



**EFFET D'UNE INTERVENTION EN POLARITÉ
SUR L'INSOMNIE ET L'ANXIÉTÉ DE FEMMES
QUÉBÉCOISES EN PÉRIMÉNOPAUSE**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© **JOHANNE LAMBERT**

Février 2017

Composition du jury :

Dominique Beaulieu, Ph. D., présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Nicole Ouellet, Ph.D., directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Danielle Boucher, Ph.D., codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Nataly Viens Python, examinatrice externe, professeure et doyenne Institut et Haute École de la Santé la Source à Lausanne

Dépôt initial le 23 septembre 2016

Dépôt final le 21 février 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À mon conjoint, mon intarissable
soutien, à mes trois enfants, ma plus
grande source d'inspiration.

REMERCIEMENTS

C'est avec une grande intention que je désire remercier les nombreuses personnes qui ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

D'abord, je tiens à offrir mes remerciements les plus sincères à ma directrice de recherche, Mme Nicole Ouellet, Ph.D, professeure et directrice au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à son dévouement, ses judicieux conseils, son expertise en recherche ainsi qu'à sa disponibilité remarquable. Manifestement, avec vous Nicole tout devient si clair, merci tellement.

J'offre également mes remerciements sincères à ma codirectrice de recherche, Mme Danielle Boucher, Ph.D, professeure et directrice des programmes d'études avancées en sciences infirmières de l'UQAR. Sa rigueur scientifique, son professionnalisme et ses justes recommandations ont donné lieu à l'accomplissement de ce projet de grande envergure. Merci Danielle d'avoir accepté de codiriger ce projet, merci de m'avoir accueillie maintes fois à votre bureau. Je suis privilégiée d'avoir eu la chance de connaître ces deux grandes femmes qui sont d'une générosité immense envers moi. Merci à vous de m'avoir initiée au monde fascinant de la recherche.

Quant à vous Mme Michelle Guay, Directrice du Centre québécois de Formation en Santé Intégrale, je désire vous offrir un océan de gratitude pour l'enseignement en polarité que vous m'avez offert, événement qui change un parcours personnel. Vous êtes une personne extraordinaire entièrement dévouée au bien-être de la personne. Vous avez toute mon admiration et ma reconnaissance. Votre générosité, votre sincérité, votre sagesse ainsi que la passion et le dévouement dont vous faites preuve envers la polarité ont permis d'illuminer la vie de tant de gens à travers le monde. Grâce à votre pratique, vos

enseignements et vos recherches cliniques, vous veillez à la pérennité de la polarité au Québec ainsi que sur d'autres continents, merci. Merci à la vie qui m'a conduite jusqu'à vous, j'en suis privilégiée.

Toute ma gratitude et mes sincères remerciements aux femmes qui ont participé à cette recherche. Sans votre générosité, l'exécution de ce projet de recherche n'aurait pu être possible. Merci énormément.

Merci à tous les gens qui ont travaillé de près ou de loin à la réalisation de ce projet. Merci à tous les gens de la région qui ont généreusement collaboré au recrutement des participantes. Merci au personnel de l'UQAR qui m'a chaleureusement accueillie. Merci à Marie-Eve Émond-Beaulieu, bibliothécaire hors pair qui m'a reçue d'innombrables fois à son bureau depuis les quatre dernières années. Merci à Linda Martin qui, à travers ce long parcours, m'a rendu service à maintes reprises. Merci à Pierre Miousse qui m'a prêté soutien lors du recrutement. Merci à Karine David et Manon Deshaies qui ont été d'un énorme support pour la mise en page. Merci également à Claudine Robitaille qui m'a souvent aidée pour le volet informatique. Merci aussi à David Emond et Fulbert Moumboulou, statisticiens qualifiés.

Je veux aussi exprimer ma gratitude aux professeures en sciences infirmières de l'UQAR. Il est très stimulant de les voir exercer leur profession avec passion et dévouement. Merci de nous offrir un lien élève enseignante de qualité, vous êtes une grande source d'inspiration et de motivation pour la poursuite de mes études.

Je veux aussi exprimer mes sincères remerciements à Mme Dominique Beaulieu, Mme Nicole Ouellet, Mme Danielle Boucher et Mme Nataly Viens Python qui ont composé le jury. Toute ma reconnaissance envers chacune d'entre vous qui avez offert un temps incalculable afin de mettre au point ce mémoire. Merci Beaucoup.

Merci à mes amies, Rachel, Julie, Marie-Pierre, merci pour votre écoute, merci pour votre encouragement tout au long de ce parcours. Un merci spécial pour toi mon amie Valérie qui a fait tant de démarches afin de m'aider à recruter mes participantes, impliquant jusqu'à

ton conjoint, merci à vous deux. Merci chère Barbara pour ton aide. Merci à toi Hélène qui m'offre des séances en polarité, quel bien-être tu m'apportes, je suis privilégiée de te connaître. J'aimerais avoir davantage de temps afin de multiplier les bons moments passés avec chacune d'entre vous, merci de votre compréhension.

Merci à mes beaux-parents, qui m'ont assidument soutenue en offrant chaque semaine du temps de qualité à mes enfants. L'appui que vous m'offrez généreusement est, à mes yeux, inestimable. Merci à vous deux que j'aime beaucoup, vous êtes une source inépuisable de bonheur pour chacun de vos petits-enfants.

À ma très chère sœur, à mon très cher frère ainsi qu'à vos familles que j'aime profondément, merci d'être toujours là pour moi. J'aimerais tant passer plus de temps avec vous qui possédez une place de très grande importance dans mon cœur.

À maman, merci pour tout ce dont tu m'as inculqué. Merci de m'avoir appris les valeurs de la persévérance et de la volonté. Merci pour les valeurs familiales, les qualités humaines que tu m'as transmises. Merci du fond du cœur pour ton soutien et surtout, merci d'avoir toujours cru en moi ainsi qu'en mes projets. Je ne te dirai jamais assez merci, je t'aime très fort.

À toi papa, source éternelle de réconfort profondément enfoui dans mon cœur, je t'aime tellement. Merci infiniment.

De tout cœur, à toi Luc que j'aime, merci pour ton encouragement, ta disponibilité, ta patience, ton écoute à travers toutes les étapes qu'a demandé la réalisation de ce projet de recherche. J'aime tant être et rire avec toi. Avec toi, ma vie est une aventure passionnante. Mille mercis pour ton aide. Le plus grand des mercis pour ton amour.

À mes enfants, mon élan créateur, merci. Merci à toi Charles pour ton expertise en informatique, tes bons mots et ton sens de l'humour. Merci à toi Louis pour tes délicates attentions lorsque je travaille à mon ordinateur, merci pour ton affection qui me réconforte. Anne, merci de me faire rêver à travers tes magnifiques yeux d'enfant, merci pour tes câlins

qui sont pour moi inestimables. Savourez la vie, dépassez-vous et réalisez tous vos rêves. Je serai toujours là pour chacun d'entre vous. À vous quatre qui partagez chaque jour de ma vie, mon amour pour vous est incommensurable.

À tous ceux et celles qui ont accordé de leur temps précieux à la réalisation de ce projet et dont les noms ne figurent malheureusement pas sur cette page, je vous témoigne mon estime et ma gratitude.

Merci.

RÉSUMÉ

L'insomnie empêche la satisfaction du besoin fondamental de dormir de quatre femmes sur dix âgées de 40 à 60 ans (Blümel et al., 2012). Fortement associée à l'insomnie, l'anxiété tend à augmenter tout au long de la transition vers la ménopause (Terauchi et al., 2010). L'insomnie et l'anxiété peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale, pourtant seulement 20 % des personnes qui se plaignent d'insomnie sont correctement prises en charge (Ohayon, 2007). L'intervention est un essai expérimental pré et post-intervention avec un groupe contrôle et un groupe expérimental ayant pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie et l'anxiété situationnelle des femmes âgées de 40 à 60 ans provenant de la région de Québec. Quarante-sept femmes de cette cohorte d'âge, ayant des symptômes d'insomnie, ont été réparties aléatoirement dans le groupe expérimental ($n = 25$) recevant quatre séances en polarité ou dans le groupe contrôle ($n = 22$), recevant de l'information sur les saines habitudes de sommeil. Les mesures ont été recueillies pré, post-intervention et deux semaines post-intervention à l'aide des questionnaires intitulés l'Index de sévérité de l'insomnie (Morin, 1993) et l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (Spielberger, 1983). À la suite des interventions qui se sont échelonnées sur huit mois, nous notons une différence significative entre les groupes et entre les temps de mesure en ce qui a trait aux scores d'insomnie ($F = 28,66, p < ,0001$) et d'anxiété ($F = 14,14, p < ,0001$). Les deux hypothèses ont été confirmées. Les femmes âgées de 40 à 60 ans, qui ont reçu l'intervention en polarité, présentent une diminution significative de la sévérité de leur insomnie ainsi qu'une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention. Les recommandations visent le développement d'intervention pour la gestion des symptômes d'insomnie et d'anxiété. Cette étude incitera les infirmières concernées par la promotion de la santé et le bien-être à bonifier leurs interventions infirmières en vue de permettre aux femmes en transition ménopausique de satisfaire leur besoin vital de dormir.

Mots clés : polarité, intervention, approches complémentaires de soins, femmes d'âge moyen, insomnie, anxiété

ABSTRACT

Due to insomnia, 4 out of 10 women aged from 40 to 60 years old are deprived of sleep, a necessity of life (Blümel and al., 2012). Strongly associated with insomnia, anxiety tends to increase throughout the menopausal transition (Terauchi and al., 2010). Insomnia and anxiety can bring adverse effects on physical and mental health, yet only 20% of people who complain of insomnia are properly taken care of (Ohayon 2007). The intervention is a pretest-posttest experimental design with a control and an experimental group in order to assess the effectiveness of an intervention in polarity on insomnia and anxiety of women aged 40 to 60 years old living in the Quebec City region. Forty-seven women in this cohort with symptoms of insomnia were randomly assigned to the experiment group (n = 25) receiving 4 sessions on polarity or to the control group (n = 22) receiving information on healthy sleep habits. Data was collected during the pretest, the posttest and two weeks after the intervention using the Insomnia Severity Index (Morin, 1993) and the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) (Spielberger, 1983). Following the interventions that took place over eight months, results show a significant difference between the groups and the measurement time with respect to insomnia scores ($F = 28.66$, $p < .0001$) and anxiety scores ($F = 14.14$, $p < .0001$). The two hypotheses of the study were confirmed, women aged 40 to 60 years who received the intervention in polarity show a significant decrease in the severity of their insomnia and of their state of anxiety compared to those of the control group during post intervention. The recommendations are intended to enable the development of intervention to reduce the symptoms of insomnia and anxiety. This study will encourage nurses, who are concerned with health promotion and well-being, to improve their nursing intervention in promoting healthy sleep of women in their menopausal transition.

Keywords: polarity, intervention, complementary treatment methods, middle-aged women, insomnia, anxiety

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	viii
RÉSUMÉ.....	xii
ABSTRACT	xiv
TABLE DES MATIÈRES	xvi
LISTE DES TABLEAUX.....	xx
LISTE DES FIGURES	xxii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 ÉNONCE DU PROBLEME.....	3
1.2 FACTEURS ASSOCIES A L'INSOMNIE ET L'ANXIETE.....	6
1.3 TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE ET DE L'ANXIETE.....	8
1.4 JUSTIFICATION.....	10
1.5 BUT ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	11
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	13
2.1 LA STRATEGIE DE REPERAGE DES ECRITS	13
2.2 LES VARIABLES DEPENDANTES	14
2.2.1 L'insomnie.....	14
2.2.2 L'anxiété situationnelle	15
2.3 LES APPROCHES EXISTANTES POUR TRAITER L'INSOMNIE.....	15
2.3.1 Les approches pharmacologiques.....	15
2.3.2 Les approches non pharmacologiques.....	16
2.4 L'ETAT DES CONNAISSANCES SUR L'EFFET DE L'INTERVENTION EN POLARITE	19

2.5	LA RECHERCHE SUR L'EFFET DU MASSAGE SUR L'INSOMNIE.....	22
2.6	LA RECHERCHE SUR L'EFFET DU MASSAGE SUR L'ANXIETE.....	24
2.7	JUSTIFICATION THEORIQUE	26
2.8	RESUME DE LA REVUE DE LITTERATURE.....	28
CHAPITRE 3 MÉTHODE		31
3.1	LE DEVIS DE L'ETUDE.....	31
3.2	LA POPULATION VISEE	33
3.3	LE MODE DE RECRUTEMENT	33
3.3.1	Les critères d'inclusion.....	34
3.4	LA TAILLE DE L'ECHANTILLON.....	35
3.5	LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION	35
3.6	LA PROCEDURE POUR LA COLLECTE DES DONNEES.....	36
3.7	LA DESCRIPTION DE LA VARIABLE INDEPENDANTE.....	37
3.8	LA MESURE DES VARIABLES DEPENDANTES	38
3.8.1	L'Index de sévérité de l'insomnie.....	38
3.8.2	L'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1).....	39
3.9	LE PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES	40
3.9.1	Les analyses descriptives	40
3.9.2	Les tests d'hypothèses.....	40
3.10	LES CONSIDERATIONS ETHIQUES	41
3.10.1	Le consentement à la participation à l'étude.....	41
3.10.2	La confidentialité	41
3.10.3	La demande au comité d'éthique	42
CHAPITRE 4 RÉSULTATS		43
4.1	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	43
4.2	VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	50
4.2.1	Comparaison des groupes en ce qui concerne les scores d'insomnie.....	50
4.2.2	Comparaison des groupes en ce qui concerne les scores d'anxiété	53

4.3	SOMMAIRE DES RESULTATS	55
	CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	57
5.1.1	Diminution de la sévérité de l'insomnie.....	57
5.1.2	Diminution de l'anxiété situationnelle	58
5.2	LES LIMITES DE L'ETUDE	59
5.3	LES FORCES DE L'ETUDE.....	60
5.4	LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE EN SCIENCES INFIRMIERES	61
5.5	LES RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES	63
	CONCLUSION.....	67
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
	ANNEXE I QUESTIONNAIRE POUR LA SÉLECTION DES PARTICIPANTES	83
	ANNEXE II FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	89
	ANNEXE III QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	97
	ANNEXE IV INSTRUMENTS DE MESURE.....	101
	ANNEXE V PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	107
	ANNEXE VI PROTOCOLE AUTOPOLARITÉ	129
	ANNEXE VII STRATÉGIES POUR VAINCRE L'INSOMNIE	133
	ANNEXE VIII CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe contrôle.....	48
Tableau 2 : Analyse de covariance de l'insomnie selon les deux groupes et les trois temps de mesure, en contrôlant l'effet de l'âge	51
Tableau 3 : Moyennes et écarts types des scores de sévérité de l'insomnie des participantes pour les trois temps de mesure en fonction du groupe	51
Tableau 4 : Analyse de covariance de l'anxiété selon les deux groupes et les trois temps de mesure, en contrôlant l'effet de l'âge	53
Tableau 5 : Moyennes et écarts types des scores de sévérité de l'insomnie des participantes pour les trois temps de mesure en fonction du groupe	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schématisation des hypothèses	28
Figure 2 : Diagramme de l'échantillon aux différentes étapes de l'étude	44
Figure 3 : Graphique de la moyenne des scores de sévérité de l'insomnie pour les trois temps de mesure en fonction du groupe	53
Figure 4 : Graphique de la moyenne des scores d'anxiété situationnelle pour les trois temps de mesure en fonction du groupe	55

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Passant le tiers de notre vie à dormir, il ne fait pas de doute que le sommeil est un besoin fondamental. En fait, le sommeil exerce un rôle essentiel pour le maintien de la santé physique et mentale (Morin, Bélanger, & Fortier-Brochu, 2006; Tan et al., 2013). Malheureusement, les troubles du sommeil constituent une problématique très répandue dans la population en général (Ohayon, 2007). L'insomnie, le plus fréquent des troubles du sommeil, affecte particulièrement les femmes dans la période entourant la ménopause (Blümel et al., 2012). Fortement associée à l'insomnie, l'anxiété tend aussi à augmenter tout au long de la transition vers la ménopause (Terauchi et al., 2010).

Actuellement, nombreuses sont les personnes utilisant des pratiques complémentaires de soins pour traiter les troubles du sommeil (Pearson, Johnson, & Nahin, 2006) ou les troubles anxieux (Kessler, Soukup, & Davis, 2001). Chez les femmes en périménopause, 40 à 76 % d'entre elles se tournent vers ces méthodes de soins (Hill-Sakurai, Muller, & Thom, 2008). Puisque l'insomnie et l'anxiété peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale des femmes âgées de 40 à 60 ans, augmentant ainsi la probabilité que ces femmes se dirigent vers des pratiques complémentaires, il devient intéressant de tenter d'évaluer l'effet d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées de 40 à 60 ans provenant de la région de Québec.

Ce mémoire présente une étude expérimentale qui avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie et l'anxiété situationnelle des femmes âgées de 40 à 60 ans provenant de la région de Québec à l'aide d'un devis expérimental pré et post-intervention avec groupe contrôle. Cinq chapitres y sont présentés. Le premier expose la problématique, la justification de l'étude, les objectifs de la recherche ainsi que les hypothèses afférentes. Le deuxième chapitre présente la revue de la littérature,

la schématisation des hypothèses de recherche et la description des variables. Le troisième chapitre divulgue la méthode utilisée pour réaliser cette recherche, le déroulement des activités de recherche, la description de l'intervention et des instruments de mesure. Le quatrième chapitre présente la description de l'échantillon et les résultats de l'étude permettant la vérification des deux hypothèses de recherche initiales. Finalement, le cinquième chapitre présente une discussion portant sur les différents résultats obtenus en lien avec la littérature existante. Les limites, les forces de l'étude et l'émission de recommandations pour de futures recherches clôturent ce chapitre. Dans la conclusion, nous revenons sur les faits saillants de la recherche avant d'ouvrir vers d'autres perspectives de recherches futures.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente la problématique reliée à l'insomnie et l'anxiété chez les femmes en périménopause. D'abord, nous situons le sujet d'étude dans son contexte. Ensuite, nous discutons de l'importance d'évaluer l'effet d'une intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie et l'anxiété situationnelle des femmes âgées de 40 à 60 ans provenant de la région de Québec. Les raisons justifiant cette étude sont aussi énoncées distinctement. Nous terminons ce chapitre par la présentation des objectifs poursuivis ainsi que des hypothèses de recherche.

1.1 ÉNONCE DU PROBLEME

Dans la pratique infirmière, il est souvent remarqué que nombreuses sont les femmes d'âge moyen signalant une insatisfaction de leur besoin fondamental de dormir. Ces femmes déclarent régulièrement vivre un état de fatigue, un manque d'énergie et même l'épuisement. Chez elles, on peut aisément observer des signes d'anxiété, une perte de plaisir, une fragilité psychologique ainsi qu'un flagrant manque de concentration. En fait, dommageable et souvent traitée comme une plainte mineure (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006), l'insomnie engendre de la somnolence diurne, un affaiblissement des facultés ainsi qu'une baisse de productivité et de la performance chez les femmes (Polo-Kantola, 2011). Les effets délétères de l'insomnie se répercutent tant sur leur santé physique que psychologique, engendrant entre autres un risque majeur pour le développement de la dépression et de l'anxiété (Morin, Bélanger, et al., 2006). En définitive, l'insomnie qui est désignée pour prédire la morbidité et la mortalité prématurée des femmes d'âge moyen en bonne santé générale (Thase, 2005;

Wallander, Johansson, Ruigomez, Rodriguez, & Jones, 2007) provoque sans détour une détérioration marquée de leur qualité de vie (Polo-Kantola, 2011).

Afin de rétablir l'indépendance de la personne dans la satisfaction du besoin de dormir, l'infirmière doit tenir compte de l'anxiété (Henderson, 1964) qui est fortement associée à l'insomnie chez la femme d'âge moyen en bonne santé (Terauchi et al., 2012). Dans cette perspective, l'insomnie peut être considérée comme un facteur de risque important de l'anxiété (Kuh, Hardy, Rodgers, & Wadsworth, 2002) et inversement, les symptômes d'anxiété sont souvent identifiés comme un facteur de risque majeur de l'insomnie (Leblanc et al., 2009). L'anxiété engendre chez les femmes de la fatigue, des tensions musculaires, une diminution de la concentration et de la qualité de vie en général. En outre, l'anxiété est un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires (Thurston, Rewak, & Kubzansky, 2013) ainsi qu'un facteur psychologique souvent associé à l'hypertension (Friedman et al., 2001). Somme toute, les symptômes d'anxiété peuvent prédire le développement ultérieur d'un épisode dépressif majeur (Kravitz, Schott, Joffe, Cyranowski, & Bromberger, 2014) ainsi que la mortalité cardiovasculaire prématurée chez les femmes d'âge moyen (Denollet, Maas, Knottnerus, Keyzer, & Pop, 2009).

Les contrecoups de l'anxiété sur le sommeil sont importants. Les symptômes d'anxiété peuvent entraîner le développement des troubles du sommeil (Zhang & Wing, 2006). Il faut le souligner, l'anxiété génère une difficulté à s'endormir (Terauchi et al., 2010) laquelle étant fortement associée à une détérioration de la qualité du sommeil (Wu, Kim, & Zhuo, 2008). L'anxiété affecte également la durée ainsi que l'efficacité habituelle du sommeil (Atalay, 2011; Augner, 2011; Harvey, Stinson, Whitaker, Moskowitz, & Virk, 2008). De surcroît, elle engendre de la somnolence diurne (Hidalgo & Caumo, 2002). Or, l'anxiété est identifiée comme un facteur de risque majeur de l'insomnie (Leblanc et al., 2009) et un mauvais sommeil, d'une occurrence fréquente chez les femmes d'âge moyen, est associé à des conséquences néfastes pour la santé (O'Connor Frame & Alexander, 2013).

Actuellement, les répercussions socio-économiques de l'insomnie et de l'anxiété sont colossales. Entre autres, l'insomnie est liée à une augmentation de l'absentéisme au travail, de

l'invalidité et d'un surcroît de l'utilisation des soins de santé (Bolge, Doan, Kannan, & Baran, 2009; Salo et al., 2010). Ceci se traduit par des coûts financiers démesurés. Au Québec, les coûts indirects annuels associés à l'absentéisme reliés à l'insomnie sont estimés à 970 millions de dollars, avec des pertes de productivité estimées à 5 milliards de dollars (Daley, Morin, Leblanc, Grégoire, & Savard, 2009). Quant aux troubles anxieux qui sont de loin les troubles mentaux les plus courants aux États-Unis (Kessler et al., 2005), ils entraînent des coûts estimés à plus de 40 milliards de dollars par année (Kessler & Greenberg, 2002). Incontestable est la pertinence de trouver des solutions afin de freiner ce fléau. Ces coûts exorbitants s'adjoignent aux nombreuses preuves irréfutables qui relient l'insomnie et l'anxiété à une mauvaise santé globale ainsi qu'à l'augmentation de la mortalité prématurée des femmes d'âge moyen en bonne santé générale (Denollet et al., 2009; Sivertsen et al., 2014).

De nos jours, la lacune majeure est que seulement 20 % des personnes se plaignant d'insomnie sont correctement prises en charge (Ohayon, 2007). Les solutions médicamenteuses actuellement proposées semblent inadéquates (Anthierens, Grypdonck, Liesbeth, & Thierry, 2008). Bien que les traitements cognitivo-comportementaux (Polo-Kantola, 2011) et certaines techniques de relaxation (Billiard & Dauvilliers, 2004) s'avèrent efficaces, trop peu de gens reçoivent les soins appropriés. Un besoin fondamental que le client ne peut satisfaire nécessite une intervention infirmière (Adam, 1991). Hélas, les infirmières sont peu outillées pour permettre à la personne de développer son autonomie dans la satisfaction de son besoin de dormir (Anthierens et al., 2008). L'infirmière peut enrichir les moyens dont elle dispose pour intervenir. Regroupées sous la rubrique approches complémentaires, plusieurs stratégies s'offrent aux infirmières (Henderson, 1964). Quelques auteurs se sont intéressés à évaluer les effets d'une intervention en polarité afin d'améliorer le bien-être physique et psychologique des individus (Korn et al., 2009; Mustian et al., 2011; Roscoe, Matteson, Mustian, Padmanaban, & Morrow, 2005), d'où notre intérêt envers cette approche. Le problème retenu réside dans le fait que quatre femmes sur dix, âgées de 40 à 60 ans, ne sont pas autonomes dans la satisfaction de leur besoin fondamental de dormir (Blümel et al., 2012). Il s'avère donc nécessaire d'évaluer l'effet de l'intervention en polarité afin de repérer des solutions avantageuses qui pourraient permettre d'outiller les infirmières qui sont

dans une position privilégiée pour aider les femmes à rétablir leur indépendance dans la satisfaction de leur besoin de dormir.

