

# Les effets apaisants du

Une recherche atteste que le massage des mains de personnes âgées souffrant de démence contribue à diminuer leur niveau de stress et d'agitation. Ce geste a également des effets bénéfiques sur les soignants.

Le massage des mains de personnes agitées et atteintes de démence est un acte *a priori* simple, voire banal, qui pourtant cristallise une combinaison de savoirs et de savoir-faire issus de plusieurs disciplines. Nous avons intégré cette pratique au sein d'une unité d'hospitalisation pour personnes souffrant de démence, comme un outil supplémentaire auquel peuvent recourir les soignants. Nous présentons ici l'ensemble de la démarche de recherche effectuée pour en mesurer ses effets auprès des patients et des soignants.

## UNE RELATION HUMAINE

Masser les mains d'un patient agité et souffrant de démence constitue un acte relationnel réconfortant, qui favorise aussi la détente du bénéficiaire, comme le montrent les résultats de la recherche que nous détaillons plus loin. Ces massages diminuent également les comportements d'agitation et révèlent par ailleurs des effets bénéfiques sur les soignants. Ce soin semble donc mobiliser en l'espace de quelques minutes les forces et les vulnérabilités de deux individus qui acceptent, mutuellement et tacitement, de se livrer l'un à l'autre. Il permet ainsi de rétablir, pour quelques instants, une relation un peu plus égalitaire entre un professionnel

de santé et un soigné. Néanmoins, on observe chez les soignants une réticence au contact physique avec ces patients. Les professionnels redoutent en effet leurs comportements parfois imprévisibles, leurs mains souvent souillées malgré les soins d'hygiène, ou encore la peur de susciter des comportements sexualisés inappropriés. Pour être bénéfique, le massage nécessite donc un contexte favorable pour le bénéficiaire mais également pour celui qui prodigue le soin.

Les préalables relationnels et contextuels au massage des mains sont ainsi multiples et demandent d'établir un lien de confiance mutuel. Des connaissances sur l'étiologie de l'agitation et les principes théoriques en rapport avec le toucher aux personnes âgées sont donc nécessaires.

Le psychologue Prayez a ainsi conceptualisé un « cycle du contact » (décrit plus loin), utile à déployer pour tout contact physique avec un patient. Notre expérience d'enseignement démontre que ce processus favorise l'apparition d'effets particulièrement positifs pour le bénéficiaire du geste et celui qui le réalise. Cette démarche a structuré le protocole de massage des mains présenté ici. Elle permet aux soignants de pouvoir, si nécessaire, s'adapter rapidement aux besoins manifestés des patients.

## DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

Cette recherche visait donc à mesurer, de façon quantitative et qualitative, les effets du massage des mains sur le stress et l'agitation de patients atteints de démence et sur le stress et l'humeur des soignants (1).

Des biomarqueurs de stress (cortisol – sC et alpha-amylase – sAA salivaires) et le

niveau d'agitation (grille *Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI)*) ont été mesurés avant et après le massage, auprès de 40 patients hospitalisés atteints de démence, qui ont bénéficié durant trois semaines consécutives soit de massages des mains (20 patients), soit de soins usuels (20 patients). Du côté des 14 soignants participant à l'étude, les biomarqueurs du stress et de l'humeur (mesurée à l'aide d'un questionnaire, 2) ont été comparés à d'autres moments où ils réalisaient des tâches administratives. Par ailleurs, pour avoir des données qualitatives relatant leur expérience, des focus groupes ont été effectués à trois reprises, avant, pendant et en fin d'étude.

– Lors de la deuxième semaine post-massage, les résultats ont indiqué des diminutions significatives des deux biomarqueurs du stress chez les patients recevant le massage. Sur la durée totale de l'étude, un changement significatif des biomarqueurs en faveur du groupe massage a ainsi pu être observé. Ces résultats rejoignent ceux issus de travaux récents auprès de personnes sans atteintes cognitives (3).

– Sur l'ensemble de l'étude, le niveau d'agitation des personnes massées tendait à s'abaisser davantage que celui du groupe contrôle, ce qui corrobore de même les résultats d'une nouvelle revue d'écrits (4).

– Par ailleurs, cette recherche met en évidence des niveaux moyens de biomarqueurs de stress particulièrement élevés des participants, comparativement à ceux des adultes plus âgés en bonne santé. Ces résultats pourraient indiquer un dérèglement aussi bien de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (HHS) (5, 6) que celui du système nerveux

---

## Corinne SCHAUB

Infirmière, MA, MSc, PhD, Professeure HES associée, Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Suisse.

