



HAL
open science

L'induction d'émotions positives au cours des soins aux patients désorientés comme facteur de protection des TMS chez les soignants

Julie Bleau, Pierre Poulin

► To cite this version:

Julie Bleau, Pierre Poulin. L'induction d'émotions positives au cours des soins aux patients désorientés comme facteur de protection des TMS chez les soignants. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France. halshs-00605038

HAL Id: halshs-00605038

<https://shs.hal.science/halshs-00605038>

Submitted on 30 Aug 2011

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.

L'induction d'émotions positives au cours des soins aux patients désorientés comme facteur de protection des TMS chez les soignants.

Pierre Poulin, Julie Bleau, conseillers, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail
du secteur affaires sociales (ASSTSAS), Montréal, Québec. www.asstsas.qc.ca

Communication au

3^{ème} Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques
Échanges et pratiques sur la prévention

Grenoble, 26-27 mai 2011

Organisé par :

L'Anact : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et

Pacte : Unité mixte de recherche du CNRS et de l'Université de Grenoble

pour le Groupe de recherche francophone sur les troubles musculosquelettiques

L'INDUCTION D'ÉMOTIONS POSITIVES AU COURS DES SOINS AUX PATIENTS DÉSORIENTÉS COMME FACTEUR DE PROTECTION DES TMS CHEZ LES SOIGNANTS.

Pierre Poulin, Julie Bleau, conseillers, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), Montréal, Québec. www.asstsas.qc.ca

L'ASSTSAS a pour mission de promouvoir la prévention en santé et sécurité du travail et de soutenir, dans un cadre paritaire, la clientèle de son secteur. Elle offre des services conseils et des activités d'information, de formation, de recherche et de développement, tout en favorisant l'efficacité des processus de travail et en tenant compte de la sécurité de la clientèle des établissements.

Le but de ce texte est de présenter comment des émotions positives vécues par les soignants lors de relations de soins avec des clients désorientés permet de réduire leur risque de TMS. Nous présentons d'abord les difficultés vécues par les soignants lorsqu'ils prennent soin de personnes désorientées. Les fondements, les principes ainsi que le déroulement de la formation Approche relationnelle de soins (ARS) seront ensuite présentés en accentuant sur le processus d'induction d'émotions positives chez les participants-soignants. Puis sera décrite la perception des impacts de la formation telle que recueillie auprès des participants à la suite de 40 projets de formation.

État de situation des TMS chez les soignants au Québec

En 2006, en chiffre absolu, le secteur de la santé cumule le plus grand nombre de TMS au Québec et se classe 2^e après le secteur de l'entreposage pour ce qui est du taux d'incidence (1). Mentionnons qu'en 2000, alors que les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) représentent moins de 15% de la main-d'œuvre, ils comptent environ le tiers (34,4%) des événements indemnisés dans le secteur de la santé et des services sociaux (2). C'est en (CHSLD) qu'est concentré le travail auprès des personnes désorientées.

Selon les données les plus récentes disponibles (2008), il y a eu 3342 accidents indemnisés en CHSLD. La majorité (42%) de ces événements est reliée à des efforts excessifs et le client en cause dans 34 % de ces accidents. Le dos est le siège de lésion le plus fréquent avec 43 % des événements. Les professions les plus touchées sont les préposés au bénéficiaire (54 %), les infirmières auxiliaires (14%), puis les infirmières avec 6 %.

