussi le sujet 10 qui s'est trouvé tout d'un coup important ; il a trouvé merveilleux que les infirmières aient été à ses côtés.

Quelques métaphores épanouissantes sur la vie ont été rapportées. L'une d'elles est venue du sujet 3 qui a dit que le toucher affectif l'avait aidé à passer à travers la maladie et même à guérir. Une autre remarque surprenante a été celle du sujet 5 qui a dit que le toucher affectif doit être utilisé avec tout le monde, mais surtout avec les hommes, puisque ces derniers, ayant moins d'occasions que les femmes de bénéficier du toucher affectif, sont plus privés de contact humain. Pour le sujet 6, l'infirmière, qui lui a fait le toucher affectif, était devenue comme sa sœur ; il était fermement convaincu que l'infirmière l'avait choisi parmi plusieurs autres, ce qui faisait de lui une personne particulière.

Six répondants ont rejeté les fausses identifications que l'on prête au toucher affectif. Ils ont dit être préoccupés par le fait qu'il y avait, pour certains esprits, de l'indécence dans le toucher affectif, alors qu'en réalité il s'agit d'un geste correct. Cette préoccupation était partagée uniquement par des femmes. Une femme, de 96 ans d'âge, a soulevé le problème de la récurrence du geste affectif, disant qu'il ne devait pas se

reproduire trop souvent. Aucun des deux hommes n'a soulevé des commentaires à ce sujet.

En regard de l'élément «Se tient droit et sûr de lui», six sujets (six femmes) ont démontré assez d'estime de soi pour avoir le désir, à leur tour, d'utiliser le toucher affectif avec d'autres personnes. La première a insisté sur le fait qu'une petite pression sur la main est un geste qui lui était familier et qu'elle l'utilisait souvent. Quelques remarques, aussi significatives, sont celles faites par les sujets numéro 7, 9 et 10. Ces trois personnes ont interprété le toucher affectif comme étant une preuve qu'elles existent : « ...le toucher affectif, c'est important pour montrer qu'on existe nous aussi, ... ça me fait sentir importante » (sujet 7) ; «Si on ne me touchait pas...ça serait qu'on est pas regardé... qu'on s'occupe pas de moi » (sujet 9) et enfin le sujet 10 a fait remarquer que le toucher affectif a signifié, pour lui, une marque de considération que l'on portait à sa personne.

De façon générale, les femmes exprimèrent plus facilement leurs émotions à la suite d'un toucher affectif, expressions qui se traduisaient, pour sept d'entre elles, par des manifestations de joie, de bonheur, de bien-être et des sentiments de se sentir moins seules. Les hommes, par contre, se sont montrés moins enclins à extérioriser leurs émotions. Le sujet 5 a particulièrement insisté sur son sentiment d'être seul et que le toucher affectif lui donnait l'impression de l'être moins. Il en était heureux parce qu'il

avait bénéficié de toute l'attention dont il avait eu besoin. Le toucher affectif est le geste qui lui confirmait qu'il était aimé. Pour le sujet 6, recevoir le toucher affectif a produit, entre autres effets, de l'inciter à l'utiliser dans ses contacts sociaux. C'est un geste qu'il considéra comme chaleureux. Le sujet 7 a déclaré avoir découvert les bienfaits du toucher affectif. Il a avoué s'être senti proche de l'autre, et comme par le passé, il ne lui est pas souvent arrivé de vivre un tel sentiment, la situation lui paraissait, à la fois, étrange et plaisante. Le lien affectif, l'amour entre deux personnes et se sentir moins seul sont des sentiments que le sujet 8 a exprimés. Pour ce répondant, c'est très consolant le fait de poser la main sur l'épaule d'une personne qui vit des sentiments de peine.

En ce qui regarde la dernière manifestation, trois répondants ont démontré leurs capacités de prendre de bonnes décisions selon une méthode efficace. En effet, le sujet 2, qui est un homme, a déclaré que s'il n'était pas touché pendant une semaine, il en demanderait la raison. Par contre, pour le sujet 8, il n'était pas question pour lui de forcer quelqu'un à l'aimer.