1.2 FACTEURS ASSOCIES A L'INSOMNIE ET L'ANXIETE

La population cible est l'ensemble des femmes en période de péri-ménopause ayant des symptômes d'insomnie, résidentes des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches. Les causes de l'insomnie et de l'anxiété chez les femmes d'âge moyen sont multifactorielles. D'entrée de jeu, les changements hormonaux vécus de 40 à 60 ans peuvent engendrer des bouffées de chaleur ainsi que des sueurs nocturnes (Brunner, Suddarth, Smeltzer, & Bare, 2011). Ce sont 70 % des femmes qui vont être touchées par ces symptômes climatiques. Cependant, la situation va s'avérer problématique chez 15 à 20 % d'entre elles engendrant, entre autres, des difficultés de sommeil ainsi que des symptômes d'anxiété. La ménopause ne peut à elle seule être responsable des symptômes d'insomnie et d'anxiété des femmes d'âge moyen puisque déjà dans la quarantaine, avant même que les changements hormonaux associés à cette transition ne surviennent, les problèmes de sommeil ont déjà augmenté (Polo-Kantola, 2011; Vaari, Engblom, Helenius, Erkkola, & Polo-Kantola, 2008).

Les changements physiques peuvent aussi être responsables de l'insomnie et de l'anxiété chez les femmes âgées de 40 à 60 ans. Il est malencontreusement constaté que de nombreuses femmes d'âge moyen ont une augmentation des problèmes de santé (Pope, Sowers, Welch, & Albrecht, 2001). Fréquemment, ces problèmes de santé entraînent des symptômes d'anxiété (Pautex et al., 2007), augmentant ainsi le risque de développer des symptômes d'insomnie. À cet égard, l'insomnie est souvent mentionnée en comorbidité avec plusieurs problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires chroniques obstructives, l'arthrite et la fibromyalgie (American Psychiatric Association, 2013). En réalité, près de la moitié des gens ayant des symptômes d'insomnie ont un problème de santé persistant (Ohayon, 2007). Il faut également retenir l'existence de la douleur qui est évidemment susceptible d'entraîner des symptômes d'anxiété et d'insomnie

(Pautex et al., 2007). Chez les gens souffrant de douleur chronique, 88 % déclarent souffrir d'un trouble du sommeil (McCracken & Iverson, 2002). Cette situation peut entraîner une plainte d'insomnie ainsi que des symptômes d'anxiété (Ohayon, 2007).

Le style de vie peut pareillement être responsable du développement des symptômes d'insomnie et d'anxiété. Mener une vie stressante, dormir dans un endroit où la température, la lumière, le bruit sont inadéquats (Ameratunga, Goldin, & Hickey, 2012), ne pas avoir de bonnes habitudes de sommeil, des horaires irréguliers de sommeil ainsi que craindre de ne pas dormir sont tous des éléments pouvant nuire au bon sommeil (American Psychiatric Association, 1994). Aussi, être sédentaire, avoir une alimentation élevée en cholestérol, en apport énergétique excessif et prendre du poids (Bonnet et al., 2005) sont tous des facteurs aggravants qui contribuent au développement de l'insomnie et de l'anxiété chez les femmes d'âge moyen. De plus, l'utilisation de nombreux médicaments tels certains hypnotiques, antihypertenseurs, bronchodilatateurs, antidépresseurs ou différentes hormones peut être associée à la survenue de l'insomnie (Billiard & Dauvilliers, 2004). Finalement, plusieurs substances stimulantes comme la caféine, les amphétamines, le tabac ou l'abus de l'alcool entraînent des symptômes d'insomnie et/ou d'anxiété (Billiard & Dauvilliers, 2004; Brook, Rubenstone, Zhang, & Brook, 2012).

En dernier lieu, l'état psychologique est aussi à considérer. Il est remarqué que la période entourant la ménopause est couramment une période de stress psychologique pour les femmes puisqu'elles vivent à ce moment plusieurs changements d'ordre biopsychosociaux. Par exemple, cette période coïncide souvent avec le départ des enfants de la maison familiale. Aussi, les parents âgés peuvent nécessiter des soins, ce qui exige souvent un remaniement des rôles au sein de la famille, alors que pour certaines femmes le soutien social s'avère faible (Shaver & Zenk, 2000). De plus, un problème de santé, la perte d'un proche ou même un divorce peuvent survenir. Bref, si ces changements sont vécus négativement, ils risquent d'entraîner des symptômes d'anxiété (Zhang et al., 2007) ainsi que d'augmenter la vulnérabilité des femmes à développer des symptômes d'insomnie (Hsu & Lin, 2005).

Entre temps, très peu de gens qui souffrent d'insomnie consultent un professionnel de la santé pour contrer ce problème. La prescription de médicaments est souvent la solution alternative proposée (Morin, Leblanc, Daley, Gregoire, & Mérette, 2006). En réalité, la connaissance limitée d'interventions non pharmacologiques pourrait, en partie, expliquer le faible taux de consultation (Morin, Leblanc, et al., 2011). Chez les infirmières, le constat est qu'elles sont peu outillées afin de permettre à la personne de développer leur autonomie dans la satisfaction de leur besoin vital de dormir (Anthierens et al., 2008). Par conséquent, il devient prioritaire de repérer des approches plus novatrices pouvant éventuellement permettre d'outiller l'important groupement d'infirmières québécoises.

1.3 TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE ET DE L'ANXIÉTÉ

De nos jours, il est observé que les femmes d'âge moyen ont une incidence accrue de l'utilisation de somnifères (Ameratunga et al., 2012). Les benzodiazépines, les plus souvent prescrits (Lichstein et al., 2013), engendrent de la somnolence diurne, un amoindrissement des facultés, des effets négatifs sur la mémoire, de la tolérance, un effet rebond pouvant entraîner la réapparition des symptômes ainsi qu'un risque de dépendance physique et psychologique, et ce, malgré l'utilisation à court terme (Association des pharmaciens du Canada, 2013). Également utilisés, des antihistaminiques qui similairement engendrent de la somnolence diurne ainsi qu'un affaiblissement des facultés (Billiard & Dauvilliers, 2004). Quant aux antidépresseurs, anxiolytiques et antipsychotiques souvent recommandés, ils engendrent tous un nombre considérable d'effets indésirables (Association des pharmaciens du Canada, 2013). La mélatonine, quant à elle, doit être utilisée avec prudence, comptant peu d'études à long terme (Srinivasan et al., 2011). Chez les femmes qui souffrent de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes, l'hormonothérapie est démontrée efficace pour améliorer les paramètres du sommeil. Toutefois, l'utilisation à long terme de l'hormonothérapie n'est pas recommandée, celle-ci étant associée à un risque accru d'accidents vasculaires et de cancer du sein (Ameratunga et al., 2012; Hays et al., 2003; Polo-Kantola, 2011).

Avantageusement, afin de diminuer les effets secondaires liés à l'utilisation des médicaments, les infirmières peuvent jouer un rôle clé en proposant des alternatives non pharmacologiques (Anthierens et al., 2008).

À l'heure actuelle, plusieurs interventions non pharmacologiques comme les traitements cognitivo-comportementaux incluant, entre autres, la restriction du sommeil, le contrôle par stimulus, l'éducation sur l'hygiène du sommeil (Polo-Kantola, 2011) ainsi que des techniques de relaxation comme la relaxation progressive de Jacobson, le training autogène de Schultz, le biofeedback ainsi que la désensibilisation se sont montrées efficaces et sécuritaires comparativement aux interventions pharmacologiques pour réduire l'anxiété (Bastani, Hidarnia, Kazemnejad, Vafaei, & Kashanian, 2005) et ainsi améliorer la qualité subjective du sommeil (Harsora & Kessmann, 2009). Cependant, malgré des résultats intéressants, nombreux sont les insomniaques ne recevant pas de traitement adéquat (Polo-Kantola, 2011). La longueur des thérapies (Billiard & Dauvilliers, 2004; Polo-Kantola, 2011), les coûts associés et le besoin d'un personnel qualifié pour administrer ces thérapies font souvent obstacle à ces interventions (Polo-Kantola, 2011).

Selon notre recension, aucune étude n'a évalué l'effet d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes en périménopause. Les interventions alternatives à la pharmacothérapie pour diminuer l'insomnie et l'anxiété sont encouragées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1987), l'intervention en polarité fait partie des programmes destinés à la formation continue de ses membres. La stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la médecine traditionnelle 2014-2023 signale formellement la nécessité d'appuyer des projets de recherche visant à évaluer l'effet des pratiques complémentaires de soins. Elle atteste que ces pratiques constituent un pan important des soins de santé et que la demande dans ce domaine est en progression partout dans le monde (OMS, 2013). Après tout, les approches énergétiques sont montrées pour engendrer une diminution de l'anxiété (Bulette Coakley & Barron, 2012), celle-ci étant un élément clé de l'insomnie (Ebben & Spielman, 2009). Selon la classification du Centre National pour la Médecine complémentaire et parallèle (NCCAM), l'intervention en polarité est considérée

comme étant une approche énergétique. Au surplus, plusieurs chercheurs recommandent de nouvelles études dans ce domaine (Aghabati, Mohammadi, & Esmaili, 2010; Anderson & Taylor, 2012; Bowden, Goddard, & Gruzelier, 2011; Bulette Coakley & Barron, 2012; Dressen & Singg, 1998; Eschiti, 2007; Innes, Selfe, & Vishnu, 2010; Maville, Bowen, & Benham, 2008; Mustian et al., 2011; Sood, Barton, Bauer, & Loprinzi, 2007; Thrane & Cohen, 2013; Tsang, Carlson, & Olson, 2007; Vitale & O'Connor, 2006)

De surcroît, l'intervention en polarité qui peut être administrée dans différents contextes de soins peut également être enseignée à la personne afin de favoriser son indépendance dans la satisfaction de son besoin de dormir. La mise en œuvre d'une intervention dans le cadre général de la pratique infirmière pourrait être une avenue bénéfique. Une réduction significative de l'insomnie et de l'anxiété des femmes âgées de 40 à 60 ans, après seulement quelques séances d'intervention en polarité, serait un dénouement intéressant pour les infirmières qui pourraient aider les femmes à satisfaire leur besoin vital de dormir (Radtke, Obermann, & Teymer, 2014). L'enthousiasme supplémentaire est qu'en plus d'améliorer la santé des femmes, le recours à ces pratiques complémentaires de soins qui sont favorables pour encourager la santé, l'autoprise en charge ainsi que la prévention des maladies, ne peut qu'alléger les coûts des soins de santé (OMS, 2013).

1.4 JUSTIFICATION

Selon les travaux de la théoricienne Virginia Henderson (1897-1996) qui ont visé à préciser la cible des soins infirmiers, la personne est un tout complexe ayant 14 besoins fondamentaux. Le besoin fondamental de dormir et se reposer est classé dans les besoins d'ordre biophysiological. Celui-ci devrait être satisfait afin de permettre aux femmes en péri-ménopause de se sentir reposées, de pouvoir gérer leur fatigue ainsi que leur potentiel d'énergie. Evelyn Adam (1991), qui a repris les écrits d'Henderson, évoque que le sommeil est modifié par les émotions (Adam, 1991), ce qui se concilie avec la présente recherche où l'anxiété est considérée en tant que facteur de risque pour le développement des troubles du sommeil (Zhang & Wing, 2006).

Cette recherche se situe à travers les quatre concepts centraux de la discipline qu'a dégagés Jacqueline Fawcett (1978) qui sont la santé, la personne, le soin et l'environnement. Selon la vision d'Henderson, la personne est un être bio-psychosocial qui peut avoir besoin d'aide pour atteindre la santé et l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Les soins infirmiers, quant à eux, se définissent comme une profession qui aide les gens, malades ou non, à satisfaire leurs besoins fondamentaux ce qui favorise la santé ou son rétablissement. Quant au concept de santé, Henderson est d'avis qu'elle réfère à l'indépendance des 14 besoins fondamentaux. Bien que cette théoricienne n'ait pas explicitement défini l'environnement, de toute évidence, elle s'est préoccupée des facteurs externes qui affectent la vie et la santé de la personne (McKenna, Pajnikihar, & Murphy, 2014).

Selon Henderson, un besoin est une nécessité plutôt qu'un manque (Adam, 1991). Plusieurs auteurs en sciences infirmières appuient la vision d'Henderson et se sont inspirés de ses travaux. Par exemple, les théoriciennes Nancy Roper, Winifred Logan et Alison Tierney sont d'avis que le travail des infirmières doit se concentrer sur l'encouragement des clients à être indépendants dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux (McKenna et al., 2014). Ainsi donc, cette recherche soutient la croissance et l'utilité de la discipline infirmière. L'évaluation des symptômes d'insomnie et d'anxiété des femmes en transition ménopausique, le repérage d'une intervention infirmière et l'évaluation de celle-ci dans le but de permettre à ces femmes de satisfaire leur nécessité vitale de dormir est certes profitable pour la discipline. Après tout, prendre soin des symptômes est au cœur de la pratique infirmière (Dallaire, 2008).

1.5 BUT ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Le but de cette étude expérimentale pré et post-intervention avec groupe contrôle est d'évaluer l'efficacité d'une intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie et l'anxiété situationnelle des femmes âgées de 40 à 60 ans provenant de la région de Québec.

La première hypothèse de recherche : les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de la sévérité de leur insomnie comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention.

La deuxième hypothèse : les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre débute avec l'énonciation des stratégies utilisées pour repérer les ouvrages et articles en lien avec le sujet de recherche. Ensuite, nous présentons les variables dépendantes : insomnie et anxiété. Les approches pharmacologiques et non pharmacologiques existantes pour traiter l'insomnie et l'anxiété seront discutées également dans ce chapitre. La schématisation des hypothèses de recherche, la variable indépendante qui est l'intervention en polarité ainsi que les recherches réalisées portant sur l'effet de l'intervention en polarité sont subséquemment présentées. Puisque les études visant à évaluer cet outil complémentaire de soins sont peu nombreuses, nous avons recensé des recherches portant sur l'effet du massage, intervention renfermant diverses formes de pratique dont, entre autres, la polarité. Par conséquent, à la fin de ce chapitre, nous examinons des études évaluant l'effet du massage sur l'insomnie ainsi que sur l'anxiété.

2.1 LA STRATEGIE DE REPERAGE DES ECRITS

Dans le but de clarifier l'état actuel des connaissances en lien avec le sujet de recherche, nous avons eu recours à des articles de périodiques répertoriés dans les bases de données informatisées suivantes : *Cinhal*, *Medline*, *Science Direct*, *Proquest* et *Google Scholar*. Ensuite, nous avons conservé les études expérimentales qui traitent de sujets analogues c'est-à-dire la polarité, le massage, l'anxiété et l'insomnie. Tous les articles répertoriés sont en français ou en anglais et ont été publiés entre 2006 et 2016. Douze publications ont été ainsi recensées (Billhult, Lindholm, Gunnarsson, & Stener-Victorin, 2009; Bost & Wallis, 2006; Dion et al., 2016; Engen et al., 2012; Jane, Wilkie, Gallucci, Beaton, & Huang, 2009; Korn et al., 2009; Mustian et al., 2011; Oliveira, Hachul, Goto, Tufik, & Bittencourt, 2012;

Oliveira, Hachul, Tufik, & Bittencourt, 2011; Roscoe et al., 2005; Saatsaz, Rezaei, Alipour, & Beheshti, 2016). Nous avons considéré les travaux menés auprès de la même population. Toutefois, en voulant restreindre cette recherche aux femmes d'âge moyen, la recension devenait nettement insuffisante. Nous avons décidé d'élargir cette recherche auprès des femmes de tout âge. Finalement, afin d'assurer une rigueur quant à la qualité de l'information recueillie, mis à part les études portant sur l'intervention en polarité, nous avons éliminé les études ayant une taille d'échantillon inférieur à 40 participantes, ce qui est insuffisant pour fournir des résultats crédibles.

Mots clés : polarité, intervention, approches complémentaires de soins, femmes d'âge moyen, insomnie, anxiété

2.2 LES VARIABLES DEPENDANTES

2.2.1 L'insomnie

L'insomnie est un trouble commun affectant des millions de personnes à travers le monde (Ebben & Spielman, 2009). En tant qu'expérience subjective, l'insomnie est définie comme une plainte associée à une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil et à un sommeil non réparateur, entraînant une détresse marquée ou une altération du fonctionnement quotidien. La difficulté de sommeil se produit au moins trois nuits par semaine et est présente depuis au moins trois mois (American Psychiatric Association, 2013). Chez les adultes, le tiers signale avoir des symptômes d'insomnie. Cependant, les plaintes sont une fois et demie plus fréquentes chez la femme que chez l'homme (Billiard & Dauvilliers, 2004). D'ailleurs, après 45 ans, les femmes sont presque deux fois plus susceptibles que les hommes d'avoir un diagnostic d'insomnie (Ohayon, 2007). Chez les femmes âgées de 40 à 60 ans, l'insomnie empêche la satisfaction du besoin fondamental de dormir de 39% à 42% d'entre elles (Blümel et al., 2012).

2.2.2 L'anxiété situationnelle

L'anxiété est l'anticipation d'appréhension d'un danger ou d'un malheur futur accompagné d'un sentiment d'inquiétude, d'angoisse et/ou des symptômes somatiques de tension. Elle se différencie de la peur et de la panique puisque ces dernières sont associées à un contact direct avec un danger et non simplement à la détection ou à l'anticipation de celui-ci (Association des pharmaciens du Canada, 2013). On distingue l'anxiété situationnelle de l'anxiété-trait. L'anxiété situationnelle est ressentie à un moment précis alors que l'anxiété-trait est ce que la personne ressent habituellement (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Dans la présente recherche, le terme anxiété fait référence au concept d'anxiété situationnelle. Bien connue, l'anxiété auto-déclarée a un effet négatif important sur la longévité des femmes d'âge moyen (Denollet et al., 2009).

2.3 LES APPROCHES EXISTANTES POUR TRAITER L'INSOMNIE

2.3.1 Les approches pharmacologiques

Actuellement, la pharmacothérapie est l'intervention la plus couramment utilisée pour traiter l'insomnie (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016). Communément prescrites, les benzodiazépines engendrent des effets bénéfiques sur le délai d'endormissement ainsi que sur la fréquence des éveils nocturnes. Cependant, les améliorations obtenues ne sont que provisoires puisqu'elles s'estompent progressivement avec l'utilisation régulière de cette médication (Morin, Bélanger, et al., 2006). En outre, les benzodiazépines entraînent, et ce malgré l'usage à court terme, un risque élevé de tolérance et de dépendance. L'usage que font les femmes d'âge moyen des somnifères est très préoccupant puisque ceux-ci peuvent embrouiller les fonctions cognitives et mentales (Ameratunga et al., 2012). De nos jours, certaines vont se tourner vers les antihistaminiques pour améliorer leurs paramètres du sommeil alors que ceux-ci engendrent des effets secondaires similaires aux somnifères (Billiard & Dauvilliers, 2004). Aussi, des antidépresseurs sont prescrits en raison de leur

activité sédatrice. Ceux-ci causent de nombreux effets secondaires dont l'hypotension orthostatique, des effets anticholinergiques ainsi qu'une toxicité cardiaque (Association des pharmaciens du Canada, 2013). Les traitements hormonaux, quant à eux, ne devraient pas être le premier choix de traitement en raison des risques associés à leur utilisation à long terme qui sont un risque accru d'accidents vasculaires ainsi que le développement du cancer du sein (Ameratunga et al., 2012). Visiblement, les solutions médicamenteuses recommandées afin d'améliorer le sommeil des femmes conduisent souvent à une dépendance physique et psychologique ainsi qu'à de multiples effets secondaires nuisibles. Dans l'intention de contribuer à favoriser l'autonomie des femmes dans la satisfaction de leur besoin fondamental de dormir, les infirmières ont un rôle prépondérant à jouer en proposant des alternatives non pharmacologiques. En outre, ces alternatives pourraient favoriser la diminution des effets secondaires liés à l'utilisation des médicaments (Anthierens et al., 2008).

2.3.2 Les approches non pharmacologiques

La recherche portant sur les approches non pharmacologiques comme les interventions psychologiques ou les thérapies de relaxation allègue que ces interventions sont plus efficaces et sécuritaires que les approches pharmacologiques pour contrer l'insomnie (Billiard & Dauvilliers, 2004). Par exemple, la revue systématique de Morin et collaborateurs (2006) menée sur trente-sept études publiées entre 1998 et 2004 rapporte que les thérapies psychologiques et comportementales ont produit des changements positifs quant à plusieurs paramètres du sommeil. Cinq des 37 études répertoriées étaient des essais cliniques randomisés. Morin et collaborateurs (2006) sont d'avis que des études évaluant l'efficacité de ces thérapies sur l'insomnie en milieu clinique sont nécessaires (Morin, Bootzin, et al., 2006). Mitchell et collaborateurs (2012) sont venus appuyer ces résultats en réalisant à nouveau une revue systématique. Cette fois, cinq études qui répondaient à leurs critères d'analyse ont été retenues. Bien que des preuves supplémentaires soient nécessaires, ces auteurs affirment à nouveau que la thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace que les thérapies

médicamenteuses pour diminuer l'insomnie (Mitchell, Gehrman, Michael, Umscheid, & 2012). Ces deux revues ont majoritairement recensé des études réalisées auprès des personnes âgées. Si on dénombre de ces deux revues systématiques les études quantitatives réalisées auprès de la population féminine souffrant d'insomnie, seule l'étude réalisée par Swanson et collaborateurs (2013) a mené à un projet pilote visant à évaluer l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale sur l'insomnie des femmes en dépression post-partum. Bien que les résultats obtenus soient prometteurs, la petite taille de l'échantillon ($n = 12$) et l'absence d'un groupe contrôle altèrent la validité des résultats obtenus. D'ailleurs, les auteurs recommandent d'autres études avec un échantillon de plus grande taille et un devis expérimental avec groupe contrôle (Swanson, Flynn, Adams-Mundy, Armitage, & Arnedt, 2013).

Les approches non pharmacologiques incluent aussi l'hygiène du sommeil qui consiste à mettre en pratique des principes de base d'une bonne hygiène du sommeil. Par exemple, éviter de manger en soirée certains aliments, à quel moment il s'avère bénéfique de pratiquer de l'exercice physique pour améliorer son sommeil ou encore, comment rendre la chambre à coucher propice au bon sommeil sont des directives pouvant améliorer le sommeil. Cependant, Morin et collaborateurs (2006) sont d'avis que ces recommandations doivent être jointes à d'autres traitements, puisqu'il est plutôt rare que l'hygiène du sommeil puisse, à elle seule, enrayer l'insomnie. Alors que la thérapie de contrôle par le stimulus consiste à suivre des instructions telles que : aller au lit uniquement lorsque somnolente, sortir du lit lorsqu'il y a incapacité à s'endormir ou encore se lever à la même heure tous les matins, la restriction du sommeil consiste à restreindre le temps passé au lit à la durée moyenne de sommeil qu'obtient habituellement la personne. D'autres approches comme les thérapies de relaxation sont aussi utilisées pour réduire les tensions qui peuvent interférer avec le sommeil. Des techniques de relaxation musculaire, de biofeedback et de méditation sont des exemples de procédures qui visent principalement à réduire les tensions qui peuvent nuire au bon sommeil.

Bien que ces techniques puissent réduire l'anxiété et améliorer la qualité subjective du sommeil, les études évaluant leurs effets à long terme sont manquantes. De plus, nonobstant des résultats intéressants, nombreux sont les insomniaques ne recevant pas de traitement

adéquat (Ohayon, 2007). La longueur des thérapies, les coûts associés et le personnel qualifié insuffisant pour administrer ces thérapies font souvent obstacle à ces interventions. Dans la littérature, les études qui démontrent que les interventions psychologiques ou les techniques de relaxation pouvant diminuer les symptômes d'insomnie et d'anxiété chez les femmes en péri-ménopause sont insuffisantes. Par conséquent, ces approches non pharmacologiques n'ont pas fait leurs preuves comme une option de traitement auprès des femmes québécoises en transition ménopausique.

