



Le toucher, une approche en ergothérapie de la personne âgée

Jean-Michel Caire, Barbara Joannot, Cyril Vigouroux

► To cite this version:

Jean-Michel Caire, Barbara Joannot, Cyril Vigouroux. Le toucher, une approche en ergothérapie de la personne âgée. Soins Gériatrie, 2020, 25, pp.22 - 25. <10.1016/j.sger.2020.07.006>. <hal-03492527>

HAL Id: hal-03492527

<https://hal.science/hal-03492527v1>

Submitted on 26 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead dossier

Sous-dochead Les cinq sens en gériatrie

soins

Le toucher, une approche en ergothérapie de la personne âgée

Jean-Michel Caire^{a,*,b,c}

Ergothérapeute, responsable de la coordination pédagogique, PhD sciences de l'éducation, attaché de recherche

Barbara Joannot^a

Ergothérapeute, cadre de santé formatrice

Cyril Vigouroux^{d,e}

Ergothérapeute

^a Institut de formation en ergothérapie, pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé, centre hospitalier universitaire de Toulouse, 74 voie du Toec, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Université Bordeaux, 3^{ter} place de la Victoire, 33076 Bordeaux, France

^c UMR-EFTS, université Jean-Jaurès, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex, France

^d Service d'ergothérapie La Cadène, 15 impasse de la Cadène, 31200 Toulouse, France

^e Association française des ergothérapeutes en gérontologie, 51 chemin des Manardes, 34160 Boisseron, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : caire.jm@chu-toulouse.fr (J-M. Caire).

Résumé

La main, vecteur de savoir et de compréhension du monde environnant, favorise la relation. Le prendre soin passe pour tous les professionnels du médico-social par le toucher, l'accompagnement bienveillant pour favoriser le mouvement et l'engagement dans les activités de la vie quotidienne. Le toucher dans la relation avec la personne âgée place l'ergothérapeute dans la dynamique de réadaptation en équipe interprofessionnelle. Trois facettes du toucher sont décrites.

© 2020

Mots clés – ergothérapie ; personne âgée ; prendre soin ; sens intime ; toucher

Summary à venir

© 2020

Keywords à venir

Avant d'aborder de façon pratique ce qu'un "ergothérapeute" (*occupational therapist*) peut apporter au travers du toucher à la personne âgée et son entourage, revenons sur ce sens. En reprenant les origines de la recherche sur le toucher en psychologie [1], nous retrouvons deux axes de développement. Le premier est relatif à la connaissance de la perception du monde par les personnes souffrant de cécité et le second s'appuie sur l'histoire de Victor de l'Aveyron, enfant "sauvage" ayant des capacités perceptives et cognitives peu développées. Dans les deux situations, le toucher est vecteur d'apprentissage du monde environnant et de développement du potentiel d'adaptation. La main est un vecteur de savoir et de compréhension du monde environnant et favorise la relation [2]. Certains auteurs explicitent comment le geste dans le prendre soin s'inscrit dans une vraie dynamique de bientraitance [2]. Cette approche du toucher demande un apprentissage pour s'initier à des contacts riches, vivants et impliqués, prenant place dans une intimité confiante et le respect de l'espace de l'autre.

T1 Sens complexe

Le toucher peut devenir une création singulière qui invite à retrouver les mouvements, les actions qui ont du sens [3]. Évoquer le toucher ne peut se concevoir sans parler des multiples sens en plus des cinq classiques : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher lui-même. Nous avons par exemple l'équilibriception qui se réfère au sens de l'équilibre, la proprioception qui est la capacité à se situer dans l'espace et à percevoir les parties de notre corps par rapport à nous-même et aux autres, la thermoception qui perçoit l'ambiance et la différence de température de l'espace, et enfin la nociception qui est le sens de la douleur et de protection corporelle. Ces différents sens collectent les informations qui servent à construire une représentation du monde dans lequel nous évoluons et nous vivons [4]. Cette représentation s'avère indispensable pour favoriser le comportement adapté et l'interaction adéquate avec l'environnement. Il existe une multiplicité de sens en interrelation qui agit au service d'une représentation unique de notre activité dans un espace donné. Cette perception multifactorielle de soi par rapport au monde est en lien direct

avec la conscience de soi ou métacognition. Les recherches sur le sujet ont été développées dans le domaine du traumatisme crânien [5]. La personne qui présente de bas niveaux de conscience de soi est susceptible de ne pas se montrer motivée ou coopérative en thérapie. Elle se fixe des objectifs irréalistes, fait preuve d'un mauvais jugement, ne comprend pas la nécessité de recourir à des stratégies de compensation et encore moins le besoin de les appliquer dans la vie de tous les jours [6].