On constate que les deux hommes se méfient du regard des autres qu'ils jugent, à priori, hostile. Le premier pense que si l'infirmière ne le touchait pas, c'est qu'elle lui en voulait. Une femme, le sujet 3, croit que si les infirmières ont l'air trop sévères, trop tranquilles, fatiguées, cela ne l'aidera pas à guérir et que cela la fatiguait. Cette

personne guettait le regard de l'infirmière et, selon l'interprétation qu'elle en faisait, le regard pouvait être psychologiquement aidant ou non. La remarque du deuxième homme est pathétique. Il se demande s'il mérite les encouragements et le toucher affectif des infirmières. Pour lui, il ne les mérite pas, les infirmières font le toucher affectif tout simplement par devoir. Il ne trouvait pas de profondeur dans ce geste.

Par rapport aux critiques des autres, ce sont les hommes qui se sont montrés plus sensibles et qui s'en sont préoccupés outre mesure. En effet, pour le sujet 2, si l'infirmière ne le touchait pas, c'est tout simplement parce qu'elle était fâchée contre lui. Dans ce cas, il voudrait en connaître les raisons. Par contre le sujet 4 expliquait une telle attitude de l'infirmière par le fait que « tout le monde ne prête pas la même attention au prochain ».

3.4 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Plusieurs auteurs (Howard, 1988 ; Lane, 1989 ; McCloskey & Bulechek, 1996 ; Montagu, 1979 ; Pepin, 1996) affirment que le toucher affectif est un outil puissant de communication qui peut affecter le comportement et l'état affectif d'un individu au point de le considérer comme ayant un pouvoir curatif sur les adultes comme sur les enfants et qu'il contribue à améliorer la santé (Barnett, 1972b ; Lane, 1989 ; Montagu, 1979). Les

considérations de ces auteurs peuvent être mises en lien avec les déclarations faites par certains répondants à l'effet que le toucher affectif fait par les infirmières leur a permis de mieux vivre la maladie.

La déclaration d'un des répondants, à l'effet que le toucher affectif l'a amené à avoir plus confiance en son infirmière, et celle d'un autre qui se voyait comme une charge quand l'infirmière avait plutôt l'air sévère ou fatiguée, ne font que renforcer le point de vue de Tremblay et Coutu-Wakulczyk (1996), comme quoi les attitudes des infirmières, selon qu'elles sont positives ou négatives, peuvent contribuer soit à augmenter l'estime de soi chez les personnes âgées, soit à renforcer leur rôle de dépendance et leur sentiment d'inutilité.

Le toucher affectif, comme moyen de briser la solitude, a été mentionné par des répondants ; certains sont allés jusqu'à recommander qu'il soit davantage utilisé avec les personnes âgées, à cause de la solitude dans laquelle ces dernières sont souvent confinées. Barnett (1972a) confirme le fait que les personnes âgées sont souvent privées des contacts humains. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont démontré que le toucher affectif est un moyen puissant de stimuler la personne âgée à rechercher les contacts sociaux (Howard, 1988 ; Mulaik, Megenity, Cannon, Chance & al. 1991 ; Seaman, 1982) et de prévenir, chez celle-ci, le désengagement et la dépression (Bradford, 1981).

En regard de la caractéristique «se considère à priori aimé des autres», Pepin (1996, p. 210) soutient que le toucher affectif «favorise une bonne estime de soi et invite à la communication ; il apporte réconfort et indique à la personne touchée qu'elle est digne d'affection». Tous les répondants ont affirmé se sentir aimés lorsque l'infirmière utilisait le toucher affectif. Tous les répondants ont senti l'affection et l'amitié envers cette infirmière qu'ils reconnaissaient d'ailleurs. La confiance étant établie, sept des huit femmes ayant participé à l'étude ont été capables d'exprimer leurs émotions. Elles ont parlé de vivre un bien-être, de se sentir joyeuses et heureuses d'être touchées affectueusement. Nombre d'auteurs confirment que le toucher aide à communiquer ses émotions (Bradford, 1981 ; De Wever, 1977 ; Estabrook & Morse , 1992 ; Howard, 1988 ; Lane, 1989 ; Mulaik & al., 1991 ; Seaman, 1982). Le fait, que seules les femmes aient réussi à exprimer leurs émotions, n'a rien de surprenant puisqu'il est bien connu que dans le domaine des sentiments, les femmes sont plus portées à extérioriser leur vécu que les hommes.

Une étude a démontré l'existence d'un lien significatif positif entre la fréquence du toucher et le développement de l'estime de soi chez les personnes âgées ; c'est celle de Copstead (1980). Les personnes âgées, ayant participé à notre étude, ont fait des commentaires démontrant que le toucher affectif doit être utilisé pour stimuler positivement leur estime de soi. Plusieurs répondants ont dit s'être sentis importants, considérés, appréciés et reconnus.