Présentement, malgré sa prévalence élevée, l'insomnie est souvent traitée comme une plainte mineure, étant sous-diagnostiquée et sous-traitée (Araujo, Jarrin, Leanza, Vallières, & Morin, 2016). L'insomnie s'accroît de façon substantielle lorsque les femmes approchent la quarantaine (Ameratunga et al., 2012; Lee, 2009; Minarik, 2009), engendrant des problèmes de santé comme l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, la dépression et l'anxiété (Buisse et al., 2010). Il est impératif de repérer des outils d'intervention efficaces et accessibles qui pourraient aider les femmes à satisfaire leur besoin fondamental de dormir. L'Organisation mondiale de la santé pour la médecine traditionnelle 2014-2023 appuie les projets de recherche visant à évaluer l'efficacité de la médecine traditionnelle et complémentaire. Celle-ci définit la médecine traditionnelle comme la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales. Le terme médecine complémentaire, quant à lui, fait référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Cette organisation stipule que nous devons élargir l'horizon des soins de santé en intégrant la pratique complémentaire aux plans de traitements que nous élaborons avec les clients (Organisation mondiale de la santé, 2013).

La massothérapie est une forme de thérapie manuelle qui regroupe une multitude de techniques différentes. L'intervention en polarité développée en 1945 par le Dr Randolph

Stone, chiropraticien, ostéopathe et naturopathe, est une technique de base de la massothérapie. L'intervention en polarité s'appuie principalement sur les concepts de la médecine ayurvédique. Lorsque le praticien travaille en polarité, ses mains se placent en respectant le principe de la polarité (Guay, 2010). Afin d'obtenir une certaine relaxation, le praticien applique ses mains sur le corps de la personne, exerce une pression sur des points précis, effectue des tractions douces ou exerce des mouvements articulaires (Korn & Rýser, 2006). Lors des manipulations, le client est allongé sur une table à massage, demeurant habillé. La polarité est donc une technique de massage qui a pour but d'induire la relaxation chez la personne qui reçoit le traitement. Intéressante, l'intervention en polarité peut même être enseignée à la personne afin qu'elle puisse poursuivre sa prise en charge. Le praticien enseigne alors une séquence de mouvements à exécuter. La personne place ses doigts ou ses mains à des endroits précis sur son corps toujours en respectant le principe de la polarité (Guay, 2010). Ces exercices d'autopolarité sont pratiqués à une fréquence prédéterminée avec le praticien ou lorsque la personne en ressent le besoin.

2.4 L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'EFFET DE L'INTERVENTION EN POLARITE

En dépit de la pluralité de chercheurs qui recommandent de nouvelles études portant sur les soins énergétiques (Aghabati et al., 2010; Anderson & Taylor, 2012; Bowden et al., 2011; Bulette Coakley & Barron, 2012; Dressen & Singg, 1998; Eschiti, 2007; Innes et al., 2010; Maville et al., 2008; Mustian et al., 2011; Sood et al., 2007; Thrane & Cohen, 2013; Tsang et al., 2007; Vitale & O'Connor, 2006), la littérature expose un manque de recherches scientifiques portant sur l'effet de l'intervention en polarité. À notre connaissance, seulement trois études ont servi à évaluer l'effet de cette intervention. Premièrement, Roscoe et collaborateurs (2005) ont réalisé une étude pilote qui a consisté à vérifier l'efficacité de l'intervention en polarité sur la fatigue liée au cancer et la qualité de vie liée à la santé chez des femmes subissant de la radiothérapie pour traiter un cancer du sein. Ce sont 15 femmes qui ont reçu une (n = 5), deux (n = 5) ou aucune (n = 5) intervention de massage en polarité.

Après la première séance de polarité, 80 % femmes ayant reçu l'intervention en polarité ont déclaré avoir une diminution de la fatigue reliée au cancer. À l'inverse, dans le groupe contrôle, 80 % des participantes ont déclaré avoir une augmentation de la fatigue reliée au cancer. Bien que ces affirmations soient intéressantes et que les auteurs déclarent que les résultats obtenus suggèrent que l'intervention en polarité peut avoir une influence positive afin de diminuer la fatigue reliée au cancer ainsi qu'améliorer la qualité de vie liée à la santé chez des femmes subissant de la radiothérapie pour traiter un cancer du sein, la petite taille de l'échantillon (N = 15) révèle l'incapacité de cette étude à démontrer l'effet de l'intervention en polarité sur la fatigue reliée au cancer et la qualité de vie liée à la santé. Le nombre limité de participantes affaiblit la validité de cette étude pilote, ne permettant pas la généralisation des résultats obtenus.

Deuxièmement, Mustian et collaborateurs (2011) ont réalisé une étude pilote contrôlée randomisée ayant pour but d'évaluer l'effet de l'intervention en polarité sur la fatigue reliée au cancer chez les femmes subissant de la radiothérapie pour traiter un cancer du sein avec un échantillon plus gros (N = 43). Les participantes ont été randomisées pour soit recevoir les soins usuels (n = 15), trois massages modifiés (n = 15) ou trois massages en polarité (n = 13) d'une durée approximative de 75 minutes, offerts à une semaine d'intervalle. En pré-intervention, le groupe soins usuels, le groupe massages modifiés et le groupe massages en polarité n'étaient pas comparables quant à la variable fatigue reliée au cancer (1,8 vs 3 vs 3,7, $p = ,03$). L'analyse de covariance (ANCOVA) a été utilisée afin de tester la relation initiale en contrôlant statistiquement l'effet indirect de la covariable fatigue reliée au cancer. Les résultats obtenus avec le questionnaire *Brief Fatigue Inventory* démontrent que, malgré le fait que les améliorations de la fatigue reliée au cancer étaient positives pour le groupe polarité, ces changements n'ont pas atteint la signification statistique requise. Au cours des trois semaines à l'étude, les participantes du groupe soins usuels ont obtenu une augmentation moyenne de la fatigue reliée au cancer de ,25 point (13 %). Quant aux participantes du groupe massages modifiés, elles ont obtenu une augmentation moyenne de la fatigue reliée au cancer de ,01 point (< 1%). Finalement, les participantes du groupe massages en polarité ont obtenu une diminution moyenne de la fatigue reliée au cancer de ,24 point (6 %). Les auteurs citent

deux causes à l'atteinte de ces résultats non significatifs. D'abord, la petite taille de l'échantillon ($n = 43$) et ensuite le fait que les données aient été collectées hebdomadairement plutôt que de façon journalière. Ainsi, il est possible que lors de la journée de la collecte des données, certaines participantes aient connu une très mauvaise journée, alors que cette journée n'était pas nécessairement représentative des autres jours de la semaine. Mustian et collaborateurs (2011) mentionnent que, dans l'ensemble, cette étude démontre la pertinence de poursuivre les études sur l'effet de l'intervention en polarité.

Troisièmement, Korn et collaborateurs (2009) ont effectué un essai clinique randomisé visant à évaluer l'efficacité de l'intervention en polarité sur le stress, la dépression et la qualité de vie des Amérindiens natifs de l'Alaska, aidants naturels de personnes atteintes de démence. Ce sont 42 aidants naturels qui ont été randomisés afin de recevoir huit séances de massage en polarité de 50 minutes ou huit périodes de répit renforcé durant une période de 60 à 120 minutes, où les participants de ce groupe devaient prendre part à une activité qui favorise la détente. Les résultats obtenus en pré et post-intervention à l'aide de l'Échelle du stress perçu de Sheldon (S. Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ont indiqué une diminution significative du stress ($p = ,01$) pour le groupe massage en polarité lequel avait diminué de 8,3 points (ET = 7,5), ce qui est nettement supérieur à la diminution obtenue dans le groupe répit renforcé de 2,5 points (ET = 6,2). Quant aux symptômes dépressifs évalués à l'aide de l'échelle *Center for Epidemiological Studies-Depression*, l'amélioration du groupe en polarité était significative ($p = ,045$) avec une moyenne de 8 points pendant que le groupe de répit avait une amélioration de 2 points. Le questionnaire SF-36 de Ware (2000), a démontré une diminution de 21 points (ET = 20,9, $p = ,02$) de la douleur physique pour le groupe polarité. Finalement, les résultats ont démontré pour le groupe massage en polarité, une augmentation significative ($25,0 \pm 23,4$, $p = ,03$) de la vitalité et de la santé générale ($17,3 \pm 15,4$, $p = ,01$) en post-intervention. Quant à la qualité du sommeil évaluée avec l'Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI), aucune amélioration significative ($-3,1 \pm 3,88$, $p = ,16$) n'a été observée en post-intervention pour le groupe ayant reçu l'intervention en polarité. Selon les auteurs, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les participants ont

déclaré avoir des niveaux élevés de maladies chroniques, alors que celles-ci sont fortement associées à la mauvaise qualité du sommeil (Ohayon, 2002).

Cette étude qui avait pour but d'évaluer l'effet de l'intervention en polarité et l'effet du répit renforcé afin de réduire le stress des Amérindiens natifs de l'Alaska, aidants naturels, comporte certaines limites. D'abord, il se peut que les participants du groupe expérimental, qui ont rencontré chaque semaine le même thérapeute aient, à la suite de ce contact régulier, répondu favorablement aux questionnaires comparativement aux participants du groupe répit qui n'ont pas été en relation avec une personne en particulier. Ces auteurs recommandent, pour les études futures, que le groupe contrôle ait aussi des rencontres individuelles avec une personne afin d'éliminer les réponses favorables occasionnées par la relation thérapeute client. Ils conseillent aussi de comparer la polarité à d'autres interventions comme un programme d'enseignement par exemple. Une autre limite rapportée est que les données ont été recueillies seulement à deux reprises alors qu'il aurait été pertinent de savoir si les améliorations obtenues perdurent dans le temps. Aussi, nous nous questionnons sur la façon dont les résultats de cette étude pourraient être appliqués à la pratique infirmière. D'abord, le milieu choisi pour réaliser l'étude ne permet pas de généraliser ces résultats à l'extérieur de ce territoire et de cette population. Les limites méthodologiques des études recensées démontrent l'importance de réaliser des essais cliniques rigoureux visant à vérifier l'efficacité de cet outil complémentaire de soin.

2.5 LA RECHERCHE SUR L'EFFET DU MASSAGE SUR L'INSOMNIE

Puisque le but de la polarité est semblable à celui du massage thérapeutique, c'est-à-dire amener une relaxation chez la personne qui reçoit le traitement, nous avons inclus à cette revue des études évaluant l'intervention de massage. Des études ont démontré les bienfaits de l'intervention de massage sur les symptômes d'insomnie. Par exemple, Oliveira et collaborateurs (2012) ont réalisé un essai contrôlé randomisé afin d'évaluer l'effet du

massage thérapeutique sur l'insomnie et les symptômes climatiques chez les femmes ménopausées (Oliveira et al., 2012). Ce sont 44 femmes volontaires qui ont été réparties aléatoirement entre ces trois groupes : massage thérapeutique (n = 15), mouvement passif (n = 14) et groupe contrôle, sans intervention (n = 15). Les femmes du groupe massage thérapeutique et du groupe mouvement passif ont reçu 32 séances d'une heure, deux fois semaine. Afin d'évaluer le sommeil, l'Index de sévérité de l'insomnie de Morin (1993) a été rempli en pré-intervention, à la 16^e et 32^e séance. Les femmes ont également subi une polysomnographie en pré et post-intervention. Les résultats obtenus par la polysomnographie ne démontrent pas d'amélioration significative quant aux paramètres du sommeil. Cependant, les résultats de l'Index de sévérité de l'insomnie indiquent qu'à la 32^e semaine, il y a eu une diminution significative (p = ,006) de la sévérité de l'insomnie entre le groupe de massage thérapeutique et le groupe contrôle, engendrant respectivement une diminution de huit points et un point. Par conséquent, le groupe expérimental qui, en pré-intervention, avait un score moyen de l'insomnie indiquant une insomnie modérée a eu, en post-intervention, un score moyen indiquant l'absence d'insomnie. Le groupe contrôle a obtenu un score moyen reflétant une insomnie modérée tout au long des interventions.

Quant à eux, Ko et Lee (2014) ont évalué l'efficacité du massage pour améliorer la qualité du sommeil chez les femmes en post-partum à l'aide d'un essai contrôlé randomisé. Le groupe expérimental (n = 30) a reçu 20 minutes de massage thérapeutique, pendant cinq soirs consécutifs, alors que les participantes du groupe contrôle (n = 30) ont reçu que les soins usuels. Les données qui ont été recueillies à l'aide l'Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) démontrent une amélioration significative (p < ,001) de la qualité du sommeil chez les participantes du groupe expérimental en pré et post-intervention (M = 9,37 ; ET : 2,39 vs M = 4,5 ; ET : 2,42). Toutefois, le groupe contrôle a aussi obtenu une amélioration significative (p < ,05) de la qualité de son sommeil en pré et post-intervention (M = 9,40 ; ET : 2,03 vs M = 8,50 ; ET : 1,53). Bien que l'amélioration soit plus importante pour le groupe expérimental avec une diminution approximative de cinq points, une diminution d'un point a été obtenue pour le groupe contrôle. En fait, la coutume veut que les femmes taïwanaises restent à l'intérieur

d'un centre en période postnatale pour une période d'un mois. Ainsi, elles peuvent se reposer, prendre soin du nouveau-né et pratiquer certaines activités visant à optimiser leur santé. Par conséquent, nous croyons que le milieu retenu pour réaliser l'étude engendre un environnement particulier qui peut favoriser l'amélioration de la qualité du sommeil chez les femmes en post-partum. Cet obstacle à la validité externe restreint pertinemment la généralisation de ces résultats.

2.6 LA RECHERCHE SUR L'EFFET DU MASSAGE SUR L'ANXIETE

La relation entre l'anxiété et l'insomnie est bien documentée (Kuh et al., 2002; Leblanc et al., 2009; Terauchi et al., 2012; Zhang et al., 2007). Des études ont démontré que l'anxiété est non seulement associée à l'insomnie dans la population en général (Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005), mais qu'elle est aussi associée à un mauvais sommeil chez les femmes d'âge moyen en bonne santé générale (Hollander et al., 2001; Owens & Matthews, 1998). Puisque l'anxiété affecte l'endormissement, la durée et l'efficacité habituelle du sommeil (Atalay, 2011; Augner, 2011; Harvey et al., 2008; Terauchi et al., 2010) et que nous voulons que les femmes retrouvent la satisfaction de leur besoin de dormir, nous avons intérêt à évaluer l'effet des massages énergétiques qui sont utilisés pour réduire l'anxiété (Anderson & Taylor, 2012; Eschiti, 2007).

L'étude réalisée par Bost et collaborateurs (2006), avait comme objectif d'évaluer l'effet du massage sur le niveau de stress des infirmières travaillant dans un centre hospitalier. Quinze minutes de massage hebdomadaire ont été réalisées sur une période de cinq semaines. Puisque l'anxiété et le stress provoquent des symptômes physiques semblables, le questionnaire Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y) de Spielberger a été utilisé. À la suite des interventions, les 30 participantes ayant pris part au groupe d'intervention avaient une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle ($p = ,0006$) comparativement aux 28 participantes du groupe contrôle ($M = 33$ vs $M = 40$), indiquant ainsi une anxiété plus légère pour le groupe expérimental. Si nous

repreons l'étude de Oliviera et al, (2012), où l'effet du massage thérapeutique sur l'insomnie et les symptômes climatériques a été évalué chez les femmes ménopausées, les femmes du groupe expérimental (n = 15) qui ont reçu 32 séances de massage n'ont pas obtenu une diminution significative des symptômes d'anxiété en post-intervention comparativement au groupe contrôle. Les auteurs n'expliquent pas ces résultats. Afin de réaliser cette recherche, ils ont évalué les symptômes d'anxiété à l'aide du questionnaire Inventaire d'anxiété de Beck (Beck & Steer, 1993). Ces auteurs mentionnent qu'il est bien connu que le massage engendre une détente ainsi qu'une diminution de l'anxiété (Oliveira et al., 2012).

L'intervention de massage peut s'appliquer dans différents contextes de soins, ce qui est un atout important pour la pratique infirmière. Par exemple, Saatsaz et collaborateurs (2016) se sont intéressés à évaluer l'effet du massage sur la douleur et l'anxiété des femmes venant de subir une césarienne. Ce sont 156 femmes primipares qui ont été réparties aléatoirement dans un des trois groupes suivants : groupe massage des mains et des pieds (n = 52), groupe massage des pieds (n = 52) ou groupe sans intervention (n = 52). Le questionnaire Inventaire d'anxiété situationnelle a permis de mesurer le niveau d'anxiété des participantes. Bien que ces auteurs ont déclaré avoir obtenu une diminution significative ($p < ,001$) de l'anxiété après l'intervention de massage, nous trouvons que cette amélioration n'est pas cliniquement significative. D'abord, les trois groupes avaient en pré-intervention un score moyen variant de 31,04 à 31,54 alors qu'un score se situant entre 20 et 31 indique une anxiété légère. À la suite de l'intervention de massage, le groupe massage des pieds et des mains avait une diminution du score moyen de l'anxiété de quatre points, ce qui indique encore une anxiété légère. Les scores moyens d'anxiété pour le groupe massage des pieds sont également semblables passant de 31,52 à 28,23 ce qui indique toujours une anxiété légère. Le groupe contrôle a aussi présenté en pré et post-intervention une légère anxiété. Puisqu'au départ, le score moyen d'anxiété situationnelle des participantes reflétait un faible niveau d'anxiété, nous pensons que les auteurs de cette étude auraient dû discuter de la signification clinique de leurs résultats. En outre, une seule séance de massage a été offerte aux deux groupes qui ont reçu un massage, ce que nous trouvons insuffisant afin d'émettre des conclusions probantes. Ces auteurs affirment tout de même que le massage, qui ne

présente aucun effet secondaire, est une intervention efficace en soins infirmiers. Manifestement, des études supplémentaires comportant moins de contraintes méthodologiques sont nécessaires.

2.7 JUSTIFICATION THEORIQUE

L'infirmière doit pouvoir contribuer à favoriser l'autonomie des femmes dans la satisfaction de leur besoin fondamental de dormir (Henderson, 1964). L'intervention en polarité engendre une diminution de l'anxiété (Bulette Coakley & Barron, 2012; Cuellar, Rogers, & Hisghman, 2006; Ernst, 2004; Maville et al., 2008) ainsi qu'une amélioration de la capacité à s'endormir et à rester endormi (Bulette Coakley & Barron, 2012). L'enseignement de l'autopolarité permet aux femmes de poursuivre leur prise en charge afin d'être autonomes dans la satisfaction de leur besoin de dormir. Ce cadre permet d'expliquer pourquoi l'intervention en polarité est présumée produire un effet bénéfique sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées de 40 à 60 ans. En outre, il permet aux infirmières de se former une conception de leur pratique lorsqu'elles exercent auprès de clientes ayant un problème de sommeil. Les femmes souffrant d'insomnie sont actuellement sous-traitées (Ohayon, 2007) et les infirmières pourraient, à l'aide de l'intervention en polarité, permettre à celles-ci de développer leur indépendance dans la satisfaction de leur besoin fondamental de dormir.

La relaxation profonde est un bienfait immédiat généralement ressenti à la suite d'une intervention en polarité (Korn & Rýser, 2006; Mustian et al., 2011). La réponse physiologique à l'application d'un massage est l'activation du système nerveux parasympathique (SNP) et l'inhibition de l'activité du système nerveux sympathique (SNS) rétablissant ainsi l'homéostasie dans l'équilibre de la fonction sympathique et parasympathique. Alors que le système nerveux sympathique mobilise l'organisme dans les situations extrêmes comme la peur, l'exercice ou la colère augmentant ainsi l'activité cardiovasculaire et les hormones du stress, le système nerveux parasympathique nous permet de nous détendre, le corps n'étant plus exposé à une menace. De ce fait, l'activité

cardiovasculaire et des hormones du stress diminuent permettant au corps de s'acquitter des tâches routinières de l'organisme et d'économiser de l'énergie (Marieb & Hoehn, 2015). Or, les interventions de massage, qui induisent la détente physique et mentale, engendrent une diminution de l'anxiété situationnelle (Bost & Wallis, 2006; Dreyer et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Saatsaz et al., 2016), celle-ci étant un facteur de risque majeur de l'insomnie (Leblanc et al., 2009).

Des études expérimentales ont démontré l'impact positif de différentes techniques de massage portant sur l'anxiété (Garner et al., 2008), la douleur (Bauer et al., 2010; Cutshall et al., 2010), la fatigue, le bien-être psychologique, la qualité du sommeil (Field, Hernandez-Reif, Diego, & Fraser, 2007) et l'insomnie (Oliveira et al., 2011). La revue de littérature de Field (2016) indique que la thérapie de massage peut avoir des effets bénéfiques sur la dépression prénatale, les maladies de la peau, la douleur associée à l'arthrite, la fibromyalgie, l'hypertension, l'asthme, la démence, ainsi que la maladie de Parkinson.

Somme toute, des études démontrant les bienfaits du massage s'accumulent, le massage devient de plus en plus pratiqué dans les milieux médicaux, rendant nécessaire la recherche plus rigoureuse sur ces interventions (Field, 2016). Les thérapies complémentaires de soins sont de plus en plus une composante dans différents systèmes de soins de santé, et ce, en grande partie dû à l'intérêt du patient tant pour la promotion de la santé, que pour la gestion des symptômes (Wahner-Roedler et al., 2014). Le niveau de preuve de la polarité n'est pas suffisamment démontré justifiant ainsi l'évaluation de l'effet de l'intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes québécoises en périménopause.

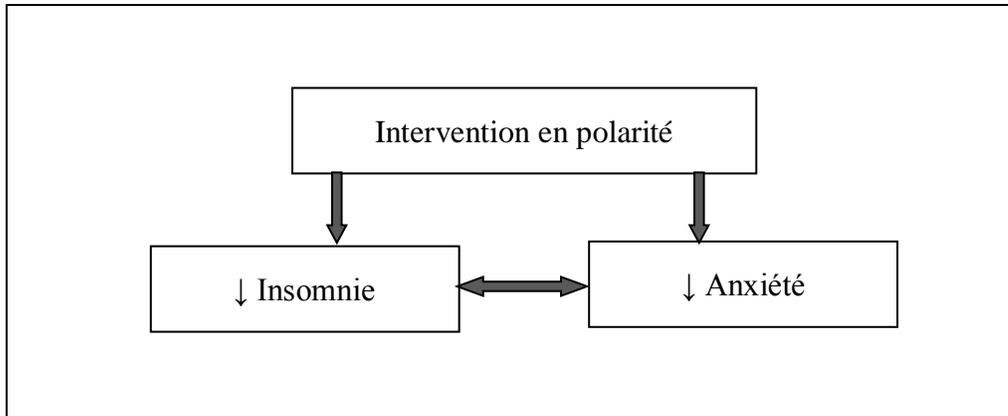


Figure 1: Schématisation des hypothèses

2.8 RESUME DE LA REVUE DE LITTERATURE

Nombreux sont les chercheurs appuyant le fait que le massage réduit l'insomnie (Ko & Lee, 2014; Oliveira et al., 2012; Oliveira et al., 2011; Soden, Vincent, Craske, Lucas, & Ashley, 2004) et l'anxiété (Bost & Wallis, 2006; Dreyer et al., 2015; Saatsaz et al., 2016). Le massage, qui est une intervention sécuritaire et sans effet secondaire, est une solution à privilégier afin d'engendrer un état de relaxation et réduire les symptômes d'anxiété (Saatsaz et al., 2016). Bien connue, l'anxiété est un facteur de risque important pour le développement de l'insomnie (Leblanc et al., 2009). Ainsi, il semble approprié de supposer que l'intervention en polarité contribuera à diminuer l'anxiété et l'insomnie des femmes. De nouvelles recherches plus rigoureuses visant à évaluer l'effet d'une intervention de massage sont recommandées (Bost & Wallis, 2006; Dreyer et al., 2015; Ko & Lee, 2014; Korn et al., 2009; Oliveira et al., 2012; Saatsaz et al., 2016). Les résultats actuellement obtenus ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations et les preuves sont encore insuffisantes. Aussi, la petite taille des échantillons utilisés est souvent une limite rencontrée par les auteurs. Il est recommandé pour les études futures l'utilisation d'un groupe contrôle qui pourrait recevoir des conseils sur l'hygiène du sommeil (Sjoling, Ljadass, Appelberg, & Englund, 2010). Aussi,

la pertinence d'évaluer si les améliorations obtenues perdurent dans le temps est soulignée (Korn et al., 2009). Ces conseils seront considérés pour la présente étude.