T1 Trois approches essentielles

Le champ de l'ergothérapeute se situe dans cette interface entre la personne, ses activités et ses environnements. À travers trois approches en ergothérapie, nous verrons comment nous pouvons contribuer dans une approche interprofessionnelle à favoriser l'engagement des personnes dans leur vie quotidienne et comment le toucher favorise le développement d'habiletés motrices, cognitives et affectives.

TEG1 Le toucher dans les occupations de la personne âgée : de l'automassage à l'activité physique du quotidien. Nous appelons les occupations toutes les activités qui ont du sens pour la personne et qui sont effectuées dans un environnement spécifique, habituel ou non. Le toucher est présent dans le quotidien de chaque personne. Lorsqu'il existe une douleur, un inconfort, la personne va instinctivement toucher la zone concernée. Le toucher évacue les douleurs émotionnelles : les techniques d'acupuncture, l'utilisation de *trigger point*, la technique de libération émotionnelle (*Emotional Freedom Technique* [EFT]) ou encore l'automassage sont fréquemment utilisées [7]. En effet, l'automassage, ou l'art de se masser soi-même, est bénéfique quel que soit l'âge de la personne. Cette technique peut être utilisée par les soignants [8] ou par toute personne. Néanmoins, les gains potentiels de l'automassage sont observables directement durant quinze à vingt minutes [9-11]. Pour le soignant, observer l'autotoucher de la personne âgée avec des difficultés de communication peut être un indicateur [12]. L'objectif sera pour le soignant de décrypter la signification de ce toucher. Outre l'évaluation, l'automassage peut également être un outil dans l'intervention soignante. La personne âgée, que ce soit par mimétisme ou apprentissage, avec ou sans matériel (balle, bâton d'automassage), peut facilement reproduire l'automassage. Plus généralement, le massage, le toucher massage ou l'automassage s'avèrent être des outils intéressants chez la personne âgée, permettant une stimulation sensorielle.

T1 Sens de la vie

Le toucher est omniprésent dans le quotidien. Dans les occupations, le toucher peut solliciter la mémoire épisodique comme lors d'un bain thérapeutique avec le contact eau-peau [13], lors d'une activité cuisine avec les différentes textures et températures. Le toucher est présent dans une activité physique de vie quotidienne de soins personnels comme la toilette, la cuisine ou dans une activité sportive, à travers la proprioception, ou lié à l'utilisation de matériel et *via* le contact avec d'autres personnes (activité danse). Comme l'énonce l'Organisation mondiale de la santé, une activité physique peut s'observer « *au cours d'activités récréatives et de loisirs, de tâches domestiques ou d'activités spécifiques* » [14]. L'ergothérapeute centré sur la personne dans son environnement va ainsi utiliser l'activité physique et l'*empowerment* de la personne âgée dans un objectif de prévention. En effet, l'activité physique sollicitant la participation de la personne âgée, sa compétence, l'estime de soi et sa conscience critique permettent à l'*empowerment* de s'exercer [15]. La personne âgée mobilisant ses ressources contrôle sa propre vie dans son quotidien quelle que soit l'activité physique. En fonction de sa réceptivité au toucher, ses choix seront orientés : une personne âgée ayant besoin de ressentir l'eau sur son corps pourra être attirée par une activité bain thérapeutique, tandis qu'une autre ayant besoin d'un contact physique et relationnel ou social avec d'autres personnes préférera une activité danse de couple. En outre, une autre personne pourra préférer danser seule sans aucun contact.

TEG1 Le toucher dans la prévention de la fragilité et des risques de chute : maintenir une proprioception du quotidien. La fragilité et le risque de dépendance sont dus à un défaut d'adaptation d'une personne âgée polypathologique à son environnement. La perte progressive de l'autonomie se constate par la réduction d'activité comme sortir de chez soi, participer aux activités ménagères, gérer son traitement, etc., la perte d'autonomie chez la personne âgée représente l'ensemble des conséquences physiques, psychiques et sociales reliées à l'inactivité [16]. La surassistance de l'entourage, l'isolement, le manque de stimulation sont des facteurs aggravants de la perte d'autonomie qui ne dépend pas que des pathologies chroniques [17]. Les pathologies sous corticales sont très fréquentes en gériatrie. Ces pathologies associent un trouble de la mémoire du mouvement par atteinte des noyaux gris centraux et l'adaptation de l'équilibre aux contraintes environnementales par la localisation des lésions cérébrales en zone frontotemporale. L'équilibre est un sens complexe qui associe des capteurs (vision, vestibule et proprioception), un