Déjà en 1995, dans une étude sur les accidents du travail dans des établissements de santé, St-Vincent (3) indiquait pour les accidents de transfert « ...dans la majorité des cas on associe le problème au patient manutentionné : soit il a faibli, soit il était agité ou a fait un mouvement imprévu, soit il a résisté au déplacement. » De même, elle indiquait pour les accidents de manutention sur place, « Le problème le plus souvent cité est que le patient a résisté en cours de manutention (41,2%). »

L'énigme des personnes désorientées

Nous utilisons ici le terme « personnes désorientées » afin de regrouper les personnes souffrant de différents troubles cognitifs ou de démences, (de type Alzheimer ou autres). À l'occasion,

nous utilisons aussi le terme « client » pour désigner ces personnes. Cette désignation ajoute alors une connotation relationnelle. La démence est une altération de la mémoire avec une ou plusieurs atteintes des fonctions supérieures du cerveau (atteintes cognitives) : trouble du langage; incapacité de réaliser une activité motrice, malgré des fonctions motrices intactes; impossibilité de reconnaître des objets, malgré des fonctions sensorielles intactes; trouble des fonctions exécutives de planification, d'organisation ou de régulation de l'activité et capacité d'abstraction. Cela chez une personne qui jouit d'un état de conscience normal (4). Toutes ces difficultés sont suffisamment graves pour nuire aux activités quotidiennes, professionnelles, sociales ou aux relations avec autrui (5). Nous sommes ici, quelque soit le diagnostic, face à des personnes dont on doit prendre soins et qui présentent des énigmes au plan de la communication. Ceci rend les activités de travail complexes pour les soignants. Un ouvrage récent dessine, du point de vue de la personne désorientée, les contours de cette énigme à laquelle font face les soignants : « *Ces troubles qui nous troublent* » (6). Du point de vue du soignant, on dira que le client ne comprend pas les consignes, qu'il est agressif (crie, crache, frappe, agrippe, etc.), qu'il résiste aux soins.

Le lien entre l'énigme des personnes désorientées et les TMS

Prendre soin des personnes désorientées et en perte d'autonomie constitue un défi quotidien pour les soignants, particulièrement lors de l'assistance à la toilette. Cette activité implique de l'aide au déplacement, déshabillage, gestes de soins, habillage et selon le cas, installation au fauteuil avec ou sans aide mécanique. Elle se déroule au lit, au lavabo, au bain, à la douche selon le client.

Aider un client qui n'est pas désorienté mais dont certaines capacités motrices sont déficientes requiert déjà des efforts et l'adoption de postures contraignantes. Selon les particularités de la situation de travail, on peut noter une augmentation des risques de TMS (7). C'est d'ailleurs le cas lors des interventions auprès des personnes désorientées. Par exemple, lorsque le soignant peine à se faire comprendre par le client, il peut en résulter une escalade d'agitation verbale et physique jusqu'à la réaction catastrophique. Le soignant ressent alors de l'impuissance, frustration, colère, démobilitation et perte de sens en regard de la tâche à effectuer. Il est reconnu que les soignants œuvrant auprès de clients atteints de démence sont davantage stressés et fatigués (8). Il est aussi reconnu qu'au stress négatif est associé une augmentation du risque de TMS (7).

Les interventions de formation de l'ASSTSAS en regard des TMS chez les soignants

L'ASSTSAS a développé en 1983, et révisé régulièrement depuis, une formation sur le déplacement des personnes : **Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)**. C'est une formation de deux jours qui se donne en laboratoire tant pour la théorie que pour la pratique. Cette formation enseigne des principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvements pour l'exécution des manœuvres d'aide au déplacement ou à la mobilisation des clients. En plus de proposer des méthodes d'exécution de la tâche, elle vise aussi à permettre au participant de reconnaître les risques provenant des autres éléments de la situation de travail (personnes, équipement, environnement, organisation du travail et du temps). Cependant, dans les situations où le client présente une démence, la problématique de la relation avec le client émerge.

Pour répondre au besoin des milieux de soins à l'égard des clients désorientés, l'ASSTSAS en collaboration de neuropsychologues spécialisés en psychogériatrie, a élaboré une formation sur **la prévention des comportements agressifs et perturbateurs** (5). Cette formation de deux jours se donne en classe. Elle vise à améliorer les connaissances sur les démences ainsi que sur certaines stratégies d'intervention. Elle est appréciée des participants. Cependant les nouvelles stratégies intégrées par les soignants dans leur travail ne sont pas contrôlées. Le besoin d'outils supplémentaires continue d'être exprimé par les soignants.