L'insomnie affecte particulièrement les femmes d'âge moyen (Blümel et al., 2012). Les recherches visant à évaluer l'effet du massage pour diminuer les symptômes d'insomnie et d'anxiété sont indispensables. Tel que constaté dans cette revue de la littérature, les recherches qui évaluent l'effet d'une intervention en polarité sont manquantes. Il serait approprié de considérer une solution alternative aux traitements pharmacologiques soit celle de l'intervention en polarité. Les effets d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans sont inexplorés, ce qui suscite notre intérêt à poursuivre la recherche avec cette approche. La satisfaction du besoin fondamental de dormir doit être un objectif prioritaire en soins infirmiers.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente d'abord le type d'étude, les avantages du devis retenu, la population visée, le mode de recrutement, les critères d'inclusion à l'étude ainsi que la description de l'échantillon. Ensuite, nous énonçons le déroulement des activités de recherche ainsi que le procédé utilisé pour la collecte des données. En outre, une section est réservée à la description de l'intervention en polarité et des instruments de mesure utilisés. Finalement, nous présentons le plan d'analyses statistiques ainsi que les considérations éthiques.

3.1 LE DEVIS DE L'ETUDE

Cette recherche quantitative utilise un devis expérimental pré et post-intervention avec groupe contrôle. Ce devis a été retenu dans le but d'évaluer l'efficacité d'une intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie et l'anxiété situationnelle des femmes âgées de 40 à 60 ans. La mesure des variables dépendantes insomnie et anxiété situationnelle a été effectuée en trois temps soit en pré et post-intervention et deux semaines après l'intervention. Après la répartition aléatoire des participantes, toutes les séances de l'intervention ont été effectuées selon un protocole bien défini (annexe V). À la suite des interventions offertes, nous avons pu vérifier si les femmes ayant bénéficié de l'intervention en polarité ont présenté une diminution significative de la sévérité de leur insomnie et de leur niveau d'anxiété situationnelle comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention. Le devis expérimental pré et post-intervention avec groupe contrôle rend le contrôle rigoureux puisque la plupart des obstacles à la validité interne sont contrôlés par la randomisation et par les mesures pré et post-intervention (Grove, Burns, & Gray, 2013). Pour neutraliser l'effet des

variables étrangères pouvant affaiblir la validité externe, toutes les interventions qui ont été effectuées par l'étudiante chercheuse ont été réalisées à la Clinique de Santé Intégrative de la région des participantes.

De plus, un protocole d'intervention (annexe V) basé sur les travaux de Guay (1990), directrice du Centre québécois de Formation en Santé Intégrale, infirmière, sexologue et auteure de différents ouvrages dont : « Polarité et stress, insomnie, fatigue, anxiété », a été élaboré pour chacune des rencontres. Depuis 1982, Guay a réalisé et supervisé de nombreuses recherches cliniques exploratoires visant à évaluer l'effet de l'intervention en polarité sur différentes problématiques de santé. Entre autres, le suivi clinique exploratoire de 31 personnes adultes (24 femmes et sept hommes) qui vivaient depuis plusieurs années des problèmes de sommeil a été réalisé. Chacune de ces personnes a reçu 12 séances d'une heure en polarité. En post-intervention, il a été observé que chez 23 d'entre elles, les problèmes de sommeil avaient complètement disparu. Quant aux huit autres personnes, elles ont déclaré en post-intervention que leur sommeil s'était amélioré, qu'il était de meilleure qualité et que le nombre d'heures à dormir avait augmenté. Aussi, en pré-intervention, vingt personnes avaient déclaré se sentir stressées et/ou anxieuses. En post-intervention, toutes ces personnes ont déclaré se sentir plus calmes, plus détendues et ont exprimé être en mesure de gérer sainement le stress. Partant des résultats de ces recherches qui rapportent un impact positif de la polarité sur le sommeil et l'anxiété, un protocole d'intervention a été élaboré. Ce protocole a été rigoureusement suivi afin de neutraliser l'effet de variables étrangères comme l'effet Hawthorne ou l'interaction entre l'intervention et les conditions expérimentales. Enfin, puisque certaines participantes se connaissaient, une lettre de confidentialité lors de la participation à l'étude a été signée à la première rencontre. Ainsi, les participantes s'engageaient à garder confidentiel le déroulement des interventions reçues auprès des autres participantes afin d'éviter l'effet de contagion.

3.2 LA POPULATION VISEE

La population à l'étude est composée de femmes en période de périménopause, ayant des symptômes d'insomnie, résidentes de la région de Québec et de Chaudière-Appalaches. Le milieu naturel de recherche comprend la ville de Québec avec ses six arrondissements qui sont Beauport, Charlesbourg, La Cité-Limoilou, La Haute-Saint-Charles, les Rivières et Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge. Aussi incluse, la ville de Lévis avec ses dix quartiers : Charny, Sainte-Hélène-de-Breakeyville, Saint-Jean-Chrysostome, Saint-Romuald, Saint-Étienne-de-Lauzon, Saint-Nicolas, Saint-Rédempteur, Lévis, Pintendre et Saint-Joseph-de-la-Pointe-de-Lévy. Finalement sont retenues les six municipalités du territoire de la MRC Bellechasse, à savoir : Saint-Michel-de-Bellechasse, Saint-Raphaël, Beaumont, Saint-Henri, Saint-Vallier et Saint-Charles-de-Bellechasse. Ces milieux ont été sélectionnés puisqu'ils offrent une population accessible afin de participer à la présente étude.

3.3 LE MODE DE RECRUTEMENT

Les participantes ayant un problème de sommeil similaire (score de sévérité de l'insomnie ≥ 8) selon l'Index de sévérité de l'insomnie (Morin, 1993) ont été recrutées par le biais d'affiches apposées dans des endroits publics stratégiques comme le CISSS, le centre hospitalier, des pharmacies, des cafés ainsi que des salons d'esthétique et de coiffure. Sur une base volontaire, les femmes souhaitant participer au projet de recherche contactaient l'étudiante chercheuse. Celle-ci leur expliquait verbalement le but du projet, la tâche demandée, le temps requis pour les rencontres, la notion de confidentialité ainsi que leur droit de retrait en tout temps de l'étude, et ce, sans préjudice. Les participantes étaient avisées qu'elles allaient participer à une intervention soit dans le groupe contrôle ou le groupe expérimental. Si elles acceptaient de participer, les critères d'admissibilité comme l'âge, le lieu de résidence, l'état de santé, l'utilisation de certains médicaments ou d'approches complémentaires étaient vérifiés lors de cet appel téléphonique. Pour la sélection des participantes, les outils suivants ont été utilisés : échelle de somnolence d'Epworth (Johns,

1991), l'Index de sévérité de l'insomnie (Morin, 1993) et le questionnaire permettant de vérifier l'éligibilité des participantes (annexe I). Lorsque 20 femmes étaient recrutées, celles-ci étaient réparties aléatoirement à l'aide d'un tirage au sort dans le groupe contrôle ou dans le groupe expérimental. Cette procédure a permis de faire une répartition aléatoire entre les deux groupes pour les 40 premières femmes recrutées. Puisque le recrutement est devenu plus difficile à réaliser, la répartition des autres femmes s'est déroulée selon l'ordre d'entrée des appels reçus. Donc, lorsqu'une femme répondait aux critères d'éligibilité, elle était répartie dans le groupe expérimental, la suivante dans le groupe contrôle et ainsi de suite, jusqu'à l'obtention de 26 participantes dans le groupe expérimental et 25 participantes dans le groupe contrôle.

3.3.1 Les critères d'inclusion

Les femmes qui ont composé l'échantillon devaient répondre aux critères suivants :

- Être âgées de 40 à 60 ans inclusivement.
- Être résidentes de la ville de Québec, de la ville de Lévis ou des six municipalités de la MRC de Bellechasse retenues.
- Obtenir un score à l'Index de sévérité de l'insomnie ≥ 8 .
- Être capable de se déplacer pour les rencontres.
- Être en mesure de lire et de s'exprimer en français.
- N'avoir aucun problème sévère de santé (p.ex., diabète, maladie coronarienne, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibromyalgie, douleur chronique).
- N'avoir aucun trouble de sommeil autre que l'insomnie.
- Ne pas prendre de somnifères, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de traitement hormonal.

- Ne pas utiliser d'autres approches complémentaires comme le massage ou l'acupuncture pour améliorer son sommeil pendant la période de l'étude ce qui pourrait compromettre la validité des résultats.
- Ne pas obtenir un score à l'échelle de Somnolence d'Epworth ≥ 15 , ce qui justifie une visite chez un médecin afin de déterminer s'il y a présence d'un trouble du sommeil autre que l'insomnie.

3.4 LA TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'estimation de la taille de l'échantillon a été calculée pour observer une différence significative entre les groupes expérimental et contrôle avec un seuil de signification de ,05 (bilatéral) et une puissance statistique de 80 % avec le logiciel *G Power* 3.1.5. Ainsi, un total de 52 participantes était nécessaire pour détecter une différence significative en fonction de deux groupes indépendants, des temps de mesures et l'observation d'un large effet de taille ($d = 0.80$) (J. Cohen, 1992). Également, dans l'essai randomisé de Ko et Lee (2014), la taille d'échantillon nécessaire avait été fixée à 48 participantes, ce qui leur a permis d'observer une différence entre les groupes dans leur étude portant sur le sommeil chez les femmes en post-partum. Compte tenu d'un taux d'abandon de 25 % possible, les auteurs ont fixé la taille de l'échantillon cible à 60, ce que nous avons également visé. Une collecte de données effectuée pendant huit mois a permis d'introduire 26 participantes dans le groupe expérimental et 25 participantes dans le groupe contrôle. Entre les mesures pré et post-interventions, une participante du groupe expérimental et trois participantes de groupe contrôle se sont retirées de l'étude. Donc, 47 participantes ont composé l'échantillon soit 25 dans le groupe expérimental et 22 dans le groupe contrôle.

3.5 LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

Les participantes du groupe expérimental devaient individuellement se présenter à quatre rencontres d'une durée approximative d'une heure et demie (90 minutes), à raison

d'une fois semaine, pendant quatre semaines consécutives. À chacune des rencontres, elles recevaient l'intervention de massage en polarité. De plus, les participantes de ce groupe devaient s'engager à pratiquer un protocole d'autopolarité (annexe VI) nécessitant environ 15 à 20 minutes, chaque soir avant de dormir durant toute la période à l'étude. Lors de la première rencontre avant la séance en polarité ainsi qu'à la dernière rencontre après la séance en polarité, ces participantes ont rempli les questionnaires.

Les participantes du groupe contrôle ont dû se présenter à deux rencontres individuelles d'une durée approximative d'une heure trente (90 minutes) offertes avec un délai de quatre semaines entre ces deux rencontres. Lors de la première rencontre, les participantes ont reçu de l'information sur les saines habitudes et les attitudes (annexe VII) que l'on peut adopter afin d'améliorer son sommeil. Lors de la deuxième rencontre, ces participantes ont d'abord rempli les questionnaires et ont ensuite reçu une séance en polarité en guise de remerciement. Le soin offert aux participantes du groupe contrôle fut le même que celui offert lors de la première séance aux participantes du groupe expérimental. Toutes les rencontres ont eu lieu à la Clinique de Santé Intégrative située à Lévis, selon les disponibilités des participantes. Les interventions se sont échelonnées sur huit mois.

3.6 LA PROCEDURE POUR LA COLLECTE DES DONNEES

Le questionnaire des données sociodémographiques (annexe III) a permis de recueillir les informations suivantes :

- Variables sociodémographiques : âge, poids, taille, état civil, occupation principale, revenu, niveau de scolarité, nombre d'enfants demeurant à la maison.
- Données relatives à la phase décrivant le cycle menstruel, la raison de l'arrêt ou la diminution des menstruations ainsi que le temps depuis lequel les menstruations ont cessé de façon permanente.

- Questions portant sur la pratique d'activités physiques, la consommation d'alcool et de tabac.

Au temps 1 :

Le questionnaire des données sociodémographiques a été distribué à toutes les participantes au temps 1 à la Clinique de Santé Intégrative lors de la première rencontre, après avoir signé un formulaire de consentement (annexe II) pour la participation à l'étude. Ensuite, une lettre de confidentialité lors de la participation à l'étude a été signée. Finalement, les participantes ont rempli les questionnaires auto-administrés suivants : l'Index de sévérité de l'insomnie et l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (annexe IV).

Au temps 2 :

Les questionnaires auto-administrés suivants : l'Index de sévérité de l'insomnie et l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (annexe IV) ont été remplis en post-intervention.

Au temps 3 :

Deux semaines post-intervention, les participantes ont rempli après une relance téléphonique, l'Index de sévérité du sommeil et l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) qu'elles avaient reçu au temps 2 dans une enveloppe timbrée.

3.7 LA DESCRIPTION DE LA VARIABLE INDEPENDANTE

La variable indépendante est l'intervention en polarité. La polarité est une technique de massage qui a pour but d'induire la relaxation chez la personne qui reçoit le traitement. Lorsque le praticien travaille en polarité, ses mains se placent en respectant le principe de la polarité (Guay, 2010). Le praticien peut appliquer ses mains sur le corps, exercer une pression

sur des points précis, effectuer des tractions douces ou faire une rotation des articulations (Korn & Rýser, 2006). Les quatre séances en polarité d'une durée d'une heure et demie se sont déroulées dans un endroit calme, exempt de distraction avec un éclairage tamisé. Les participantes étaient allongées sur une table à massage, demeurant habillées. Une couverture et un oreiller ont été fournis pour le confort des participantes. Celles-ci ont été invitées à fermer les yeux et à garder le silence durant la séance, sauf si un inconfort était vécu. Tous les traitements ont été effectués par l'étudiante chercheuse selon un protocole précis (annexe V).

3.8 LA MESURE DES VARIABLES DEPENDANTES

3.8.1 L'Index de sévérité de l'insomnie

La première hypothèse (H1) de recherche stipule qu'à la suite de l'intervention en polarité, les participantes du groupe expérimental présenteront une diminution significative de la sévérité de leur insomnie comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention. Nous avons utilisé le questionnaire auto-administré intitulé l'Index de sévérité de l'insomnie (Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997) (annexe IV), version française de l'*Insomnia Severity Index* (Morin, 1993). Ce questionnaire possède une consistance interne (alpha de Cronbach = ,88) et une stabilité temporelle ($r = ,65$) adéquates. La validité de construit de ce questionnaire a été démontrée avec des mesures similaires (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011). Celui-ci permet d'évaluer les symptômes subjectifs de l'insomnie, les conséquences de l'insomnie et le degré d'inquiétude engendré par les difficultés de sommeil. Sept items sont cotés sur une échelle à cinq points de type Likert variant de 0 (aucun) à 4 (très sévère) selon la perception du degré de sévérité. Les trois premiers items évaluent la difficulté à initier et à maintenir le sommeil ainsi que les réveils trop tôt le matin. Ceci permet de mesurer la sévérité des difficultés de sommeil. Ensuite, la satisfaction concernant le sommeil, la perturbation du fonctionnement quotidien, la perception qu'ont les autres de la détérioration apparente de la qualité de vie et le degré d'inquiétude face aux

difficultés de sommeil vécues sont évalués. On retrouve des questions comme jusqu'à quel point êtes-vous satisfaites de votre sommeil ou jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie. Un score total est obtenu en additionnant les sept items et peut varier entre 0 et 28 points. Un résultat entre 0 et 7 indique une absence d'insomnie, entre 8 et 14, une insomnie légère, entre 15 et 21, une insomnie modérée et entre 22 et 28, une insomnie sévère.

3.8.2 L'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1)

L'Inventaire d'anxiété situationnelle (annexe IV) est l'un des deux questionnaires du *State-trait Inventory* développé par Spielberger (1983) et traduit par Gauthier et Bouchard (1993) sous le nom de IASTA-Y (annexe IV). La version française de Gauthier et Bouchard (1993) possède une consistance interne (alpha de Cronbach = ,88) et une stabilité temporelle ($r = ,645$) adéquates (Gauthier & Bouchard, 1993). La validité de construit de ce questionnaire a été démontrée auprès de différentes populations ainsi que dans plusieurs situations anxieuses (Gauthier & Bouchard, 1993). Pour la présente recherche, seule la forme Y-1 mesurant l'anxiété situationnelle a été utilisée. Le questionnaire auto-administré d'anxiété situationnelle contient 20 énoncés qui permettent d'évaluer l'état d'anxiété situationnelle du sujet. Celui-ci contient des énoncés tels que : *je me sens calme*, *je me sens effrayée* ou encore, *je me sens bien*. Le répondant doit encercler le chiffre qui décrit le mieux l'intensité de ses sentiments actuels à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points, variant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup). Dix énoncés se réfèrent à la présence d'états émotionnels déplaisants alors que les dix autres se réfèrent à l'absence d'état émotionnel déplaisant. Le score total s'obtient en additionnant les scores pondérés des vingt items après avoir préalablement inversé la valeur indiquée à dix items. Les scores finaux peuvent varier de 20 à 80, 20 indiquant un niveau faible d'anxiété et 80 un niveau d'instabilité émotionnelle (Spielberger & Vagg, 1984).

3.9 LE PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 ainsi que le logiciel SPSS version 23.0 à partir des données recueillies auprès des 47 participantes dont 25 dans le groupe expérimental et 22 dans le groupe contrôle ayant rempli l'Index de sévérité de l'insomnie et l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (annexe IV) en pré post-intervention et deux semaines post-intervention.

3.9.1 Les analyses descriptives

Des analyses de la distribution des fréquences, des mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart type) ont été effectuées afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques pour chacun des deux groupes. Selon le type et en fonction des variables, le test T de Student (variables continues), le test exact de Fisher (variables nominales) et le test de Cochran-Mantel-Haenszel (variables ordinales) ont été utilisés pour la vérification de l'équivalence des groupes expérimental et contrôle en pré-intervention.

3.9.2 Les tests d'hypothèses

Un modèle d'analyse de covariance à mesures répétées (ANOVA) a été utilisé pour comparer les scores de sévérité de l'insomnie et d'anxiété situationnelle entre les groupes ainsi qu'entre les trois temps de mesure. Afin de tester la normalité des résidus des deux modèles ANOVA, des tests de Shapiro-Wilk sur les résidus mis à l'échelle ont été effectués. Pour les deux modèles, l'hypothèse de normalité des résidus a été acceptée et les postulats de base de l'ANOVA ont été vérifiés. L'analyse de covariance est utilisée pour évaluer l'effet de l'intervention en polarité (variable indépendante) sur la sévérité de l'insomnie et sur le niveau d'anxiété situationnelle (variables dépendantes) entre les participantes du groupe

expérimental et du groupe contrôle ainsi qu'entre les trois temps de mesure soit en pré, post-intervention et deux semaines post-intervention.

3.10 LES CONSIDERATIONS ETHIQUES

3.10.1 Le consentement à la participation à l'étude

Un formulaire de consentement et un de confidentialité ont été remplis et remis à chacune des participantes lors de la première rencontre. Les participantes ont bénéficié gratuitement de l'intervention en polarité et de l'effet détente engendré par ces traitements. Celles-ci n'ont couru aucun risque ou inconvénient en particulier, mis à part le fait de se déplacer et de donner de leur temps afin d'assister aux séances offertes. Lorsque les données ont été compilées et analysées, un résumé des résultats de l'étude a été envoyé à chacune des participantes.

3.10.2 La confidentialité

L'information rattachée aux participantes est demeurée confidentielle en tout temps. Aucune donnée ne peut permettre d'identifier les participantes. Afin de préserver l'identité des participantes et la confidentialité des renseignements, les participantes ont été identifiées par un numéro de code. La clé du code reliant leur nom à leur dossier de recherche est conservée par l'étudiante chercheuse responsable du projet de recherche. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Cependant, aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui pourrait permettre d'identifier les participantes maintenant ou plus tard. Tous les documents réalisés et remplis au cours de cette recherche sont gardés dans un classeur verrouillé à l'intérieur du bureau de la

chercheure et ne seront pas utilisés à d'autres fins. Après un délai de cinq ans, ils seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse.

3.10.3 La demande au comité d'éthique

Afin d'obtenir l'approbation à la réalisation de ce projet de recherche tout en répondant aux normes et principes en vigueur de la politique d'éthique avec les êtres humains, une demande écrite a été envoyée le 21 janvier 2015 au comité d'éthique de l'UQAR. Ce comité a émis le 19 mars 2015 un certificat d'éthique (annexe VIII) portant le numéro CÉR-84-575 afin d'autoriser la réalisation de ce projet.

Ce chapitre a présenté la méthodologie utilisée pour mener à bien ce projet de recherche. Le devis pré et post-intervention avec groupe contrôle y est expliqué. Par la suite, le mode de recrutement, le déroulement des activités de recherche et la collecte des données sont décrits. Finalement, les variables, les instruments de mesure, les analyses statistiques ainsi que les considérations éthiques ont été présentés. Le chapitre suivant présente les résultats obtenus.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre expose les résultats de l'étude. En premier lieu, nous présentons les caractéristiques de l'échantillon ainsi que le profil sociodémographique des participantes. Ensuite, nous exposons les résultats de l'étude permettant la vérification des deux hypothèses de recherche, à savoir :

1. les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de la sévérité de leur insomnie comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention et ;
2. les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention.

4.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Lors du recrutement, 70 femmes désirant participer à ce projet de recherche nous ont contactées. Dix-neuf d'entre elles ont dû être exclues, ne répondant pas aux critères d'éligibilité. D'abord, deux candidates avaient plus de 60 ans. Ensuite, treize femmes prenaient de la médication dont six des somnifères, deux des antidépresseurs, deux autres des anxiolytiques et trois avaient recours à l'hormonothérapie. Finalement, quatre femmes avaient un des problèmes de santé suivants : problème cardiovasculaire, dépression, trouble anxieux et fibromyalgie. Nous avons recruté 51 participantes. Parmi ces femmes répondant aux critères de sélection, une participante du groupe expérimental s'est retirée de l'étude

après la première rencontre pour des raisons personnelles. Dans le groupe contrôle, trois femmes ont annulé leur participation avant la première rencontre en raison d'un conflit d'horaire, d'un décès chez un proche et d'un problème de santé. Par conséquent, 51 femmes éligibles et consentantes avec un taux d'abandon de 7,8 % ont permis d'assembler un échantillon de 47 femmes âgées de 40 à 60 ans, dont 25 participantes dans le groupe expérimental et 22 participantes dans le groupe contrôle (Figure 2).

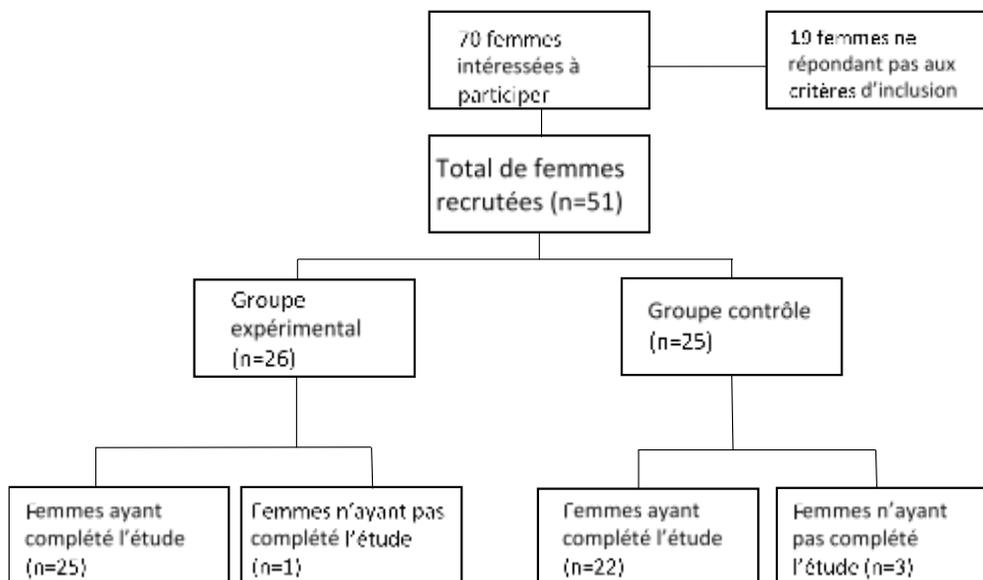


Figure 2 : Diagramme de l'échantillon aux différentes étapes de l'étude

Au regard des résultats obtenus au tableau 1 par le test T de Student, il ressort que les valeurs p (p) des caractéristiques : âge, poids, taille et temps depuis la fin des menstruations sont toutes supérieures à ,05, il n'y a donc pas de différence significative quant à ces caractéristiques sociodémographiques entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Cependant, nous avons constaté que l'assignation aléatoire des participantes dans le groupe expérimental ou dans le groupe contrôle, à l'aide d'un tirage au sort, n'avait pas créé une

équivalence initiale entre les groupes. Bien que les deux groupes soient comparables quant à la majorité des caractéristiques sociodémographiques, l'âge et l'occupation différaient entre ceux-ci. Les femmes du groupe contrôle sont significativement plus âgées que les femmes du groupe expérimental ($t = -2,94$; $dl = 45$; $p = ,0052$). L'âge variait de 40 à 59 ans ($M = 47,52$; $ET : 5,9$) pour les 25 femmes de groupe expérimental, alors que pour les 22 femmes du groupe contrôle, l'âge variait de 41 à 60 ans ($M = 52,82$; $ET : 6,4$). Généralement, la distribution aléatoire des participantes permet d'assurer une certaine homogénéité entre les groupes, mais parfois des caractéristiques individuelles peuvent ne pas être équivalentes entre les groupes (Fortin & Gagnon, 2016). L'âge a été inclus comme covariable dans les analyses de comparaison dans les tests d'hypothèses.

