

# L'infirmière en réadaptation physique... vous connaissez?

Le rôle et la spécificité de la mission de cette infirmière.

Par **Daphney St-Germain**, inf., Ph.D. et **Anne-Sophie Allaire**, M.Sc.



© Dan Aucante / Science Photo Library

Virginia Henderson a écrit que les infirmières avaient le potentiel d'être ou de devenir des « *rehabilitators par excellence* » (Henderson, 1980). Qu'en est-il au juste de ce rôle ?

Les besoins de réadaptation se font sentir autant en soins primaires que tertiaires. Cet article traite des services de réadaptation physique. La clientèle de tout âge souffre de déficiences très diversifiées : neurologique, motrice, visuelle, auditive, de la parole ou du langage. Les atteintes nécessitant des soins en réadaptation physique sont énumérées dans le Tableau 1.

## Processus

Les services offerts en réadaptation physique relèvent soit de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) ou de la réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) comme ceux de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP).

Les interventions en RFI sont axées sur la récupération des fonctions motrices et cognitivo-sensorielles, ainsi que sur le rétablissement de l'autonomie fonctionnelle. Les

TABEAU 1

## Atteintes en réadaptation physique

- Lésion musculosquelettique
- Maux de dos chroniques
- Amputation
- Accident vasculaire cérébral
- Déficience motrice cérébrale
- Lésion médullaire
- Tétraplégie ventilo-assistée
- Maladies neuromusculaires
- Traumatisme craniocérébral
- Surdité
- Déficience visuelle
- Surdicécité
- Trouble du langage
- Grand brûlé

interventions en RAIS ont pour objectif le développement optimal de l'autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle et communautaire (ASSSM, 2005).

Lorsque des soins en réadaptation sont requis, une équipe multidisciplinaire entreprend des interventions pour limiter les incapacités de la personne et prévenir les récives (Remsburg et Carson, 2006). La réadaptation est une étape essentielle qui permet à l'usager de passer de l'incapacité à réaliser la plupart de ses soins à une reprise totale ou partielle de ses activités de la vie quotidienne.

## La réadaptation est une étape essentielle qui permet à la personne de passer de l'incapacité à réaliser la plupart de ses soins à une reprise totale ou partielle de ses activités de la vie quotidienne.

La plupart des usagers ressentent une « altération de leur image de soi » due aux séquelles de leurs atteintes physiques (Mauk, 2012). Cette altération provoque souvent un long processus de deuil qui perturbe psychologiquement les personnes touchées et cause de l'anxiété, de la rage, de la dépression, de l'isolement et des comportements autodestructeurs (St-Germain et al., 2008a). La dépression est un problème fréquent en réadaptation (Gunderson et Tomkowiak, 2005).

Le processus de réadaptation devrait permettre à la personne soignée de progresser de façon à rétablir le lien avec elle-même, puis de mieux accepter sa condition. La qualité du cheminement influence positivement ou négativement la personne dans l'acceptation de sa condition et l'implication dans son rétablissement. Il est alors fondamental que l'infirmière en réadaptation s'engage dans une approche humaniste centrée sur l'usager ; une approche dans laquelle la personne soignée sera portée à collaborer activement à son rétablissement (St-Germain et al., 2008a).

Un handicap physique provoque souvent des situations de crise à l'intérieur du cercle familial. Ses répercussions psychosociales représentent un défi pour la réadaptation de la personne en situation d'handicap (Gaugler et al., 2004).

Les limites résultant d'un handicap imposent aussi à la personne atteinte de modifier ses activités personnelles et professionnelles et de ce fait, de perdre son environnement social. Maintenir cet environnement implique une démarche complexe qui exige des efforts quotidiens.

En réadaptation, les résultats dépendent beaucoup de la capacité et du rythme d'apprentissage de l'usager. Ainsi, la personne doit collaborer activement à ses soins afin de pouvoir prendre en charge sa propre réadaptation en devenant plus apte à exercer son pouvoir de décision et en retrouvant son autonomie (St-Germain et al., 2008a). L'approche adoptée par l'infirmière doit être cohérente avec ces objectifs.

## Évolution de la réadaptation

Une revue de littérature atteste que la fonction de l'infirmière en réadaptation s'est développée parallèlement à l'histoire de la réadaptation. Cette histoire est marquée principalement par trois périodes (Wirocius, 1999) :

- 1 La *période d'avant la Première Guerre mondiale* (1800-1913) voit se définir la place des personnes dites « handicapées » dans le champ social. Des institutions sont créées pour elles. Ce sont les déficiences sensorielles comme la cécité et la surdité qui suscitent le plus d'attention.

Les premières infirmières laïques apparaissent au côté des religieuses dans les établissements de soins.

