

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**L'UTILISATION DES APPROCHES SENSORIELLES POUR DIMINUER LES  
SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET LES MANIFESTATIONS D'ANXIÉTÉ  
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF  
EN MILIEUX DE VIE**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
AMELIE SIROIS**

**OCTOBRE 2025**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**  
**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

---

Charles Viau-Quesnel, PH. D.

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

---

Charles Viau-Quesnel, PH. D.

Directeur de recherche

---

Julie Rock, PH. D.

Évaluateur

## Sommaire

La pratique clinique en milieu gériatrique, notamment dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) fait face aux limites des approches pharmacologiques. Les équipes se retrouvent souvent démunies face aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), et la médication fait rapidement partie des solutions de gestion. Dans certains cas, l'approche du donneur de soins aide à diminuer les SCPD. Ces constats soulignent la pertinence d'explorer des approches non pharmacologiques, notamment les stratégies somesthésiques. Cet essai s'intéresse aux effets de l'utilisation d'approches non pharmacologiques comme stratégie de gestion des comportements excessifs et sur l'anxiété. L'objectif de cet essai est d'analyser l'efficacité des stratégies par le toucher sur l'anxiété et les SCPD chez les personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif (TNC). Une recension d'écrits a été réalisée à partir de 19 études empiriques et revues systématiques recensées dans les bases de données PsycINFO, CINAHL et COCHRANE LIBRARY. Les résultats suggèrent que les interventions somesthésiques sont efficaces pour réduire l'anxiété et les SCPD, particulièrement aux stades modérés du TNC. Elles sont plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux besoins, aux préférences et à l'histoire de vie de la personne et lorsqu'elles sont implantées dans un contexte de confiance. La discussion met de l'avant l'importance des facteurs individuels, environnementaux et d'implantation dans l'efficacité de ces interventions.

**Mots-clés** : psychoéducation, personnes âgées, trouble neurocognitif, anxiété, stratégies somesthésiques, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Table des matières .....	iv
Remerciements .....	vi
Introduction .....	7
Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence .....	8
Défis pour les professionnels .....	10
Impacts sur les personnes âgées .....	10
Approches pharmacologiques et leurs limites .....	11
Leadership infirmier .....	11
Effets secondaires .....	12
Approches non pharmacologiques .....	12
Stimulation somesthésique .....	13
Principes généraux de l'approche sensorielle .....	14
Effets de l'approche multisensorielle .....	14
Objectif de l'essai .....	14
Méthode .....	15
Résultats .....	18
Toucher thérapeutique .....	18
Techniques de physiothérapie .....	21
Massages .....	22
Techniques combinées .....	23
Relaxation .....	25
Objets sensoriels .....	26
Première revue systématique .....	26
Deuxième revue systématique .....	27
Troisième revue systématique .....	28
Quatrième revue systématique .....	29

Cinquième revue systématique .....	29
Discussion .....	31
Facteurs individuels .....	31
Stade de la maladie .....	31
Type de manifestation comportementale .....	33
Niveau de stimulation .....	34
Facteurs environnementaux .....	34
Approche du donneur de soin .....	34
Confort et familiarité relationnelle .....	35
Qualité du lien thérapeutique .....	35
Influence des stimuli environnementaux et du moment de la journée .....	36
Facteurs d'implantation.....	37
Intensité et durée des interventions.....	38
Apport clinique pour la psychoéducation .....	39
Forces et limites de l'essai .....	40
Contenu scientifique et démarche d'analyse .....	40
Pertinence clinique et apport à la psychoéducation .....	40
Développement professionnel .....	41
Limites méthodologiques.....	41
Facteurs non pris en compte .....	42
Limites liées au champ scientifique.....	42
Pistes pour une application psychoéducative .....	42
Personnalisation et adaptation des interventions .....	43
Moments, durée et continuité de l'intervention .....	43
Observations, évaluation et ajustement .....	43
Relations, respect et qualité de l'accompagnement .....	43
Conclusion.....	44
Références .....	46
Appendice A : Tableau des résultats .....	51

## Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Charles Viau Quesnel, pour son encadrement, sa disponibilité, ses recommandations, sa rigueur et son soutien constant tout au long de la réalisation de cet essai.

Je remercie également Marjorie Bilodeau, la bibliothécaire de notre département, pour son appui précieux au début du processus, particulièrement lors de l'élaboration de la méthodologie et des mots-clefs de recherche.

Je souhaite aussi témoigner ma reconnaissance à mes collègues de maîtrise, dont les encouragements m'ont apporté motivation et réconfort dans les moments de découragement.

Enfin, je suis sincèrement reconnaissante envers ma famille, mes amies et mon conjoint pour leur soutien inconditionnel tout au long de ce parcours.

## Introduction

Dans le domaine de la gérontologie, il est essentiel de distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique. Le processus du vieillissement pathologique touche 5 à 8 % de la population générale. Celui-ci réfère au développement de troubles neurocognitifs graves, souvent appelées démences. La plus connue est la maladie d'Alzheimer. Dans le processus de vieillissement normal, des pertes au niveau des fonctions cognitives peuvent être présentes, mais règle générale la personne âgée (PA) présentant ce type de déclin normal maintient suffisamment d'acquis pour demeurer fonctionnelle dans son environnement. On parle de vieillissement pathologique lorsque les atteintes cognitives viennent entraver la possibilité de la PA de maintenir sa routine habituelle, plus spécifiquement ses activités de vie quotidiennes (AVQ) et de ses activités de vie domestiques (AVD). La PA n'est donc plus en mesure de réaliser de nouveaux apprentissages et d'effectuer les tâches qu'elle faisait auparavant (Société Alzheimer du Canada, 2022).

Les troubles neurocognitifs (TNC) sont caractérisés et mieux connus par des déclins cognitifs. Ceux-ci se définissent comme un ensemble de symptômes causés par des perturbations spécifiques du fonctionnement sain du cerveau réduisant la capacité d'une personne à effectuer ses activités quotidiennes (Société Alzheimer du Canada, 2022). Une diminution significative de l'autonomie fonctionnelle est généralement observée lorsque les atteintes cognitives de la personne se situent à des stades modérés à sévères (Institut Canadien d'information sur la santé, [ICIS], s.d.). Le TNC entraîne donc des répercussions sur l'ensemble des sphères de développement de la PA. Bien que les difficultés de mémoire soient les plus connues, le TNC peut affecter plusieurs autres capacités cognitives comme l'attention complexe, les fonctions exécutives, l'apprentissage, le langage, les activités perceptivo-motrices, la cognition sociale, l'humeur, le comportement, la vision, etc. (American Psychiatric Association, 2016) Voyer et al. (2009) estiment que 69 % des PA vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) demeurent aux prises avec un TNC. Dans ces milieux de vie, 87 % des résidents

développent une forme de trouble cognitif tel que la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble apparenté (Voyer et al., 2009).

Les TNC sont souvent accompagnés de problèmes affectifs et comportementaux, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les SCPD demeurent l'expression la plus couramment utilisée dans les écrits pour les désigner (Walaszek et American Psychiatric Association Publishing, 2020).

Les variables à l'étude sont les SCPD, avec une attention particulière portée aux manifestations d'anxiété et aux comportements excessifs. Par ailleurs, les SCPD se divisent en sous-catégories; les symptômes comportementaux verbaux et les symptômes comportementaux physiques, chacun pouvant être exprimé de façon agressive ou non. À titre d'illustration, un comportement verbal sans agressivité peut se manifester par la répétition de mots ou de phrases ou encore par un ton de voix élevé lorsqu'une consigne est mal comprise. Les comportements verbaux avec agressivité tant qu'à eux, peuvent se présenter sous formes d'insultes dirigées vers autrui. Du côté des comportements physiques sans agressivité, il est possible d'observer, par exemple, l'accumulation d'objets ou de la déambulation dans les aires communes. Enfin, les comportements physiques avec présence d'agressivité peuvent inclure le lancer d'objets, des gestes d'automutilation, des coups dirigés vers autrui ou une résistance marquée aux soins d'hygiène (Voyer, 2009). Ces exemples, tirés à la fois de la littérature et d'observations cliniques, permettent de mieux comprendre la diversité des manifestations comportementales chez les personnes vivant avec un TNC.

### **Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence**

Les symptômes psychologiques peuvent prendre la forme de manifestations d'anxiété et de dépression, d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'illusions (Voyer, 2013). Pour plus d'informations concernant les SCPD, le lecteur est invité à consulter le «*Guide de Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*» (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018).

L'anxiété est souvent associée aux manifestations comportementales problématiques. La mise en place d'interventions visant la diminution des SCPD a entraîné une réduction directe du niveau d'anxiété (Ortoleva, 2016). Considérant que l'anxiété est l'un des troubles de santé mentale les plus répandus dans la population, il n'est pas surprenant qu'elle continue d'être présente avec l'avancement en âge.

Lorsque la PA présente un TNC les manifestations d'anxiété peuvent se présenter par des préoccupations constantes, des questions ou des affirmations répétitives, des manifestations anxieuses liées à la solitude, etc. Avec la progression de la maladie, lorsque les lobes frontaux sont touchés, les capacités de tolérance à la frustration sont directement affectées. Cette altération peut se traduire par des comportements d'irritabilité plus fréquents (Walaszek, 2020).

Les manifestations d'anxiété peuvent également prendre la forme de comportement. Plusieurs études ont permis d'estimer que plus de 90 % des PA vivant avec la maladie d'Alzheimer manifestent au moins un type de difficulté comportementale. La PA chez qui on observe ces comportements souffre psychologiquement, sa qualité de vie est restreinte et la qualité des soins tant à être réduit (Engasser et al., 2015). Des études ont relevé une diminution significative des comportements par la mise en place d'un environnement sensoriel adapté à la personne. Les SCPD sont donc spécialement d'intérêt comme ils ont des impacts majeurs sur la trajectoire de soins des PA et leur qualité de vie.

### **Défis pour les professionnels**

Les SCPD représentent des défis majeurs pour les professionnels. Une mauvaise gestion d'un SCPD peut engendrer un sentiment d'échec ou de frustration pour le personnel soignant (Schaud et al., 2018). Cette gestion constante des comportements problématiques leur apporte une lourdeur émotionnelle quotidienne, les place à risque d'épuisement professionnel, augmente leur niveau de stress et leur sentiment d'impuissance (Senderovich et al., 2016; Wood et Dimond, 2002). Ils peuvent donc avoir davantage recours aux mesures pharmacologiques ou restrictives, entre autres, lorsque les interventions non pharmacologiques sont difficiles à maintenir.

### **Impacts sur les personnes âgées**

Les SCPD entraînent également des impacts directs sur la personne âgée. En effet, Senderovich et al. (2016) rapportent qu'ils peuvent occasionner de la détresse psychologique, de l'inconfort et de l'irritabilité. D'autres auteurs rapportent qu'ils réduisent l'autonomie et la qualité de vie de ces personnes (Hawranik et al., 2008 ; Senderovich et al., 2016). Conséquemment, les SCPD sont une cible d'intervention prioritaire.

Les comportements excessifs sont ceux qui requièrent une gestion et une analyse supplémentaires afin de bien comprendre leurs fonctions et leurs déclencheurs. Certains vont les appeler des « comportements dysfonctionnels », d'autres des « comportements d'agitation » ou des « comportements perturbateurs » (Voyer, 2013).

Dans une perspective d'analyse psychoéducative, les SCPD doivent être interprétés comme des tentatives d'adaptation de la PA à son environnement. Afin d'analyser la nature des SCPD, il faut comprendre que le TNC engendre des atteintes neurologiques qui impactent le fonctionnement. Ainsi des symptômes d'anxiété ou de déprime peuvent être exacerbés par les pertes cognitives. À l'inverse, l'anxiété ou la déprime augmentent les problèmes de mémoire. Par exemple, cette PA qui, dans son histoire de vie a une personnalité anxieuse, son TNC peut jouer un rôle de facteur de vulnérabilité et exacerber ses réactions émotionnelles (Voyer, 2013).