centre régulateur (zones d'intégration sensorielles, noyaux gris centraux, cortex moteur, cervelet) et un système effecteur (muscles et articulation). Dans un contexte de pathologies sous-corticales et des noyaux gris centraux, la motricité et l'équilibre se désadapte, la conscience du corps dans l'espace est altérée et conduit à des réactions désadaptées. Pour exemple, le sujet ne peut plus se lever malgré des tentatives de verticalisation répétées et inefficaces avec de la rétropulsion en position assise, debout et allongée. La proprioception est mise à défaut car la perception de la verticale est décalée. La rétropulsion est aggravée par des manutentions inadaptées [18].

T1 Méthode adaptée

L'ergothérapie propose la méthode d'activation motrice accompagnée d'un contact adapté : tout soignant doit savoir aborder par le toucher les personnes âgées en perte d'autonomie motrice. Par exemple, ne pas tracter, ne pas saisir, mais savoir stimuler le geste de la personne pour déclencher sa mémoire du mouvement et assurer un équilibre en projetant le centre de gravité dans la zone de stabilité. Ainsi la prévention des chutes par une stimulation proprioceptive permet l'intégration des informations proprioceptives par le système nerveux et une adaptation de la posture [19,20]. Toute activité quotidienne fait appel à cette proprioception, que le toucher soit lié à l'effet de la pesanteur, donc simplement au contact du corps avec l'environnement, ou plus ciblé lors des occupations. Les ergothérapeutes travaillent les transferts dès le lit : utiliser le regard et la rotation des épaules avec une main du thérapeute hors du lit stimule la personne à prendre cette main, ce qui entraîne l'épaule et permet de passer d'allongé à assis de façon naturelle et sans perte d'équilibre ni rétropulsion ni peur de tomber. La verticalisation et la marche sont travaillées selon les mêmes principes. Les aides techniques à la mobilité stimulent les schémas moteurs : un guidon de transfert proposera une prise manuelle de la personne qui lui permet de se pencher en avant suffisamment pour se lever sans déséquilibre arrière.

T1 Améliorer l'autonomie

L'activation motrice est une approche innovante : la stimulation des étapes préparatoires au mouvement stimule la mémoire motrice et déclenche l'autonomie de transfert ou de déplacement. Voilà la base de la réadaptation gériatrique pour l'amélioration de l'autonomie, en utilisant les capacités cognitives et physiques restantes, l'éducation de l'aidant aux techniques d'accompagnement, l'indication des aides techniques et l'adaptation de

l'environnement. L'ergothérapie se distingue en proposant une réadaptation par l'activité. Tel est le cas des programmes en ergothérapie : "actifs-patients sortants". Cette approche en ergothérapie propose aux patients hospitalisés de reprendre des activités domestiques (faire son lit, mettre la table, entretenir le jardin, etc.). À ce titre, une récente étude a mesuré l'effet de l'ergothérapie sur des personnes hospitalisées pour chutes avec fracture du col du fémur et déclarant une importante peur de tomber puisqu'elle ne sortait plus du domicile sans aide avant la chute [21]. Les capteurs d'activité au domicile montrent la fréquence de déplacement dans le domicile, les lieux préférentiels de vie : la chambre et la cuisine dans 80 % des cas. Les séances d'ergothérapie en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont hebdomadaires et fondées sur une réadaptation cognitivo-comportementale, quatre visites à domicile dans les trois premiers mois après la sortie et un suivi téléphonique pour le suivi des séances cognitivo-motrices. Les effets sont moindres pour un programme institutionnel avec de l'ergothérapie et une thérapie cognitivo-comportementale sans suivi au domicile ainsi qu'un soin de réadaptation classique (ergothérapie, kinésithérapie et soins médicaux). Il est important de valoriser une ergothérapie qui propose l'éducation de la personne et de son entourage, des actes de réadaptation cognitives et motrices ainsi qu'une intervention dans les lieux de vie des sujets. Le troisième axe développé dans cet article aborde la prise en compte non seulement de la personne dans son domicile mais aussi son entourage direct.

TEG1 L'approche *Community Occupational Therapy in Dementia* (Cotid) dans le soutien à domicile des personnes ayant une maladie neurodégénérative et de leurs proches : apprendre une plus juste distance au quotidien. Dans cette partie, nous prenons le sens du toucher comme modalité de conscience de soi et intentionnalité. L'attrait et l'engagement dans une activité sont d'autant plus forts que la personne va expérimenter du plaisir, de la productivité et du ressourcement lors de la mise en situation [22]. La réalité écologique représente le cadre naturel de l'activité dans ses dimensions spatiales, temporelles et socioculturelles, et augmente l'efficacité thérapeutique [23].