En 2001, l'ASSTSAS s'engage dans une collaboration avec Yves Gineste et Rosette Marescotti (9) qui ont élaboré une formation sur la communication avec les personnes désorientées qui s'intègre à l'aide au déplacement : « La manutention relationnelle ». Une adaptation des concepts de cette formation est créée pour le contexte québécois. La formation s'inspire aussi du travail d'une chercheuse québécoise (10). Ainsi en 2003, un nouveau service est offert aux établissements : **la formation de formateurs à l'Approche relationnelle de soins**.

La formation ARS

Voici les éléments du contenu théorique de la formation ARS : la performance du soignant et l'adaptabilité; les difficultés rencontrées avec les clients; les règles de base de l'approche auprès d'un client : notions utiles de fonctionnement du système nerveux (voies afférentes et voies efférentes, traitement des informations tactiles, schéma corporel et perception des émotions, traitement des informations et mémoire affective) ; « ne pas faire à la place » ; l'approche relationnelle de soins ; la reconnaissance des feedback ; le regard, la communication verbale, le toucher (incluant une méthode pour faire relâcher les rétractions), les effets psychologiques dans la communication avec le client (la communication paradoxale, l'effet Pygmalion); la philosophie de soins de « l'humanité »; le concept « Vivre et mourir debout » : maintenir debout, remettre debout et l'aide à la marche ; la méthode d'attribution du soin.

Afin que le soignant intègre de nouveaux outils de communication et d'intervention dans son activité de travail, on mise sur l'émotion positive qu'il ressent d'abord en observant le formateur qui applique concrètement la théorie puis dans un deuxième temps lorsqu'il applique lui-même ses nouveaux savoir faire.

Pour ce faire, le cadre est le suivant. La formation est constituée d'un premier bloc théorique d'une demi-journée au cours duquel les participants identifient leurs clients qui présentent des difficultés particulières. Dans la deuxième demi-journée, le formateur exécute, en compagnie d'un soignant qui connaît le client, une démonstration d'un soin devant le groupe silencieux. C'est le formateur qui dirige le soin. Les participants assistent alors à l'application des principes de l'ARS. L'activité de la toilette est choisie parce qu'elle constitue la plus longue période de temps ininterrompue qu'un soignant passe en compagnie d'un client et parce que c'est habituellement l'activité de soin identifiée comme étant la plus difficile. Une discussion en groupe permet au participant qui a exécuté la toilette avec le formateur de commenter le déroulement du soin. Puis le groupe analyse les résultats observés. Deux ou trois démonstrations sont ainsi vécues par le groupe. Le processus se poursuit par une demi-journée de théorie suivie d'une autre demi-journée de démonstration en soin d'hygiène. Puis une pause d'une ou deux semaines permet aux participants d'expérimenter les façons de faire dans leur travail. À la suite de cette période, le formateur accompagne individuellement chaque participant pour l'exécution

de deux soins d'hygiène : c'est le compagnonnage. Ils exécutent ensemble la tâche mais c'est le participant qui guide le soin. À la suite de chaque toilette, le formateur et le participant discutent de l'intégration des principes de la formation. Lorsque tous les participants ont été accompagnés par le formateur, une rencontre de consolidation d'une demi-journée est planifiée. Lors de cette rencontre, les participants partagent les « bons coups » vécus depuis le début du processus de formation, des témoignages généralement remplis d'émotions positives. De plus, ils suggèrent à la direction les changements souhaitables à tous les niveaux : organisation du travail, équipement, environnement, etc. dans le cadre du projet de changement organisationnel.