L'intervention des SCPD se décline en deux approches : pharmacologique et non pharmacologique.

### **Approches pharmacologiques et leurs limites**

Parmi les approches pharmacologiques les plus utilisées dans la gestion des SCPD on retrouve les inhibiteurs de cholinestérase, les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les stabilisateurs de l'humeur. Les antipsychotiques les plus souvent utilisés en CHSLD sont la rispéridone, la quétiapine, l'olanzapine, l'halopéridol et la fluphénazine. Tandis que les antidépresseurs les plus souvent prescrits sont la sertraline et le citalopram. Du côté des anxiolytiques les plus souvent administrés, on retrouve le lorazépam, l'oxazépam, et le temazépam. Les stabilisateurs de l'humeur les plus souvent utilisés comprennent le trazodone, la carbamazépine et le divalproex sodium (Martin et Preedy, 2020). Le lecteur qui souhaite en savoir davantage est invité à consulter le livre de Martin et Preedy 2020. Toutefois, les approches pharmacologiques présentent des limites importantes. Elles agissent sur les symptômes sans effet curatif et leur efficacité varie en fonction de l'âge, du type de TNC et de la tolérance de la PA (Martin et Preedy, 2020). Elles sont également associées à des effets secondaires qui peuvent être significatifs, par exemple en augmentant le risque de chute, la léthargie ou en induisant de l'hypotension (voir p. ex. Masand, 2000).

### **Leadership infirmier**

Dans les milieux de vie d'hébergement, c'est l'infirmier-chef qui a la responsabilité de prendre des décisions concernant les stratégies utilisées dans la gestion des SCPD manifestés par les résidents. Par exemple, si la PA est agitée, c'est l'infirmier qui décidera s'il administre ou non une médication. Selon les écrits, il est primordial d'utiliser une approche pharmacologique qu'en dernier recours, entre autres, lorsque d'autres interventions alternatives ont été tenté et se sont avérées inefficaces. En cas de SCPD, une prise en charge en soins infirmiers demeure nécessaire afin d'offrir des stratégies alternatives à la médication. Les approches de «dé prescription» sont populaires, efficaces et bien appuyées dans la littérature et les pratiques reconnues en gérontologie (Quevillon et Bédard, 2003). En effet, face à un résident qui manifeste un SCPD les

interventions devraient être planifiées et choisies. Selon les bonnes pratiques, celles-ci devraient relever d'une évaluation prenant en considération un ensemble de facteurs notamment l'influence des stimulus dans l'environnement de la PA (Moreno et al., 2009).

### **Effets secondaires**

Ce type d'approche a également des effets secondaires fréquents et parfois graves. L'utilisation d'une approche pharmacologique peut engendrer des effets secondaires importants sur la PA. Parmi ceux-ci, la personne peut vivre de l'endormissement, perdre ses repères internes et ses capacités physiques en plus d'augmenter ses risques de chute. Afin d'assurer la sécurité de la personne et de celle des autres, l'équipe soignante risque de juger nécessaire l'utilisation de mesures de contrôle et de contention.

Le fait d'être contentonné à un fauteuil roulant peut ainsi engendrer de la douleur, des blessures et des infections. À cela s'ajoute des conséquences psychologiques telles que des manifestations d'anxiété, de la détresse et des risques d'agressions (Appel et al., 2024). Considérant les effets secondaires de la médication administrée pour diminuer l'anxiété, les stratégies d'intervention non pharmacologiques devraient être privilégiées (Ortoleva et al., 2016).

En plus d'engendrer de possibles pertes physiques, la médication peut contribuer à l'accélération des pertes cognitives (Quevillon et Bédard, 2003). L'approche pharmacologique comporte le risque d'altérer les capacités cognitives de la personne ce qui réduit, par le fait même, ses capacités d'adaptation et peut accentuer les SCPD (Quevillon et Bédard, 2003). Conséquemment, les interventions pharmacologiques sont généralement à éviter au profit d'approches présentant moins de risques.

### **Approches non pharmacologiques**

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'utilisation des approches non pharmacologiques dans la réduction des symptômes d'anxiété chez les PA vivant avec un TNC.

Parmi celles-ci, on y retrouve la musicothérapie, la pratique régulière d'activité physique, les approches cognitivo-comportementales, l'approche *Peacefull Mind*, la stimulation cognitive et la réminiscence (Ortoleva, 2016). La musicothérapie demeure une des approches non pharmacologiques les plus documentées. Toutefois, il est possible d'imaginer d'autres formes qui pourraient avoir des effets, notamment la somesthésique. L'essai va s'intéresser aux différentes méthodes et aux effets d'une approche somesthésique.

Bien que les approches sensorielles soient prometteuses, les connaissances à leur sujet sont limitées, notamment de par leur hétérogénéité.

Tout d'abord, il existe des méthodes multisensorielles qui viennent stimuler au moins deux sens chez la personne et d'autres qui éveillent qu'un seul sens. Dans les écrits, une stratégie multisensorielle prend généralement la forme d'une salle sensorielle afin de créer un environnement qui stimule plusieurs sens chez la personne. Sans demande intellectuelle ou physique, les stimulus sont présentés sans modèle précis et sans séquence (Ball et Haight, 2005).

Dans la littérature, on parle également de l'approche Snoezelen ou de stimulation multisensorielle (SMS). Elle constitue un mode de communication pour les PA présentant un TNC, car elle ne sollicite pas leurs incapacités sur le plan cognitif. Au contraire, c'est une façon adaptée et personnalisée de communiquer et de répondre à leurs besoins. L'objectif désiré est d'augmenter leur sentiment de bien-être.

Conséquemment, le présent essai s'intéresse aux approches sensorielles et à leurs impacts sur les SCPD chez les PA vivant avec un TNC.

### **Stimulation somesthésique**

Considérant que plusieurs études se sont intéressées à la musicothérapie et aux salles multisensorielles, le présent essai portera plus spécifiquement sur les effets d'une approche sensorielle par le toucher. Dans la littérature, la stimulation tactile renvoie à l'utilisation de

différentes textures, par exemple au moyen de tableaux tactiles fabriqués avec des matières rugueuses ou lisses, froides et chaudes, dures ou souples (Amyotte-Graveline, G. et al., 2022).

### **Principes généraux de l'approche sensorielle**

L'approche multisensorielle, aussi appelée Snoezelen, vise à optimiser la qualité de vie en comprenant mieux ce qui est important pour le résident. Cette approche, non directive, s'adapte aux besoins de la PA. Celle-ci peut faire ses propres choix et trouver ses propres réponses en explorant les stimuli sensoriels (Van et al., 2005). Cette approche peut être utilisée de façon planifiée ou spontanée, en modalité individuelle ou de groupe (Sanchez et al., 2013). Le lecteur intéressé à mettre en place un environnement sensoriel dans un milieu de vie est invité à consulter le guide complet d'Amyotte-Graveline, G. et al. (2022).

### **Effets de l'approche multisensorielle**

Les recherches existantes ont exploré les effets de l'approche Snoezelen en relation avec diverses variables, notamment la communication et les interactions sociales, le fonctionnement au quotidien, les manifestations des comportements, l'humeur et les capacités cognitives (Sanchez et al., 2013). Bien que plusieurs travaux rapportent des retombées positives, la portée de ces effets et leur pérennité demeurent des questions de recherches importantes.

### **Objectif de l'essai**

Le présent essai a pour objectif de faire la synthèse des résultats de la littérature des stratégies somesthésiques existantes et d'évaluer leurs effets sur les SCPD des personnes âgées vivant avec un TNC.

## Méthode

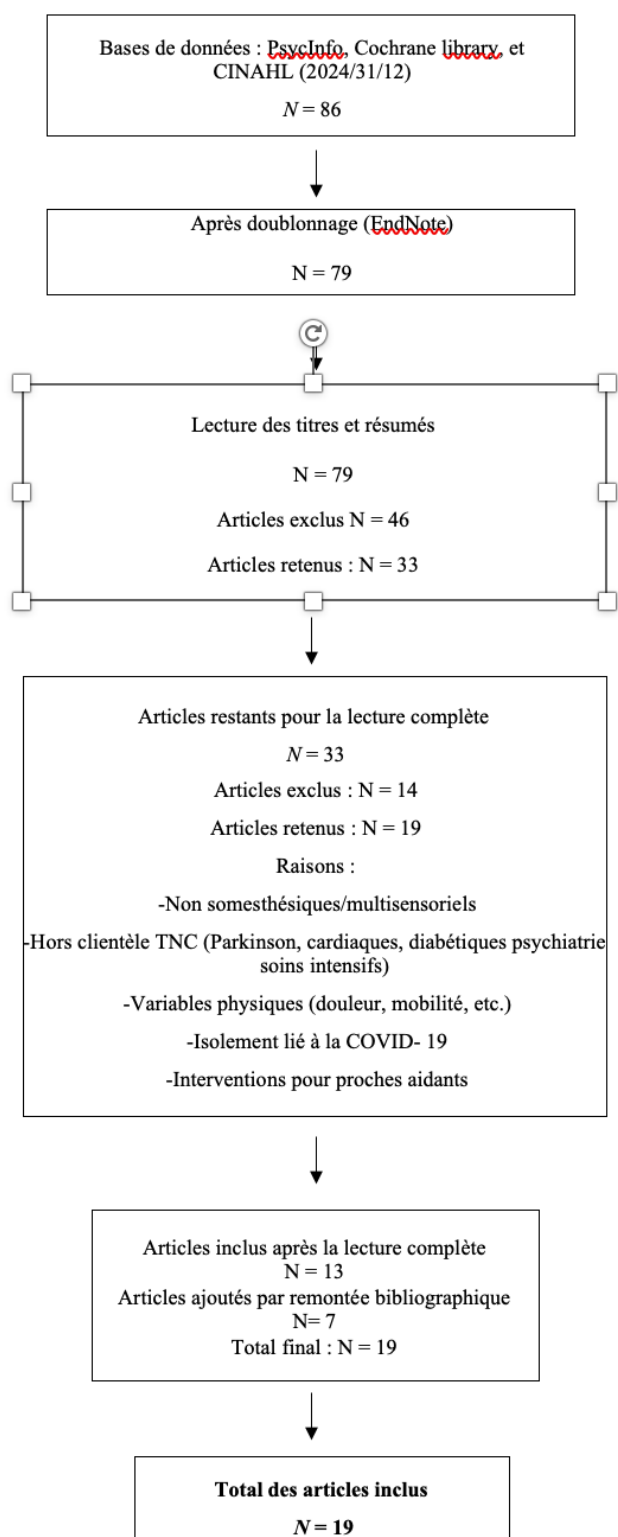
La recension d'écrit s'appuie sur des articles scientifiques empiriques et des revues systématiques. Cette recherche a été réalisée sur les banques de données PsycINFO, COCHRANE LIBRARY et CINAHL Complete. La démarche s'inspire des lignes directrices de PRISMA. La sélection des articles a été validé par le directeur. Une double lecture a été faite soit celle des titres et résumés puis les textes complets. Pour la sélection finale, les doublons ont été retirés à l'aide de EndNote. Les articles sélectionnés ont été analysés en fonction de leur devis, de leur pertinence clinique, de la variété de l'intervention ainsi que des effets sur l'anxiété et les SCPD. Pour ce faire, la complétion d'un tableau détaillé (Appendice A) a été réalisé avec les catégories : référence, objectif de l'étude, devis, échantillon et principaux résultats. Cette analyse a permis une meilleure comparaison des données pour chacune des études. Une attention particulière a été portée à la variable « stade d'évolution du TNC » afin d'établir des liens entre les interventions utilisées dans les études et celle-ci.