# massage des mains



© Cécile Veilhan

autonome (ANS) (7), ce qui participerait à expliquer l'hyperréactivité de certains de ces patients (8).

– Chez les soignants, le cortisol salivaire a diminué de manière significative aussi bien lorsqu'ils massaient que lorsqu'ils réalisaient leurs tâches administratives au bureau infirmier. Mais l'alpha amylase salivaire a augmenté de manière plus importante lors des massages, ce qui peut s'expliquer par la vigilance nécessaire pour installer le patient confortablement et prévoir un environnement rassurant et adéquat. L'humeur des soignants s'est améliorée sur le plan du sentiment d'énergie et s'est rapprochée du seuil significatif sur le plan de la perception de calme.

– D'un point de vue qualitatif, lors des focus groupes, les soignants ont exprimé un grand intérêt pour cette intervention, même si celle-ci s'est révélée parfois complexe, du fait notamment de certains comportements imprévisibles des patients. Les expériences de massage oscillaient d'un pôle positif à un pôle plus compliqué. L'activité nécessite en effet pour eux un engagement très personnel, qui les confronte à leurs propres besoins et difficultés face au toucher et à l'intimité. Leurs émotions allaient d'une intense satisfaction quand le massage se passait bien et que le patient montrait des signes de détente, à une forme d'inconfort quand il refusait le soin ou l'interrompait sans raison clairement compréhensible. Il était également difficile pour le soignant d'être confronté à des odeurs nauséabondes, à des mains sales, ou encore à des comportements sexualisés. L'étude étant réalisée durant leurs heures de travail, les soignants ont également relaté combien leur propre état émotionnel pouvait positivement ou négativement « contaminer » le patient, cette contamination étant en outre potentiellement réciproque. À plusieurs reprises, ils ont en effet raconté qu'en observant le patient se détendre, ils se détendaient aussi, mais que leur propre stress pouvait aussi renforcer l'agitation initiale du patient. Ainsi, les conditions de bien-être personnel apparaissent comme des exigences préalables incontournables pour que le massage se passe bien et produise des effets favorables pour le patient, et par ricochet, le soignant.

Suite à l'étude, les soignants ont spontanément adopté le massage des mains comme un outil de soin complémentaire, alors qu'ils en avaient perçu les limites

et les difficultés, ce qui pourrait indiquer que les focus groupes ont joué un rôle dans la conscientisation et l'explicitation de leurs freins personnels face au massage. Ces séances ont en effet donné l'occasion aux soignants d'échanger sur leurs perceptions, par une démarche qui s'apparente à de la supervision. Réalisée sur une longue durée, l'étude a permis aux soignants de déconstruire une certaine idéalisation du massage des mains. Les soignants ont été confrontés au fait que masser ces patients « *c'est compliqué* », mais enthousiasmant « *quand ça marche* ». L'étude leur a permis, à travers la pratique du massage et l'échange de leurs expériences, de construire une vision plus contextualisée et réaliste de l'intérêt de ce geste dans les soins. Le massage des mains semblait pouvoir restaurer, au moins pendant quelques minutes, une relation plus horizontale et personnelle dans la dyade patient-soignant du fait de l'implication émotionnelle du soignant. Cette approche leur permettait ainsi de se reconnecter à des patients vivant par moments dans d'autres temporalités, comme observé dans plusieurs études (9, 10). Finalement, les discours des soignants suggèrent que le massage pourrait mettre en jeu des mécanismes en rapport avec les systèmes d'attachement, mécanismes souvent mobilisés chez les personnes âgées lors d'une hospitalisation (11). Le massage pourrait donc participer d'une manière ou d'une autre à la construction d'un rapport de confiance pouvant favoriser l'attachement (12).

### DÉMENCE ET AGITATION

Afin de réaliser cette étude clinique dans de bonnes conditions, nous avons effectué au préalable un recueil étiologique des comportements d'agitation des personnes atteintes de démence hospitalisées (13). Ces comportements sont le fruit de besoins physiques et psychiques divers associés au syndrome démentiel qui sont encore trop souvent insuffisamment décelés et satisfaits par les soignants. La littérature montre qu'ils sont corrélés à un haut niveau d'inconfort et représentent, selon les experts, un signe tangible de détresse émotionnelle. Ces comportements sont liés à l'état de santé globale du patient, ses caractéristiques personnelles, ses médications, son environnement et ses relations





© Cécile Veilhan

sociales, d'autant plus si ces étiologies se combinent. Plus particulièrement, il apparaît que les troubles relationnels soignants soignés peuvent aggraver les comportements d'agitation. En effet, ces manifestations suscitent de forts sentiments d'impuissance et de stress chez les professionnels, émotions qui peuvent les conduire à se distancer physiquement et psychologiquement des malades, par exemple en s'en éloignant ou en se construisant des remparts émotionnels. Ces réactions risquent alors de créer une spirale négative, l'agitation des patients et le désengagement des soignants pouvant se renforcer mutuellement.