Compte tenu des effectifs faibles pour les caractéristiques suivantes : état civil, occupation, phase décrivant le cycle menstruel, raison de l'arrêt ou diminution des menstruations et tabagisme, nous avons utilisé le test exact de Fisher pour voir s'il y a une différence significative entre les groupes en incluant toutes ces variables dans le même test. En effet, les analyses des données du tableau 1 avec le test exact de Fisher démontrent que les valeurs p sont supérieures à ,05 à l'exception de l'occupation. Dans la présente étude, il y avait quatre femmes du groupe contrôle qui ont mentionné être à la retraite ce qui a entraîné une différence significative pour la variable occupation en la comparant avec le groupe expérimental. Le fait d'être à la retraite n'est pas rapporté dans la littérature consultée comme ayant une influence sur le niveau de l'insomnie et de l'anxiété.

Il n'y a pas de différence significative ($p = ,4668$) entre les deux groupes sur l'état civil, 72 % des femmes sont mariées ou en union libre dans les deux groupes, 20 % soit cinq femmes et 9 % soit deux femmes sont célibataires respectivement du groupe expérimental et du groupe contrôle. Pour la caractéristique qui décrit le cycle menstruel, il n'y a pas de différence significative ($p = ,1497$) entre les groupes. Seulement une femme du groupe contrôle venait d'accoucher. Dix femmes du groupe expérimental (40 %) et 13 femmes du groupe contrôle (59 %) sont en aménorrhée. Dans le groupe contrôle, cinq femmes (23 %) ont déclaré que leurs menstruations ont commencé à cesser, comparativement à quatre

femmes (16 %) dans le groupe expérimental. Quant à la raison de l'arrêt ou diminution des menstruations, il n'y a pas de différence significative ($p = ,4006$) entre les deux groupes, 60 % des femmes du groupe expérimental et 72 % des femmes du groupe contrôle ont atteint la ménopause. Pour l'hystérectomie, 7 % (une) des femmes sont du groupe expérimental et 17 % (trois) des femmes sont du groupe contrôle. Pour ce qui est du tabagisme, il n'y a pas de différence significative ($p = 1,00$) entre les deux groupes, 84 % des femmes du groupe expérimental et 82 % des femmes du groupe contrôle ne consomment pas de tabac. En ce qui concerne l'occupation, les deux groupes ne sont pas équivalents ($p = ,0367 < ,05$). Dans le groupe expérimental, 96 % des femmes travaillaient alors que dans le groupe contrôle 73 % des femmes travaillaient au moment de l'étude. Ceci est cohérent avec l'affirmation notifiant que les femmes du groupe contrôle sont plus âgées que les femmes du groupe expérimental.

Pour les données relatives au nombre d'enfants demeurant à la maison, chez les femmes du groupe expérimental qui ont des enfants, 43,5 % d'entre elles ont deux enfants à la maison alors que chez les femmes du groupe contrôle qui ont des enfants, 8,6 % d'entre elles ont deux enfants à la maison. Sensiblement le même pourcentage de femmes dans les deux groupes n'ont pas d'enfant à la maison, 26,1 % dans le groupe expérimental et 28,6 % dans le groupe contrôle. Ce sont plus de 60 % de toutes les participantes qui ont fait des études universitaires, les autres ayant fait des études collégiales ou secondaires. Moins de 12 % ont déclaré avoir un revenu insuffisant, alors qu'environ 20 % de l'échantillon a déclaré avoir un revenu très suffisant. Un peu plus de 60 % des participantes perçoivent leur revenu suffisant. Seulement une femme a déclaré ne pas pratiquer d'activité physique. Dans le groupe expérimental, 28% des femmes pratiquent de l'activité physique une à deux fois par semaine contre 32 % dans le groupe contrôle. Dans la même variable, la proportion des femmes dans les groupes expérimental et contrôle qui pratiquent de l'activité physique trois à cinq fois semaine est respectivement de 40 % et de 36 %.

Quant à la consommation d'alcool, 23 % (cinq) des femmes du groupe contrôle ne consomment jamais d'alcool alors qu'aucune femme du groupe expérimental n'a déclaré ne jamais en consommer. Pour un intervalle de quatre à six verres de consommation d'alcool,

les proportions sont de 28 % pour le groupe expérimental et de 36,4 % pour le groupe contrôle. Près du quart des femmes du groupe expérimental consomment de sept à 10 verres d'alcool par semaine, comparativement à 18 % pour le groupe contrôle. Dans les deux groupes, 4 % des femmes déclarent boire plus de 11 verres d'alcool par semaine. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes ainsi que les résultats des tests T de Student, des tests exacts de Fisher et des tests de Cochran-Mantel-Haenszel. Finalement, avec des valeurs $p > ,05$, le test de Cochran-Mantel-Haenszel permet de démontrer qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Ce test est plus précis que le Khi-carré (χ^2) lorsque l'on doit vérifier l'association entre une variable catégorielle nominale et une variable catégorielle ordinale (Agresti, 2006).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe contrôle

Caractéristiques	Groupe Expérimental (n = 25)		Groupe Contrôle (n = 22)		t	p
	M	ET	M	ET		
Âge	47,52	(5,9)	52,82	(6,4)	-2,94	,0052 ^{1*}
Poids (lbs)	129	(14,6)	134	(17,4)	-1,07	,2916 ¹
Taille (pieds/pouces)	5,4	(,179)	5,3	(,196)	,44	,6635 ¹
Temps depuis la fin des menstruations (années)	5,2	(4,4)	8,9	(8,2)	-1,21	,2413 ¹
	N	%	N	%		p
État civil						,4668 ²
Mariée/union libre	18	72	16	72,7		
Divorcée/séparée	2	8	4	18,2		
Célibataire	5	20	2	9,1		
Occupation						,0367 ^{2*}
Je travaille	24	96	16	72,7		
J'étudie et travaille	1	4	1	4,5		
Je suis à la retraite	0	-	4	18,2		
Autre	0	-	1	4,5		
Phase décrivant le cycle menstruel						,1497 ²
Régulières	9	36	3	13,6		
Enceinte/viens d'accoucher	0	-	1	4,5		
Irrégulières	2	8	0	-		
Ont commencé à cesser	4	16	5	22,7		
Terminées	10	40	13	59,1		
Raison de l'arrêt ou diminution des menstruations						,4006 ²
Ménopause	9	60	13	72,2		
Hystérectomie	1	6,7	3	16,7		
Autre	4	26,7	1	5,6		
Ne sais pas	1	6,7	1	5,6		

* p < ,05 ¹ : valeur p obtenue par le test T de Student

² : valeur p obtenue par le test exact de Fisher

³ : valeur p obtenue par le test de Cochran-Mantel-Haenszel

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe contrôle (suite)

Caractéristiques	Groupe Expérimental (n = 25)		Groupe Contrôle (n = 22)		p
	N	%	N	%	
Enfants demeurant à la maison					,2618 ³
0	6	26,1	4	28,6	
1	5	21,7	6	42,9	
2	10	43,5	4	28,6	
3	1	4,3	0	-	
4	1	4,3	0	-	
Tabagisme					1,00 ²
Oui	4	16	4	18,2	
Non	21	84	18	81,8	
Degré de scolarité					,7666 ³
Secondaire	3	12	2	9,1	
Collégial	7	28	6	27,3	
Universitaire	15	60	14	63,6	
Revenu					,8611 ³
Insuffisant	3	12	4	18,2	
Suffisant	17	68	13	59,1	
Très suffisant	5	20	5	22,7	
Pratique d'activités physiques					,7292 ³
Aucune	1	4	0	-	
1 à 3 fois pendant le mois	3	12	4	18,2	
1 à 2 fois par semaine	7	28	7	31,8	
3 à 5 fois par semaine	10	40	8	36,4	
Plus de 5 fois par semaine	4	16	3	13,6	
Consommation d'alcool					,5274 ³
Jamais d'alcool	0	-	5	22,7	
1 à 3 verres par semaine	11	44	4	18,2	
4 à 6 verres par semaine	7	28	8	36,4	
7 à 10 verres par semaine	6	24	4	18,2	
11 verres ou plus par semaine	1	4	1	4,5	

* p < ,05¹ : valeur p obtenue par le test T de Student

² : valeur p obtenue par le test exact de Fisher

³ : valeur p obtenue par le test de Cochran-Mantel-Haenszel

4.2 VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Un modèle d'analyse de covariance à mesures répétées a été utilisé pour comparer les scores de sévérité de l'insomnie et d'anxiété situationnelle entre les groupes ainsi qu'entre les trois temps de mesure avec un seuil de signification fixé à ,05. Un terme d'interaction entre le groupe et le temps de mesure est considéré dans le modèle ce qui permet de vérifier si les groupes évoluent différemment dans le temps quant au score d'insomnie et d'anxiété situationnelle. Nous avons aussi considéré la variable âge dans l'analyse comme une covariable afin d'éviter un effet confondant dans l'analyse de comparaison.

4.2.1 Comparaison des groupes en ce qui concerne les scores d'insomnie

En pré-intervention, pour le score d'insomnie avec [F (1 ; 71,33) = 2,08 ; p = 0,1540] il n'y avait pas de différence significative entre le groupe expérimental ($M^1 = 17,28$; ET : 3,53) et le groupe contrôle (M = 15,50 ; ET : 3,45). Des moyennes et écarts types des scores de sévérité de l'insomnie présentés au tableau 2 démontrent que la moyenne des scores de l'insomnie du groupe expérimental a diminué de façon significative [F (2,90) = 82,22 ; p < ,0001] passant de 17,28 (insomnie clinique modérée) en pré-intervention à 10,52 (insomnie clinique légère) en post-intervention et à 8,72 (insomnie clinique légère) deux semaines post-intervention. Quant au groupe contrôle, il n'y a pas de différence significative [F (2,90) = 1,36; p = ,2618] de la moyenne du score d'insomnie entre le temps 1 (M = 15,50 ; ET : 3,45), le temps 2 (M = 14,59 ; ET : 3,06) et le temps 3 (M = 14,32 ; ET : 4,1).

¹ Pour le reste du présent chapitre, M réfère à l'estimation de la moyenne des moindres carrés.

Tableau 2 : Analyse de covariance de l'insomnie selon les deux groupes et les trois temps de mesure, en contrôlant l'effet de l'âge

Effets	Num	Den	F	Pr >F
	DF	DF		
Groupe	1	44	5,91	,0192*
Temps	2	90	49,76	<,0001*
Groupe x temps	2	90	28,66	<,0001*
Âge	1	44	1,06	,3097

*p < ,05

L'évolution dans le temps du score d'insomnie diffère entre les groupes [F (2,90) = 28,66 ; p < ,0001] démontrant que l'effet de l'intervention est assez fort pour provoquer une diminution significative entre le temps 1, le temps 2 et le temps 3 du score de sévérité de l'insomnie chez le groupe expérimental (Tableau 2). Dans le groupe contrôle, aucune différence significative entre le temps 1, le temps 2 et le temps 3 (M = 15,50 vs M = 14,59 vs M = 14,32) [F (2,90) = 1,36 ; p = ,2618] du score de sévérité de l'insomnie n'a été observée (Tableau 3).

Tableau 3 : Moyennes et écarts types des scores de sévérité de l'insomnie des participantes pour les trois temps de mesure en fonction du groupe

Source de variation	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	M	ET	M	ET
Temps 1	17,28	3,53	15,50	3,45
Temps 2	10,52*	4,90	14,59	3,06
Temps 3	8,72*	4,37	14,32	4,10

*p < ,05

Note : Test F (2,90) = 82,22 ; p < ,0001, groupe expérimental

Test F (2,90) = 1,36 ; p = ,2618, groupe contrôle

Par conséquent, les scores de l'insomnie démontrent que les participantes du groupe expérimental qui, au départ, avaient un score moyen de 17,28 (insomnie modérée) ont obtenu en post-intervention un score moyen à 8,72 (insomnie légère). Il est intéressant de se rappeler qu'un score de sept et moins indique une absence d'insomnie (Morin, 1993). Il est aussi intéressant d'observer que la diminution de l'insomnie s'est poursuivie à la suite de la dernière intervention. Entre les temps 2 et 3, soit deux semaines post-intervention, le score d'insomnie a encore diminué, et ce, de façon significative. Quant aux participantes du groupe contrôle, elles avaient un score moyen de 14,32 en post-intervention ce qui indique une insomnie modérée. D'ailleurs, la moyenne des scores de l'insomnie des participantes du groupe contrôle indique que l'insomnie est demeurée modérée du début à la fin des interventions. Les participantes du groupe expérimental perçoivent leurs symptômes d'insomnie moins sévères après l'intervention en polarité. Ces résultats obtenus permettent de confirmer l'hypothèse H₁. Les résultats de la moyenne des scores de sévérité de l'insomnie pour les trois temps de mesure en fonction du groupe sont représentés graphiquement à la figure 3.

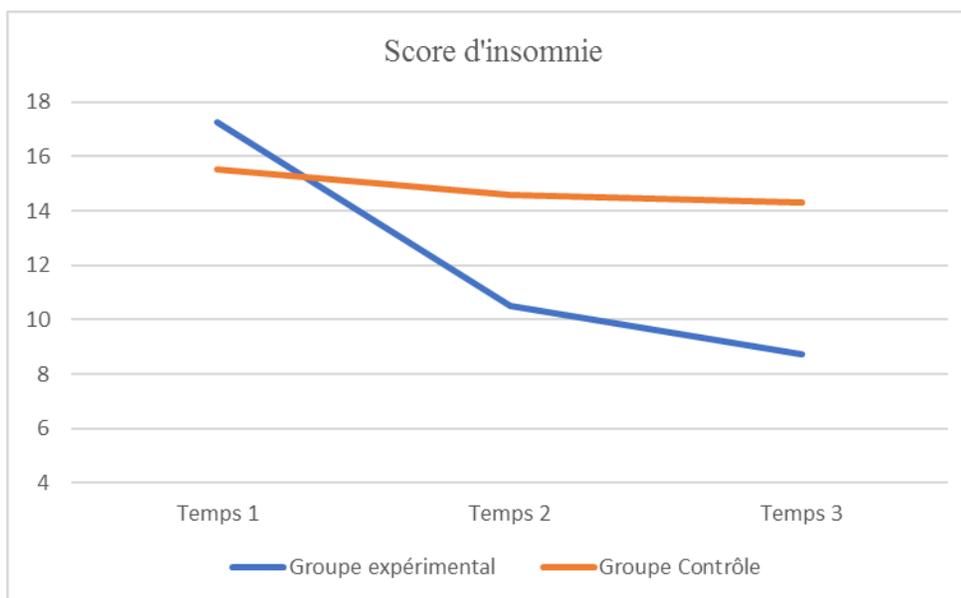


Figure 3 : Graphique de la moyenne des scores de sévérité de l'insomnie pour les trois temps de mesure en fonction du groupe

4.2.2 Comparaison des groupes en ce qui concerne les scores d'anxiété

En pré-intervention, pour le score d'anxiété avec $[F(1; 64,06) = 0,29; p = 0,5911]$ il n'y avait pas de différence significative entre le groupe expérimental ($M = 38,91; ET : 9,12$) et le groupe contrôle ($M = 40,42; ET : 9,63$).

Tableau 4 : Analyse de covariance de l'anxiété selon les deux groupes et les trois temps de mesure, en contrôlant l'effet de l'âge

Effets	Num DF	Den DF	F	Pr > F
Groupe	1	44	9,09	,0043*
Temps	2	90	10,04	,0001*
Groupe x temps	2	90	14,14	< ,0001*
Âge	1	44	,40	,5286

* $p < ,05$

L'évolution dans le temps du score d'anxiété diffère entre les groupes [F (2,90) = 14,14 ; p < ,0001] démontrant que la force de l'effet de l'intervention observée est assez grande pour provoquer une diminution significative entre le temps 1, le temps 2 et le temps 3 (Tableau 4). En effet, des moyennes et écarts types des scores d'anxiété situationnelle présentés au tableau 5 démontrent que la moyenne des scores d'anxiété du groupe expérimental a diminué de façon significative [F (2,90) = 25,41 ; p < ,0001] passant de 38,91 en pré-intervention à 29,03 en post-intervention et à 32,39 deux semaines post-intervention. En ce qui concerne le groupe contrôle, il n'y a pas de différence significative [F (2,90) = 0,36 ; p = ,6990] de la moyenne du score d'anxiété entre le temps 1 (M = 40,42 ; ET :9,63), le temps 2 (M = 41,10 ; ET :10) et le temps 3 (M = 41,69 ; ET : 9,54) (Tableau 5).

Tableau 5 : Moyennes et écarts types des scores d'anxiété situationnelle des participantes pour les trois temps de mesure en fonction du groupe

Source de variation	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	M	ET	M	ET
Temps 1	38,91	9,12	40,42	9,63
Temps 2	29,03*	7,12	41,10	10,00
Temps 3	32,39*	8,05	41,69	9,54

*p < ,05

Note : Test F (2,90) = 25,41 ; p < ,0001, groupe expérimental

Test F (2,90) = 0,36 ; p = ,6990, groupe contrôle

Ces résultats obtenus permettent de confirmer l'hypothèse H₂. Par conséquent, les résultats de l'étude obtenus à l'aide des analyses statistiques corroborent la proposition théorique de l'étudiante chercheuse qui stipule que l'intervention en polarité engendre une diminution de l'anxiété et de l'insomnie. Les résultats de la moyenne des scores d'anxiété situationnelle pour les trois temps de mesure en fonction du groupe sont représentés graphiquement à la figure 4.

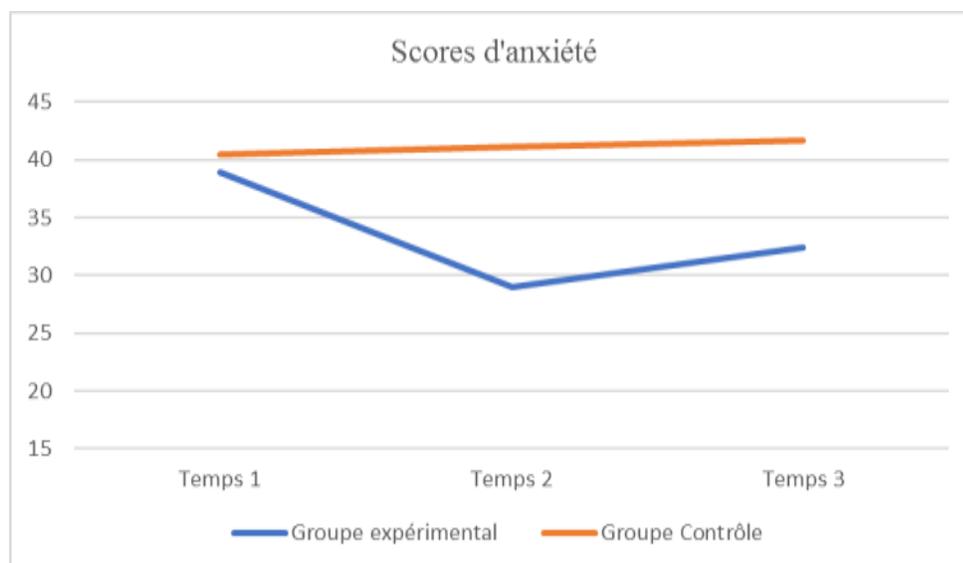


Figure 4 : Graphique de la moyenne des scores d'anxiété situationnelle pour les trois temps de mesure en fonction du groupe

4.3 SOMMAIRE DES RESULTATS

Les résultats obtenus indiquent que les deux groupes sont comparables en ce qui concerne les variables sociodémographiques à l'exception de l'âge et de l'occupation des participantes. En pré-intervention, les groupes étaient comparables quant à l'anxiété et l'insomnie. Après avoir inséré la covariable âge dans le modèle d'analyse de la variance à mesures répétées afin d'éviter que cette variable ait un effet confondant dans l'analyse, les deux hypothèses analysées ont été confirmées. Il s'avère donc possible d'affirmer que les femmes âgées de 40 à 60 ans, qui ont bénéficié de l'intervention en polarité, présentent une diminution significative de la sévérité de leur insomnie ainsi qu'une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle. Le prochain chapitre présente la discussion.

CHAPITRE 5

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente une discussion portant sur les différents résultats obtenus. Les résultats correspondant aux deux hypothèses de recherche sont analysés en lien avec la littérature existante. Ensuite, les limites et les forces de l'étude, ainsi que les implications pour la pratique en sciences infirmières sont présentées. Des recommandations sont formulées pour de prochaines recherches.

5.1.1 Diminution de la sévérité de l'insomnie

H₁ : les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de la sévérité de leur insomnie comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention. Afin de vérifier cette hypothèse, le questionnaire intitulé l'Index de sévérité de l'insomnie (Morin, 1993) a été rempli en trois temps soit en pré, post-intervention et deux semaines post-intervention afin de déterminer si le groupe expérimental présentait une diminution significative de l'insomnie par rapport au groupe contrôle. Les analyses de covariance (ANCOVA) ont permis de noter une différence significative entre les groupes et entre les temps de mesure en ce qui a trait aux scores d'insomnie ($F = 28,66, p < ,0001$). Notre première hypothèse de recherche a été confirmée démontrant l'efficacité de la polarité en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) associée à la pratique de l'autopolarité pour engendrer une diminution significative de l'insomnie des participantes. Ainsi, les femmes du groupe expérimental ont déclaré s'endormir plus rapidement, avoir moins de réveils nocturnes, moins de réveils précoces le matin, être davantage satisfaites de leur sommeil, mieux fonctionner le jour et elles déclarent être moins inquiètes à propos des difficultés de sommeil.

Les résultats de la présente recherche sont en accord avec les études où les interventions de massage améliorent le sommeil des femmes (Asltoghiri & Ghodsi, 2012; Hachul, Oliveira, Bittencourt, Andersen, & Tufik, 2014; Ko & Lee, 2014; Oliveira et al., 2011). Alors que les traitements pharmacologiques sont les plus couramment utilisés pour soulager les symptômes d'insomnie, et ce malgré les effets indésirables qu'ils engendrent (Ameratunga et al., 2012), des approches alternatives peuvent être efficaces pour soulager des symptômes fréquemment déclarés par les femmes en périménopause, incluant notamment l'insomnie (Hachul, Oliveira, et al., 2014; Oliveira et al., 2012).

L'utilisation des approches complémentaires de soins a augmenté dans la population en général (Hachul, Monson, et al., 2014). L'enquête transversale réalisée en Australie par Van der Sluijs et collaborateurs (2007) auprès de 1296 femmes âgées de 45 à 65 ans a permis de constater que 54 % d'entre elles avaient eu recours à ces approches au cours de l'année précédente. Cette enquête a révélé que le massage était parmi les traitements les plus efficaces pour soulager les symptômes de la ménopause (Van der Sluijs, Bensoussan, Liyanage, & Shah, 2007). Au Canada, une enquête transversale réalisée en 2010 auprès de 423 femmes en périménopause a révélé que 91 % des femmes en transition ménopausique utilisent des approches complémentaires pour soulager leurs symptômes (Lunny & Fraser, 2010). Par conséquent, l'intérêt pour l'intervention de massage continue de croître parmi la communauté scientifique (Moyer, Rounds, & Hannum, 2004).

5.1.2 Diminution de l'anxiété situationnelle

H₂ : les femmes âgées de 40 à 60 ans, ayant bénéficié de l'intervention en polarité, présenteront une diminution significative de leur niveau d'anxiété situationnelle comparativement à celles du groupe contrôle en post-intervention. Afin de vérifier cette hypothèse, le questionnaire intitulé l'Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (Spielberger, 1983) a été rempli en trois temps soit en pré, post-intervention et deux semaines post-intervention afin de déterminer si le groupe expérimental présentait une diminution

significative de son anxiété par rapport au groupe contrôle. Les analyses ANCOVA ont permis de noter une différence significative entre les groupes et entre les temps de mesure en ce qui a trait aux scores d'anxiété ($F = 14,14, p < ,0001$). Notre deuxième hypothèse de recherche a été confirmée démontrant l'efficacité de la polarité en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) associée à la pratique de l'autopolarité pour engendrer une diminution significative de l'anxiété des participantes. Ainsi, les femmes du groupe expérimental ont, entre autres, déclaré qu'elles se sentaient plus calmes, moins tendues, moins bouleversées, moins préoccupées et elles ont affirmé se sentir mieux après l'intervention en polarité.