Une anecdote illustre comment l'induction d'émotions positives chez le soignant transforme son activité de travail par la suite. Le soignant a reçu la théorie et assisté aux démonstrations en formation : il a déjà apprécié ce qu'il a vécu jusqu'ici en l'exprimant comme ceci à des collègues qui n'assistent pas (encore) à la formation. « C'est bien...c'est comme un rappel d'un foule de choses qu'on savait mais qu'on a fini par oublier de faire en devenant trop mécanique et puis il y a certains trucs nouveaux... ». Cependant, ce qui « convaincra » définitivement ce soignant est encore à venir. Lors du compagnonnage, le formateur et le soignant font la toilette d'une dame réputée difficile, qui ne comprend pas les consignes, crie et frappe à l'occasion. C'est le participant qui prend le leadership de la relation. Il est très attentif à tous les feedback non verbaux que renvoie la dame pour exprimer qu'elle n'aime pas tel ou tel geste. Ainsi le soin se déroule très bien, sans cri ni geste agressif, cela à l'intérieur du temps normalement dévolu à cette activité de travail. Une fois la dame installée à son fauteuil, le soignant s'approche d'elle avec la brosse à cheveux en indiquant verbalement et par geste que c'est le moment de se peigner. Lorsqu'il s'approche, la dame lève le bras pour attraper la brosse à cheveux. Le soignant appliquant le principe « de ne pas faire à la place » lui dit : « Vous voulez vous peigner, allez-y... », en lui tendant la brosse à cheveux. Surprise! Ce n'est pas ses cheveux que la dame veut peigner. Elle approche la brosse de la tête du soignant. Celui-ci, comprenant ce qu'elle veut faire s'accroupie devant elle. Elle lui peigne les cheveux durant quelques minutes. L'émotion joue son rôle. Le soignant reçoit le message qu'il a exécuté un soin d'hygiène de la dame dans des conditions que celle-ci a appréciées. Aphasique, elle n'a d'autres moyens de s'exprimer. Le soignant est « sur un nuage ».

Impacts de la formation ARS

L'anecdote précédente montre qu'on a évité des situations difficiles, voire une réaction catastrophique, néfastes au plan émotif et potentiellement contraignantes en terme d'efforts ou de postures. Plusieurs établissements où l'ARS est implantée expriment son impact par la réduction des réactions catastrophiques. Par ailleurs, une enquête par questionnaire auprès des participants à la fin du processus de formation fournit une appréciation quantitative et qualitative de la perception des participants. Ce questionnaire a été administré à la suite de 40 projets de formation. Au total, 392 participants ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 93%. Le questionnaire comprenait des questions fermées avec échelle de réponse (fortement en désaccord, en désaccord, d'accord, fortement d'accord). Il comprenait aussi des questions ouvertes où le participant pouvait exprimer librement son opinion. Ces questions portaient notamment sur le contenu de la formation qui est le plus utile pour le travail, ce qui est le plus facile à intégrer.

L'analyse des réponses porte ici sur les questions ou les informations permettant le mieux de faire le lien entre l'expérience d'émotions positives par les soignants et l'effet sur les facteurs de risque de TMS.

Les répondants sont unanimes dans leurs perceptions à la suite du processus de formation à savoir que : la formation leur a apporté des outils pour faire les gestes de soins avec encore plus de douceur (99% d'accord et fortement d'accord); la formation permet de rendre plus harmonieuse la relation avec les clients (99% d'accord et fortement d'accord); l'amélioration de l'autonomie des clients permet de rendre le travail plus sécuritaire (95% d'accord et fortement d'accord); l'amélioration de la communication avec le client permet d'améliorer la satisfaction au travail (98% d'accord et fortement d'accord).

Au plan qualitatif, voici une sélection de commentaires témoignant de l'influence de l'expérience d'émotions positives sur la perception des soignants de leur travail :

« Je souhaite qu'ils comprennent que nous avons aussi des **sentiments** pour les résidents et qu'il est **normal d'avoir des émotions**, d'avoir de **l'affection** pour eux qui est saine (...) »

« (...) Quand on prend le temps d'appliquer certaines choses avec des clients considérés difficiles et qu'on réussit, **on se sent tellement bien et c'est plaisant.** »

« Le toucher en douceur me permet de constater que les clients aiment ce contact de plus en plus et que **je ne pourrais plus m'en passer.** »