Par ailleurs, la littérature relève que certains patients agités atteints de démence ont des caractéristiques complexes de style d'attachement (14, 15) qui compliquent encore la construction d'une relation de confiance soignant soigné, et rendent difficile le soulagement de leur détresse émotionnelle. Une meilleure compréhension de cette détresse et de comment l'atténuer devrait encourager les professionnels à dépasser leurs réticences et à persévérer pour créer des expériences relationnelles positives et plus confiantes avec les patients.

### DES PERSONNES ÂGÉES EN BESOIN DE TOUCHER

Une revue d'écrits (12) synthétise les connaissances sur les besoins de contact physique des personnes âgées, qu'elles soient atteintes de démence ou non, ainsi que les divers modèles du toucher identifiés dans la littérature infirmière. L'essentiel à retenir est que si la sensibilité tactile diminue avec l'âge, la sensibilité au toucher affectif augmente (16) et contribue à la réduction du stress, surtout si ce toucher est réalisé par un proche (17). Les écrits scientifiques relatent que la plupart des personnes âgées apprécient les contacts physiques affectifs sur certaines zones du corps, comme les mains et les avant-bras, du moment que ces gestes respectent leurs limites et leurs besoins individuels d'intimité. Ces gestes participent ainsi à améliorer leur humeur et leur estime de soi. D'un point de vue biologique, relevons que les zones palmaires des mains et des pieds sont particulièrement riches en mécanorécepteurs impliqués dans la régulation du stress. Certains auteurs avancent des hypothèses pour expliquer les effets biologiques du massage : Field

suggère que des pressions tactiles modérées stimuleraient ces récepteurs cutanés, qui activeraient alors le système limbique et ses structures hypothalamiques impliqués dans la sécrétion de cortisol (18, 19). Par ailleurs, le toucher, outre ses nombreuses fonctions physiologiques, est utilisé comme un nécessaire et subtil outil de communication sociale. Il est essentiel pour créer l'intimité (20, 21) et le lien social (21, 22). Le toucher est par ailleurs vecteur d'émotions hétérogènes, comme la colère, la peur, le dégoût, l'amour, la sympathie, la joie et la tristesse, qui se discriminent finement même sans contact visuel (21).

Chez les personnes atteintes d'une démence très avancée, les besoins réels en toucher sont plus difficiles à évaluer scientifiquement, les difficultés cognitives de ces patients limitant leur capacité à en parler. Le système limbique reste pourtant relativement bien préservé, même lors d'une démence avancée, il semble rationnel de penser que leur capacité à comprendre l'intention de gestes affectifs visant à générer des émotions positives reste intacte. En effet, des études rapportent une augmentation de leurs comportements sociaux après un contact physique et une diminution des comportements d'agitation suite à des gestes de toucher ou de massage (4). Le toucher affectif paraît en effet vécu comme contenant et sécurisant, ce qui pourrait potentiellement participer à la construction d'un mode d'attachement plus sécuritaire avec le soignant, même si à ce jour aucune étude de ce type n'a vérifié expérimentalement ce lien. Il s'agit néanmoins de garder en mémoire qu'en raison de la variabilité des comportements d'un patient atteint de démence et agité, un geste de toucher peut également être ressenti comme intrusif et provoquer l'effet inverse de celui attendu, à savoir le déclenchement de comportements d'agitation. Les préalables au contact physique – établir un contact visuel et verbal avec une voix douce, s'ajuster à la hauteur du patient, donner des explications sur le soin à venir et vérifier l'accord du patient, prévoir un environnement calme et adapté à un toucher prolongé – sont ainsi à poser soigneusement avant tout geste plus intime (10).

### PROCÉDER AU CONTACT PHYSIQUE

De manière générale, la réalisation de tout contact physique gagnerait à suivre le processus du « cycle du contact » en

4 étapes décrites par Prayez (23) qui permet à tout moment au soignant d'évaluer l'effet de son geste sur le patient (atteint de démence ou non), afin de rapidement l'ajuster si nécessaire.