Trois principaux concepts ont été mis de l'avant : la stimulation sensorielle par le toucher, l'anxiété et les troubles neurocognitifs. En date du 6 mars 2024, une recherche initiale a été effectuée sur les bases de données PsycINFO et CINAHL Complete avec les opérateurs booléens suivant : «touch» OR «touching» OR «tactual» OR «tactile» OR «cutaneous sense» OR «somesthe» OR «massage\*» OR «physical contact» OR «haptic» OR «tactual stimulation» OR «physical contact», OR «somesthetic perception» AND «alzheimer\*» OR «dementia» OR «neurocognitive disorder» OR alzheimer's disease», OR «neurocognitive disorders» AND «anxiet\*» OR «anxious\*» OR «anxiety» OR «anxiety disorders». Pour la base de données COCHRANE LIBRARY, les opérateurs booléens suivants ont été utilisés : «touch» OR «touching» OR «tactual\*» OR «tactile\*» OR «cutaneous sense» OR «somesthe\*» OR somatesthe\*» OR «massage\*» OR« physical contact» OR «haptic» AND «alzheimer\*» OR «dementia» OR «neurocognitive disorder» OR BPSD AND «anxiet\*» OR «anxious\*». Les études publiées entre 1988 et 2022 ont été considérées. À la recherche initiale, les filtres de langues (anglais/français), et d'articles avec comité de pairs ont été appliqués.

Après une recherche préliminaire sur les bases de données francophones, peu de résultats en ressortaient, la recherche finale a donc été réalisée sur les bases de données anglophones. Puisque des articles francophones se retrouvaient sur les bases de données anglophones, la sélection finale comprend à la fois des articles en français et en anglais.

Lors de recherches préliminaires, le choix du mot-clef « multisensoriel » incluait plusieurs études abordant la musicothérapie. Puisque cette intervention est grandement documentée, le choix s'est arrêté au mot-clef « somesthésique ». Les mots-clefs ainsi que le choix des bases de données ont été validés par la bibliothécaire et le directeur de recherche. Par la suite, une approche par remontée bibliographique été utilisée afin d'identifier d'autres articles d'intérêt issus de ceux initialement recensés.

Les études sélectionnées se devaient de correspondre aux critères d'inclusion suivants : utilisation de stratégies somesthésiques, mesure des effets sur l'anxiété et/ou les manifestations comportementales et ciblage d'une clientèle âgée vivant avec un trouble neurocognitif (TNC). Certaines études ont toutefois été retenues en raison de leur caractère novateur, bien que leur méthodologie présentait quelques limites. Les critères d'exclusion comprenaient les chapitres de livres, thèses et mémoires ayant une portée théorique. Ceux-ci ont été exclus après leurs lectures complètes puisqu'ils n'incluaient pas de données empiriques. Plus précisément, les articles qui abordaient des approches comme la réminiscence ou la multisensorielle ont été exclus. Les articles évaluant les variables physiques comme la mobilité, la prévention des chutes ou la gestion de la douleur ont également été exclus. Les interventions et programmes d'aide au personnel soignant ou aux proches aidants ont été exclus de même que les traitements pour des phobies spécifiques. Il y a également les études évaluant le traitement de la mémoire, l'isolement sociale et destinées à d'autres clientèles comme les patients en psychiatrie, en soins intensifs, les diabétiques et les cardiaques qui n'ont pas été considéré dans la recension. Le processus de sélection final a mené à 19 études finaux (14 empiriques et 5 revues systématiques), tel qu'illustré dans le diagramme de flux (Figure 1).

**Figure 1***Processus de sélection des publication PRISMA***Diagramme de flux complété**

## Résultats

La présentation des résultats de l'essai est divisée selon les catégories de stratégies somesthésiques ressorties dans les articles. L'ordre des résultats est présenté comme suit : interventions basées sur le toucher thérapeutique, les techniques de physiothérapie, les massages, la relaxation, l'utilisation d'approches combinées et les objets sensoriels. Par la suite, suivra la présentation des revues systématiques.

Le Tableau 1 (Appendice A) présente les résultats retenus pour cet essai. Celui-ci comprend 19 études, dont 5 revues systématiques. Les 14 articles empiriques sont répartis en 11 études quantitatives, 2 études qualitatives et une étude à devis mixte. La plupart des articles utilisent des échelles standardisées pour évaluer les SCPD, les manifestations d'anxiété et de déprime, les comportements excessifs, l'autonomie et le stade du TNC (voir Appendice A). Les autres méthodes de collecte de données incluent des journaux de bord, des grilles d'observation et, dans certains cas, des marqueurs physiologiques de l'anxiété.

### Toucher thérapeutique

Quatre études (Hawranik et al., 2008, Senderovich et al., 2022; Wood et Dimond, 2002; Wood et al., 2005) ont toutes suivi le protocole structuré d'intervention du toucher thérapeutique tel que proposé par Krieger (1975).

La première étude faisant l'utilisation du toucher thérapeutique structuré est celle de Hawranik et al (2008). Cette étude, réalisée auprès de 21 participants, évalue les effets du toucher thérapeutique sur les comportements physiques avec agressivité, l'agitation physique sans agressivité et l'agitation verbale. Un groupe a reçu l'intervention du toucher thérapeutique structuré, le groupe placebo a reçu un traitement similaire au toucher thérapeutique et le groupe contrôle a suivi sa routine de soins habituelle. Les résultats démontrent que les interventions du toucher thérapeutique simulé ont sensiblement les mêmes effets chez les participants que ceux ayant reçu le protocole structuré. Pour les trois groupes, une différence significative est soulevée dans la quantité de comportements cotés à l'Inventaire d'Agitation de Cohen-Mansfield (CMAI).

Selon Hawranik et al. (2008), le toucher thérapeutique structuré et simulé seraient tous deux efficaces pour réduire les comportements de type « physiques sans agressivité ». Par contre, le toucher thérapeutique structuré serait plus efficace que le toucher simulé pour diminuer ce type de comportements.

De plus, pour les trois groupes, aucune des interventions n'a démontré des effets significatifs sur la diminution des comportements « physique avec agressivité ». Deux semaines après le traitement, les résultats montrent qu'une augmentation significative des comportements « physiques avec agressivité » et « physiques sans agressivité », ce qui n'est pas observé pour ceux de type « agitation verbale ».

La deuxième étude est celle de Senderovich et al. (2022) menée auprès de 49 participants. Les auteurs s'intéressent à l'efficacité du toucher thérapeutique sur la réduction des comportements excessifs chez les personnes vivant avec un TNC modéré à sévère et vivant en institution. Un groupe a reçu le toucher thérapeutique suivant le protocole structuré, le groupe placebo a reçu une intervention qui s'apparente au toucher thérapeutique et le groupe contrôle a suivi sa routine régulière. Les résultats soulèvent une diminution dans la fréquence et l'intensité des SCPD pour le groupe ayant reçu l'intervention du toucher thérapeutique structuré en comparaison avec les deux autres groupes placebo et contrôle. Une augmentation des scores à l'échelle révisée des troubles de mémoire et du comportement (ÉRTMC) s'observe dans les groupes placebo et contrôle, contrairement au groupe intervention où les scores ont diminué. Toutefois, les effets s'estompent une fois l'intervention terminée. Il est à noter que tous les participants sont stabilisés par une médication depuis au moins un mois pour être admissibles. Les impacts sur l'agitation sont également mesurés par l'échelle d'évaluation des comportements agressifs (ABRS) qui ne dénotent aucune différence significative entre les groupes avec une légère augmentation pendant le traitement et une baisse lorsque l'intervention s'est terminée.

L'étude de Wood et Dimond (2002) quant à elle est menée auprès de 10 résidents. Les auteurs s'intéressent à l'efficacité du toucher thérapeutique sur la diminution des comportements

d'agitation. Ils ont également voulu valider l'hypothèse que le toucher thérapeutique devrait réduire le niveau de cortisol salivaire et urinaire et celle de l'existence d'une corrélation entre les niveaux de cortisol et les comportements d'agitation. Tout d'abord, l'intervention du toucher thérapeutique est efficace dans la diminution de l'ensemble des comportements d'agitation. Plus précisément, les résultats soulèvent une diminution plus importante de ceux de type « vocalisation » et « errance », mais aucune amélioration significative pour ceux de type « manipulation manuelle », « comportements moteurs », « évitement de contention » et « recherche errante ». Du côté des mesures évaluant le taux de cortisol, les résultats soulèvent une légère diminution pendant le traitement et immédiatement après. Toutefois, ceux-ci demeurent non significatifs. Également, les auteurs rapportent une corrélation entre le taux de cortisol qu'il soit mesuré par un échantillon salivaire ou urinaire, et les comportements de déambulation et de marche, de même que ceux d'errance. Ils soulèvent également l'existence d'une deuxième corrélation entre le taux de cortisol dans la salive et les comportements de « manipulation manuelle ». Une diminution de ces comportements et une augmentation des taux de cortisol sont mesurées pendant la période des trois jours de traitement pour ensuite graduellement s'estomper après le traitement. Les auteurs concluent que le toucher thérapeutique devrait être intégré aux soins gériatriques et que des études plus larges devraient être réalisées pour confirmer l'efficacité sur le taux de cortisol. (Wood et Dimond, 2002)

En 2005, l'étude de Wood et al. est menée auprès de 57 participants vivant avec la maladie d'Alzheimer à des stades modérés à sévères et présentant des comportements excessifs. Le groupe expérimental a reçu le traitement du toucher thérapeutique, le groupe placebo a reçu un traitement qui s'apparente au toucher thérapeutique et le groupe contrôle s'est vu administré ses soins habituels. L'objectif de l'étude est sensiblement le même que l'étude de Wood et Dimond (2002) soit l'évaluation du niveau d'efficacité du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux chez les personnes atteintes de démence modérée à sévère et vivant en institution. Les résultats collectés dénotent une diminution significative des comportements excessifs dans leur ensemble pour le groupe ayant reçu l'intervention du toucher thérapeutique comparé aux deux autres. Plus spécifiquement, chez les participants de ce groupe,

une diminution significative est rapportée seulement pour les comportements de « manipulation manuelle » et de « vocalisation » en comparaison avec le groupe contrôle. De plus, une augmentation des comportements « d'agitation » et de « vocalisation » est relevée pour le groupe recevant l'intervention structurée. Une diminution des SCPD est notée par le personnel soignant pour les comportements « d'agitation » et de « vocalisation » pour le groupe expérimental.

Finalement, l'étude de Griffin et Vitro (1998) est menée auprès de 120 résidents vivant en milieu d'hébergement et a pour but d'évaluer les effets du toucher thérapeutique. Un protocole structuré a été suivi dans l'exécution du toucher thérapeutique. L'étude, menée sans groupe contrôle, s'appuie sur les observations du personnel soignant consignées dans un journal de bord après l'intervention.

Quelques effets sont soulevés chez les résidents tels qu'une diminution des manifestations d'anxiété verbale, un état de relaxation, une diminution de l'agitation et l'évitement d'une médication prescrite au besoin (PRN). Bien que l'étude présente quelques faiblesses méthodologiques, d'autres résultats de nature qualitative sont soulevés chez le personnel soignant notamment l'émergence d'un sentiment de connexion émotionnelle avec les résidents.

### **Techniques de physiothérapie**

L'étude de Sherder et al. (1998) menée auprès de 16 participants parmi 500 résidents vivant en centre d'hébergement évalue l'efficacité d'une stimulation tactile par l'utilisation d'une brosse à massage et par des techniques de physiothérapie. Les massages sont faits sur le dos des participants par un professionnel. Les résidents sont divisés en deux groupes : l'un a reçu un massage par stimulation tactile et l'autre une intervention simulée du même traitement. Selon les résultats, le groupe ayant reçu le massage par stimulation tactile s'est vu vivre des améliorations sur le plan de la « validité mentale » et de « l'inactivité », mais sans qu'il y ait une différence significative. De plus, des effets significatifs sont observés pour le groupe ayant reçu les massages par stimulation tactile et aucun changement, voire une dégradation fut soulevée pour le groupe ayant reçu la simulation du traitement. Également, l'intervention de physiothérapie n'eut

pas d'influence sur l'amélioration des comportements « d'agressivité » et de « déprime », mais des impacts sur l'amélioration de certains comportements et sur les traits « dépression » et « humeur ». Des résultats significatifs sont soulevés à la fois pour les comportements « anxiété » et les traits « anxieux ». Par contre, les effets ne persistent pas au-delà de six semaines sans intervention pour les deux groupes.