Hétu (1992) et Pepin (1996) affirment que «l'estime de soi implique souvent une comparaison sociale» et, lors d'un épisode de maladie, de deuil ou autres, on peut observer une diminution de l'estime de soi chez la personne âgée. Par rapport à ces affirmations, deux participants ont manifesté une tendance à se comparer à d'autres et ce, à leur désavantage. Bien qu'il soit surprenant que seuls les hommes aient montré cette tendance à se comparer aux autres, Christen-Gueissaz (1994) souligne que, de façon générale, les humains ont besoin du regard des autres pour se sentir valorisés.

Il est important de mentionner qu'un des répondants a vu, dans le geste des infirmières, une réponse à un devoir plutôt qu'un geste posé par affection ou par désir de prendre soin de l'autre. Cette réaction pourrait traduire un effet négatif du toucher affectif. Cependant, il est connu que les personnes âgées forment le groupe d'individus dont l'estime de soi est la plus susceptible d'être menacée. En effet, l'estime de soi se fragilise chez la personne âgée dite « fragile » ou en perte d'autonomie ; ce qui serait le cas de la personne âgée qui a fait ce commentaire. Berger et Mailloux-Poirier (1993) ainsi que Pepin (citée dans Lauzon & Adam, 1996) abondent dans le même sens en affirmant que, lors d'un épisode de maladie, de deuils d'un être cher ou de différentes pertes qui affectent la personne, on peut observer une diminution de l'estime de soi chez la personne vieillissante. De leur côté Lamy et al (1994) notent aussi que la perception que la personne âgée a d'elle-même, que ce soit dans les activités de tous les jours ou en s'occupant des autres, fera en sorte qu'elle préservera ou non son estime de soi.

En résumé, il semble bien que les propos tenus par les différents répondants indiquent avec évidence que le toucher affectif a des effets sur l'estime de soi et, comme on peut le constater à la lecture des tableaux 3 et 4, ces effets sont davantage positifs que négatifs. Ces observations confirment ce qui se dégage dans la littérature concernant les bienfaits du toucher affectif et les effets positifs qu'il a sur l'estime de soi, particulièrement chez les personnes âgées.

En ce qui concerne les modalités de toucher, qui semblent les plus appréciées par les répondants, les résultats obtenus indiquent que « placer la main sur l'épaule » est la modalité du toucher la plus appréciée, ayant été identifiée, par six répondants. Viennent ensuite la modalité « placer la main sur le bras » pour cinq répondants, « placer sa main sur le visage » pour deux de ceux-ci et, enfin, les modalités « placer sa main sur sa main », « placer la main sur le visage », « se faire tenir la main », « placer la main sur la tête » et « placer la main sur l'épaule » avec chacune, un répondant.

3.5)LIMITES DE L'ÉTUDE

L'investigatrice est elle-même infirmière à L'UCDG où a été réalisée l'étude et les personnes âgées, qui ont participé à l'étude, connaissaient bien l'investigatrice. Cette situation aurait créé un biais. Selon Fortin (1996, p. 359) un biais est « toute influence

pouvant fausser les résultats d'une recherche scientifique et gêner la généralisation des résultats obtenus auprès d'un échantillon à un autre échantillon ou à la population entière». Lefrançois (1991, p. 28) parle d'un biais méthodologique qu'il définit comme étant un « biais dû à des erreurs, des lacunes, des imprécisions, des faiblesse ou des limites relevant du choix ou de l'application des méthodes et techniques de recherche (stratégie d'acquisition, d'observation et de mesure)». L'investigatrice a essayé de limiter les interventions et les visites aux personnes âgées interrogées, mais il était difficile de faire en sorte que cela ne se produise pas.

Une difficulté s'est présentée lorsqu'une infirmière, qui avait donné son consentement écrit pour participer à l'étude, a été affectée à une autre unité de travail durant la période où se déroulait l'expérimentation. Une autre infirmière s'est absentée pour des raisons personnelles. Une troisième travaillait une fin de semaine sur deux. Ainsi, sa régularité durant la période d'expérimentation en fut affectée. Enfin, la dernière travaillait à temps partiel, mais accepta un remplacement à temps complet, à l'UCDG, une semaine avant le début de l'enquête.

Une difficulté a failli nous dérouter. C'est que la majorité des personnes âgées, interviewées dans le cadre de la présente étude, ne se sont pas rappelées de l'infirmière qui leur avait fait le toucher affectif ni même du type de toucher. Et dire que parmi celles-ci certaines avaient obtenu un score de 29/30 ou 30/30 au test de Folstein.