- 2 La *période des Deux Guerres mondiales* (1914-1945) voit émerger la réadaptation médicale. Il s'agit d'une époque très active. De nombreuses initiatives voient le jour dont celle du docteur Gabriel Bidou (1878-1959). Il crée en 1924, à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière,



Dr Gabriel Bidou

le premier Service de *récupération fonctionnelle* des Hôpitaux de Paris. Ce médecin français développe les concepts de récupération fonctionnelle, notamment d'orthopédie instrumentale, d'autonomie et de rééducation au niveau de la déficience fonctionnelle.

Pendant ce temps, les infirmières s'illustrent dans les hôpitaux militaires. Elles y gagnent une renommée et de là, la nécessité d'élaborer une formation plus complète s'imposera (Warnet, 2007).

- 3 La *période contemporaine* (1946 à aujourd'hui) voit se développer l'organisation des soins de réadaptation. Les progrès réalisés pendant la période des Deux Guerres se renforcent et s'institutionnalisent avec le développement d'une culture sur le handicap et la réadaptation.

La reconnaissance du rôle de l'infirmière en réadaptation tarde à venir. Il faudra attendre en 1983 pour que le premier Congrès des infirmières en réadaptation ait lieu en France. Dès lors, ce domaine n'a cessé d'évoluer partout dans le monde, mais est toujours peu connu.

Source photo : Wirocius J.M. « Gabriel Bidou (1878-1959) : l'origine des soins des personnes handicapées dans le champ sanitaire », *Le Journal de Nervure*, n° 3, avril 2001, p. 1-12.

### L'humanité

Les modèles de soins infirmiers proposent plusieurs approches. Ces modèles abordent différemment les concepts du métaparadigme infirmier, soit les soins, l'environnement, la personne et la santé.

Depuis quelques années, le système de soins de santé tend vers l'humanisation des soins (Gravel, 2005). Les établissements souhaitent que le patient soit placé au centre des soins, et ajustent leurs approches de soins.



Rééducation du langage après un accident cérébrovasculaire.

Ce changement rappelle le concept d'*humanité* mis de l'avant par Albert Jacquard qui évoquait ainsi la compréhension de l'aventure humaine (Jacquard, 1986). Ce néologisme concerne tous les aspects de la vie de l'humain et met de l'avant un agir sensé et respectueux. Cette philosophie permet, entre autres, de comprendre l'essence de la vie de la personne et de s'interroger sur ses désirs, son bien-être et sa qualité de vie.

Chez le soignant, l'*humanité* fait ressortir les côtés les plus empathiques, authentiques et fondamentaux de la pratique infirmière. Dans une situation telle que la réadaptation où la personne soignée doit se « rebâtir » dans tout son être, autant physique, psychologique, psychosocial et spirituel, l'encadrement de l'infirmière devient un élément déterminant de son rétablissement. Ce type d'encadrement fait écho à l'approche *Caring* de Watson (1979, 1988 et 1999).

### **Caring-PPH**

L'approche *Caring* a été implantée par les infirmières dans plusieurs milieux de réadaptation au Québec. Elle préconise le respect de la dignité des usagers tout en visant le développement optimal de leur potentiel (Watson et Foster, 2003). Le soigné est considéré de façon holistique, autant dans son corps que dans son âme et son esprit. Le soignant affine sa pratique en lui donnant des soins adaptés à son unicité tout en respectant son rythme d'apprentissage.

L'importance n'est pas tant accordée à ce qui est accompli mais plutôt à un objectif qui se résume par le bien-être et la croissance de la personne soignée à long terme (St-Germain et al., 2008b, 2011).

Le modèle du Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas et RIPPH, 1998), appliqué depuis 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses politiques sur les déficiences physiques et intellectuelles, permet de découvrir et d'expliquer les

causes et les conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne.

Le PPH aborde la perspective des limites personnelles et professionnelles d'une personne dite « handicapée » dans ses activités de la vie quotidienne comme étant le résultat de l'interaction entre son atteinte et les facteurs environnementaux (Gagné, 2012).

Ensemble, l'approche *Caring* et le modèle du PPH favorisent une approche optimale en réadaptation. Conceptuellement, les deux s'intéressent à l'avenir de la personne et l'accompagnent dans son développement social. Le modèle *Caring*-PPH présente une vision cohérente et offre un soutien aux infirmières en réadaptation en les guidant vers des objectifs adaptés à l'expérience et aux projets de l'utilisateur.

En somme, l'adoption du modèle *Caring*-PPH par les infirmières combine l'approche humaniste du *Caring* et l'accompagnement des usagers vers une participation sociale optimale grâce au PPH. L'alliance *Caring* et PPH lie, en ce sens, les soins infirmiers à la réadaptation (St-Germain et al., 2008b, 2011).