### **Massages**

L'étude de Rodríguez-Mansilla et al. (2015), réalisée auprès de 120 résidents en institution a pour objectif de comparer les effets de l'application d'une technique de pression au niveau des oreilles à des massages relaxants sur les jambes et le dos des participants. L'intervention des pressions auriculaires découle de la technique de « MA-TF1 Ear Shenmen, Myorelaxant et Xin Heart » qui consiste à exercer une pression sur trois points spécifiques de l'oreille. L'un est associé à la réduction du stress et de l'anxiété, l'autre est utilisé pour une détente musculaire puis le dernier contribue à l'amélioration de la régulation émotionnelle et du bien-être psychologique (Rodríguez-Mansilla et al., 2015). Dans cette étude, les auteurs font l'utilisation d'échelles standardisées mesurant les symptômes d'anxiété et de dépression chez les participants. Dans la globalité, les résultats montrent que les pressions auriculaires demeurent plus efficaces que les massages. Plus spécifiquement, les deux types d'interventions se sont avérés efficaces pour réduire les manifestations d'anxiété. Toutefois, les pressions auriculaires se sont avérées plus efficaces que les massages pour réduire les symptômes de déprime. Une nuance importante réside dans le fait que les résultats varient en fonction du niveau de sévérité du TNC du résident. En effet, les résultats sont moins importants pour les résidents à des stades sévères de la maladie en comparaison à ceux à des stades modérés. Par contre, des techniques de massothérapie seraient plus efficaces pour des résidents à des stades avancés.

L'étude de Moyle et al. (2014), menée auprès de 53 participants compare les effets des massages de pieds à celle d'une présence humaine sur la réponse physiologique de stress. L'anxiété est mesurée à l'aide des données du rythme cardiaque et de la pression artérielle des

PA. Les résultats soulèvent une diminution non significative à la fois pour le rythme cardiaque que la pression artérielle, et ce, pour les deux groupes. En post-intervention, les résultats des mesures physiologiques de l'anxiété sont significativement inférieurs en comparaison avec celles en pré intervention. Les participants des deux groupes ont également de meilleures nuits de sommeil en post-intervention. Les résultats soulèvent que la simple présence d'une personne peut aider à réduire le stress physiologique des PA vivant avec un TNC.

L'étude de Schaub et al. (2018) est réalisée auprès de 40 patients hospitalisés et vivant avec la maladie d'Alzheimer. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'un programme de massages des mains sur le stress physiologique et l'agitation comportementale des PA hospitalisées et vivant avec un TNC. Le groupe expérimental a reçu une série de massages des mains suivant un protocole structuré en six étapes. Au niveau physiologique, une diminution du stress est ressortie immédiatement après les séances. Toutefois, l'anxiété moyenne de base, relativement élevée, s'est maintenue pendant toute la durée de l'étude. Quant aux comportements d'agitation, une diminution significative est observée pour le groupe ayant reçu l'intervention avec des effets thérapeutiques immédiats. Les résultats soulèvent que le groupe ayant reçu l'intervention des massages des mains manifeste moins d'agitation que celui n'ayant reçu aucun traitement. Cette différence entre les deux groupes est significative. Parmi les recommandations des auteurs, ceux-ci mentionnent que le protocole de massage se doit d'être flexible et individualisé à la personne et que davantage d'études restent à réaliser pour confirmer l'efficacité à plus grande échelle de ce type d'intervention.

### **Techniques combinées**

Monfort et al. (2003) ont mené une étude auprès de 21 patients en centres de soins de longue durée. Leur objectif est de décrire un centre de jour destiné à la prise en charge des SCPD à l'aide d'une approche multidisciplinaire et individualisée. Le centre de jour fait l'utilisation de plusieurs types de traitements, dont les soins à visée corporelle et la relaxation. Les interventions non pharmacologiques regroupent des techniques de réadaptation, des activités de socialisation,

d'ergothérapie et artistiques et l'application de techniques de massage et de relaxation. Les participants qui bénéficient davantage du centre de jour ont une altération moyenne à modérée de leurs fonctions cognitives et manifestent des symptômes dépressifs. Des effets bénéfiques sont observés à la fois chez la PA, chez les proches et le personnel soignant. Toutefois, les auteurs n'ont pas été en mesure d'isoler les effets de la relaxation aux massages.

L'étude de Sansone et Schmitt (2000) est menée auprès de 34 résidents, leurs proches et le personnel soignant. Elle a pour objectif d'évaluer les effets du toucher thérapeutique combiné aux massages. Les résultats qualitatifs comprennent les commentaires du personnel soignant et des familles. Parmi les changements observés, figurent une baisse des manifestations d'agressivité physique, des résistances aux soins et des symptômes dépressifs ainsi qu'une meilleure communication verbale. Les résultats de nature quantitative sont mesurés à l'aide d'échelles d'agitation et d'anxiété. Ceux-ci soulèvent que le toucher thérapeutique avec massage est plus efficace pour les résidents à des stades légers à modérés plutôt qu'à des stades plus avancés. Les auteurs s'entendent sur le fait que le toucher thérapeutique combiné à des massages est efficace comme intervention pour réduire l'anxiété et l'agitation. Toutefois, ses effets s'estompent une fois l'intervention terminée.

L'étude de Kim et Buschmann (1999) a pour objectif de déterminer les effets du toucher thérapeutique combiné à une technique de verbalisation sur les manifestations d'anxiété et les comportements dysfonctionnels. L'étude est réalisée auprès de 30 résidents en établissement vivant avec les manifestations d'un TNC. Le niveau d'intensité d'anxiété est mesuré à l'aide de la fréquence cardiaque et les comportements excessifs à l'aide de l'échelle évaluation comportementale des troubles psychologiques chez les patients vivant avec un TNC (en anglais : BEHAVE-AD). Les résultats permettent de conclure de l'efficacité de cette technique sur la diminution de l'anxiété et des comportements excessifs. Toutefois, après une cessation de l'intervention les effets bénéfiques s'estompent.

Une deuxième étude de Dimitriou et al. (2020) est réalisée auprès de 60 patients vivants à différents stades du TNC. L'objectif est de mesurer les effets de trois méthodes non pharmacologiques sur les manifestations d'anxiété. Un groupe a reçu une intervention de musicothérapie, un autre un programme d'exercices physiques et le dernier une combinaison d'aromathérapie avec massage. L'évaluation des résultats est réalisée à l'aide d'une échelle standardisée mesurant le niveau d'intensité d'anxiété et de détresse du proche aidant. Considérant l'objectif de cet essai, seuls les résultats de l'utilisation d'une intervention somesthésique sur les résidents sont considérés. L'intervention combinée d'aromathérapie et de massage a des effets positifs sur la diminution de l'anxiété. Cependant, la musicothérapie et l'exercice physique sont plus efficaces. Également, l'exercice physique et l'aromathérapie combinée aux massages sont moins efficaces que la musicothérapie.

### **Relaxation**

L'étude de Shalek et Doyle (1998) est menée auprès de 120 personnes vivant dans une unité spécialisée pour résidents présentant des comportements excessifs. Les participants prennent part à 16 semaines d'intervention de groupe dont les thèmes sont adaptés aux loisirs antérieurs de chacun. Les objectifs de l'étude sont de réduire l'agitation et l'anxiété, de stimuler les compétences sociales, d'encourager la participation de groupe, de proposer une stimulation sensorielle et d'offrir un environnement sécurisant. L'intervention porte principalement sur l'enseignement de techniques de gestion du stress et de relaxation, ajustées aux besoins spécifiques de chaque résident. Les activités reposent sur un cadre structuré favorisant l'expression des besoins et guidé par des objectifs mesurables établis par le groupe.

Elles intègrent également une stimulation sensorielle. Les résultats montrent que les résidents paraissent plus détendus lorsqu'ils sont capables de répondre aux questions et de participer. Des changements s'observent dans leur langage corporel, leurs expressions faciales et leur niveau de détresse. Selon les auteurs, l'incitation, la redirection et l'encadrement demeurent des conditions nécessaires pour limiter la confusion des personnes âgées en créant un environnement sécuritaire.

## **Objets sensoriels**

Le dernier article présenté est celui de Kroustos et al. (2016) qui a pour objectif d'évaluer les effets d'une intervention par les *fidgets blankets* (couvertures tactiles). Les auteurs souhaitent valider l'hypothèse qu'un manque de stimulation sensorielle chez les PA vivant avec un stade avancé d'un TNC contribuerait à l'augmentation des SCPD. Cet article a été inclus dans les résultats du présent essai considérant l'aspect novateur, mais les résultats sont présentés brièvement considérant les faibles conditions méthodologiques. Selon les résultats, des effets positifs sont soulevés soit l'amélioration des symptômes comportementaux tels que l'agitation et l'errance, une diminution des comportements verbaux avec agressivité et des résultats variables sur les taux de cortisol. Le lecteur intéressé à instaurer l'utilisation de *fidgets blankets* dans un milieu de vie est invité à consulter l'article, Kroustos et al. (2016).

Les revues systématiques analysées dans le présent essai se divisent en deux grandes catégories. Celles à visée clinique, proposant des interventions concrètes, et celles à visée exploratoire, axée sur l'étude de concepts émergents ou peu documentés. Les revues à portée clinique fournissent des informations sur l'implantation, l'efficacité et la faisabilité d'interventions non pharmacologiques telles que le massage ou le toucher thérapeutique. Les revues à visée exploratoire, quant à elles, mettent de l'avant des approches innovantes, comme le toucher thérapeutique sans obligation de contact physique, des interventions centrées sur la relation thérapeutique ou intégrant la validation émotionnelle. Ces études évaluent les effets de ces interventions en relation avec différentes variables notamment les SCPD, l'agitation, l'errance, l'anxiété et la dépression.

## **Première revue systématique**

La revue systématique de Wu et al. (2017) comprenant 11 études, a pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions par le massage, le toucher thérapeutique ou leur combinaison avec l'aromathérapie. Ces interventions sont étudiées en lien avec les SCPD ainsi que l'expression des émotions désagréables (anxiété, tristesse, colère). Les interventions non

somesthésiques recensées dans cette méta-analyse ne sont pas retenues dans le cadre de ce présent essai. Les auteurs présentent également des fondements théoriques expliquant les effets potentiels de ces approches, notamment en lien avec la réduction de l'agitation et des comportements avec agressivité. Les résultats indiquent que les massages et le toucher thérapeutique contribuent à diminuer l'ensemble des SCPD, plus particulièrement les manifestations comportementales physiques et verbales avec ou sans agressivité. Toutefois, les données empiriques ne permettent pas de conclure à une efficacité significative sur les manifestations anxiodépressives ou sur la régulation des émotions désagréables. Les auteurs recommandent de réaliser d'autres essais cliniques rigoureux afin d'assurer une standardisation des interventions.

### **Deuxième revue systématique**

La revue systématique de O'Neil et al. (2011) comprend 172 articles empiriques et vise à examiner l'efficacité, la sécurité et la faisabilité des interventions non pharmacologiques en comparaison avec la médication pour la gestion des SCPD. Les auteurs explorent l'existence d'un lien entre l'utilisation de diverses stratégies non pharmacologiques par les intervenants selon le type de manifestations comportementales. Parmi les interventions non pharmacologiques recensées se trouvent le massage et le toucher thérapeutique, l'aromathérapie, la musicothérapie, la stimulation multisensorielle, l'exercice physique, les thérapies de gestion comportementale et d'autres interventions psychosociales soit la zoothérapie et l'exercice physique.