Nous avons donc dû nous y reprendre à plusieurs reprises, avant d'obtenir l'information voulue. Les entrevues furent difficiles au début parce que les personnes âgées ne parlaient pas spontanément. Nous devons alors diriger la conversation et cela nous a amenée à nous questionner sur l'influence que nous pouvions avoir eue sur les réponses obtenues des personnes âgées. Un biais de mémoire n'est donc pas à exclure. Par ailleurs, nous ne pouvons soutenir les résultats par des analyses statistiques en raison de la petitesse de l'échantillon.

3.6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a poursuivi un double objectif : 1) identifier les réactions de la personne âgée qui traduisent une hausse ou une baisse de son estime de soi, et 2) identifier les modalités du toucher affectif qui influencent positivement et négativement l'estime de soi de personnes âgées. Les résultats obtenus démontrent que l'étude a atteint ses objectifs.

En effet, les résultats démontrent que le toucher affectif a plus d'effets positifs que négatifs sur l'estime de soi de la personne âgée. En effet, des liens ont été établis entre les propos des personnes âgées, en réaction au toucher affectif, davantage avec des manifestations reliées à la haute estime de soi. Ce qui va dans le sens de ce qui se dégage des recherches antérieures sur le sujet.

Compte tenu de ces résultats, nous sommes amenée à formuler les recommandations suivantes :

1) **Sur le plan de la recherche** : qu'une telle étude soit reprise et étendue à une plus large population permettant d'obtenir un échantillon plus large de personnes âgées, de recruter plus d'infirmières pour faire le toucher affectif et de choisir plusieurs milieux d'étude. Les infirmières auxiliaires et les préposées pourraient être aussi choisies à titre d'intervenantes pour participer à l'étude. Une étude, utilisant un devis de type expérimental, permettrait de démontrer de façon plus concluante les effets du toucher affectif sur l'estime de soi de la personne âgée. Il serait alors plus indiqué de mesurer le niveau de l'estime de soi de la personne âgée avant et après l'intervention. Pour plus d'objectivité, l'investigatrice devrait être une personne complètement inconnue du milieu.

2) **Sur les plans de la pratique et de la formation** : on aura tout à gagner de vulgariser la pratique du toucher affectif et à l'intégrer systématiquement dans les soins infirmiers. Les enseignants et enseignantes devraient être sensibilisés à cette pratique, de façon à préparer les futures infirmières sur son utilisation systématique.

RÉFÉRENCES

- Adam, E. (1991). Être infirmière, un modèle conceptuel. Montréal : Éditions Études Vivantes. 151 p.
- Allport, G.W. (1970). Structure et développement de la personnalité. Neuchatel : Delachaux et Niestlé, 245-275.
- Association des Hôpitaux du Québec. (1995). Les services hospitaliers aux personnes âgées. Document de référence, n° 1, Bibliothèque Nationale du Québec.
- Barnett, K. (1972a). A survey of the current utilization of touch by health team personnel with hospitalized patients. International Journal of Nursing Studies, 9, 195-209.
- Barnett, K. (1972b). A theoretical construct of the concepts of touch as they relate to nursing. Nursing Research, 21(2), 102-110.
- Barrette, C., Gaudet, É. & Lemay, D. (1993). Guide de communication interculturelle. Montréal : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1993). Personnes âgées, une approche globale. Montréal : Éditions Études Vivantes.
- Bowlby, L. (1958). The nature of the child's tie to his mother. The International Journal of Psycho-analysis. v. 39, 350-373.
- Bradford, S.J. (1981). Touching is for everyone. American Journal of Nursing, April, 728-730.
- Branden, N. (1988). How to raise your self-esteem. Toronto: Bantam Books.
- Burnside, M.I. (1973). Touching is talking. Américan Journal of Nursing, 73(12), 2060-2063.
- Burton, A. & Heller, L.G., cités dans De Wever, M.K. (1977). Nursing home patient's perception of nurses' affective touching. Journal of Psychology, 96, 163-171.
- Christen-Gueissaz, E. (1994). Miroir social, estime de soi au temps de la retraite. Paris : Éditions L'Harmattan.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. Dans R. S. Valle, & M. King (Éds.). Existential-phenomenological alternatives for psychology (pp. 48-71). New York : Oxford University Press.