**L'adoption du modèle *Caring*-PPH combine l'approche humaniste du *Caring* et l'accompagnement des usagers vers une participation sociale optimale grâce au PPH. L'alliance *Caring* et PPH lie, en ce sens, les soins infirmiers à la réadaptation.**

### **Risque et sécurité**

L'approche de soins ne peut être dissociée des notions de sécurité et de risque pour les usagers. Depuis quelques années, la sécurité est une préoccupation majeure de notre système de santé. Ce sujet reste peu étudié dans le milieu de la réadaptation bien qu'il y aurait un net avantage à s'y intéresser (Gallinagh et al., 2001 ; Simpson et al., 2003).

Parler sécurité en réadaptation requiert une compréhension des particularités de ce milieu. En effet, les notions de sécurité et de risque en réadaptation doivent être analysées de façon plus large en raison de la nature des soins de réadaptation, de leur durée et de l'engagement de la personne dans son rétablissement. D'une part, l'origine traumatique et la gravité des atteintes rendent souvent le rétablissement long, douloureux et exigeant pour les usagers. Ils auront à relever des défis et à surmonter des situations comportant des risques. D'autre part, pour la plupart des personnes, il s'agit d'un milieu de vie temporaire dans lequel ils doivent se réapproprier une autonomie en préparation de leur congé.

Les exercices de réadaptation exigent que la personne soit le plus souvent libre de ses mouvements. Les professionnels doivent donc faire la part des choses entre prévention et gestion des risques. Ils doivent établir un équilibre entre pratiquer les exercices supervisés et favoriser l'initiative.

En fait, la notion de sécurité et de risque ne doit pas être une entrave au rétablissement de la personne.

L'infirmière en réadaptation doit encourager l'usager à poursuivre sa réadaptation en l'incitant à dépasser ses limites personnelles. Les risques augmentent mais deviennent bénéfiques à son apprentissage (Fancott *et al.*, 2006).

En l'amenant à bien connaître le soigné, l'approche *Caring* offre au soignant un encadrement qui lui permet de mieux doser les risques. Ainsi, il est plus en mesure de suivre le rythme de son client et de se préoccuper de son bien-être à long terme (St-Germain *et al.*, 2008a).

Pour mener à bien la réadaptation, l'infirmière souhaite que la personne soit dans les meilleures dispositions possibles tant physiques, psychologiques que psychosociales. Une infirmière qui ne s'implique pas ou qui s'implique peu dans la démarche devient moins sensible aux difficultés de son client et, par le fait même, à la détérioration de son état de santé (Benner, 1995). De plus, les bénéfices en matière de sécurité et de risque sont décuplés lorsque tous les professionnels impliqués arrivent de façon harmonieuse les plans de traitement dans une forte collaboration intra et interprofessionnelle (Velji *et al.*, 2008).

### Rôle

Le champ d'exercice défini par la « Loi 90 » confirme le rôle de l'infirmière dans le maintien et le rétablissement de la santé de la personne en interaction avec son environnement. Ce rôle englobe la réadaptation et le traitement.

L'infirmière en réadaptation est responsable de personnes atteintes d'incapacités physiques temporaires ou permanentes. À cause de la diversité de sa clientèle, elle a recours à un ensemble d'habiletés tant techniques que relationnelles. Les efforts déployés par la personne pendant sa réadaptation renforcent la dyade soignant-soigné.

Le but visé par la réadaptation est l'intégration sociale de l'usager dans son milieu de vie. L'infirmière doit centrer ses soins sur son client, sa famille et son expérience de vie. En reconnaissant et en valorisant les capacités de son client à réaliser son plein potentiel, elle établit avec lui un lien de confiance qui est non seulement bénéfique pour lui mais également gratifiant pour elle (St-Germain *et al.*, 2008a).

---

Ce texte vise à montrer la complexité du rôle de l'infirmière en réadaptation et à faire reconnaître son importance pour les usagers. Sa mission professionnelle implique une vision élargie de la trajectoire de soins. De plus, le processus de rétablissement dans le milieu de la réadaptation est particulièrement tributaire d'une approche humaniste et holistique. Cette vision bénéficierait à d'autres milieux de soins, de courte ou de longue durée.

La qualité de l'exercice des infirmières dans ce domaine devrait être soutenue par des activités de formation continue, d'amélioration et d'actualisation.