Considérant l'objectif de cet essai, les résultats liés à l'efficacité de l'utilisation de stratégies somesthésiques sont considérés plus en détail. Les résultats indiquent que les massages seuls ou combinés à de la musique douce peuvent aider à réduire l'agitation chez les personnes vivant avec un TNC. Bien que les effets observés soient généralement concluants, notamment sur l'agitation et l'agressivité, le niveau de preuve demeure faible. En ce qui concerne les comportements d'errance, les données sont peu concluantes en raison de la faible qualité des études et de la difficulté à mesurer ce comportement, souvent observé de manière anecdotique.

Sur le plan de la sécurité des interventions, bien que certaines PA puissent présenter des réactions comportementales ou psychologiques, les interventions non pharmacologiques demeurent appropriées et peuvent être utilisées en toute sûreté. En effet, les interventions de stimulation sensorielle, particulièrement les massages et le toucher thérapeutique peuvent créer l'effet inverse d'augmenter l'agitation ou les comportements physiques avec agressivité de certaines PA.

Du côté de l'implantation et de la faisabilité, les auteurs s'entendent sur le fait que l'utilisation d'une telle approche est peu coûteuse et facile à faire naître dans un milieu de vie (O'Neil et al., 2011). Ils recommandent le recours à des interventions somesthésiques individualisées, peu invasives et adaptées aux préférences de la PA. L'individualisation est associée à de meilleurs résultats.

### **Troisième revue systématique**

La revue de littérature menée par Utli (2022) basée sur l'analyse de 11 études, vise à évaluer les effets de différentes techniques de massothérapie. L'objectif est d'en examiner les effets sur les symptômes cliniques des PA, en particulier celles souffrant de maladies chroniques et neurologiques. Certaines études s'intéressent aux effets des massages sur la douleur, la constipation, la mobilité ainsi que sur les symptômes comportementaux et psychologiques notamment l'agitation, l'anxiété et la dépression.

Les résultats mettent en évidence des effets positifs des massages des mains, du visage ou du dos. Les participants présentent une réduction de leur niveau d'agitation, une amélioration de leur humeur et de leur sommeil, ainsi que de leurs manifestations d'anxiété et de déprime, et ce, même en l'absence de verbalisation.

Utli (2022) conclut que la massothérapie est une approche économique, efficace dans la gestion de certains symptômes liés au vieillissement et adaptée à une clientèle gériatrique.

L'auteur recommande de l'intégrer en complément aux soins infirmiers, notamment dans les milieux de soins pour personnes âgées.

#### **Quatrième revue systématique**

La revue systématique de Bagci et Cinar Yucel (2020), recensant 25 études, portent sur les effets cliniques, les domaines d'application et l'efficacité du toucher thérapeutique. Parmi les variables examinées dans cette méta-analyse, certaines sont particulièrement pertinentes pour ce présent essai : l'anxiété, l'agitation, les symptômes comportementaux et les niveaux de cortisol. Quatre des études recensées sont menées auprès de PA vivant avec un TNC.

Les résultats de cette méta-analyse montrent que le toucher thérapeutique peut contribuer à la réduction des symptômes comportementaux notamment l'agitation, l'errance et l'agressivité non physique. Un effet calmant a également été observé chez les participants, de même que l'amélioration de la relation personnel soignant et résident lorsqu'il est utilisé par les infirmiers.

Les auteurs statuent que le toucher thérapeutique est une intervention moins invasive que d'autres traitements, sans effets secondaires et peu coûteuse. Ils concluent que cette stratégie est efficace pour diminuer l'anxiété, l'agitation et recommandent son utilisation en complémentarité avec les soins infirmiers, notamment auprès d'une clientèle gériatrique vivant avec un TNC.

#### **Cinquième revue systématique**

La revue systématique de Ploner-Grissmann (2018) explore l'efficacité du toucher thérapeutique selon la méthode du *Brennan Healing Science*, une autre forme du toucher qui se centre sur la relation thérapeutique et la présence du donneur de soins auprès de la personne âgée. Cette technique se distingue des autres formes de toucher thérapeutique par l'absence de contact physique direct. Pour l'analyse des résultats, plus de 300 interventions de toucher thérapeutique ont été examinées.

Certaines études incluses dans la revue se penchent sur les effets de cette approche auprès de personnes à un stade avancé de TNC, tandis que d'autres évaluent son impact sur les comportements d'agitation ou sur l'accompagnement émotionnel par la validation. Les effets positifs recensés incluent la relaxation, la diminution de l'anxiété, l'amélioration de l'état mental et du sommeil, ainsi qu'une réduction de la prise de médication. Le toucher thérapeutique contribue également à la gestion des troubles de comportements, au renforcement du lien patient-soignant et à l'amélioration du bien-être global de la PA.

Les conclusions soulignent que l'établissement d'un lien de confiance est une condition essentielle à l'efficacité de l'intervention, les PA se montrant généralement plus réceptives lorsque le thérapeute est connu d'elles. Toutefois, les auteurs insistent sur la nécessité de poursuivre les recherches afin de valider ces résultats à plus grande échelle (Ploner-Grissmann, 2018).

## **Discussion**

Les résultats de la recension indiquent que l'utilisation de stratégies somesthésiques produit des effets variables. Certaines interventions réduisent l'anxiété et les comportements perturbateurs des PA vivant avec un TNC. D'autres, en revanche, présentent une efficacité plus limitée. Trois catégories de facteurs contribuent à expliquer ces différences : individuels, environnementaux et liés à l'implantation. Ces dimensions permettent de mieux comprendre les variations observées et seront approfondies dans la discussion.

### **Facteurs individuels**

Concernant les facteurs individuels, ceux qui sont les plus pertinents demeurent le niveau de sévérité du TNC, le type de manifestation comportementale et le niveau de stimulation de base de la PA.

### **Stade de la maladie**

Les études retenues se concentrent principalement sur les effets comportementaux et physiologiques des interventions somesthésiques. Toutefois, des recherches complémentaires Hansen et al. (2006) suggèrent que ces effets reposent aussi sur la mobilisation de fonctions cognitives spécifiques telles que la perception sensorielle, la régulation émotionnelle, l'attention immédiate et la mémoire implicite.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les interventions somesthésiques sont plus efficaces aux stades modérés du TNC qu'aux stades avancés. Cette tendance est observée dans l'étude de Rodriguez-Mansilla (2015) où les résidents, ayant reçu un diagnostic de TNC depuis au moins un an, présentaient des stades allant de modérés à sévères. Les résultats ont montré que les PA chez qui le TNC est à des stades avancés ont présenté des difficultés d'adaptation dans l'adhésion à l'intervention. Cette tendance se retrouve également dans d'autres études notamment chez Senderovich (2022), où 67 % des personnes étaient à des stades avancés du TNC et chez Wood et Dimond (2002), où cette proportion atteignait 80 %.

Un constat similaire ressort également dans l'étude de Monfort et al. (2003), qui dresse un portrait des différentes approches non pharmacologiques dont les massages en font partie. Les interventions se sont avérées plus efficaces chez les résidents vivant avec une forme modérée de TNC. À l'inverse, ceux dont le trouble était à un stade plus avancé ont montré une adhésion réduite aux activités, notamment celles réalisées en centre de jour.

Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces résultats :

1. Aux stades avancés, le contact physique peut générer davantage d'agitation ou d'anxiété, particulièrement chez les personnes peu habituées ou présentant une désinhibition.
2. Aux stades légers ou modérés, l'efficacité des interventions serait favorisée par la préservation de certaines fonctions cognitives, notamment la capacité d'attention, de régulation émotionnelle et de mémoire implicite.

À l'inverse, aux stades avancés, certaines fonctions cognitives sont sévèrement atteintes. La capacité de régulation émotionnelle à maintenir un contact avec la réalité (surtout en présence d'hallucinations) et à donner un sens au toucher peut être altérée. Ces limitations peuvent entraîner une anxiété accrue ou une intensification des comportements perturbateurs lors d'interventions intrusives.

Ainsi, à ces stades, des interventions moins intrusives et plus directives comme la manipulation libre d'objets sensoriels semblent plus adaptées. Ces interventions mobilisent davantage les capacités cognitives résiduelles et limitent le risque d'agitation associée au contact physique.

### ***Type de manifestation comportementale***

D'autres études soulèvent que les effets des interventions varient dans les résultats en fonction de la nature des manifestations comportementales ou des SCPD présentés (Hawranik, 2008 ; Schaub et al., 2018 ; Sherder et al., 1998 ; Wood et al., 2005 ; Wood et Dimond, 2002)

Certaines manifestations comportementales seraient plus présentes à différents stades d'évolution du TNC, selon l'hypothèse avancée. En parallèle, l'observation des manifestations actuelles reste essentielle et permet de faire ressortir deux principaux constats. Le premier est que les effets de l'approche par le sens du toucher semblent différer selon le SCPD manifesté par la PA. Le deuxième est que le niveau d'efficacité de la stratégie somesthésique utilisée peut varier selon le type de stratégie choisie.

Le niveau d'efficacité de la stratégie somesthésique utilisée semble varier selon la nature des manifestations comportementales observées, que l'on peut regrouper en comportements verbaux, comportements physiques non agressifs et comportements physiques agressifs. Par exemple, lorsqu'une PA manifeste des comportements physiques agressifs, l'utilisation d'une approche somesthésique comme les massages ou le toucher thérapeutique pourrait se révéler peu adaptée. En revanche, chez les personnes présentant des comportements verbaux ou physiques sans agressivité, l'utilisation de stratégies somesthésiques semble plus adaptée. En effet, le massage des mains, par exemple, contribue à réduire les SCPD en favorisant un état d'apaisement.

Le choix spécifique de la stratégie somesthésique devrait donc être ajusté en fonction du type de comportements observés. Chez une PA manifestant des comportements avec agressivité, l'utilisation des massages ou du toucher thérapeutique pourrait susciter un déclenchement des symptômes comportementaux. En effet, ces interventions pourraient ainsi entraîner le maintien ou même l'intensification de ces comportements. En revanche, l'on observe des manifestations d'agitation verbale ou physique sans agressivité, des interventions, comme le massage des mains,

peuvent s'avérer plus pertinentes pour favoriser le bien-être psychologique et limiter les comportements perturbateurs.

### ***Niveau de stimulation***

Le niveau de stimulation vécu par la PA au moment de la collecte de données demeure important à considérer dans l'efficacité des interventions somesthésiques. En ce sens, Cohen-Mansfield (2005), soulève que les besoins les plus fréquents chez les PA vivant avec la maladie d'Alzheimer concernent principalement la stimulation physique et sociale. Il est donc essentiel de tenir compte du niveau d'activation sensorielle ou sociale de la personne au moment de l'intervention.

### **Facteurs environnementaux**

En ce qui concerne les facteurs environnementaux susceptibles d'influencer l'efficacité des interventions somesthésiques, ce présent essai se centre sur les éléments suivants : l'approche du donneur de soin, le niveau de confort et de familiarité relationnelle, le lien thérapeutique, le moment de la journée ainsi que la configuration sensorielle de l'environnement immédiat.

### ***Approche du donneur de soin***

L'approche adoptée par le soignant qui applique l'intervention représente un facteur déterminant pouvant influencer l'efficacité des résultats. Selon l'interprétation des résultats, les professionnels qui mobilisent leurs habiletés relationnelles semblent favoriser une meilleure adhésion à l'intervention. Leur attitude empathique et leur considération contribuent directement à cet effet. Ce constat se révèle particulièrement significatif auprès des PA vivant avec un TNC.

À cet égard, les résultats se sont révélés plus marqués lorsque le personnel soignant s'investissait dans la relation et privilégiait une communication thérapeutique avec la personne. Ces effets étaient particulièrement observables lorsque l'intervenant prenait le temps de favoriser un lien de communication par son non verbal, le partage d'expériences vécues et la prise en compte des besoins spécifiques de la personne, dans une visée de soin individualisé.