- Coopersmith, S. (1984). Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith : S.E.I. Paris : traduit et adapté par le Centre de psychologie appliquée.
- Copstead, L.E. (1980). Effects of touch on self-appraisal and interaction appraisal for permanently institutionalized older adults. Journal Gerontology Nursing, 6, 747-752.
- De Wever, M.K. (1977). Nursing home patient's perception of nurses' affective touching. Journal of Psychology, 96, 163-171.
- Dominian, J. (1971). The psychological significance of touch. Nursing Times, Vol 67, 896-898
- Estabrook, C.A. & Morse, J.M. (1992). Toward a theory of touch : the touching process and acquiring a touching style. Journal of Advanced Nursing, 17, 448-456.
- Ferry, M. (1996). Le vécu du handicap : conséquences psychologiques des déficiences et de l'âge. Gérontologie, 97, 3-8.
- Ferry, G. & Gallois, P. (1996). Pour les personnes âgées, un lieu hospitalier, l'étude du périple hospitalier. Gérontologie, 91, 1-2.
- Fisher, J.D. & Whitcher, S.J. (1979). Multi-dimension reaction to therapeutic touch in a hospital setting. Journal of Personality and Social Psychology, 37(11), 87-91.
- Fisher, L.M. & Joseph, D.H. (1989). A scale to measure attitudes about nonprocedural touch. The Canadian Journal of Nursing Research, 21(2), 5-14.
- Fortin, M.F. (1996). Le processus de recherche. Ville Mont-Royal : Décarie.
- Frish, F. (1999). Les études qualitatives. Paris : Éditions d'organisation.
- Fuster, G.L. (1971). A system of groups in institutions for the aged. Social Casework, October, 52(8), 523-529.
- Gareau, J. (1978). Étude de l'estime de soi chez la personne âgée impliquée dans un programme communautaire. Montréal : Mémoire présenté à la faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Garfinckel, H., cité dans Lane, P.L. (1989). Nurse-client perceptions : the double standard of touch. Mental Health Nursing, 10, 1-13
- Gasparutto, G. (1990). L'infirmière et la communication : des outils aujourd'hui, des atouts pour demain. Paris : Éditions Lamarre.

- Geoffre, C. (1997). Les conséquences psychologiques des délais de décision social. Gérontologie, 101, 13-15.
- Georges, L., cité dans Héту, J.L. (1992). Psychologie du vieillissement. Montréal. Éditions du Méridien. Bibliothèque nationale du Québec.
- Gouvernement du Québec (1999a). La société québécoise, portrait démographique, (consulté le 24 juillet 2000), [En ligne], Adresse URL : <http://www.gouv.qc.ca/XmlDev/Site/Text/Fr...Vision/Société/portraitdémographique.html>.
- Gouvernement du Québec (1999b). La société québécoise, portrait social, (consulté le 16 août 2000), [En ligne], Adresse URL : <http://www.gouv.qc.ca/XmlDev/Site/Dhtml/Français/Vision/Société/PortraitSocial.html>.
- Gouvernement du Québec (1999c). Vieillesse et perte d'autonomie : La réponse du réseau de soins, (consulté le 16 août 2000), [En ligne], Adresse URL : <http://www.frsq.gouv.qc.ca/res/rs199802/textes/Equipe.html>.
- Henderson, V. (1969). Principes fondamentaux des soins infirmiers. (édition révisée) Montréal : S. Karger Basel.
- Henderson, V. (1978). Principles and practice of nursing (6th ed.). New-York : Macmillan Publishers.
- Henderson, V. (1991). The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research and education. Reflections after 25 years. New-York : National league for Nursing Press, no.15-2346.
- Héту, J.L. (1992). Psychologie du vieillissement. Montréal : Éditions du Méridien.
- Hollinger, L.M. (1980). Perception of touch in the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 6(12), 741-746
- Howard, D.M. (1988). The effects of touch in the geriatric population. Dans Taira, Ellen Dunleavy (ed). Rehabilitation interventions for the institutionalized elderly. New-York : Haworth Press, 35-50.
- Huss, A.J. (1977). Eleanor Clarke Slagle lecture : touch with care or caring touch ? The america journal of occupational therapy, 31(1), 11-18.
- Ingram, A. (1989). A review of the literature relating to touch and its use in intensive care. Intensive Care Nursing, 5, 65-75.