Dans la méthode Cotid, nous considérons le couple aidant-aidé comme une entité à part entière. Cette approche permet de contribuer durablement au maintien des activités significatives et des capacités d'action de la personne ayant une maladie d'Alzheimer et maladies apparentée (Mama) [24,25].

La compréhension du sens que peut prendre le lieu de vie à travers l'être, le faire et le devenir de la personne et de son entourage sont un objectif prioritaire dans

la méthode Cotid [26]. Nous partons de la connaissance de ce qui a fait le couple, son histoire, ses valeurs, ses intérêts en faisant un récit de vie destiné à la personne Mama et à son proche aidant. Ce type de narration permet d'avoir la représentation qu'à la personne de sa propre condition de vie et de son cheminement. Le couple peut reconstruire la trame de l'existence à partir de leurs souvenirs et raconter leur histoire occupationnelle [27].

T1 Analyse et stratégie

L'analyse des problèmes quotidiens s'effectue à partir de l'observation d'activités significatives pour identifier les habiletés motrices et procédurales de la personne Mama, et les modalités d'interrelation avec le proche aidant. La collaboration entre la personne atteinte de démence et son proche aidant est un point important pour l'ergothérapeute et l'équipe qui travaille au domicile. L'approche, les contacts, les attitudes de l'aidant peuvent être déterminantes pour la motivation et l'engagement de la personne Mama dans ses activités [28]. Les stratégies de changement sont abordées ensemble pour trouver de nouvelles façons de faire aussi bien pour l'aidé que pour l'aidant. Cette découverte guidée favorise la prise de conscience des possibilités restantes pour "faire avec" et développer des moyens d'adaptation : accompagner la parole au geste, apprendre comment le toucher peut être progressif, constant et pacifiant [29]. Les stratégies d'accompagnement au quotidien sont partagées avec les assistants de soins en gériatrie pour assurer le suivi et le transfert des acquis dans le temps. Le programme de réhabilitation multimodale comme la méthode Cotid a montré que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avaient un état cognitif plus stable et une meilleure humeur. En ce qui concerne le programme psychoéducatif pour le proche aidant, les résultats démontrent l'efficacité de ces interventions en termes d'augmentation et de préservation des capacités d'adaptation des aidants et d'amélioration de leur perception de la valeur des aides de soutien [30].

T1 Conclusion

Le sens du toucher est celui de la plus grande réciprocité. Nous ne pouvons toucher sans être touché. Lorsque le contact et le tact s'ajustent, alors il existe un espace qui autorise la relation avec l'entourage, le mouvement maîtrisé et adapté développant un potentiel d'action. De nombreux praticiens utilisent le toucher comme vecteur de prise en soins, à commencer par les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les infirmières et toutes les autres professions dans le cadre de

la gérontologie. Les ergothérapeutes peuvent apporter une approche singulière du toucher. Nous avons abordé le toucher dans les activités physiques et la prise de conscience de soi à travers les automassages. Nous avons pu décrire comment l'ergothérapeute, au travers d'exercices de proprioception du quotidien, peut maintenir une activité sécurisée au quotidien. Enfin, dans le programme Cotid, nous avons pu présenter comment le travail avec le couple aidant-aidé peut favoriser la reprise d'activités à deux, la mise en confiance de l'aidant dans l'aide apportée et l'adaptation de son approche en fonction de la situation vécue à domicile. Le philosophe Michel Serres parle d'un sixième sens, interne ou sens intime [31]. Par ce dernier, l'homme peut s'ouvrir vers le monde. Lorsque nous sommes privés de ce sens-là, il s'agit d'une forme de handicap qui bouleverse nos repères et nous restreint dans notre participation à la société. Avec l'équipe et les proches aidants, l'ergothérapeute cherche à travers ses interventions à maintenir ce sens intime de la personne âgée en convoquant le sens du toucher dans le quotidien.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Hatwell Y, Gentaz E. Origine et évolution des recherches psychologiques sur le toucher en France. *Année Psychol* 2011;111(4), 701-23.
- [2] Prayez P, Savatofsi J. Le toucher apprivoisé. Pour une approche différente du patient. Paris: Lamarre-Poinat; 1989.
- [3] Ghedighian-Courier JJ. Le toucher, un sens aux multiples avatars. *Cahiers jungiens de psychanalyse* 2006;(118):17-28.
- [4] Mikula L. Intégration multisensorielle pour les mouvements de pointage chez les sujets sains et les patients avec ataxie optique [Thèse de doctorat]. Lyon: Université Claude-Bernard Lyon 1, Faculté des études supérieures et postdoctorales,  cole d'optométrie; 2018.
- [5] Prigatano GP, Schacter DL. Awareness of deficit after brain injury. *Clinical and theoretical issues*. New York ( tats-Unis): Oxford University Press; 1991.