Pour une mise à niveau des connaissances sur l'approche de base en relation d'aide et l'attitude professionnelle attendue en contexte de gestion des SCPD, une ressource complémentaire est proposée. Le lecteur est ainsi invité à consulter le *Guide de gestion des SCPD*, (Voyer et al., 2009) dont le contenu dépasse le cadre du présent essai.

### ***Confort et familiarité relationnelle***

Chez les personnes âgées vivant avec un TNC, les données suggèrent que la familiarité avec le soignant constitue un facteur déterminant dans la réception et l'efficacité des stratégies somesthésiques. La présence régulière d'un même intervenant crée un climat de sécurité ce qui facilite l'acceptation du toucher et diminue la méfiance. Dans l'échantillon de ce présent essai, les stratégies somesthésiques ont, dans certains cas, été appliquées par un professionnel ou un soignant soit familial ou inconnu de la PA. Par exemple l'étude de Schaub et al. (2018) a soulevé que certains patients avaient moins d'affinité avec des infirmiers et plus avec d'autres. On peut ainsi émettre l'hypothèse que l'application d'une stratégie somesthésique par un personnel de soin régulier, avec qui la personne âgée se sent plus en confiance, serait plus efficace.

### ***Qualité du lien thérapeutique***

Au-delà de la familiarité, c'est la façon dont le professionnel établit et entretient une alliance thérapeutique qui influence l'efficacité des interventions somesthésiques. Les recherches montrent que certains SCPD, notamment les comportements physiques avec agressivité peuvent s'atténuer, voir s'estomper, lorsqu'ils sont gérés de manière humaine et adaptée. En effet, ces comportements résultent souvent de l'interaction entre la PA et son environnement, et peuvent représenter une tentative d'adaptation visant à exprimer un besoin non comblé, de la confusion ou des émotions désagréables vécues dans le quotidien. Dans cette logique, il devient pertinent de considérer l'importance du lien thérapeutique dans l'efficacité des interventions somesthésiques. En psychoéducation, il est bien établi que le lien thérapeutique constitue un levier essentiel pour favoriser l'engagement, la collaboration et le rétablissement de la personne. Ce principe s'applique tout autant chez les personnes âgées vivant avec un TNC, chez qui les pertes

cognitives peuvent altérer la capacité de raisonnement et de jugement tandis que les repères émotionnels demeurent souvent préservés.

Ainsi, les interventions administrées dans un contexte où un lien de confiance s'est créé, où la PA se sent écoutée, rassurée, reconnue dans son histoire et validée dans ses émotions, seraient des conditions favorables, et ce, même si le lien thérapeutique n'était pas une variable contrôlée dans les études. Créer ce lien de confiance nécessite un engagement de temps relationnel entre le professionnel et la PA. Il va croître en prenant le temps de valider les émotions de la personne dans le « ici et maintenant », de l'écouter malgré les tâches de travail et de prendre le temps de s'y intéresser au quotidien. De cette façon, une relation de confiance peut naître préalablement à la mise en place de quelque compte stratégie sensorielle. Dans plusieurs études consultées, la solidité du lien semblait être un facteur facilitateur dans la réduction des SCPD. Toutefois, son influence directe demeure à documenter par des recherches futures et pourrait faire l'objet d'un sujet de recherche dans le domaine des sciences sociales.

### ***Influence des stimuli environnementaux et du moment de la journée***

La présence ou l'absence des stimulus dans l'environnement lors de la prise de mesure, demeure significative sur l'influence des résultats. En effet, les données collectées en fin de journée risquent d'être teintées par ce qu'on appelle le syndrome crépusculaire. Ce phénomène correspond à l'aggravation de symptômes neuropsychiatriques en fin d'après-midi ou en début de soirée. Parmi les principales manifestations s'y retrouvent l'anxiété, l'agitation, les comportements avec agressivité, l'errance, les cris, les hallucinations ou l'augmentation de la confusion cognitive (Canevelli et al., 2016). De la même manière, Hawranik (2008) rapporte que d'autres formes de stimulus, telle que la présence de visiteurs et d'étrangers dans l'unité de soin peuvent également teinter les données recueillies. Considérant que les personnes âgées en pertes cognitives deviennent davantage sensibles aux stimulus de leurs environnements, leurs comportements excessifs peuvent être déclenchés ou accentués par celui des autres résidents agités. D'autres stimulus tels que les bruits, les lumières, le nombre d'intervenants ont pu interférer dans la prise de mesure des résultats. Le milieu de soins dans lequel l'intervention a eu

lieu peut également avoir influencé les résultats. Que ce soit en centre hospitalier, en centre de soins de longue durée ou en centre de jour, chaque établissement présente des éléments de surstimulation ou de sous-stimulation qui lui sont propres.

### **Facteurs d'implantation**

Les résultats des études analysées indiquent des effets positifs sur la réduction des SCPD et de l'anxiété. On peut donc postuler que dans de bonnes conditions d'implantation et considérant les défis de la littérature les stratégies recensées fonctionnent. Toutefois, considérant les enjeux organisationnels des milieux de soins la pérennité des interventions demeure un défi de taille. En effet, parmi les facteurs d'implantation si retrouvent la rigueur de l'équipe, sa disponibilité et son niveau de motivation au changement, mais également la faisabilité, l'intensité et la durée des interventions.

Concernant la rigueur de l'équipe de soins, son niveau de fatigabilité a pu influencer les résultats. En effet, en cas de manque de personnel, par exemple lors de la période estivale, sa disponibilité pour offrir du temps de qualité aux personnes âgées et pour compléter les grilles d'observations et de cotation s'en trouve réduite. Or, la qualité et la constance dans l'application des interventions somesthésiques reposent largement sur l'investissement et la présence du personnel. Ainsi, une équipe de soin fatiguée peut limiter l'intensité et la régularité des interventions, ce qui a une influence directe sur leur efficacité dans la réduction des SCPD et de l'anxiété.

Du côté du niveau de motivation au changement par l'équipe, un enjeu organisationnel fut soulevé soit celui que les milieux de soins d'hébergement pour personnes âgées fonctionnent généralement avec une approche centrée sur la tâche plutôt que sur la personne. Dans les études de cet essai, il est fort possible que certains membres du personnel soignant aient démontré une résistance à appliquer une approche innovante. C'est d'ailleurs ce qui est ressorti dans l'étude de Hawranik (2008) où le personnel ne percevait pas l'intérêt de faire des efforts pour appliquer les interventions.

Du côté de la faisabilité, celle-ci peut dépendre entre autres du type de stratégie somesthésique utilisée si celle-ci exige de suivre un protocole d'intervention plus rigide ou nécessite un coût de déploiement plus élevé comme devoir engager des formateurs.

### ***Intensité et durée des interventions***

Afin d'assurer l'efficacité à long terme des interventions, il est nécessaire de disposer des mesures de suivi en post-intervention. Or, parmi les études de l'essai, six avaient un post-test au-delà de 24 heures, tandis que huit se limitaient à une prise de mesure immédiate. Les suivis les plus longs apparaissent particulièrement significatifs. C'est d'ailleurs le cas pour l'étude de Rodríguez-Mansilla (2015) qui a évalué les effets jusqu'à deux mois après le traitement, de celle de Sherder et al. (1998), avec un suivi allant jusqu'à six semaines, et de celle de Hawranik (2008), deux semaines après la fin de l'intervention. À l'inverse, plusieurs études n'ont évalué les effets qu'à très court terme : trois jours (Wood et Dimond, 2002 ; Wood et al., 2005), cinq jours (Senderovich et al., 2022) ou dix jours (Kim et Buschmann, 1998) après l'intervention. Une relance méthodologique apparaît souhaitable afin de valider l'efficacité à long terme et de s'assurer d'une meilleure validité interne. La plupart des auteurs soulignent l'importance d'un traitement en continu, une condition essentielle pour maintenir les effets des interventions non pharmacologiques à long terme.

Il semble exister un lien entre la durée de l'intervention et la qualité de ses effets. Dans les études recensées, la durée du traitement variait de trois jours à un an. Les interventions de très longues durées, comme celles de Sansone et Schmitt (2000) et de Monfort et al. (2003), se sont déroulées sur une période d'un an et ont pris la forme d'un projet d'intervention. Pour ces deux études, les résultats demeurent significatifs.

Quatre études ont appliqué des interventions d'une durée qui s'étendait entre 3 et 16 semaines (Moyle et al., 2014 ; Rodríguez-Mansilla, 2015 ; Shalek et Doyle, 1998; Sherder et al., 1998)

Dans l'ensemble, les effets se sont avérés significatifs, avec une réduction marquée des manifestations comportementales. Dans l'étude de Moyle et al. (2014), les effets étaient d'ailleurs plus marqués lorsque l'intervention s'étendait sur plusieurs semaines.

À l'inverse, les interventions de très courte durée telles que celles de Wood et al. (2005) et de Hawranik (2008), qui se sont déroulées respectivement sur 3 et 5 jours, ont également produit des résultats significatifs. Cependant, une augmentation des manifestations de certains comportements fut soulevée. Ces données soutiennent l'hypothèse selon laquelle que les interventions prolongées dans le temps semblent plus efficaces que celles menées sur une courte période.

Finalement, d'autres interventions avaient une durée moyenne de 10 à 16 jours ou le temps consacré à chaque séance variaient de 5 à 7 minutes. Considérant la courte durée de l'intervention, il est possible que cela ait pu influencer les résultats. Dans l'étude de Senderovich et al. (2022), il a été possible de constater une augmentation de certains SCPD, tout comme dans l'étude de Wood et Dimond (2002), où certains comportements n'ont montré aucune amélioration. Il est possible que les résultats auraient été différents si la durée de l'intervention avait été prolongée. Cela aurait peut-être favorisé une meilleure habitude au contexte nouveau ou une détente progressive. Ce constat rejoint les résultats de Kim et Buschmann (1999), qui rapportent que, plus l'intervention est longue, plus les effets bénéfiques sur la diminution de l'anxiété et des comportements excessifs sont importants.

### **Apport clinique pour la psychoéducation**

L'analyse des résultats de ce présent essai a permis de soulever un apport important pour la pratique en psychoéducation auprès d'une clientèle âgée vivant avec un TNC. Considérant que le rôle du psychoéducateur est d'évaluer, entre autres, en présence de comportements excessifs, la mesure la moins contraignante possible, l'utilisation de stratégies somesthésiques pourrait être mise dans ses recommandations cliniques. En effet, l'utilisation de stratégies somesthésiques cause peu de préjudices et demeure une approche qui favorise le bien-être émotionnel en

comparaison aux mesures de contrôle souvent utilisé dans la gestion des SCPD. De plus, considérant l'expansion de la profession de la psychoéducation dans le domaine gérontologique, ce présent essai pourrait fournir des informations pratiques pour aider les professionnels dans leurs recommandations.

### **Forces et limites de l'essai**

Les forces de l'essai peuvent se diviser en les sous-catégories suivantes : celles liées au contenu scientifique et à la démarche d'analyse, celles liées à la pertinence clinique et à l'apport en psychoéducation et celle liée au développement de la profession de psychoéducateur.

#### ***Contenu scientifique et démarche d'analyse***

Une première force de l'essai est que l'analyse soulevée tient compte d'un ensemble de facteurs environnementaux (stimuli, moment de la journée), relationnels (lien thérapeutique, degré d'affinité) et émotionnels (présence, validation des émotions). De plus, le contenu de cette recension met de l'avant une approche innovante en relation d'aide et permet d'offrir des données sur le sujet.

#### ***Pertinence clinique et apport à la psychoéducation***

Il s'agit d'un essai qui se colle à la réalité du terrain offrant des outils concrets pour les intervenants. Une première force de l'essai est que son analyse demeure en cohérence avec les schèmes relationnels de la psychoéducation. En effet, les fondements de l'approche somesthésique tiennent compte du vécu, des émotions, des besoins non comblés et de la réceptivité sensorielle de la PA. Cette recension d'écrits permet également de susciter des pistes de réflexion utiles pour les intervenants afin de les soutenir dans leurs pratiques réflexives et dans l'amélioration de leur pratique dans les milieux d'hébergement.