- Insel, P.M. & Lindgren, H.C., cités dans Lane, P.L. (1989). Nurse-client perceptions: the double standard of touch. Issues in Mental Health Nursing, 10, 1-13.
- Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (2000) (sous la direction de P. Lebel et de M.J. Kergoat). L'hôpital de demain et les personnes âgées vulnérables : sommes-nous prêts ? Actes des journées d'orientation sur la place des unités de courte durée gériatriques et des équipes gériatriques dans un système en transformation, janvier.
- Johnson, B.S., cité dans Ingram, A. (1989). A review of the literature relating to touch and its use in intensive care. Intensive Care Nursing, 5, 65-75.
- King, I.M. (1981). A theory of nursing. Were reprinted with permission of John Wiley & sons and Delmar Publisher, Albany, New-York.
- Knapp, M.L., cité dans Lane, P.L. (1989). Nurse-client perceptions: the double standard of touch. Issues in Mental Health Nursing, 10, 1-13.
- Kramer, B.J. & Gibson, J.W. (1991). The cognitively impaired elderly's response to touch : a naturalistic study. Journal of Gerontological Social Work, 18(1/2) 1991, pp.175-192.
- Kübler-Ross, E., citée dans Seaman, L. (1982) Affective nursing touch. Geriatric Nursing. May-June, 162-164.
- Lamy, L., Lapiere, S., Lalande, G., Dubé, M. & Alain, M. (1994). L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteurs de l'autonomie psychologique des personnes âgées. Revue québécoise de psychologie, 5, 3, 23-46
- Lane, P.L. (1989). Nurse-client perceptions: the double standard of touch. Issues in Mental Health Nursing, 10:1-13.
- Langland, R.M. & Panicucci, C.L. (1982). Effects of touch on communication with elderly confused clients. Journal of Gerontological Nursing, vol.8, no.3, March, pp.152-155.
- Langlois, M.S. (1982). La privation sensorielle chez la personne âgée. L'infirmière canadienne, juillet-août.
- Lauzon, S & Adam, E. (1996) (sous la direction de). La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières. Ville St-Laurent : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Lavallée, F., Belisle, J. & Denis, M.C. (1988). Conceptions de la personne âgée dans l'intervention psychologique. Revue québécoise de psychologie, 9(2), 98-107.

- L'Écuyer, R. (1988). L'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans. Revue québécoise de psychologie, 9(2), 108-127.
- Lefrançois, R. (1991). Dictionnaire de la recherche scientifique. Ottawa : Les éditions Némésis.
- Le May, A.C. (1986). The Human connection. Nursing times, 82 (47), 28-30
- Lescarbeau, R., Payette, M. & St-Arnaud, Y. (2003). Profession : consultant (3^e éd.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Major, F. (1993). L'expérience d'autonomie de la personne âgée qui vit avec un membre de sa famille. Montréal : Mémoire de maîtrise inédit, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- McCann, K. & McKenna, H.P. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland Journal of Advanced Nursing, 18, 838-846.
- McCorkle, R. (1974). Effects of touch on seriously ill patients. Nursing Research, 23(2), 125-132.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, M.G. (1996). Classification des interventions infirmières. Montréal : Maloine Décarie.
- Mercer, L.S. (1966). Touch : Comfort or threat. Perspectives in psychiatric care, 4(3), 20-25
- Monbourquette, J. (2002). De l'estime de soi à l'estime du soi : de la psychologie à la spiritualité. Montréal : Norvalis/Bayard.
- Monbourquette, J., Ladouceur, M. & D'Aspremont, I. (2003). Stratégies pour développer l'estime de soi et l'estime du soi. Montréal : Norvalis.
- Montagu, A. (1979). La peau et le toucher: un premier langage. Paris : Editions du Seuil.
- Mulaik, J.S., Megenity, J.S., Cannon, R.B., Chance; K.S., Cannella, K.S., Garland, L.M. & Gilead, M.P. (1991). Patients' perceptions of nurses' use of touch. Western Journal of Nursing Research, 13(3), 306-323.
- Pepin, J. (1996). La personne âgée et son besoin de communiquer avec ses semblables. Dans S. Lauzon & E. Adam (1996) (sous la direction de) La personne âgée et ses besoins : Interventions infirmières. (pp. 184-222). St-Laurent : Édition du Renouveau Pédagogique.