- [6] Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Katz N. Awareness of deficits in stroke rehabilitation. *J Rehabil Med* 2002;34(4):158-64.
- [7] Craig G. Official EFT. <https://official-eft.com/centre-eft/official-eft-gary-craig/>.
- [8] Joannot B. Prendre soin de soi. Guide de survie des soignants. Paris: Lamarre; 2020. À paraître.
- [9] Halperin IA, Aboodarda SJ, Button DC, et al. Roller massager improves range of motion of plantar flexor muscles without subsequent decreases in force parameters. *Int J Sports Phys Ther* 2014;9(1):92-102.
- [10] Kelly S, Beardsley C. Specific and cross-over effects of foam rolling on ankle dorsiflexion range of motion. *Int J Sports Phys Ther* 2016;11(4):544-51.
- [11] Monteiro ER, Costa PB, Corrêa Neto VG, et al. Posterior thigh foam rolling increases knee extension fatigue and passive shoulder range-of-motion. *J Strength Cond Res* 2019;33(4):987-94.
- [12] Marescotti R, Gineste Y. Capture et rebouclage sensoriel dans la gestion des comportements perturbés des patients âgés déments lors des soins de base. *Géront'on-line* 2001;(6).
- [13] Joannot B, Haudeville O. L'utilisation du bain thérapeutique auprès de patients âgés atteints de démence : collaboration ergothérapeute psychomotricienne. *Ergothérapies* 2016;(60):11-20.
- [14] Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?sequence=1.
- [15] Ninacs W. Empowerment et service social : approches et enjeux. *Serv Soc Que* 1995;44(1):69-93.
- [16] Cambois E, Robine JM. Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees); 2003.
- [17] Vigouroux C. Restriction d'activité et risque de chute : évaluation de la restriction d'activité auprès de sujets parkinsoniens et de leurs aidants à

domicile. Revue de l'Association française des ergothérapeutes en gériatrie 2018;(37):2-5.

[18] Vigouroux C. Le positionnement adapté en gériatrie. L'escarre 2017;(75).

[19] Puisieux F. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. Rev Prat 2002;52(15):1695-702.

[20] Joannot B. Mise en place et évaluation d'un programme collectif de rééducation pour les personnes âgées ayant un syndrome post-chute. Ergothérapies 2011;(43):6-22.

[21] Pol MC, Ter Riet G, van Hartingsveldt M, et al. Effectiveness of sensor monitoring in a rehabilitation programme for older patients after hip fracture: a three-arm stepped wedge randomised trial. Age Ageing 2019;48(5):650-7.

[22] Pierce D. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur; 2016.

[23] Schabaille A. Pour un engagement occupationnel du couple aidant-aidé. In: Trouvé E, Clavreul H, Poriol G, et al. Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Paris: Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE); 2019.

[24] Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006;333(7580):96.

[25] Brooker DJ, Woolley RJ. Enriching opportunities for people living with dementia: the development of a blueprint for a sustainable activity-based model. Aging Ment Health 2007;11(4):371-83.

[26] Caire JM, Sarrazy B, Tétreault S, Auriacombe S. L'adhésion des aidants familiaux des personnes Alzheimer aux aides proposées dans le cadre du maintien à domicile. Rev Fr Geriatr Gerontol 2013;20(196):244-50.

[27] Caire JM, Tétreault S, Sarrazy B. Explorer "vivre chez soi" avec une personne ayant la maladie d'Alzheimer : récit de vie de couple. Ergothérapies 2019;(73):57-66.

[28] Schabaille A, Caire JM, Graff MJL. La méthode COTID : soutenir le projet à deux chez soi. In: Caire JM, Schabaille A. Engagement, occupation et santé. Paris: Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE); 2018.

[29] Gineste Y, Pellissier J. Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux. Malakoff: Dunod; 2019.

[30] Onor ML, Trevisiol M, Negro C, et al. Impact of a multimodal rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2007;22(4):261-72.

[31] Serres M. Les cinq sens. Paris: Fayard; 2014.