« Décrire tout ce que je fais prépare bien le patient. Aller chercher son regard stimule la personne à participer. Le contact des yeux est **très nourrissant.** »

« Éviter de faire les gestes à la place du client, dire et décrire nos actions, le toucher sont des choses simples qui ne demandent pas plus de temps et qui **améliorent la qualité de vie** des résidents et **des intervenants.** »

« (...) ils nous apportent aussi qu'on peut travailler dans un milieu où la douceur et notre attitude vont faire que nous serons **heureux et heureuses au travail.** »

« (...) avec cette pratique globale, je **force moins** à faire les soins, je suis **plus détendue**, je résiste moins, (...). »

« C'est l'autonomie des patients, ainsi que l'approche (qui) **nous facilite l'ouvrage** et nous fait sauver du temps. Le tout fait que le patient est satisfait et nous, **on est fier de notre ouvrage.** »

« **J'ai réussi à habiller** une dame qui avait été agressive pendant 2 jours (coup de poing) après **elle m'a remercié** en me regardant dans les yeux. »

« Avec certains malades que je ne nommerai pas, j'ai amélioré ma **patience, mon écoute.** »

« (...) Surtout, cette approche **diminuera l'agressivité** des deux parties. Chacun s'en trouvera **plus content ayant le sentiment du devoir accompli.** »

« Le toucher en douceur, la communication, l'humanité. C'est beaucoup **plus agréable** d'y aller selon ce que le client désire que de **forcer** à faire les choses. L'adaptabilité est super importante. »

« Ce que j'ai aimé de cette formation c'est que ma vision de mes tâches quotidiennes est différente. L'approche relationnelle est si souple et rassure énormément le client. C'est une formation qui ne peut **qu'être positive à l'ensemble des travailleurs** où je travaille ». »

« Formation réaliste, pas de grande théorie qu'on ne peut appliquer mais basée sur la réalité et très applicable. Ce qui est fantastique c'est **qu'on voit tout de suite les résultats** en appliquant cette approche relationnelle de soins. »

Conclusion

Aller au cœur de l'activité de travail des soignants pour agir sur les risques de TMS, c'est s'intéresser à la relation entre le soignant et le client en plus des efforts et des postures, notamment en raison des difficultés particulières reliées aux soins aux personnes désorientées. Nous croyons, à la lumière de la perception des participants à l'ARS que cette formation contribue à réduire les risques de TMS. Au-delà des perceptions des participants, des évaluations avec d'autres indicateurs d'impacts seront nécessaires. Il sera aussi intéressant d'analyser les facteurs facilitants ou nuisibles à son implantation dans les établissements.

Références

- 1- Institut National de Santé Publique du Québec. *Portrait national des troubles musculo-squelettiques (TMS) 1998-2007*. Septembre 2010.
- 2- BÉDARD, S., *Lésions professionnelles en CHSLD*. Objectif Prévention, vol.26, no.2, p.30-31, 2003.
- 3- ST-VINCENT, Marie, *Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers*, IRSST Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, rapport R-093, mars 1995.
- 4-ARCAND, M., HÉBERT, R., *Précis pratique de gériatrie*. 2e éd. Edisem, 1997.
- 5- BIGAOUETTE, Michel, *Prévention des comportements agressifs perturbateurs en milieu d'hébergement gériatrique*, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. 2001.
- 6- PELLISSIER, Jérôme, *Ces troubles qui nous troublent. Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Éditions érès, 2010.
- 7- KUORINKA, I., FORCIER, L., *Les lésions attribuables au travail répétitif*, Éditions MultiMondes, 1995.
- 8- BOURQUE, M., VOYER, P., *La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence*, dans Philippe Voyer (sous la direction de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, Éditions du renouveau pédagogique, 2006.
- 9- site internet : cec-formation.net
- 10-LÉVESQUE, Louise. *L'approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs*, *L'infirmière du Québec*, janvier-février 2001, p.29-38.