Ces résultats sont en accord avec des études interventionnelles dans lesquelles des interventions de massage diminuent le niveau d'anxiété des femmes (Bost & Wallis, 2006; Oliveira et al., 2011; Saatsaz et al., 2016; Taavoni, Darsareh, Joolae, & Haghani, 2013). En effet, les résultats de l'étude de Taavoni et al. (2013) qui avait pour but d'évaluer l'effet du massage d'aromathérapie sur les symptômes psychologiques pendant la ménopause appuient ceux obtenus dans la présente recherche. Considérant que le sommeil et le repos peuvent être perturbés par les émotions (Adam, 1991), une attention particulière devrait être apportée par l'infirmière à l'égard des symptômes d'anxiété chez les femmes dans le contexte de la périménopause. La satisfaction du besoin fondamental de dormir et d'avoir la possibilité de gérer leur fatigue, leur potentiel d'énergie devient nécessaire pour préserver leur santé tant physique que mentale (Collière, 1994).

5.2 LES LIMITES DE L'ETUDE

Le recrutement s'est avéré difficile et s'est prolongé dans le temps, ce qui a eu pour effet que la répartition aléatoire a été remplacée à la fin par l'ordre d'entrée des appels reçus pour les 11 dernières femmes recrutées dans l'étude. Dans le cas où la répartition aléatoire aurait été possible pour l'ensemble des femmes recrutées, l'équivalence dans les groupes quant aux variables sociodémographiques aurait pu augmenter.

Aussi, la taille restreinte de l'échantillon ($n = 47$) ainsi que le fait que les participantes aient été retenues en fonction de caractéristiques précises dans un milieu géographique circonscrit pour la faisabilité de l'étude, limitent la possibilité de généraliser les résultats au-delà de cette population. De plus, les participantes qui ont pris part à cette recherche l'ont fait sur une base volontaire. L'échantillonnage de convenance peut limiter la généralisation des résultats puisque les participantes peuvent contenir des caractéristiques qui les rendent atypiques de la population cible (Fortin & Gagnon, 2016; Grove et al., 2013). Aussi, le fait que les participantes étaient conscientes du but de la recherche qui était d'évaluer l'efficacité d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété peut avoir influencé leur façon de répondre aux questionnaires. Dans cette même perspective, les participantes pourraient avoir eu tendance à donner des réponses favorables afin de plaire à l'étudiante chercheuse ce qui est un biais expérimental lié aux attentes des participantes (Grove et al., 2013). Cependant, il est permis de croire que cette source d'influence a pu être neutralisée puisque les participantes du groupe contrôle ont également été en contact avec la même intervenante. De plus, lorsque les participantes ont rempli les questionnaires deux semaines post-intervention, elles n'étaient pas en présence de l'étudiante chercheuse et les résultats obtenus démontrent que la diminution de la sévérité de l'insomnie s'est poursuivie.

5.3 LES FORCES DE L'ETUDE

L'assignation aléatoire et les mesures avant-après permettent de contrôler la plupart des obstacles à la validité interne comme les facteurs historiques, la maturation, la défection des participantes, la fluctuation des instruments de mesure ou la sélection des participantes (Fortin & Gagnon, 2016; Grove et al., 2013). Ceci permet de présumer que l'intervention en polarité est la cause de la diminution des symptômes d'insomnie et d'anxiété chez le groupe expérimental. En outre, le devis de recherche expérimental nous a permis de contrôler des variables étrangères en déterminant des critères d'inclusion et d'exclusion qui auraient pu confondre la relation entre l'intervention en polarité, l'insomnie et l'anxiété. Par exemple,

les femmes qui utilisaient des outils complémentaires de soins ou celles qui prenaient de la médication pour soulager leurs symptômes d'insomnie et/ou d'anxiété ont été exclues de l'étude afin que les résultats soient réellement imputables à l'intervention en polarité. Aussi, les tests statistiques utilisés considérant la covariable âge dans les analyses de comparaison qui ont permis de vérifier les hypothèses démontrent la démarche rigoureuse de cette recherche.

Afin d'assurer de la rigueur et de la constance dans le déroulement des interventions, les 144 rencontres ont été réalisées au même endroit et par la même personne. Lors de chacune des rencontres, l'intervenante ayant reçu une formation appropriée a suivi rigoureusement un protocole qui avait été élaboré expliquant le déroulement de chacune des rencontres. Aussi, toutes les participantes du groupe expérimental et contrôle ont, lors de la première rencontre, signé une lettre de confidentialité dans laquelle il leur était demandé de garder confidentielle la nature de l'intervention reçue. Ces actions entreprises ont permis aux conditions de recherche de demeurer constantes et d'enrayer l'effet des variables étrangères. Une autre force à cette étude a été l'utilisation d'un groupe contrôle qui a permis, à nouveau, de vérifier la relation de cause à effet entre l'intervention en polarité, l'insomnie et l'anxiété. Enfin, les instruments de mesure utilisés afin d'évaluer les symptômes d'insomnie (ISI, Blais et al., 1997) et d'anxiété (IAS ; Stai-Y; Spielberger, 1983) avaient déjà rapporté une fidélité et validité adéquates (Bastien, Vallières, & Morin, 2001; Gauthier & Bouchard, 1993; Morin, Belleville, et al., 2011).

5.4 LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE EN SCIENCES INFIRMIERES

En démontrant une diminution significative de l'insomnie et de l'anxiété à la suite de l'intervention en polarité, cette étude propose à l'infirmière une intervention chez les femmes en péri-ménopause qui rapporte ces symptômes. La présente étude évoque également l'importance d'innover et d'intégrer des outils complémentaires à la pratique infirmière. Les infirmières qui valorisent les approches complémentaires de soins ont une opportunité de

pouvoir les incorporer à leur pratique (Hessig, Arcand, & Frost, 2004). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1987) déjà, encourageait les interventions alternatives à la pharmacothérapie pour diminuer les symptômes d'insomnie et d'anxiété. L'OIIQ s'est penché sur le phénomène qu'est l'utilisation des outils complémentaires de soins par les infirmières du Québec (OIIQ, 1987) et a reconnu les outils complémentaires de soins en tant que moyens additionnels que les infirmières peuvent utiliser afin de répondre aux besoins de santé des individus. Les infirmières auraient avantage à considérer l'intervention en polarité. Des études démontrent que les infirmières sont peu outillées afin de permettre à la personne de développer son autonomie dans la satisfaction de son besoin fondamental de dormir (Anthierens et al., 2008; Radtke et al., 2014). Seule une petite proportion des femmes qui se plaignent d'insomnie sont correctement prises en charge alors que les conséquences de l'insomnie et de l'anxiété sont délétères pour la santé physique et psychologique des personnes qui en souffrent, particulièrement pour les femmes en périménopause (Denollet et al., 2009; Wallander et al., 2007). Les infirmières devraient considérer ces résultats en tant que base de connaissances pour recommander l'intervention en polarité aux femmes qui ont des symptômes d'insomnie et d'anxiété.

Le temps est également propice pour les infirmières de jouer un rôle élargi en offrant de plus amples renseignements sur les pratiques complémentaires de soins. L'autopolarité (annexe VI) qui a été pratiquée tous les soirs au coucher par les participantes du groupe expérimental s'enseigne et s'exécute facilement permettant aux femmes de poursuivre leur prise en charge. Selon Henderson (1964), le rôle infirmier comprend aussi l'aide à la personne afin qu'elle puisse satisfaire ses besoins fondamentaux et conserver son indépendance quant à la satisfaction de ceux-ci. Il serait donc pertinent de faire connaître aux infirmières les outils complémentaires de soins existants comme l'intervention en polarité. De plus, il faut promouvoir les connaissances portant sur l'application des approches complémentaires afin d'éviter qu'elles soient inutilisées (Hessig et al., 2004). Néanmoins, puisque les thérapies complémentaires constituent un pan important des soins de santé et que la demande dans ce domaine est en progression partout dans le monde (OMS,

2013), les infirmières auraient avantage à être mieux informées sur les thérapies complémentaires qu'utilisent leurs clientèles.

Les résultats de cette étude révèlent que les infirmières, qui ont reçu la formation en polarité, devraient continuer à utiliser cette approche afin de soulager les symptômes d'insomnie et d'anxiété de leurs clientèles. Prendre soin de façon autonome des symptômes constitue l'objet de la pratique infirmière (Goulet & Dallaire, 2000). Quant aux infirmières qui ont les compétences nécessaires afin d'enseigner la polarité, elles pourraient former des groupes d'infirmières afin qu'un plus grand nombre d'entre elles puissent exercer la polarité. Ce transfert de connaissances pourrait s'avérer salutaire afin que les infirmières interviennent efficacement auprès des femmes qui ont des symptômes d'insomnie et d'anxiété. L'élargissement de la pratique des infirmières est nécessaire en vue d'assurer un soutien à une clientèle symptomatique ayant une insatisfaction du besoin fondamental de dormir (Henderson, 1964). L'étendue de cette pratique rejoint avantageusement le partenariat infirmière-client, la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que la qualité de vie de la personne (Lévesque-Barbès, 2010).

5.5 LES RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

L'effet de l'intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété situationnelle doit être exploré à nouveau auprès de populations différentes ainsi que dans diverses régions. Aussi, nous recommandons d'évaluer l'effet de l'utilisation de l'intervention en polarité à plus long terme. Il aurait été pertinent de savoir si les améliorations obtenues ont perduré dans le temps, la diminution des symptômes d'insomnie et d'anxiété à long terme étant souhaitable. Il aurait également été intéressant de savoir si les participantes du groupe expérimental, qui s'étaient engagées à pratiquer tous les soirs l'autopolarité (annexe VI), ont poursuivi ces exercices suite aux interventions. D'ailleurs, les données concernant la pratique de l'autopolarité auraient dû être colligées tout au long de la phase d'intervention, ce qui n'a pas été fait dans la présente étude. Puisque l'autopolarité est peut-être une avenue intéressante afin de

permettre aux femmes de poursuivre leur prise en charge dans la satisfaction de leur besoin de dormir, nous recommandons d'en faire une évaluation plus rigoureusement dans les études futures.

Puisque les études évaluant l'effet de l'intervention en polarité sont insuffisantes, plusieurs structures expérimentales peuvent être suggérées. Par exemple, il serait pertinent de mener une étude avec deux groupes expérimentaux. Alors qu'un groupe pourrait recevoir l'intervention en polarité, le second pourrait que pratiquer l'autopolarité. Aussi, il serait approprié de mener une étude comparative avec des échantillons plus larges entre le massage en polarité et d'autres formes de massage. Bien que Mustian et al. (2011) aient utilisé un groupe contrôle recevant un massage modifié, l'échantillon ($n = 43$) devra être plus important. En outre, ces auteurs n'ont pas évalué l'effet de l'intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété, mais plutôt sur la fatigue reliée au cancer chez les femmes subissant une radiothérapie pour un cancer du sein. D'ailleurs, des études visant à consolider cette recherche sont nécessaires. Lors d'une prochaine étude visant à évaluer l'effet de l'intervention en polarité sur l'anxiété situationnelle, il serait astucieux de mesurer des facteurs biochimiques comme le niveau de cortisol salivaire.

À notre connaissance, cette étude expérimentale documentant l'effet d'un protocole d'intervention en polarité est une première auprès des femmes québécoises. Elle constitue un point de départ pour des études futures visant à en évaluer l'effet sur l'insomnie et l'anxiété. Bien que l'accessibilité à un nombre suffisant de participantes et les délais de réalisation semblent être des éléments importants à considérer pour la faisabilité des études visant à évaluer l'effet d'une intervention de massage, d'autres études d'intervention neutralisant l'effet des variables confondantes avec des échantillons plus importants doivent être réalisées.

Ce chapitre a exposé les effets de l'intervention en polarité sur la sévérité de l'insomnie ainsi que sur le niveau d'anxiété situationnelle. Les résultats ont été discutés en lien avec la schématisation des hypothèses de recherche ainsi qu'avec la littérature existante. Les limites,

les forces de l'étude, les implications pour la pratique et la recherche en sciences infirmières ainsi que des recommandations pour de futures recherches ont été présentées.

CONCLUSION

La présente étude démontre l'efficacité de la polarité en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) unie à la pratique de l'autopolarité pour engendrer une diminution significative de l'insomnie et de l'anxiété des femmes québécoises en péri-ménopause. Pour la pratique des soins infirmiers, les résultats de cette étude constituent un incitatif pour les infirmières à jouer un rôle clé dans la gestion des symptômes d'insomnie et d'anxiété, notamment avec des interventions non pharmacologiques. Puisque le sommeil est une nécessité tant pour le bien-être psychologique que pour la santé physique des femmes (Morin, Bootzin, et al., 2006), les infirmières qui travaillent auprès des femmes en transition ménopausique doivent connaître les problématiques les plus fréquentes pour cette population ainsi que des solutions pour y remédier. Favorablement, les infirmières ont un intérêt accru pour l'utilisation des données de recherche dans la pratique (Simpson, 1996) en plus de valoriser les approches complémentaires de soins (Hessig et al., 2004). Certes, l'utilité d'étudier l'apport que peuvent procurer les interventions infirmières dans le soutien des femmes en transition ménopausique est mise en évidence. Quant aux actions suivantes : évaluer le besoin fondamental de dormir, repérer et tester une intervention infirmière, elles se rattachent forcément au centre d'intérêt de la discipline infirmière. Manifestement, la personne, la santé, le soin et l'environnement sont au cœur de cette recherche. Dès lors, cette étude ouvre la porte pour la réalisation d'études analogues fondées sur une réflexion philosophique concourant à l'avancement de la science infirmière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adam, E. (1991). *Être infirmière* (3 ed.). Montréal, Québec: Éditions Études vivantes.
- Aghabati, N., Mohammadi, E., & Esmail, Z. P. (2010). The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 7(3), 375-381.
- Ameratunga, D., Goldin, J., & Hickey, M. (2012). Sleep disturbance in menopause. *Internal Medicine Journal*, 42, 742-747. doi:10.1111/j.1445-5994.2012.02723.x
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM- IV)* (Vol. 4). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ancoli-Israel, S., & Ayalon, L. (2006). Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 95-103. doi:10.1097/01.JGP.0000196627.12010.d1
- Anderson, J. G., & Taylor, A. G. (2012). Biofield therapies and cancer pain. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(1).
- Anthierens, S., Grypdonck, M., Liesbeth, D. P., & Thierry, C. (2008). Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3098-3106. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02758.
- Araujo, T., Jarrin, D. C., Leanza, Y., Vallières, A., & Morin, C. M. (2016). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Medicine Reviews*, 1-12. doi:10.1016/j.smrv.2016.01.003
- Asltoghiri, M., & Ghodsi, Z. (2012). The effects of Reflexology on sleep disorder in menopausal women. *Social and behavioral sciences*, 31, 242-246. doi:10.1016/j.sbspro.2011.12.049
- Association des pharmaciens du Canada. (Ed.) (2013). Ottawa, Ontario: APhC.

- Atalay, H. (2011). Comorbidity of Insomnia Detected by the Pittsburgh Sleep Quality Index with Anxiety, Depression and Personality Disorders. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 48(1), 54-59.
- Augner, C. (2011). Associations of subjective sleep quality with depression score, anxiety, physical symptoms and sleep onset latency in students. *Central European journal of public health*, 19(2), 115-117.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., & Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(4), 36-40.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307.
- Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., . . . Sundt, I., T.M. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. *Complementary therapies in Clinical Practice*, 16(2), 70-75. doi:10.1016/j.ctcp.2009.06.012
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory manual*. San Antonio The psychological corporation.
- Billhult, A., Lindholm, C., Gunnarsson, R., & Stener-Victorin, E. (2009). The effect of massage on immune function and stress in women with breast cancer — A randomized controlled trial. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 150, 111-115. doi:10.1016/j.autneu.2009.03.010
- Billiard, M., & Dauvilliers, Y. (2004). Insomnie. *EMC-Neurologie*, 1, 209-222. doi:10.1016/j.emcn.2004.03.002
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Evaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'encéphale*, 23, 447-453.
- Blümel, J. E., Cano, A., Mezones-Holguín, E., Barón, G., Bencosme, A., Benítez, Z., . . . Chedraui, P. (2012). A multinational study of sleep disorders during female mid-life. *Maturitas*, 72(4), 359-366. doi:10.1016/j.maturitas.2012.05.011
- Bolge, S. C., Doan, J. F., Kannan, H., & Baran, R. W. (2009). Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Qualitative Health Research*, 18, 415-422. doi:10.1007/s11136-009-9462-6

- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J. L., Nony, P., Berthezène, F., & Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, *178*, 339-344. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2004.08.035
- Bost, N., & Wallis, M. (2006). The effectiveness of a 15 minute weekly massage in reducing physical and psychological stress in nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *23*(4).
- Bowden, D., Goddard, L., & Gruzelier, J. (2011). A Randomised Controlled Single-Blind Trial of the Efficacy of Reiki at Benefitting Mood and Well-Being. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 1-8. doi:10.1155/2011/381862
- Brook, D. W., Rubenstone, E., Zhang, C., & Brook, J. S. (2012). Trajectories of cigarette smoking in adulthood predict insomnia among women in late mid-life. *Sleep Medicine*, *13*, 1130-1137. doi:10.1016/j.sleep.2012.05.008
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2011). *Soins infirmiers médecine et chirurgie 1: Généralités* (Vol. 1). Canada: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Bulette Coakley, A., & Barron, A. M. (2012). Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in oncology nursing*, *28*(1), 55-63. doi:10.1016/j.soncn.2011.11.006
- Buysse, D. J., Cheng, Y., Germain, A., Moul, D. E., Franzen, P. L., Fletcher, M., & Monk, T. H. (2010). Night-to-night sleep variability in older adults with and without chronic insomnia. *Sleep Medicine*, *11*(1), 56-64.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. (1989). The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213.
- Cohen, J. (1992). A power primer. . *Psychological bulletin*, *112*(1), 155-158.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Collière, M. F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Cuellar, N. G., Rogers, A. E., & Hisghman, V. (2006). Evidenced Based Research of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Sleep in the Community Dwelling Older Adult. *Geriatric Nursing*, *28*(1), 46-51. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.07.001

- Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Sundt, T. M., Ryan, F. K., & Bauer, B. A. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: A pilot study. *Complementary therapies in Clinical Practice, 16*, 92-95. doi:10.1016/j.ctcp.2009.10.006
- Daley, M., Morin, C. M., Leblanc, M., Grégoire, J. P., & Savard, J. (2009). The Economic Burden of Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers. *Sleep, 32*(1), 55-64.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession*: G. Morin.
- Denollet, J., Maas, K., Knottnerus, A., Keyzer, J. J., & Pop, V. J. (2009). Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10-year follow-up of middle-aged women. *Journal of clinical epidemiology, 62*, 452-456. doi:10.1016/j.jclinepi.2008.08.006
- Dion, L. J., Engen, D. J., Lemaine, V., Lawson, D. K., Brock, C. G., Thomley, B. S., . . . Wahner-Roedler, D. L. (2016). Massage therapy alone and in combination with meditation for breast cancer patients undergoing autologous tissue reconstruction: A randomized pilot study. *Complementary therapies in Clinical Practice, 23*, 82-87. doi:10.1016/j.ctcp.2015.04.005
- Dressen, L. J., & Singg, S. (1998). Effects of Reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients. *Subtle Energies & Energy Medicine, 9*(1), 51-81.
- Dreyer, N. E., Cutshall, S. M., Huebner, M., Foss, D. M., Lovely, J. K., Bauer, B. A., & Cima, R. R. (2015). Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. *Complementary therapies in clinical practice., 21*(3), 154-159. doi:10.1016/j.ctcp.2015.06.004
- Ebben, M. R., & Spielman, A. J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of behavioral medicine, 32*, 244-254. doi:10.1007/s10865-008-9198-8
- Engen, D. J., Wahner-Roedler, D. L., Vincent, A., Chon, T. Y., Cha, S. S., Luedtke, C. A., . . . Bauer, B. A. (2012). Feasibility and effect of chair massage offered to nurses during work hours on stress-related symptoms: A pilot study. *Complementary therapies in Clinical Practice, 18*, 212-215. doi:10.1016/j.ctcp.2012.06.002
- Ernst, L. S. (2004). Polarity addresses the "whole" in holistic. *Holistic nursing practice, 18*(2), 63-66.

- Eschiti, V. S. (2007). Healing Touch: a low-tech intervention in high-tech settings. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 9-14.
- Field, T. (2016). Massage therapy research review,. *Complementary therapies in Clinical Practice*, 24, 19-31. doi:10.1016/j.ctcp.2016.04.005
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., & Fraser, M. (2007). Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. *Journal of bodywork and movement therapies*, 11(2), 141-145. doi:10.1016/j.jbmt.2006.03.001
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, Méthodes quantitatives et qualitatives* (3 ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Friedman, R., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., Pieper, C., Gerin, W., & Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in Hypertension: Relationship to Casual or Ambulatory Blood Pressure in Men. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 19-31.
- Garner, B., Philips, L. J., Schmidt, H. M., Markulev, C., O'Conner, J., Wood, S. J., . . . McGorry, P. D. (2008). Pilot study evaluating the effect of massage therapy on stress, anxiety and aggression in a young adult psychiatric inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 414-422.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25, 559-578.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2000). *Soins infirmiers et société*. : Gaëtan, Morin.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Guay, M. (2010). *Polarité et anatomie énergétique*. Québec: Éditions Mélia.
- Hachul, H., Monson, C., Kozasa, E. H., Oliveira, D. S., Goto, V., Afonso, R., & Tufik, S. (2014). Complementary and alternative therapies for treatment of insomnia in women in postmenopause. *Climacteric*, 17(6), 645-653.
- Hachul, H., Oliveira, D., Bittencourt, L. R. A., Andersen, M. L., & Tufik, S. (2014). The beneficial effects of massage therapy for insomnia in postmenopausal women. *Sleep science*, 7, 114-116. doi:10.1016/j.slsci.2014.09.005
- Harsora, P., & Kessmann, J. (2009). Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *American Family Physician*, 79(2), 125-130.

- Harvey, A., Stinson, K., Whitaker, K., Moskowitz, D., & Virk, H. (2008). The Subjective Meaning of Sleep Quality: A Comparison of Individuals with and without Insomnia. *Sleep, 31*(3), 383-393.
- Hays, J., Ockene, J. K., Brunner, R. L., Kotchen, J. M., Manson, J. E., Patterson, R. E., . . . Granek, I. A. (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New England Journal of Medicine, 148*(19), 1839-1854.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American journal of nursing, 62*-68.
- Hessig, R. E., Arcand, L. L., & Frost, M. H. (2004). The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. *In Oncology nursing forum, 31*(1). doi:10.1188/04.ONF.71-78
- Hidalgo, M. P., & Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurological Science, 23*, 35-39.
- Hill-Sakurai, L. E., Muller, J., & Thom, D. H. (2008). Complementary and Alternative Medicine for Menopause: A Qualitative Analysis of Women's Decision Making. *Journal of general internal medicine, 23*(5), 619-622. doi:10.1007/s11606-008-0537-9
- Hollander, L. E., Freeman, E. W., Sammel, M. D., Berlin, J. A., Grisso, J. A., & Battistini, M. (2001). Sleep Quality, Estradiol Levels, and Behavioral Factors in Late Reproductive Age Women. *Obstetrics and Gynecology, 98*, 391-397.
- Hsu, H. C., & Lin, M. H. (2005). Exploring Quality of Sleep and Its Related Factors Among Menopausal Women. *Journal of Nursing Research, 13*(2), 153-163.
- Innes, K. E., Selfe, T. K., & Vishnu, A. (2010). Mind-body therapies for menopausal symptoms: A systematic review. *Maturitas, 66*, 135-149. doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.016
- Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., Beaton, R. D., & Huang, H. Y. (2009). Effects of a Full-Body Massage on Pain Intensity, Anxiety, and Physiological Relaxation in Taiwanese Patients with Metastatic Bone Pain: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*(4), 754-763. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.04.021
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep, 14*(6), 540-545.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Arch Gen Psychiatry* (pp. 593-602.).
- Kessler, R. C., & Greenberg, P. E. (2002). The economic burden of anxiety and stress disorders. *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress.*, 67, 982-992.
- Kessler, R. C., Soukup, J., & Davis, R. B. (2001). The Use of Complementary and Alternative Therapies to Treat Anxiety and Depression in the United States. *American journal of psychiatry*, 158(2), 289-294.
- Ko, Y. L., & Lee, H. J. (2014). Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women. *Midwifery*, 30(2), 60-64. doi:10.1016/j.midw.2012.11.005
- Korn, L., Logsdon, R. G., Polissar, N. L., Gomez-Beloz, A., Waters, T., & Ryser, R. (2009). A randomized trial of a CAM therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan native family caregivers. *The Gerontologist*, 49(3), 368-377. doi:10.1093/geront/gnp032
- Korn, L., & Rysler, R. C. (2006). Designing a polarity therapy protocol: bridging holistic, cultural, and biomedical models of research. *Journal of bodywork and movement therapies*, 11, 129-140. doi:10.1016/j.jbmt.2006.08.007
- Kravitz, H. M., Schott, L. L., Joffe, H., Cyranowski, J. M., & Bromberger, J. T. (2014). Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychological Medicine*, 44, 2593-2602. doi:10.1017/S0033291714000075
- Kuh, D., Hardy, R., Rodgers, B., & Wadsworth, M. E. J. (2002). Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Social science and medicine*, 55, 1957-1973.
- Leblanc, M., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., & Morin, C. M. (2009). Incidence and Risk Factors of Insomnia in a Population-Based Sample. *Sleep*, 32(8), 1027-1036.
- Lee, K. A. (2009). Sleep in Midlife Women. *JOGNN*, 38, 331-332. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01028.x
- Lévesque-Barbès, H. (2010). Perspective de l'exercice de la profession d'infirmière. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.