### ***Développement professionnel***

Une autre force de l'essai est qu'il nous a permis de développer une expertise auprès d'une clientèle émergente en psychoéducation et de contribuer à une meilleure compréhension de celle-ci dont les écrits psychoéducatifs demeurent encore si peu abordés.

Du côté des limites de cet essai, celles-ci se divisent également en sous catégories soit celles au niveau de la méthodologie, celles considérant des facteurs non pris en compte et ceux liés au champ scientifique.

### ***Limites méthodologiques***

Tout d'abord, plusieurs études incluses dans la recension comportaient une petite taille d'échantillon, ce qui limite la généralisation des résultats, notamment dans un contexte local comme celui des CHSLD du Québec. Par ailleurs, certaines recherches ne comportaient pas de groupe contrôle, ce qui nuit à la validité interne des résultats. De plus, la comparaison des effets demeure difficile puisqu'une grande majorité des données collectées ont été faites à partir de mesures qualitatives ou d'observations.

Bien que la réceptivité d'une intervention par le toucher peut varier en fonction du niveau de progression du TNC, la plupart des études ne faisaient pas de distinction en fonction de ses sous-types. Les distinctions se faisaient généralement par les types de manifestations comportementales, mais sans considérer pour autant le type de TNC.

Il est également difficile de généraliser les interventions dans une application concrète dans nos CHSLD du Québec considérant que les enjeux varient. Cela s'explique en raison des enjeux organisationnels, des ressources humaines et des façons de percevoir la gestion des SCPD qui diffèrent. De plus, il ne s'agit pas d'une recension exhaustive de la littérature, ce qui veut dire que d'autres études pertinentes pourraient ne pas avoir été incluses.

Également, l'approche méthodologique de certaines études ne permettait pas toujours de distinguer clairement les effets à lui seul de l'approche somesthésique, car elles utilisaient une approche multisensorielle menant ainsi à l'exclusion d'études sur les objets sensoriels, bien que ces derniers étaient intéressants à la base.

Finalement, une limite importante de cet essai réside dans l'efficacité à long terme des interventions. En effet, lorsqu'une intervention n'est pas poursuivie, ses effets tendent à s'atténuer au fil du temps. Considérant que peu d'études avaient une mesure post-test et une poursuite des interventions, cela est une limite méthodologique.

### ***Facteurs non pris en compte***

Certaines études n'ont pas pris en compte des facteurs contextuels importants, notamment le lien de confiance entre le professionnel et la personne âgée, ce qui peut avoir eu des impacts dans la réussite de l'intervention. D'autres éléments dans l'environnement ou en lien avec l'aspect émotionnel n'ont pas été considérés dans la plupart des études, bien qu'ils soient reconnus comme ayant une grande influence dans les manifestations des SCPD.

### ***Limites liées au champ scientifique***

Le champ scientifique du sensoriel en gérontologie souffre d'un manque de définition claire et consensuelle, notamment sur ce qui constitue une stratégie somesthésique en comparaison à une multisensorielle. De plus, il existe un vaste éventail d'interventions sensorielles, mais leurs catégorisations demeurent peu balisées, rendant ainsi plus complexe la comparaison entre les études.

### **Pistes pour une application psychoéducatrice**

Les recommandations pour une application en psychoéducation se divisent selon les catégories suivantes : la personnalisation et l'adaptation des interventions; les moments, la durée et la continuité de l'intervention; l'observation, l'évaluation et l'ajustement et les relations, le respect et la qualité de l'accompagnement.

***Personnalisation et adaptation des interventions***

Adapter les interventions selon l'histoire de vie, les préférences et le niveau de stimulation de la personne âgée. Éviter les protocoles rigides et privilégier les stratégies en fonction des manifestations observées, par exemple employer un massage pour diminuer l'anxiété plutôt que pour gérer les comportements avec agressivité.

***Moments, durée et continuité de l'intervention***

Déterminer le moment opportun (agir en prévention lorsque la tension est basse) et assurer une continuité dans l'application afin de maintenir les effets à long terme, malgré les contraintes organisationnelles.

***Observations, évaluation et ajustement***

Observer et monitorer les réactions de façon systématique, procéder par essaie-erreurs et ajuster selon les préférences. Éliminer les irritants sensoriels afin d'éviter une surcharge.

***Relations, respect et qualité de l'accompagnement***

Favoriser une approche bienveillante, respectueuse de l'intimité et créer un lien de confiance des éléments essentiels à l'efficacité des interventions.

## Conclusion

Ce présent essai avait comme objectif d'examiner les effets des stratégies somesthésiques sur l'anxiété et les SCPD chez les personnes âgées vivant avec un TNC. Les types de stratégies somesthésiques recensées dans les études comprenaient le toucher thérapeutique, les techniques de physiothérapie, les massages, la relaxation, les techniques combinées et les objets sensoriels. Les auteurs ont utilisé les mesures suivantes : échelles de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, mesures d'anxiété, de dépression et d'agitation; des marqueurs physiologiques (cortisol, rythme cardiaque) ; des journaux de bord et des grilles d'observations.

Plusieurs effets ont été soulevés par le toucher thérapeutique soit une diminution de certains comportements d'agitation et de vocalisation. Les auteurs ont été en mesure d'établir un lien entre le taux de cortisol et les comportements d'errance. Le toucher thérapeutique serait plus efficace auprès de personnes âgées présentant un stade modéré de l'avancement de son TNC. Bien que les effets soient positifs dans leur ensemble, ceux-ci se sont estompés après l'intervention.

D'autres effets ont été soulevés pour les techniques de physiothérapie. En effet, les résultats soulèvent des effets positifs sur la diminution des symptômes d'anxiété et l'amélioration de l'humeur. Des effets sur l'amélioration du bien-être psychologique et la diminution de l'inactivité ont été également soulevés. Leur efficacité demeure également réduite à long terme.

Les effets de la massothérapie ont également été soulevés. En effet, les massages aideraient à diminuer les manifestations d'anxiété, de dépression et d'agitation. Ce type de stratégie a démontré plus d'efficacité auprès de PA vivant avec un stade modéré du TNC. Les effets sont immédiats, mais peu significatifs.

Les techniques combinées ayant proposé un jumelage du toucher thérapeutique avec massage ont permis de réduire les manifestations d'anxiété et d'agitation. Les études ayant fait l'utilisation d'aromathérapie et de massage ont soulevé des résultats positifs pendant ce type de

techniques combinés serait moins efficace que la musicothérapie. L'efficacité est également réduite à long terme.

Du côté des effets des objets sensoriels, les résultats demeurent limités sur le plan méthodologique. Toutefois, l'utilisation de cette technique pourrait aider à diminuer l'anxiété des personnes présentant un TNC.

## Références

American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. Elsevier Masson SAS.

Amyotte-Graveline, G., Kerkar, L., Aquin, C., Vérité-Aubry, C., et Bruneau, M.-A. (2022). *Guide pour l'aménagement d'un espace sensoriel en milieu d'hébergement*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://iugm.ca/fr/publications-outils/outils-et-guides>

Appel, L., Appel, E., Kisonas, E., Lewis-Fung, S., Pardini, S., Rosenberg, J., ... et Smith, C. (2024). Evaluating the impact of virtual reality on the behavioral and psychological symptoms of dementia and quality of life of inpatients with dementia in acute care: Randomized controlled trial (VRCT). *Journal of Medical Internet Research*, 26, e51758.

Bagci, H., et Yucel, S. C. (2020). A systematic review of the studies about therapeutic touch after the year of 2000. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 231-241. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>

Ball, J., et Haight, B. K. (2005). Creating a multisensory environment for dementia: The goals of a Soezelen room. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(10), 4-10. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20051001-04>

Buschmann, M. B. T. (1999). Therapeutic touch: A healing modality or a cult? *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 191–200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00019-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00019-X)

Dimitriou, T.-D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., et Tsolaki, M. (2020). Non-pharmacological interventions for the anxiety in patients with dementia: A cross-over randomised controlled trial. *Behavioural Brain Research*, 390, 112617. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112617>

Engasser, O., Bonnet, A., et Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la PA atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées: Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35(3), 151-158.

Griffin, R. L., et Vitro, E. (1998). An overview of therapeutic touch and its application to patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(4), 211–216.

Hansen, N. V., Jøtgensen, T., et Ørtenblad, L. (2006). Massage and touch for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(4), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004989.pub2>

Hawranik, P., Johnston, P., et Deatrich, J. (2008). Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4), 417–434. <https://doi.org/10.1177/0193945907305126>

Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M., et PRISMA. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*: Edisem.

Kim, E.J., et Buschmann, M.T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 235-243. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00019-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00019-X)

Kroustos, K. R., Trautwein, H., Kerns, R., et Sobota, K. F. (2016). Fidget blankets: A sensory stimulation outreach program. *The Consultant Pharmacist*, 31(6), 320–324. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2016.320>

Institut canadien d'information sur la santé. (s. d.). Démence en soins de longue durée. Repéré le 13 décembre 2022 à <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-en-soins-de-longue>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *Gestion optimal des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSSS\\_Gestion\\_SCPD.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSSS_Gestion_SCPD.pdf)

Martin, C. R., et Preedy, V. R. (2020). Pharmacological approaches to dementia. In C. R. Martin et V. R. Preedy (Éds.), *Diagnosis and Management in Dementia* (pp. 445–662). Academic Press.

Masand PS. Side effects of antipsychotics in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 8:43-9; discussion 50-1. PMID: 10811243.

Monfort, J., Rabier, P., Boudou, M.-R., Hervy, M.-P., Pau, G., et Fleury, F. (2003). Le centre de jour interne d'un service de gérontologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 161(9), 684–690. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00157-4](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00157-4)

Moreno, M. E., Durán, M. M., et Hernandez, Á. (2009). Nursing care for adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 67-73.

Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H. K., O'Dwyer, S. T., Barrett, S., et Sung, B. (2014). Foot massage and physiological stress in people with dementia: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(4), 305–311. <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0177>

O'Neil, M. E., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, R., Addleman, A., et Kansagara, D. (2011). Non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia: A systematic review of the evidence (*VA-ESP Project #05-225*). Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Evidence-based Synthesis Program. <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/dementia.cfm>

Ortoleva Bucher, C., Dubuc, N., Von Gunten, A., et Morin, D. (2016). Du soin pratiqué au quotidien au consensus d'experts: état de l'évidence sur les interventions infirmières et leur priorisation selon le profil clinique des personnes âgées hospitalisées pour des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Recherches en soins infirmiers*, (1), 75-96.

Ploner-Grissmann, H. M. (2018). Therapeutic Touch® – Compassionate touch for persons with dementia: A pilot review. *Journal of Alternative Medicine Research*, 10(3), 211–213.

Quevillon, F., et Bédard, M. A. (2003). Benzodiazépines: conséquences sur le fonctionnement mnésique des personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 23-41.

Rodríguez-Mansilla, J., González López-Arza, M. V., Varela-Donoso, E., Montanero-Fernández, J., González Sánchez, B., et Garrido-Ardila, E. M. (2015). The effects of ear acupressure, massage therapy and no therapy on symptoms of dementia: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(7), 683–693. <https://doi.org/10.1177/0269215514554240>

Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., et Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: A review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease et Other Dementias®*, 28(1), 7-14.

Sansone, P., et Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch massage to elderly nursing home residents: A demonstration project. *Geriatric Nursing*, 21(6), 303–308. <https://doi.org/10.1067/mgn.2000.108261>

Schaub, C., Von Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P., et Popp, J. (2018). The effects of hand massage on stress and agitation among people with dementia in a hospital setting: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(4), 319–332. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9416-2>

Sherder, E., Bouma, A., et Steen, L. (1998). Effects of peripheral tactile nerve stimulation on affective behavior of patients with probable Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(2), 60–69.