– La première étape correspond au **pré-contact**. Cette étape, passive, permet au soignant de se centrer sur lui-même afin de se rendre disponible à lui-même et à son partenaire pour conscientiser les intentions et émotions sous-jacentes au soin à venir.

– Cette étape est suivie d'une phase plus active, celle de la **prise de contact**, en général sur la main ou l'avant-bras, qui permet au soignant de nouer un autre type de relation avec le partenaire, de manière non verbale et plus intime. Cette étape l'amène à ressentir, par des micros mouvements ou des réactions corporelles et/ou verbales plus explicites de son partenaire, si le geste réalisé suscite ou non des réticences. Il peut alors ajuster son toucher en conséquence ou même y renoncer s'il perçoit des tensions trop importantes. Cette étape permet également d'informer implicitement le partenaire de la qualité du contact à venir.

– La troisième étape correspond au **plein contact**, qui permet au soignant, si tous les signes verbaux et non verbaux du destinataire l'y autorisent, de s'engager pleinement dans l'intervention corporelle. Il ne s'agit plus ici d'un contact superficiel, mais d'un geste plus engagé qui se développe dans une durée différenciée en regard du geste proposé et de son intention. Il peut s'agir de laisser longuement sa main ouverte, posée sur une partie du corps du patient, ou d'un soin corporel de détente ou d'hygiène. La frontière entre soi et l'autre est alors commune, impliquant l'intimité des deux partenaires sans pour autant les confondre, chacun gardant sa propre identité.

Plus précisément, le massage des mains consiste à appliquer une crème avec des gestes fluides et un rythme lent sur les avant-bras, le poignet, le dessus de la main, la paume de la main et les doigts. Ces premiers gestes réalisés, la pression peut se faire plus forte et précise sur les zones les plus riches en mécanorécepteurs, comme la paume de la main et les parties charnues des doigts. Lorsque toutes les zones ont été massées une première fois, le massage peut se poursuivre de manière plus intuitive, selon les ressentis individuels, sachant que la plus grande partie du massage devrait

se réaliser sur la paume de la main. La durée idéale du massage est de huit à neuf minutes par main, sachant qu'il faut environ une dizaine de minutes de massage pour relever une modification des biomarqueurs.

– La fin du cycle est marquée par un processus de **séparation** qui comprend deux phases : la phase de « désengagement » signale au bénéficiaire que la relation corporelle va s'achever. Elle se manifeste par un ralentissement des gestes, permettant au bénéficiaire de se préparer à la fin du contact physique. Elle favorise la suivante, à savoir « le retrait assimilation », qui permet au patient d'intégrer les bénéfices du soin en dehors de la présence du soignant, en étant pleinement conscient de ses propres ressentis. Cette dernière étape permet au sujet d'assimiler et de garder en lui tout ce qu'il a reçu de « bon » et de s'en nourrir. Si le processus de séparation est trop rapide, la personne risque de ressentir un sentiment désagréable de privation ou de manque.

## CONCLUSION

À ce jour, l'unité de soins où la recherche a été réalisée a totalement intégré le massage des mains dans ses soins routiniers. Les soignants restent néanmoins libres d'en faire usage ou non, ce geste impliquant une dimension personnelle et intime qui n'a pas à être institutionnalisée, au risque d'en perdre la force symbolique. Pour être intégré pleinement dans les activités de soins, ce geste doit être ouvertement discuté, et les réactions émotionnelles qu'il suscite partagées en équipe. Dans ces conditions, le massage peut alors clairement être recommandé comme une pratique de soins à utiliser avec ces patients vulnérables.

1– Schaub C, Morin D, Von Gunten A, Popp J, Kühne N, Gomez P, Wild, P. Articles qualitatifs et quantitatifs en soumission ou en préparation.

2– Traduit de l'anglais par un groupe spécialisé, ce questionnaire mesure l'humeur d'après l'étude de Wilhelm P, Schoebi D. *Assessing Mood in Daily Life: Structural Validity, Sensitivity to Change, and Reliability of a Short-Scale to Measure Three Basic Dimensions of Mood*. *EJPA*. 2007;23(4):258-67.

3– Maratos FA, Duarte J, Barnes C, McEwan K, Sheffield D, Gilbert P. *The physiological and emotional effects of touch : Assessing a hand-massage intervention with high self-critics*. *Psychiatry Research*. 2017 ; 250 : 221-7.

4– Wu J, Wang Y, Wang Z. *The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia : A quantitative systematic review and meta-analysis*. *Journal of Advanced Nursing*. 2017 ; 73 : 2283-95.