- Pepin, J., citée dans Lauzon, S & E. Adam (1996) (sous la direction de). La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières. Ville St-Laurent : Édition du Renouveau
- Peplau, H.E. (1952). Interpersonal relations in nursing. New-York : G.P. utnam's Sons.
- Pertillo, R., cité dans Howard, D.M. (1988). The effects of touch in the geriatric population. Dans Taira, Ellen Dunleavy (ed). Rehabilitation interventions for the institutionalized elderly. New-York : Haworth Press, 35-50.
- Ploton, L. (1995). Les effets psychologiques de la solitude chez les personnes âgées. Gérontologie, no. 96, pp. 19-21.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Connecticut : Wesleyan University Press, Middletown.
- Roberts, S.L. (1975). Territoriality : space and the aged patient in intensive care units. In I.M. Burnside (ed.). Psychosocial Nursing care of the Aged. St-Louis : Mosby, pp. 72-83.
- Ruesch, J. & Weldon, K., cités dans Seaman, L. (1982) Affective nursing touch. Geriatric Nursing, May-June, 162-164.
- Santé Canada (2000). Statistiques : Données importantes sur les aînés. (consulté le 17 août 2000), [En ligne], URL : [wysiwyg://29/http://iyop-aipa.ic.gc.ca/french/facts.htm](http://www.wysiwyg://29/http://iyop-aipa.ic.gc.ca/french/facts.htm).
- Satir, V., cité dans Schuster P.M. (2000). Communication : the key to the therapeutic relationship. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Schuster, P.M. (2000). Communication : the key to the therapeutic relationship. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Seaman, L. (1982) Affective nursing touch. Geriatric Nursing. May-June, 162-164.
- Snyder, M. (1992). Purposeful touch, Independent nursing interventions. New-York : Delmar Publishers Inc., 215-222.
- Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles (1995). Un portrait des personnes ayant une incapacité, projet des groupes cibles. Ottawa : La Division de la statistique sociale, du logement et des familles.

- Sullivan, H.S., cité dans Gareau, J. (1978). Étude de l'estime de soi chez la personne âgée impliquée dans un programme communautaire. Montréal : Mémoire présenté à la faculté des études supérieures , Université de Montréal.
- Taurand, Ph. & Ferry, G. (1994). Le périple hospitalier de la personne âgée. Gérontologie, 92, 2-10.
- Thornbury, J. M. & Misretta, C.M. (1981). Tactile sensitivity as a fonction of age. Journal of Gerontology, 36(1), 34-39
- Tremblay, S. & Coutu-Wakulczyk, G. (1996). Formation de base et attitudes envers les personnes âgées. L'Infirmière canadienne, mai, 42-46.
- Weiss, S.J. (1990). Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering from cardiac disease. Heart & Lung, 19(5), PT.1: 474-480.
- White, R.W. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. Psychological Issues. v. 3, pp. 2-24 ; 33-44 ; 125-150.

ANNEXES

ANNEXE 1

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : _____ Code permanent : _____
 (*étudiante*)

Constituante d'attache : UQTR _ UQAC _ UQAR _ UQO _

Directeur d'essai : _____

L'étudiante ci-haut nommée s'entend avec _____
 (*milieu d'accueil*)

représenté (e) par _____, pour effectuer son projet
 d'intervention clinique dans ce milieu.

Les modalités ci-jointes du projet doivent être initialisées à chaque page par les
 soussignés (es).

 Étudiante

 Responsable du milieu d'accueil

 Directeur d'essai

 Responsable de programmes

 Date

ANNEXE 2

**ETUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF SUR
L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES AGEES HOSPITALISEES A L'UCDG**

Cette étude est réalisée par Andr ea Boudreault sous la direction de Monsieur Antoine Lutumba Ntetu, professeur à l'Université du Québec   Chicoutimi.

FEUILLE D'EXPLICATION DU PROJET POUR L'INFIRMIÈRE

Accepter de collaborer à cette étude signifie que l'infirmière accepte d'utiliser le toucher affectif auprès de personnes âgées et de noter leurs réactions sur la liste qui lui sera fournie.

Toutes les données recueillies seront confidentielles et serviront seulement pour cette étude. Elles seront détruites trois mois après la publication des résultats de l'étude. Vous aurez à effectuer un toucher affectif, tel que décrit dans le protocole de recherche et de noter la réaction de la personne âgée.

Toutefois, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez, vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment de votre choix.

Cependant, votre collaboration est précieuse; elle contribuera efficacement dans ce processus de recherche des voies et des moyens afin d'aider les infirmières à améliorer la qualité des soins donnés aux personnes âgées, en les rendant plus congruents et plus adaptés.

Je vous remercie très sincèrement de votre gracieuse collaboration.

Andr ea Boudreault

 tudiante à la maîtrise en sciences infirmières.