- Lichstein, K. L., Nau, S. D., Wilson, N. M., Aguillard, R. N., Lester, K. W., Bush, A. J., & McCrae, C. S. (2013). Psychological treatment of hypnotic-dependent insomnia in a primarily older adult sample. *Behaviour research and therapy*, *51*, 787-796. doi:10.1016/j.brat.2013.09.006
- Lunny, C. A., & Fraser, S. N. (2010). The Use of Complementary and Alternative Medicines Among a Sample of Canadian Menopausal-Aged Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(4), 335-343. doi:10.1016/j.jmwh.2009.10.015
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (5 ed.). Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Maville, J. A., Bowen, J. E., & Benham, G. (2008). Effect of healing touch on stress perception and biological correlates. *Holistic nursing practice*, *22*, 103-110.
- McCracken, L. M., & Iverson, G. L. (2002). Disrupted sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain research and management*, *7*, 75-79.
- McKenna, H., Pajnkihar, M., & Murphy, F. (2014). *Fundamentals of nursing models, theories and practice*. Malaysia: Wiley Blackwell.
- Minarik, P. A. (2009). Sleep Disturbance in Midlife Women. *JOGNN*, *38*(3), 333-343. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01031.x
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Michael, P., Umscheid, C. A., & (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*, *13*(1), 1.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management* New York: Guilford Press.
- Morin, C. M., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, E. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. *Canadian Psychology*, *47*(4), 245-262. doi:10.1037/cp2006016
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, *34*(5), 601-608.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998-2004). *Sleep*, *29*(11), 1398-1414.

- Morin, C. M., Leblanc, M., Bélanger, L., Ivers, H., Mérette, C., & Savard, J. (2011). Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *La revue canadienne de psychiatrie*, *56*(9), 540-548.
- Morin, C. M., Leblanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, *7*, 123-130. doi:10.1016/j.sleep.2005.08.008
- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological bulletin*, *130*(1), 3. doi:10.1037/0033-2909.130.1.3
- Mustian, K. M., Roscoe, J. A., Palesh, O. G., Sprod, L. K., Heckler, C. E., Peppone, L. J., . . . Morrow, G. R. (2011). Polarity therapy for cancer-related fatigue in patients with breast cancer receiving radiation therapy: a randomized controlled pilot study. *integrative cancer therapies*, *10*(1), 27-37. doi:10.1177/1534735410397044
- O'Connor Frame, K., & Alexander, I. M. (2013). Mind-Body Therapies for Sleep Disturbances in Women at Midlife. *Journal of Holistic Nursing*, *31*(4), 276-282. doi:10.1177/0898010113493504
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, *6*(2), 97-111. doi:10.1053/smr.2002.0186
- Ohayon, M. M. (2007). Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *La revue du praticien*, *57*, 1521-1528.
- OIIQ. (1987). *Les outils complémentaires de soins*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Québec.
- Oliveira, D., Hachul, H., Goto, V., Tufik, S., & Bittencourt, L. R. A. (2012). Effect of therapeutic massage *Climacteric*, *15*, 21-29.
- Oliveira, D., Hachul, H., Tufik, S., & Bittencourt, L. (2011). Effect of massage in postmenopausal women with insomnia – A pilot study. *Clinics*, *66*(2), 343-346. doi:10.1590/S1807-59322011000200026
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023.
- Owens, J. F., & Matthews, K. A. (1998). Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas*, *30*, 41-50.

- Pautex, S., Toni, V., Bossert, P., Hilleret, H., Ducloux, D., Forestier, J., . . . Vogt-Ferrier, N. (2007). Anxiété dans la cadre de soins palliatifs. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, *14*(136), 296-305.
- Pearson, N. J., Johnson, L. L., & Nahin, R. L. (2006). Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 national health interview survey data. *Archives of Internal Medicine*, *166*(16), 1775-1782.
- Polo-Kantola, P. (2011). Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas*, *68*, 224-232. doi:10.1016/j.maturitas.2010.12.009
- Pope, S. K., Sowers, M., Welch, G. W., & Albrecht, G. (2001). Functional limitations in women at midlife: the role of health conditions, behavioral and environmental factors. *Women's Health Issues*, *11*(6), 494-502. doi:10.1016/S1049-3867(01)00089-5
- Radtke, K., Obermann, K., & Teymer, L. (2014). Nursing Knowledge of Physiological and Psychological Outcomes Related to Patient Sleep Deprivation in the Acute Care Setting. *Medsurg nursing*, *23*(3), 178-184.
- Roscoe, J. A., Matteson, S. E., Mustian, K. M., Padmanaban, D., & Morrow, G. R. (2005). Treatment of radiotherapy-induced fatigue through a nonpharmacological approach. *integrative cancer therapies*, *4*(1), 8-13. doi:10.1177/1534735404273726
- Saatsaz, S., Rezaei, R., Alipour, A., & Beheshti, Z. (2016). Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice.*, *24*, 92-98. doi:10.1016/j.ctcp.2016.05.014
- Salo, P., Oksanen, T., Siverstsen, B., Hall, M., Pentti, J., Virtanen, M., . . . Kivimaki, M. (2010). Sleep disturbances as a predictor of cause-specific work disability and delayed return to work. *Sleep*, *33*(10), 1323-1331.
- Shaver, J. L. F., & Zenk, S. N. (2000). Sleep Disturbance in Menopause. *Journal of women's health & gender-based medicine.*, *9*(2), 109-117.
- Simpson, B. (1996). Evidence-based nursing practice: the state of the art. *The Canadian Nurse*, *92*(10), 22-25.
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Salo, P., Pallesen, S., Hysing, M., Krokstad, S., & Overland, S. (2014). Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of sleep research*, *23*, 124-132. doi:10.1111/jsr.12102

- Sjoling, M., Ljadas, K., Appelberg, J., & Englund, E. (2010). Is tactile massage (touch massage) a treatment option for primary insomnia? *European journal of integrative medicine*, 2(4), 202. doi:10.1016/j.eujim.2010.09.064
- Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C., & Ashley, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 2004(18), 87-92. doi:10.1191/0269216304pm874oa
- Sood, A., Barton, D. L., Bauer, B. A., & Loprinzi, C. L. (2007). A critical review of complementary therapies for cancer-related fatigue. *integrative cancer therapies*, 6(1), 8-13. doi:10.1177/1534735406298143
- Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults Manual and Sample (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Stai Manual for the state-trait anxiety inventory "Self-Evaluation Questionnaire"*. Consulting Psychologists Press, Inc.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen and Schill. *Journal of personality assessment*, 48(1), 95-97.
- Srinivasan, V., Brzezinski, A., Pandi-Perumal, S. R., Spence, D. W., Cardinali, D. P., & Brown, G. M. (2011). Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: Are they superior to sedative-hypnotics? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 913-923. doi:10.1016/j.pnpbp.2011.03.013
- Swanson, L. M., Flynn, H., Adams-Mundy, J. D., Armitage, R., & Arnedt, T. (2013). An Open Pilot of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Women with Postpartum Depression. *Behavioral Sleep Medicine*, 11, 297-307. doi:10.1080/15402002.2012.683902
- Taavoni, S., Darsareh, F., Joolae, S., & Haghani, H. (2013). The effect of aromatherapy massage on the psychological symptoms of postmenopausal Iranian women. *Complementary therapies in medicine*, 21(3), 158-163. doi:10.1016/j.ctim.2013.03.007
- Tan, X., Saarinen, A., Mikkola, T. M., Tenhunen, J., Martinmäki, S., Rahikainen, A., . . . Wen, X. (2013). Effects of exercise and diet interventions on obesity-related sleep disorders in men: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*, 14(235), 1-9.

- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep, 28*, 1457-1464.
- Terauchi, M., Hiramitsu, S., Akiyoshi, M., Owa, Y., Kato, K., Obayashi, S., . . . Kubota, T. (2012). Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and postmenopausal women. *Maturitas, 72*, 61-65. doi:10.1016/j.maturitas.2012.01.014
- Terauchi, M., Obayashi, S., Ariyoshi, M., Kato, K., Matsushima, E., & Kubota, T. (2010). Insomnia in Japanese peri- and postmenopausal women. *Climacteric, 13*(5), 479-486. doi:10.3109/13697130903353478
- Thase, M. E. (2005). Correlates and consequences of chronic insomnia. *General hospital psychiatry, 27*, 100-112. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.09.006
- Thrane, S., & Cohen, S. M. (2013). Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In-Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. *Pain management nursing, 1-12*. doi:10.1016/j.pmn.2013.07.008
- Thurston, R. C., Rewak, M., & Kubzansky, L. D. (2013). An anxious Heart: Anxiety and the Onset of Cardiovascular Diseases. *Progress in cardiovascular diseases, 55*(6), 524-537. doi:10.1016/j.pcad.2013.03.007
- Tsang, K. L., Carlson, L. E., & Olson, K. (2007). Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *integrative cancer therapies, 6*(1), 25-35. doi:10.1177/1534735406298986
- Vaari, T., Engblom, J., Helenius, H., Erkkola, R., & Polo-Kantola, P. (2008). Survey of sleep problems in 3421 women aged 41–55 years. *Menopause international, 14*(2), 78-82. doi:10.1258/mi.2008.008007
- Van der Sluijs, C. P., Bensoussan, A., Liyanage, L., & Shah, S. (2007). The use of complementary and alternative medicine by symptomatic women transitioning through menopause in Sydney. *Menopause, 14*(3), 397-403.
- Vitale, A. T., & O'Connor, P. C. (2006). The Effect of Reiki on Pain and Anxiety in Women With Abdominal Hysterectomies: a quasi-experimental Pilot Study. *Holistic nursing practice, 20*(6), 263-271.
- Wahner-Roedler, D. L., Lee, M. C., Chon, T. Y., Cha, S. S., Loehrer, L. L., & Bauer, B. A. (2014). Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: 8-Year follow-up at an academic medical center. *Complementary therapies in Clinical Practice, 20*, 54-60. doi:10.1016/j.ctcp.2013.09.003

- Wallander, M. A., Johansson, S., Ruigomez, A., Rodriguez, L. A. G., & Jones, R. (2007). Morbidity Associated With Sleep Disorders in Primary Care: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of clinical psychiatry*, *9*(5), 338-344.
- Wu, L. J., Kim, S. S., & Zhuo, M. (2008). Molecular targets of anxiety: from membrane to nucleus. *Neurochemical research*, *33*(10), 1925-1932. doi:10.1007/s11064-008-9679-8
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia e A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, *30*, 1-10. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004
- Zhang, J., Li, F., Lin, Y., Sheng, Q., Yu, X., & Zhang, X. (2007). Subjective sleep quality in perimenopausal women and its related factors. *Journal of Nanjing Medical University*, *21*(2), 116-119.
- Zhang, J., & Wing, Y. K. (2006). Sex Differences in Insomnia: A Meta-Analysis. *Sleep*, *29*(1), 85-91.

ANNEXE I
QUESTIONNAIRE POUR LA SÉLECTION DES PARTICIPANTES

	Problèmes : Cardiovasculaires : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Pulmonaires: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Gastro-intestinaux : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Arthrite : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Hépatite : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cirrhose : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Maux de dos : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Diabète : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Migraine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Douleur chronique : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dépression : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Anxiété : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre :	obstructive chronique, fibromyalgie, douleur chronique)
Avez-vous un trouble du sommeil autre que l'insomnie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, préciser lequel (s)	Ne pas présenter une insomnie secondaire à un autre trouble du sommeil (p. ex., apnée du sommeil, syndrome de jambes sans repos, mouvement périodique des jambes.)
Prenez-vous les médicaments suivants ?	Somnifères : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Antidépresseurs : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Anxiolytiques : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Hormonothérapie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Ne pas prendre des somnifères, des antidépresseurs, des anxiolytiques ou utiliser l'hormonothérapie
Comptez-vous utiliser les thérapies complémentaires pour améliorer votre sommeil durant la période où vous participerez à cette étude?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, préciser lequel (s)	Ne pas utiliser des thérapies complémentaires autre que la polarité pour améliorer son sommeil durant la période à l'étude

Échelle de somnolence

*Score supérieur à 15 = exclusion

Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleem».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom : Nom : Date de naissance:.....
Date du test :..... Ronflement? oui Non.....

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez 0 : si c'est exclu. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance,
notez 1 : si ce n'est pas impossible. «Il y a un petit risque»: faible chance,
notez 2 : si c'est probable. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance moyenne,
notez 3 : si c'est systématique. «Je somnolerais à chaque fois» :forte chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche.....0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage0 1 2 3

Total (de 0 à 24) :

- En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.
- De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.

- Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive.

Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.

Index de Sévérité de l'Insomnie(ISI)

*Score ≥ 8 = inclusion

Pour chacune des questions, veuillez encircler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

ANNEXE II
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Effet d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans provenant de la région de Québec.

Chercheure : Johanne Lambert, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

Directrice de recherche : Professeure Nicole Ouellet, inf. Ph.D.

Co-directrice de recherche : Professeure Danielle Boucher, inf. Ph.D.

1. Objectif de la recherche

Ce projet vise à évaluer l'efficacité d'une intervention de Polarité, qui est une technique de massage, pour diminuer l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans.

La méthode expérimentée se veut complémentaire et ne doit pas se substituer à un suivi médical, qu'il soit en cours ou qu'il soit prévu.

2. Nature de l'intervention

Développée en 1945 par le Dr Randolph Stone, chiropraticien, ostéopathe et naturopathe, l'intervention en Polarité est une technique de base de la massothérapie reconnues par l'Association professionnelles des massothérapeutes spécialisés du Québec ainsi que par la Fédération québécoise des massothérapeutes agréés. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), reconnaît également cette méthode complémentaire de soin.

3. Participation à la recherche

Vous participerez à 4 rencontres d'une durée approximative d'une heure trente (1h30) offertes sur une période de quatre semaines consécutives. Ces rencontres auront lieu à la Clinique de Santé Intégrative située à Lévis, selon vos disponibilités. Lors d'une séance en Polarité, vous êtes invitée à vous allonger sur une table de massage, demeurant habillée. Une couverture et un oreiller vous sont fournis pour votre confort. On vous demandera de vous engager à pratiquer vous-même l'autopolarité nécessitant de 20 à 30 minutes, chaque soir avant de dormir. Avant le premier traitement et à la fin du dernier

traitement, vous aurez à remplir un questionnaire pour évaluer votre sommeil et un autre questionnaire pour évaluer votre niveau d'anxiété.

4. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Les données que nous recueillons à votre sujet ne permettront en aucun cas de vous identifier. Afin de préserver la confidentialité des renseignements, un numéro de code vous sera attribué. La clé du code reliant votre nom à votre dossier sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche. Ainsi toute information rattachée à votre identité demeurera en tout temps confidentielle et les données diffusées ne permettront en aucun cas de vous identifier. Tous les documents réalisés et remplis au cours de cette recherche seront gardés dans un classeur verrouillé à l'intérieur du bureau de la chercheuse et seront conservés durant cinq ans, ensuite, ils seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse électronique et ne seront pas utilisés à d'autres fins.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne divulguera quoi que ce soit qui pourrait permettre de vous identifier.

5. Avantages et inconvénients

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de mieux connaître et utiliser une méthode complémentaire de soin (l'intervention en Polarité) qui **pourrait** vous aider à relaxer et ainsi à mieux gérer votre stress quotidiens. À cela s'ajoute le fait que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. De plus, vous bénéficierez d'un traitement expérimental offert par une infirmière clinicienne.

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers, mis à part le fait de vous déplacer et de donner de votre temps afin d'assister aux séances offertes. Puisqu'il s'agit d'un projet visant à tester les effets de la méthode, aucune garantie ne peut évidemment être offerte relativement à son efficacité.

Si un évènement indésirable survenait, l'étudiante chercheuse s'engage à offrir un suivi approprié afin d'assurer une intervention adéquate et pourra orienter la participante ou la guider dans la recherche d'une ressource appropriée.

6. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

7. Indemnité

Aucune compensation financière ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

B) Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____
(ou de son représentant) _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____



Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer

avec _____

au numéro de téléphone suivant : (418) _____ **ou à l'adresse de courriel suivante :**

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Effet d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans provenant de la région de Québec.

Chercheure : Johanne Lambert, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

Directrice de recherche : Professeure Nicole Ouellet, inf. Ph.D.

Co-directrice de recherche : Professeure Danielle Boucher, inf. Ph.D.

1. Objectif de la recherche

Ce projet vise à évaluer l'efficacité d'une intervention de Polarité, qui est une technique de massage, pour diminuer l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans.

La méthode expérimentée se veut complémentaire et ne doit pas se substituer à un suivi médical, qu'il soit en cours ou qu'il soit prévu.

2. Nature de l'intervention

Développée en 1945 par le Dr Randolph Stone, chiropraticien, ostéopathe et naturopathe, l'intervention en Polarité est une technique de base de la massothérapie reconnues par l'Association professionnelles des massothérapeutes spécialisés du Québec ainsi que par la Fédération québécoise des massothérapeutes agréés. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), reconnaît également cette méthode complémentaire de soin.

3. Participation à la recherche

Durant ce projet, vous aurez 2 rencontres individuelles d'une durée approximative d'une heure trente (1h30) offertes avec un délai de quatre semaines entre ces deux rencontres. Ces rencontres auront lieu à la Clinique de Santé Intégrative située à Lévis, selon vos disponibilités.

La première rencontre consistera à remplir un questionnaire sur votre sommeil et un questionnaire qui évalue votre niveau d'anxiété. Cela sera suivi d'informations concernant les saines habitudes et les attitudes que l'on peut modifier afin d'améliorer son sommeil.

Lors de la deuxième rencontre, vous aurez à remplir de nouveau les deux questionnaires sur le sommeil et l'anxiété. Vous aurez par la suite une séance de massage en Polarité. Vous serez invitée à vous allonger sur une table de massage, demeurant habillée. Une couverture et un oreiller vous seront fournis pour votre confort. Deux semaines après cette dernière rencontre, vous aurez en votre possession, à votre domicile, les deux mêmes questionnaires à remplir à nouveau et à faire parvenir dans une enveloppe-réponse affranchie à la clinique où se sont déroulées les rencontres.

4. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Les données que nous recueillons à votre sujet ne permettront en aucun cas de vous identifier. Afin de préserver la confidentialité des renseignements, un numéro de code vous sera attribué. La clé du code reliant votre nom à votre dossier sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche. Ainsi toute information rattachée à votre identité demeurera en tout temps confidentielle et les données diffusées ne permettront en aucun cas de vous identifier. Tous les documents réalisés et remplis au cours de cette recherche seront gardés dans un classeur verrouillé à l'intérieur du bureau de la chercheuse et seront conservés durant cinq ans, ensuite, ils seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse électronique et ne seront pas utilisés à d'autres fins.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne divulguera quoi que ce soit qui pourrait permettre de vous identifier.

5. Avantages et inconvénients

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de mieux connaître les saines habitudes et les attitudes que l'on peut adopter afin d'améliorer son sommeil. De plus, vous aurez l'opportunité de découvrir une méthode complémentaire de soin (l'intervention en Polarité) qui pourrait vous aider à relaxer et à mieux gérer votre stress quotidien. À cela s'ajoute le fait que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. De plus, vous bénéficierez d'un traitement expérimental offert par une infirmière clinicienne.

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers, mis à part le fait de vous déplacer et de donner de votre temps afin d'assister aux séances offertes. Puisqu'il s'agit d'un projet visant à tester les effets de la méthode, aucune garantie ne peut évidemment être offerte relativement à son efficacité.

Si un événement indésirable survenait, l'étudiante chercheuse s'engage à offrir un suivi approprié afin d'assurer une intervention adéquate et pourra orienter la participante ou la guider dans la recherche d'une ressource appropriée.

6. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

7. Indemnité

Aucune compensation financière ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

B) Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer

avec

au numéro de téléphone suivant : **(418)** _____ ou à l'adresse de courriel suivante :

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

ANNEXE III
QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Informations personnelles

**Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales.
Soyez assurée qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.**

Date _____

1. Âge : _____ ans
2. Poids : _____ Kg ~~ou~~ _____ livres
3. Grandeur : _____ mètre ou _____ pieds
4. Statut civil :
 - Mariée ou union libre
 - Divorcée ou séparée
 - Célibataire
 - Veuve
5. Combien d'enfants avez-vous ? _____
6. Âge de chacun de vos enfants : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
7. Combien d'enfants vivent actuellement avec vous ? _____
8. Degré de scolarité complété :
 - Secondaire non terminé
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire Autre, spécifiez : _____
9. Laquelle des expressions suivantes décrit le mieux votre occupation principale (indiquez une seule réponse)
 - Je travaille
 - Je cherche un emploi
 - J'étudie
 - J'étudie et je travaille
 - Je suis à la retraite
 - Autre, précisez _____
10. Comment évaluez-vous votre revenu ?
 - Revenu très insuffisant
 - Revenu insuffisant
 - Revenu suffisant
 - Revenu très suffisant
11. Présentement, quelle phrase décrit le mieux votre cycle menstruel ?
 - J'ai mes menstruations de façon régulière

- Je suis présentement enceinte ou je viens d'accoucher
 J'ai mes menstruations de façon irrégulière
 Mes menstruations ont commencé à cesser
 Mes menstruations sont terminées de façon permanente

Si vos menstruations sont terminées de façon permanente, depuis combien de temps ?

12. Pourquoi vos menstruations ont-elles arrêté ou commencé à arrêter ?
- Ménopause
 Hystérectomie
 Ovariectomie (ablation des 2 ovaires)
 Radiothérapie
 Prise d'hormones
 Autre précisez : _____
 Ne sait pas

Habitudes de vie

13. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités physiques ?
- Aucune
 1 à 3 fois pendant le mois
 1 à 2 fois par semaine
 3 à 5 fois par semaine
 Plus de 5 fois par semaine

14. Au cours du dernier mois, avez-vous fumé des cigarettes ?
- Oui
 Non

Si oui, combien de cigarettes avez-vous fumées en moyenne par jour ?

15. Un verre correspond à une coupe de vin, une bouteille de bière, un once d'alcool fort. À combien de verres en moyenne par semaine estimez-vous votre consommation ?
- 1 à 3 verres par semaine
 4 à 6 verres par semaine
 7 à 10 verres par semaine
 11 verres ou plus par semaine
 Je ne consomme jamais d'alcool

16. Énumérer les choses qui peuvent vous empêcher de vous endormir ou de bien dormir la nuit?