Senderovich, H., Gardner, S., Berall, A., Shultz, R., Grant, B., et Santaguida, V. (2022). Therapeutic touch in the management of responsive behaviors in patients with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 51(2), 142–149. <https://doi.org/10.1159/000523752>

Shalek, M., et Doyle, S. (1998). Relaxation revisited: An adaptation of a relaxation group geared toward geriatrics with behavior problems. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(3), 160–162.

Société Alzheimer du Canada. (s. d.) Les différences entre le processus de vieillissement normal et les troubles neurocognitifs. Repéré le 7 décembre 2022 à <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/suis-je-atteint-dun-trouble-neurocognitif/les-differences>

Kroustos, K. R., Trautwein, H., Kerns, R., et Sobota, K.F. (2016). Fidget blankets: A sensory stimulation outreach program. *The Consultant Pharmacist*, 31(6), 320-324. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2016.320>

Utli, H. (2022). Effects of Massage Therapy on Clinical Symptoms of Older People. *Journal of education and research in nursing (Online)*.

Van Weert, J. C., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Ribbe, M. W., et Bensing, J. M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient education and counseling*, 58(3), 312-326.

Voyer, P., Gagnon, C., et Germain, J. (2009). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. [https://www.ciusscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq\\_rmg3\\_aide-memoire\\_a\\_la\\_prise\\_de\\_decision.pdf](https://www.ciusscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_rmg3_aide-memoire_a_la_prise_de_decision.pdf)

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e édition, Ser. Sciences infirmières). Pearson ERPI.

Walaszek, A., et American Psychiatric Association Publishing. (2020). *Behavioral and psychological symptoms of dementia* (First). American Psychiatric Association

Woods, D. L., et Dimond, M. (2002). The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing*, 4(2), 104–114. <https://doi.org/10.1177/1099800402238331>

Woods, D. L., Craven, R. F., et Whitney, J. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 66–74.

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

## Appendice A : Tableau des résultats

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques des études retenues

Référence	Objectif de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Hawranik et al., 2008	Évaluer les effets du toucher thérapeutique sur les comportements physiques avec agressivité, l'agitation comportementale sans agressivité et l'agitation verbale.	Essai contrôlé randomisé	-21 participants -PA vivant en institution (CHSLD)	-Toucher thérapeutique structuré et simulé sont tous deux efficaces pour réduire l'agitation physique sans agressivité. -Toucher thérapeutique structuré plus efficace pour diminuer l'agitation comportementale sans agressivité. -Aucune intervention a montré des effets significatifs sur l'agitation comportementale avec agressivité.
Senderovich et al., 2022	Examiner l'efficacité du toucher thérapeutique sur la réduction des SCPD.	Essai contrôlé	-49 participants -TNC modéré à sévère -PA vivant en institution	-Toucher thérapeutique aide à réduire la fréquence et l'intensité des SCPD mais sans effets durables. -Aucune différence significative entre les groupes.
Wood et Dimond, 2002	Évaluer l'efficacité du toucher thérapeutique sur la diminution des comportements	Essai quasi-expérimental	-10 participants -PA vivant en institution -Participants vivant avec MA	<b>H1</b> : Toucher thérapeutique efficace sur la réduction de l'ensemble

	<p>d'agitation.</p> <p><b>H1</b> : Le toucher thérapeutique devrait réduire la fréquence des cpts d'agitation.</p> <p><b>H2</b> : Le toucher thérapeutique devrait réduire le niveau de cortisol salivaire et urinaire chez les résidents ayant la MA.</p> <p><b>H3</b> : Il y aurait une corrélation entre le niveau de cortisol salivaire et urinaire et les comportements d'agitation.</p>			<p>des comportements d'agitation.</p> <p><b>H2</b> : Toucher thérapeutique réduit les taux de cortisol urinaire et salivaire.</p> <p><b>H3</b> : Corrélation existante entre les taux de cortisol et les comportements d'agitation.</p> <p>-Diminution des cpts d'agitation et augmentation des taux de cortisol.</p>
Wood et al., 2005	Évaluer les effets du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des SCPD.	Essai contrôlé	<p>-57 participants</p> <p>-Participants vivant avec la MA</p> <p>-TNC modéré à sévère</p> <p>-PA vivant en institution</p>	<p>Toucher thérapeutique efficace sur la réduction de l'ensemble des comportements excessifs, particulièrement ceux de manipulation manuelle et vocalisation.</p>
Griffin et Vitro, 1998	Évaluer les effets du toucher thérapeutique structuré.	Étude observationnelle	<p>-120 participants</p> <p>-PA vivant en institution (CHSLD)</p>	<p>Toucher thérapeutique amène effets positifs : réduction de l'anxiété verbale, de l'agitation, amène un état de relaxation et l'évitement d'une médication PRN.</p> <p>-effets qualitatifs:</p>

				connexion émotionnelle
Sherder et al., 1998	Évaluer l'efficacité d'une stimulation tactile par l'utilisation d'une brosse à massage et par des techniques de physiothérapie.	Essai contrôlé	-16 participants parmi 500 - PA vivant en institution	-Stimulation tactile aide à l'amélioration du bien-être psychologique et à l'inactivité mais sans différence significative. -Stimulation tactile aide à l'amélioration de l'humeur et des manifestations d'anxiété mais les effets ne persistent pas après le traitement. -Stimulation tactile n'eut pas d'impact sur les cpts d'agressivité et de déprime.
Rodríguez-Mansilla et al., 2015	Comparer les effets de pressions auriculaires (technique de MA-TF1 Era Shenmen) à des massages relaxants (jambes et dos).	Essai randomisé	-120 participants -PA vivant en institution	-Pressions auriculaires et massages sont tous deux efficaces sur la réduction des manifestations d'anxiété et de déprime. -Pressions auriculaires plus efficaces que les massages pour réduire les manifestations d'anxiété et de déprime.
Moyle et al., 2014	Comparer les effets des massages des pieds à celle d'une présence humaine sur la réponse physiologique de stress.	Essai contrôlé	-53 participants -Participants vivant avec MA	-Massages des pieds et la présence humaine aident tous deux à réduire la réponse physiologique de stress sans que les résultats

				soient significatifs. -Massages des pieds aident à réduire le stress physiologique et améliorent le sommeil.
Schaub et al., 2018	Évaluer les effets d'un programme de massages des mains (protocole structuré en 6 étapes) sur le stress physiologique et l'agitation comportementale.	Essai contrôlé	-40 participants -Participants vivant avec la MA -PA hospitalisées	-Massage des mains a aidé à diminuer le stress immédiatement après l'intervention. -Massage des mains a aidé à réduire de façon significative l'agitation comportementale.
Monfort et al., 2003	Décrire les effets d'un centre de jour avec interventions combinées (techniques de massage et relaxation)	Étude descriptive	-21 participants -Participants vivant en CHSLD.	-Amélioration bien-être psychologique pour les résidents TNC stades modérés. -Moins efficace pour les résidents TNC stades avancés.
Sansone et Schmitt, 2000	Évaluer les effets du toucher thérapeutique combiné aux massages.	Étude mixte (quantitative + qualitative)	-34 participants -Participants vivant avec la MA -PA vivant en institution	-Effets positifs: réduction de l'anxiété, de l'agressivité, de la résistance au soins, des sx dépressifs mais effets disparaissent après arrêt de l'intervention. -Toucher thérapeutique avec massages plus efficaces pour les résidents TNC légers à modérés que avancé.

Kim et Buschmann, 1998	Déterminer les effets toucher thérapeutique avec verbalisation sur les manifestations d'anxiété et les comportements problématiques.	Essai contrôlé	-30 participants -Participants vivant avec MA -PA vivant en institution -TNC variés	Réduction de l'anxiété et lades comportements excessifs; mais effets temporaires.
Dimitriou et al., 2020	Comparer 3 interventions non pharmacologiques (musicothérapie, l'exercice physique et combinaison aromathérapie avec massage) sur les manifestations d'anxiété.	Essai contrôlé	-60 participants -TNC variés	-L'aromathérapie combinée aux massages sont efficaces pour réduire l'anxiété. - La musicothérapie est la plus efficace parmi les 3 interventions non-pharmacologiques.
Shalek et Doyle, 1998	Répondre à l'hypothèse que la relaxation aide à réduire l'agitation/anxiété	Étude interventionnelle	-120 participants -PA qui présentent comportements excessifs -PA vivant en institution (unité spécialisée)	-Effets positifs : réduction de l'agitation et de l'anxiété; meilleure participation sociale, changements observables : langage corporel, expressions faciales et niveau de détresse.
Kroustos, et al., 2016	Valider l'hypothèse qu'un manque de stimulation sensorielle chez les PA vivant avec un stade avancé de TNC contribuerait à l'augmentation des SCPD.	Étude pilote	-PA vivant avec la MA -TNC stade avancé	-Effets positifs : amélioration SCPD , diminution comportements verbaux avec agressivité, réduction agitation et résultats variables sur taux de cortisol. -Absence de résultats empiriques.

Wu et al., 2017	Évaluer l'efficacité des massages, du toucher thérapeutique ou leur combinaison avec l'aromathérapie.	Revue systématique (11 études)	N/A	-Massages et le toucher thérapeutique aident à la réduction de l'ensemble des SCPD surtout l'agitation et l'agressivité. -Manque de résultats empiriques pour évaluer les effets sur les manifestations anxiété et la régulation des émotions désagréables.
O'Neil et al., 2011	Examiner l'efficacité, la sécurité et la faisabilité d'interventions non pharmacologiques vs pharmacologiques selon le type de manifestation comportementale	Revue systématique (172 études)	N/A	<p><b>Efficacité :</b> -Massages seuls ou combinés musicothérapie aident réduction agitation. -Manque de résultats empiriques pour évaluer les effets sur les comportements d'errance des 3 interventions.</p> <p><b>Sécurité :</b> -les 3 interventions non pharmaco. sont sécuritaires -Certaines interventions peuvent engendrer une augmentation de l'agitation ou des comportements physiques avec agressivité.</p> <p><b>Implantation et faisabilité :</b></p>

				-les 3 interventions non pharmaco. sont peu coûteuses et faciles à implanter.
Utl, 2022	Évaluer les effets de techniques de massothérapie sur les sx cliniques des PA.	Revue systématique (11 études)	N/A	-Effets positifs des massages des mains, du visage et du dos : réduction de l'agitation, de l'anxiété, de la dépression; amélioration humeur et sommeil.
Bagci et Cinar Yucel, 2020	Dresser un portrait des effets cliniques, des domaines d'applications et de l'efficacité du toucher thérapeutique.	Revue systématique (25 études) -4 études menées auprès de PA vivant avec un TNC	N/A	-Toucher thérapeutique aide à la réduction des sx comportementaux : agitation, errance et agressivité non physique. -Effet calmant observé
Ploner-Grissmann, 2018	Explorer l'efficacité du toucher thérapeutique (méthode de Brennan Healing Science).	Revue systématique (300 interventions) -Certaines études sont centrées sur les effets de l'approche sur les PA à un stade avancé du TNC -D'autres études ont évaluées les impacts de cette méthode sur les comportements d'agitation ou sur l'accompagnement émotionnel par validation.	N/A	-Effets positifs : relaxation, diminution de l'anxiété, amélioration de l'état mental et du sommeil, diminution de la prise de médicaments.  -Toucher thérapeutique aide à la gestion des troubles de comportements, renforce le lien patient-soignant et améliore le bien-être global de la PA.

*Note.* TNC = trouble neurocognitif, PA = personne âgée, SCPD = symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, CPT= comportement, CHSLD = centre d'hébergement et de soins de longue durée, H= hypothèse, PRN = médication prise au besoin, MA = maladie d'Alzheimer, sx : symptômes