Tél. : 418-548-9090 ; E-mail : andrea2758@videotron.ca

ANNEXE 3

**ETUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF SUR
L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES AGEES HOSPITALISEES A L'UCDG**

Cette étude est réalisée par Andréa Boudreault sous la direction de Monsieur Antoine Lutumba Ntetu, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi.

FEUILLE D'EXPLICATION DU PROJET POUR LE (LA) CLIENT(E)

Accepter de collaborer à cette étude signifie que la personne âgée accepte qu'une infirmière utilise le toucher affectif et note ses réactions.

Toutes les données recueillies seront confidentielles et serviront seulement pour cette étude. Elles seront détruites trois mois après la publication des résultats de l'étude. Vous aurez à accepter que l'infirmière vous touche et qu'elle note vos réactions.

Toutefois, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez, vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment de votre choix.

Cependant, votre collaboration est précieuse; elle contribuera efficacement dans ce processus de recherche des voies et des moyens afin d'aider les infirmières à améliorer la qualité des soins donnés aux personnes âgées, afin de les rendre plus congruents et plus adaptés.

Je vous remercie très sincèrement de votre gracieuse collaboration.

Andréa Boudreault

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières.

Tél. : 418-548-9090 ; E-mail : andrea2758@videotron.ca

ANNEXE 4

**ETUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF SUR
L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES AGEES HOSPITALISEES A L'UCDG**

Cette étude est réalisée par Andréa Boudreault sous la direction de Monsieur Antoine Iutumba Ntetu, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi.

FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR L'INFIRMIÈRE

Je comprends qu'accepter de collaborer à cette étude signifie accepter d'utiliser le *toucher affectif* comme une intervention infirmière auprès de personnes âgées et de noter leurs réactions sur la liste qui m'est fournie.

Je reconnais avoir toute liberté d'accepter ou de refuser de participer à cette intervention de soins et de mettre fin à ma collaboration à cette recherche, à tout moment de mon choix et ce, sans préjudice aucun. Je reconnais avoir été informé (e) des dispositions prises pour préserver la confidentialité des données recueillies, lesquelles devront être détruit trois mois après la publication du rapport final de recherche.

Signature du participant / de la participante :

Date :

Signature de la chercheure :

Date :

Tél. : 418-548-9090 ; E-mail : andrea2758@videotron.ca

ANNEXE 5

**ETUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF SUR
L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES AGEES HOSPITALISEES A L'UCDG**

Cette étude est réalisée par Andréa Boudreault sous la direction de Monsieur Antoine Lutumba Ntetu, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi.

FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR LE(LA) CLIENT(E)

Je comprends qu'accepter de collaborer à cette étude signifie que j'accepte que l'infirmière utilise le toucher affectif avec moi. L'objet de l'intervention est de noter mes réactions lors des interactions de soins.

Je reconnais avoir toute liberté d'accepter ou de refuser de participer à cette intervention de soins et de mettre fin à ma collaboration à cette recherche, à tout moment de mon choix et ce, sans préjudice aucun. Je reconnais avoir été informé (e) des dispositions prises pour préserver la confidentialité des données recueillies, lesquelles devront être détruit trois mois après la publication du rapport final de recherche.

Signature du participant / de la participante :

Date :

Signature de la chercheure :

Date :

TÉl. : 418-548-9090 ; E-mail : andrea2758@videotron.ca

ANNEXE 6

**ETUDE DESCRIPTIVE DES EFFETS DU TOUCHER AFFECTIF SUR
L'ESTIME DE SOI DE PERSONNES AGEES HOSPITALISEES A L'UCDG**

Cette étude est réalisée par Andréa Boudreault sous la direction de Monsieur Antoine Lutumba Ntetu, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi.

DÉCLARATION D'HONNEUR

Je, soussigné _____, déclare avoir l'obligation d'informer toute personne sollicitée pour participer à l'enquête, en lui donnant les explications sur les objectifs et la nature de l'étude et sur les modalités de sa collaboration. Je m'engage à lui soumettre, pour signature, sans contrainte une feuille de consentement.

Je m'engage à utiliser, pour recueillir les données, une codification qui ne peut en aucun cas être identifié nommément. Les données recueillies ne pourront être utilisées que pour les fins de la présente recherche et après accord de la personne autorisée.

Signature de la chercheure

Date :

Signature du participant / de la participante

Date :

TÉL. : 418-548-9090 ; E-mail : andrea2758@videotron.ca