ANNEXE IV
INSTRUMENTS DE MESURE

Index de Sévérité de l'Insomnie(ISI)

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
----------	----------	----------	----------	----------

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Inventaire d'anxiété situationnelle

No dossier: _____

Date: _____

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE IASTA (Forme Y-1)

Traduit et adapté par Janel Gauthier et Stéphane Bouchard, Université Laval (1993)

CONSIGNES: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

	Pas du tout	Un peu	Modé- rément	Beaucoup
1. Je me sens calme.....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e).....	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e).....	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.....	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e)	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles.....	1	2	3	4
8. Je me sens comblé(e)	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e).....	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux(se)	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e)	1	2	3	4

14. Je me sens indécis(e).....	1	2	3	4
15. Je suis détendu(e).....	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait(e).....	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e)	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé(e)	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides	1	2	3	4
20. Je me sens bien.....	1	2	3	4

ANNEXE V
PROTOCOLE DE RECHERCHE

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Première rencontre du groupe expérimental

	Intervention	Justification	Durée
Accueil	-Accueil de la participante à la clinique de Santé Intégrative -Invitation à enlever les chaussures et le manteau dans la salle d'attente -Invitation à s'asseoir dans la pièce où se dérouleront toutes les interventions -Information transmise : rappel du but de l'étude	-Seule l'étudiante chercheuse est présente afin que les conditions de la recherche demeurent constantes	5 minutes
Remise des questionnaires	-Explications concernant les quatre questionnaires à remplir : 1-Formulaire de consentement (annexe II), 2-Questionnaire des données sociodémographiques (annexe III), 3-Index de sévérité de l'insomnie (annexe IV) 4-Inventaire d'anxiété situationnelle (Forme Y-1) (annexe IV) Q : Avez-vous des questions ? Collecte des questionnaires	-La participante est alors seule dans la pièce pour une durée de 15 minutes afin de remplir ces questionnaires	20 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Préparation à l'intervention	<p>-État des lieux</p> <p>-Pièce calme, propre, bien aérée à une température ambiante de 22 ° C. Éclairage tamisé et musique de fond de faible intensité utilisée pour contrôler le bruit environnant</p> <p>-Invitation à passer à la salle de bain, si nécessaire, avant de se diriger vers la table à massage</p> <p>-Explications concernant l'intervention en polarité : Vous demeurez habillée (seuls la ceinture, les bijoux, la montre ou accessoires de métal doivent être enlevés)</p> <p>-Participante invitée à s'allonger sur le dos sur une table à massage pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p>-Pour débiter, des contacts sont effectués à la tête. Avez-vous des douleurs à la nuque? Q : Si j'effectue une légère traction lors du travail à la tête, est-ce que cela vous convient?</p> <p>-Ensuite un travail est fait aux pieds Avez-vous de la douleur aux jambes ? Q : Si j'effectue des tractions est-ce que cela vous convient? Q : Avez-vous des points sensibles sous les pieds? Finalement des contacts seront effectués à différents endroits du corps pour terminer avec un contact léger à la tête</p>	<p>-Afin de contrôler les facteurs extrinsèques</p> <p>-Pour assurer le confort de la participante</p> <p>-Les explications concernant l'intervention en polarité seront offertes par l'étudiante chercheuse afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p> <p>-Seulement les questions clés préétablies seront posées avant et après l'intervention afin de réduire le rôle potentiel de l'échange verbal</p>	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Préparation à l'intervention (suite)	<p>-Vous êtes invitée à fermer les yeux et à garder le silence durant le traitement, sauf si un inconfort est vécu, le tout durera 60 minutes</p> <p>-Q : Préférez-vous avoir un coussin sous les genoux?</p> <p>-À la fin de l'intervention, je vais vous aviser que l'intervention est terminée, vous serez alors invitée à prendre quelques minutes avant de vous lever tout doucement Q : Avez-vous des questions?</p>	<p>Une couverture et un oreiller sont fournis pour le confort de la participante qui doit être confortable et ne pas avoir froid pendant le traitement</p>	
Intervention	<p>-L'étudiante chercheuse se centre en fermant les yeux et effectue par la suite des contacts à différents endroits du corps selon un protocole bien précis basé sur les travaux du Dr Randolph Stone (1945) et de Mme Michelle Guay (1981)</p>	<p>-L'étudiante chercheuse place toujours ses deux mains, l'une sur le pôle négatif et l'autre sur le pôle positif ou neutre</p>	
Manipulations de base (tête)	<p>-Ouverture et libération cervicale</p> <p>1-Contact</p> <p>2-Berceau et traction</p> <p>3-Polariser occiput avec la main droite et maxillaire avec la main gauche (effectuer une traction)</p> <p>4-Polariser l'occiput avec la main droite et le centre du maxillaire avec le pouce, l'index et le majeur de la main gauche</p> <p>5-Polariser l'occiput avec la main droite et le front du côté gauche en plaçant le pouce sur la fontanelle antérieure avec la main gauche</p> <p>6-Travail en X de C1 à D1</p> <p>7-Polariser le front avec la main gauche et le bas ventre avec la main droite</p>		15 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Manipulations de base (pieds)	-Travail aux pieds 1-Contact aux chevilles 2-Étirements 3-Débuter par la jambe la plus détendue 4-Balayage vers le bas 5-Massage cheville externe 6-Polariser cuboïde 7-Massage cheville interne 8-Massage du dessous du pied, du talon jusqu'au bout des orteils 9-Rotation des 5 articulations 10-Étirements des orteils et dégagement des articulations du dessus du pied 11-Balayage vers le haut 12- Recommencer le même travail sur l'autre pied		15 minutes
Protocole première séance	1-Polariser le joint de la hanche gauche avec l'épaule droite 2-Polariser le même point à la hanche avec le centre de la gorge 3-Polariser le même point à la hanche avec le creux occipital 4-Faire l'autre côté 5-Polariser diagonale pied-main 6-Polariser diagonale hanche-épaule 7-Faire l'autre côté		20 minutes
Manipulations de base	1-Polariser en diagonale l'occiput et le front 2-Polariser le creux occipital avec la main droite, placer le pouce gauche sur la fontanelle et les autres doigts sur le front 3-Polariser avec les deux pouces sur la fontanelle et les autres doigts en éventail sur le front 4-Polariser le troisième œil avec l'ombilic		10 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Après l'intervention	<p>-Aviser la participante que la séance est terminée</p> <p>-La participante est invitée à se reposer quelques minutes pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p><i>Q : Comment vous sentez-vous ?</i></p> <p>La participante est invitée à partager son ressenti s'il y a lieu</p> <p>La participante se lève, Q : Êtes-vous étourdie ?</p> <p>un verre d'eau lui est offert</p>	<p>-Tout doucement la participante est invitée à s'asseoir afin que l'organisme s'adapte à cette nouvelle position</p>	5 minutes
Enseignement autopolarité	<p>-Enseignement de l'autopolarité à pratiquer chaque soir au coucher et durant la nuit si un éveil se prolonge</p> <p>-Une version écrite du protocole est remise à la participante</p>		5 minutes
	<p>-Le prochain rendez-vous est confirmé</p> <p>-Reconduire la participante dans la salle d'attente</p>	<p>-Les échanges verbaux seront standards du début à la fin de chacune des rencontres et le temps alloué aux rencontres sera le même pour toutes les participantes afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p>	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Préparation à l'intervention	<p>-Explications concernant l'intervention en polarité</p> <p>-Participante invitée à s'allonger sur le dos sur une table à massage pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p>-Pour débiter, des contacts sont effectués à la tête. Avez-vous des douleurs à la nuque? Q : Si j'effectue une légère traction lors du travail à la tête, est-ce que cela vous convient?</p> <p>-Ensuite un travail est fait aux pieds Avez-vous de la douleur aux jambes ? Q : Si j'effectue des tractions est-ce que cela vous convient? Q : Avez-vous des points sensibles sous les pieds? Finalement des contacts seront effectués à différents endroits du corps pour terminer avec un contact léger à la tête</p> <p>-Vous êtes invitée à fermer les yeux et à garder le silence durant le traitement, sauf si un inconfort est vécu, le tout durera 60 minutes</p> <p>-Q : Préférez-vous avoir un coussin sous les genoux?</p> <p>-À la fin de l'intervention, je vais vous aviser que l'intervention est terminée, vous serez alors invitée à prendre quelques minutes avant de vous lever tout doucement Q : Avez-vous des questions?</p>	<p>-Les explications concernant l'intervention en polarité seront offertes par l'étudiante chercheuse afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p> <p>-Seulement les questions clés préétablies seront posées avant et après l'intervention afin de réduire le rôle potentiel de l'échange verbal</p> <p>Une couverture et un oreiller sont fournis pour le confort de la participante qui doit être confortable et ne pas avoir froid pendant le traitement</p>	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Intervention	-L'étudiante chercheuse se centre en fermant les yeux et effectue par la suite des contacts à différents endroits du corps selon un protocole bien précis basé sur les travaux du Dr Randolph Stone (1945) et de Mme Michelle Guay (1981)	-L'étudiante chercheuse place toujours ses deux mains, l'une sur le pôle négatif et l'autre sur le pôle positif ou neutre	
Manipulations de base (tête)	-Ouverture et libération cervicale 1-Contact 2-Berceau et traction 3-Polariser occiput avec la main droite et maxillaire avec la main gauche (effectuer une traction) 4-Polariser l'occiput avec la main droite et le centre du maxillaire avec le pouce, l'index et le majeur de la main gauche 5-Polariser l'occiput avec la main droite et le front du côté gauche en plaçant le pouce sur la fontanelle antérieure avec la main gauche 6-Libération de la première côte 7-Libération du plexus brachial 8-Polariser les omoplates en latérale 9-Polariser le front avec la main gauche et le bas ventre avec la main droite		15 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Manipulations de base (pieds)	<ul style="list-style-type: none"> -Travail aux pieds 1-Contact aux chevilles 2-Étirements 3-Débuter par la jambe la plus détendue 4-Balayage vers le bas 5-Massage cheville externe 6-Polariser cuboïde 7-Massage cheville interne 8-Massage du dessous du pied, du talon jusqu'au bout des orteils 9-Rotation des 5 articulations 10-Étirements des orteils et dégagement des articulations du dessus du pied 11-Balayage vers le haut 12- Recommencer le même travail sur l'autre pied 		15 minutes
Protocole deuxième séance	<ul style="list-style-type: none"> 1-Polariser les orteils de l'air et de l'éther 2-Triurne des reins 3-Triurne du psoas 4-Triurne du diaphragme 5-Psoas avec genou roulement 6-Psoas avec diaphragme en diagonale 7-Psoas avec épaule 8-Psoas diaphragme en diagonale 9-Clavicule diaphragme (5points) 10-Faire l'autre côté 		20 minutes
Manipulations de base	<ul style="list-style-type: none"> 1-Polariser en diagonale l'occiput et le front 2-Polariser le creux occipital avec la main droite, placer le pouce gauche sur la fontanelle et les autres doigts sur le front 3-Polariser avec les deux pouces sur la fontanelle et les autres doigts en éventail sur le front 4-Polariser le troisième œil avec l'ombilic 		10 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Après l'intervention	<p>-Aviser la participante que la séance est terminée</p> <p>-La participante est invitée à se reposer quelques minutes pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p><i>Q : Comment vous sentez-vous ?</i></p> <p>La participante est invitée à partager son ressenti s'il y a lieu</p> <p>La participante se lève, Q : Êtes-vous étourdie ?</p> <p>Un verre d'eau lui est offert</p> <p>-Le prochain rendez-vous est confirmé</p> <p>-Reconduire la participante dans la salle d'attente</p>	<p>-Tout doucement la participante est invitée à s'asseoir afin que l'organisme s'adapte à cette nouvelle position</p> <p>-Les échanges verbaux seront standards du début à la fin de chacune des rencontres et le temps alloué aux rencontres sera le même pour toutes les participantes afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p>	5 minutes

Troisième rencontre du groupe expérimental

	Intervention	Justification	Durée
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil de la participante à la clinique de Santé Intégrative -Invitation à enlever les chaussures et le manteau dans la salle d'attente -Invitation à s'asseoir dans la pièce où se dérouleront toutes les interventions 	-Seule l'étudiante chercheuse est présente afin que les conditions de la recherche demeurent constantes	5 minutes
Suivi et enseignement	<ul style="list-style-type: none"> -État des lieux -Pièce calme, propre, bien aérée à une température ambiante de 22 ° C. Éclairage tamisé et musique de fond de faible intensité utilisée pour contrôler le bruit environnant -Q : Avez-vous quelque chose que vous aimeriez me partager suite à notre dernière rencontre ? -Q : Est-ce que vous avez votre feuille Autopolarité ? L'étudiante chercheuse vérifie si la participante pratique l'autopolarité tous les soirs au coucher <i>Q : Avez-vous des questions concernant l'autopolarité ? On regarde à nouveau les points à polariser en autopolarité</i> -Invitation à passer à la salle de bain, si nécessaire, avant de se diriger vers la table à massage 	<ul style="list-style-type: none"> -Afin de contrôler les facteurs extrinsèques Pour assurer le confort de la participante 	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Préparation à l'intervention	<p>-Explications concernant l'intervention en polarité</p> <p>-Participante invitée à s'allonger sur le dos sur une table à massage pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p>-Pour débiter, des contacts sont effectués à la tête. Avez-vous des douleurs à la nuque? Q : Si j'effectue une légère traction lors du travail à la tête, est-ce que cela vous convient?</p> <p>Ensuite un travail est fait aux pieds Avez-vous de la douleur aux jambes ? Q : Si j'effectue des tractions est-ce que cela vous convient? Q : Avez-vous des points sensibles sous les pieds?</p> <p>Des contacts seront effectués à différents endroits du corps pour terminer avec un contact léger à la tête</p> <p>-Vous êtes invitée à fermer les yeux et à garder le silence durant le traitement, sauf si un inconfort est vécu, le tout durera 60 minutes</p> <p>-Q : Préférez-vous avoir un coussin sous les genoux?</p> <p>-À la fin de l'intervention, je vais vous aviser que l'intervention est terminée, vous serez alors invitée à prendre quelques minutes avant de vous lever tout doucement Q : Avez-vous des questions?</p>	<p>-Les explications concernant l'intervention en polarité seront offertes par l'étudiante chercheuse afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p> <p>-Seulement les questions clés préétablies seront posées avant et après l'intervention afin de réduire le rôle potentiel de l'échange verbal</p> <p>Une couverture et un oreiller sont fournis pour le confort de la participante qui doit être confortable et ne pas avoir froid pendant le traitement</p>	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Intervention	-L'étudiante chercheuse se centre en fermant les yeux et effectue par la suite des contacts à différents endroits du corps selon un protocole bien précis basé sur les travaux du Dr Randolph Stone (1945) et de Mme Michelle Guay (1981)	-L'étudiante chercheuse place toujours ses deux mains, l'une sur le pôle négatif et l'autre sur le pôle positif ou neutre	
Manipulations de base (tête)	Ouverture et libération cervicale 1-Contact 2-Berceau et traction 3-Polariser occiput avec la main droite et maxillaire avec la main gauche (effectuer une traction) 4-Polariser l'occiput avec la main droite et le centre du maxillaire avec le pouce, l'index et le majeur de la main gauche 5-Polariser l'occiput avec la main droite et le front du côté gauche en plaçant le pouce sur la fontanelle antérieure avec la main gauche 6-Travail en X de C1 à D1 7-Polariser le front avec la main gauche et le bas ventre avec la main droite		15 minutes
Protocole troisième séance	La personne se tourne sur le ventre 1-Polariser sacrum-occiput 2-Polariser épaule-fesse en diagonale et latérale 3-Polariser les 5 points épaule-fesse en diagonale de l'extérieur vers l'intérieur 4-Polariser fesse-épaule en diagonale 5-Polariser omoplate-sacrum en diagonale et latérale 6-Faire l'autre côté 7-Majeur de la main droite sous le coccyx et main gauche balaye 3 fois au centre, à droite et à gauche		20 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Manipulations de base (pieds)	-Travail aux pieds 1-Contact aux chevilles 2-Étirements 3-Débuter par la jambe la plus détendue 4-Balayage vers le bas 5-Massage cheville externe 6-Polariser cuboïde 7-Massage cheville interne 8-Massage du dessous du pied, du talon jusqu'au bout des orteils 9-Rotation des 5 articulations 10-Étirements des orteils et dégagement des articulations du dessus du pied 11-Balayage vers le haut 12- Recommencer le même travail sur l'autre pied		15 minutes
Manipulations de base	1-Polariser en diagonale l'occiput et le front 2-Polariser le creux occipital avec la main droite, placer le pouce gauche sur la fontanelle et les autres doigts sur le front 3-Polariser avec les deux pouces sur la fontanelle et les autres doigts en éventail sur le front 4-Polariser le troisième œil avec l'ombilic		10 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Après l'intervention	<p>-Aviser la participante que la séance est terminée</p> <p>-La participante est invitée à se reposer quelques minutes pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p><i>Q : Comment vous sentez-vous ?</i></p> <p>La participante est invitée à partager son ressenti s'il y a lieu</p> <p>La participante se lève, Q : Êtes-vous étourdie ?</p> <p>Un verre d'eau lui est offert</p> <p>-Le prochain rendez-vous est confirmé</p> <p>-Reconduire la participante dans la salle d'attente</p>	<p>-Tout doucement la participante est invitée à s'asseoir afin que l'organisme s'adapte à cette nouvelle position</p> <p>-Les échanges verbaux seront standards du début à la fin de chacune des rencontres et le temps alloué aux rencontres sera le même pour toutes les participantes afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p>	5 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Préparation à l'intervention	<p>-Explications concernant l'intervention en polarité</p> <p>-Participante invitée à s'allonger sur le dos sur une table à massage pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p>-Pour débiter, des contacts sont effectués à la tête. Avez-vous des douleurs à la nuque? Q : Si j'effectue une légère traction lors du travail à la tête, est-ce que cela vous convient?</p> <p>Ensuite un travail est fait aux pieds Avez-vous de la douleur aux jambes ? Q : Si j'effectue des tractions est-ce que cela vous convient? Q : Avez-vous des points sensibles sous les pieds?</p> <p>Des contacts seront effectués à différents endroits du corps pour terminer avec un contact léger à la tête</p> <p>-Vous êtes invitée à fermer les yeux et à garder le silence durant le traitement, sauf si un inconfort est vécu, le tout durera 60 minutes</p> <p>-Q : Préférez-vous avoir un coussin sous les genoux?</p> <p>-À la fin de l'intervention, je vais vous aviser que l'intervention est terminée, vous serez alors invitée à prendre quelques minutes avant de vous lever tout doucement Q : Avez-vous des questions?</p>	<p>-Les explications concernant l'intervention en polarité seront offertes par l'étudiante chercheuse afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p> <p>-Seulement les questions clefs préétablies seront posées avant et après l'intervention afin de réduire le rôle potentiel de l'échange verbal</p> <p>Une couverture et un oreiller sont fournis pour le confort de la participante qui doit être confortable et ne pas avoir froid pendant le traitement</p>	

	Intervention	Justification	Durée
Intervention	-L'étudiante chercheuse se centre en fermant les yeux et effectue par la suite des contacts à différents endroits du corps selon un protocole bien précis basé sur les travaux du Dr Randolph Stone (1945) et de Mme Michelle Guay (1981)	-L'étudiante chercheuse place toujours ses deux mains, l'une sur le pôle négatif et l'autre sur le pôle positif ou neutre	
Manipulations de base (tête)	Ouverture et libération cervicale 1-Contact 2-Berceau et traction 3-Polariser occiput avec la main droite et maxillaire avec la main gauche (effectuer une traction) 4-Polariser l'occiput avec la main droite et le centre du maxillaire avec le pouce, l'index et le majeur de la main gauche 5-Polariser l'occiput avec la main droite et le front du côté gauche en plaçant le pouce sur la fontanelle antérieure avec la main gauche 6-Travail en X de C1 à D1 7-Polariser le front avec la main gauche et le bas ventre avec la main droite		15 minutes
Protocole quatrième séance	La personne se tourne sur le ventre 1-Polariser sacrum-occiput 2-Polariser épaule-fesse en diagonale et latérale 3-Polariser les 5 points épaule-fesse en diagonale de l'extérieur vers l'intérieur 4-Polariser fesse-épaule en diagonale 5-Polariser omoplate-sacrum en diagonale et latérale 6-Faire l'autre côté 7-Majeur de la main droite sous le coccyx et main gauche balaye 3 fois au centre, à droite et à gauche		20 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Manipulations de base (pieds)	-Travail aux pieds 1-Contact aux chevilles 2-Étirements 3-Débuter par la jambe la plus détendue 4-Balayage vers le bas 5-Massage cheville externe 6-Polariser cuboïde 7-Massage cheville interne 8-Massage du dessous du pied, du talon jusqu'au bout des orteils 9-Rotation des 5 articulations 10-Étirements des orteils et dégagement des articulations du dessus du pied 11-Balayage vers le haut 12- Recommencer le même travail sur l'autre pied		15 minutes
Manipulations de base	1-Polariser en diagonale l'occiput et le front 2-Polariser le creux occipital avec la main droite, placer le pouce gauche sur la fontanelle et les autres doigts sur le front 3-Polariser avec les deux pouces sur la fontanelle et les autres doigts en éventail sur le front 4-Polariser le troisième œil avec l'ombilic		10 minutes

	Intervention	Justification	Durée
Après l'intervention	<p>-Aviser la participante que la séance est terminée</p> <p>-La participante est invitée à se reposer quelques minutes pendant que l'étudiante chercheuse se lave les mains</p> <p><i>Q : Comment vous sentez-vous ?</i> La participante est invitée à partager son ressenti s'il y a lieu</p> <p>La participante se lève, Q : Êtes-vous étourdie ? Un verre d'eau lui est offert</p> <p>-Explications concernant les questionnaires (Index de sévérité de l'insomnie et Inventaire d'anxiété situationnelle) à remplir maintenant et dans deux semaines (remise des deux questionnaires dans une enveloppe-réponse affranchie)</p> <p>Q : Avez-vous des questions ?</p> <p>-Collecte des questionnaires</p> <p>-La participante est avisée qu'elle recevra en priorité les résultats de cette recherche</p> <p>-Un rappel concernant l'anonymat des participantes sera émis</p> <p>-Des remerciements pour la participation à ce projet de recherche sont émis</p> <p>-Reconduire la participante dans la salle d'attente</p>	<p>-Tout doucement la participante est invitée à s'asseoir afin que l'organisme s'adapte à cette nouvelle position</p> <p>-Les échanges verbaux seront standards du début à la fin de chacune des rencontres et le temps alloué aux rencontres sera le même pour toutes les participantes afin que les conditions de la recherche demeurent constantes</p> <p>-La participante est alors seule dans la pièce pour une durée de 10 minutes afin de remplir ces questionnaires</p> <p>-Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui peut permettre d'identifier les participantes</p>	20 minutes

ANNEXE VI
PROTOCOLE AUTOPOLARITÉ

Protocole autopolarité

1. Artère fémorale à gauche/épaule à droite

Avec l'index et le majeur de la main droite réunis, polarisez délicatement l'artère fémorale à gauche. Avec la main gauche, polarisez l'épaule droite. La main gauche couvre le dessus de l'épaule droite.

2. Artère fémorale à gauche/ centre de la gorge

Gardez l'index et le majeur de la main droite au même endroit et déplacez seulement votre main gauche au centre de la gorge. Polarisez délicatement le centre de la gorge avec l'index et le majeur de la main gauche.

3. Artère fémorale à gauche/ creux occipital

Gardez l'index et le majeur de la main droite au même endroit, et déplacez seulement la main gauche à la base du crâne, dans le creux occipital. Polarisez avec l'index et le majeur réunis.

Refaire la même chose de l'autre côté, c'est-à-dire placez l'index et le majeur de la main gauche à l'artère fémorale à droite et avec la main droite, polarisez successivement l'épaule gauche, la gorge et le creux occipital.

ANNEXE VII
STRATÉGIES POUR VAINCRE L'INSOMNIE

Stratégies pour vaincre l'insomnie

- 1-Évitez la caféine et la nicotine, surtout en fin de journée.
- 2-Évitez les exercices pendant les quatre heures avant le coucher ; l'exercice quotidien est bénéfique pour le sommeil, mais peut interférer si fait avant de se coucher.
- 4-Évitez les gros repas le soir.
- 5-Réservez au moins une heure pour vous détendre avant l'heure du coucher.
- 6-Développez un rituel avant d'aller au lit.
- 7-Allez au lit uniquement lorsque vous êtes somnolente.
- 8-Si vous êtes incapable de dormir, sortez du lit et quittez la chambre à coucher.
- 9-Levez-vous toujours à la même heure le matin.
- 10-Réservez votre lit uniquement au sommeil et aux activités sexuelles.
- 11-Ne faites pas de sieste durant la journée.
- 12-Limitez le temps que vous passez au lit à votre durée réelle de sommeil.
- 13-Gardez la chambre à une température confortable.
- 14-Dormez dans une chambre aussi sombre que possible.

ANNEXE VIII
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT

Titulaire (s) du projet :	Johanne Lambert
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières avec mémoire
Nom de la directrice :	Nicole Ouellet
Titre du projet :	Effet d'une intervention en polarité sur l'insomnie et l'anxiété des femmes âgées entre 40 à 60 ans provenant de la région de Québec.
Commentaires :	

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes de l'**Énoncé de politique des trois Conseils** : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-84-575
Période de validité du <u>certificat</u> :	Du 19 mars 2015 au 18 mars 2016

Michel Bélanger, président du CÉR-UQAR

Date de la réunion : Sur courriel