5– Ouanes S, Castelao E, Gebreab S, von Gunten A, Preisig M, Popp J. *Life events, salivary cortisol, and cognitive performance in nondemented subjects : A population-based study*. *Neurobiology of Aging*. 2017 ; 51 : 1-8.

6– Popp J, Wolfgruber S, Heuser I, Peters O, Hull M, Schroder J, et al. *Cerebrospinal fluid cortisol and clinical disease progression in MCI and dementia of Alzheimer's type*. *Neurobiology of Aging*. 2015 ; 36 : 601-7.

7– Schumacher S, Kirschbaum C, Fydrich T, Strohle A. *Is salivary alpha-amylase an indicator of autonomic nervous system dysregulations in mental disorders? A review of preliminary findings and the interactions with cortisol*. *Psychoneuroendocrinology*. 2013 ; 38 : 729-43.

8– Rothman SM, Mattson MP. *Adverse Stress, Hippocampal Networks, and Alzheimer's Disease*. *Neuromolecular medicine* 2010 ; 12(1):56-70.

9– Schaub C. *Des gants aux "bisous", le soin à la personne atteinte de démence*. in : D. Memmi, G. Raveneau et E. Taïeb. *Le Dégoût, envers du social*. Collection le sens social. Rennes : PUR. 2016. p. 139-49.

10– Schaub C, Follonier M, Borel C, Anchisi A, Kuhne N. *Toucher un résident âgé atteint de démence : une évidence aux multiples facettes*. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2012(11):44-56.

11– Cookman C. *Attachment in older adulthood : concept clarification*. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 ; 50(5):528-35.

12– Schaub C, Von Gunten A, Morin D. *Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur le stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence*. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2016 ; 126 : 7-23.

13– Schaub C, Morin D, Von Gunten A. *L'agitation chez les personnes atteintes de démence : Examen de la portée des connaissances et mise en perspective du phénomène selon la théorie du confort et le concept de l'attachement*. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2016 ; 125 68-83.

14– Lejeune A. *Maladie d'Alzheimer, attachements et résilience : à propos de 50 observations de malades et de familles suivis sur plus de 10 ans*. Marseille : Solal ; 2010.

15– Nelis SM, Clare L, Whitaker CJ. *Attachment representations in people with dementia and their carers : implications for well-being within the dyad*. *Aging & Mental Health*. 2012 ; 16(7):845-54.

16– Sehlstedt I, Ignell H, Backlund Wasling H, Ackerley R, Olausson H, Croy I. *Gentle touch perception across the lifespan*. *Psychology and Aging*. 2016 ; 31 : 176-84.

17– Ditzen B, Neumann ID, Bodenmann G, von Dawans B, Turner RA, Ehler U, et al. *Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women*. *Psychoneuroendocrinology*. 2007 ; 32 : 565-74.

18– Field T. *Massage therapy research review*. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2014 ; 20 : 224-9.

19– Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. *Moderate pressure is essential for massage therapy effects*. *The International Journal of Neuroscience*. 2010 ; 120(5):381-5.

20– Pritchard TC, Alloway KD. *Neurosciences médicales : les bases neuroanatomiques et neurophysiologiques*. Paris : De Boeck Université ; 2002.

21– Suvilehto JT, Glerean E, Dunbar RI, Hari R, Nummenmaa L. *Topography of social touching depends on emotional bonds between humans*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2015 ; 112(45):13811-6.

22– Hertenstein MJ, Holmes R, McCullough M, Keltner D. *The communication of emotion via touch*. *Emotion*. 2009 ; 9 : 566-73.

23– Prayez P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison : Lamarre 2009.

**Résumé :** Une unité d'hospitalisation de psychiatrie de l'âge avancé a intégré la pratique de massages des mains. Une recherche montre que ce nouvel outil apaise les patients (niveau de stress et d'agitation en diminution) et a également des effets bénéfiques pour les soignants (stress et humeur). Elle révèle par ailleurs la complexité de la relation soignant-soigné et met en jeu leurs vulnérabilités mutuelles. L'auteur décrit la méthodologie et les principaux résultats de l'étude et présente les données de la littérature sur les comportements d'agitation dans la démence et les besoins de contacts physiques des personnes âgées. Elle précise également le processus du « cycle du toucher », élaboré par Prayez, qui découpe en 4 étapes la réalisation d'un contact physique dans les soins.

**Mots-clés :** Bien-être – Cycle de contact – Démence – Interaction – Main – Massage – Médiation thérapeutique – Personne âgée – Psychogériatrie – Relation soignant soigné – Stress – Toucher.