## Des exemples *Caring*-PPH

Il y a déjà des exemples du modèle *Caring*-PPH même s'il en est encore à ses premiers balbutiements. Depuis 2007, une initiative inspirée de l'approche *Caring* a vu le jour à l'IRD PQ. Deux infirmières de l'équipe des blessés médullaires, Gina Therrien et Julie Genest, ont mis sur pied l'Escouade Cotonnelle pour intervenir en rééducation intestinale. Dans une enquête de terrain réalisée par les infirmières, les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière considéraient la perte de la fonction intestinale par voie normale comme l'une des plus importantes complications de leur condition. Elles se disaient insatisfaites des soins reçus. L'un des objectifs de l'Escouade Cotonnelle visait à humaniser davantage la pratique des soins intestinaux auprès de ces personnes.

À ce jour, cette Escouade comprend plusieurs professionnels de la santé. Ces derniers dispensent un enseignement personnalisé sur la fonction intestinale et tout ce qui s'y rattache dans le cadre d'ateliers ou de rencontres.

Ce projet a amélioré la relation des infirmières avec les soignés en favorisant l'écoute comme le préconise l'approche *Caring*. Il a permis de prévenir les complications, de rassurer les personnes et d'optimiser leur prise en charge dans le rétablissement de leurs habitudes de vie, comme le préconise le PPH.

Une étude est actuellement en cours pour explorer l'expérience de l'élimination intestinale des personnes blessées médullaires et des prestataires de soins. Cette étude veut définir l'impact de ce type de soins sur leur qualité de vie et leur proposer des avenues de soutien significatif pour eux.

En terminant, cette phrase de Walter Hesbeen (2001), infirmier titulaire d'un doctorat en santé publique, rappelle l'essentiel du soin : « La réadaptation combine une discipline et un esprit qui ont pour ambition d'œuvrer pour rendre toute personne et toute population concernées par une infirmité ou une invalidité le moins handicapée possible dans les situations qu'elles rencontrent ou vont rencontrer au quotidien, afin que le poids de l'existence ne soit pas plus lourd à porter à cause de leur particularité ». ■

## Les auteures



**Daphney St-Germain** est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheure au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.



**Anne-Sophie Allaire** est professionnelle de recherche au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS). Elle a fait une maîtrise en santé communautaire.



## Références

- Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal (ASSSM). *Organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence – État de situation à l'automne 2004*, Montréal, ASSSM – Service de la planification et du développement stratégique, 2005, 77 p. [En ligne : [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/pdf/publications/isbn2-89510-231-7vcorr.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn2-89510-231-7vcorr.pdf)]
- Benner, P.E. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, Paris/Saint-Laurent, InterEditions/Éditions du Renouveau Pédagogique, 1995, 252 p.
- Fancott, C., K. Velji, E. Aimone et L. Sinclair. « Exploration of patient safety phenomena in rehabilitation and complex continuing care », *Healthcare Quarterly*, vol. 9, numéro spécial, oct. 2006, p. 135-140.
- Fougeyrollas, P. et Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). *Classification québécoise – Processus de production du handicap*, Lac St-Charles (QC), RIPPH/SCCIDIH, 1998, 166 p.
- Gagné, L. « L'OPHQ et les infirmières – Des services méconnus », *Perspective infirmière*, vol. 9, n° 5, sept./oct. 2012, p. 23-25.
- Gallinagh, R., R. Nevin, L. Campbell, F. Mitchell et R. Ludwick. « Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital », *British Journal of Nursing*, vol. 10, n° 6, 22 mars 2001, p. 391-392.
- Gaugler, J.E., C.R. Leach et K.A. Anderson. « Correlates of resident psychosocial status in long-term care », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 19, n° 8, août 2004, p. 773-780.
- Gravel, C. *Le défi du monde de la santé : comment humaniser les soins et les organisations*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2005, 191 p. (Coll. Communication. Groupes et organisations)
- Gunderson, A. et J. Tomkowiak. « Major depression in rehabilitation care », *Rehabilitation Nursing*, vol. 30, n° 6, nov./déc. 2005, p. 219-220.
- Henderson, V.A. « Preserving the essence of nursing in a technological age », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 5, n° 3, mai 1980, p. 245-260.
- Hesbeen, W. *La réadaptation : aider à créer de nouveaux chemins*, Paris, Seli Arslan, 2001, p. 65. (Coll. Perspective soignante)
- Jacquard, A. *L'héritage de la liberté : de l'animalité à l'humanité*, Paris, Seuil, 1986, 209 p. (Coll. Science ouverte)
- Mauk, K.L. « Overview of rehabilitation », in K.L. Mauk (ss la dir. de), *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice*, Sudbury (MA), Jones & Bartlett Learning, 2012.
- Remsburg, R. et B. Carson. « Rehabilitation », in I. Lubkin et P. Larsen (ss la dir. de), *Chronic Illness: Impact and Interventions*, Sudbury (MA), Jones & Bartlett Learning, 2006, p. 577-610.
- Simpson, J.M., C. Darwin et N. Marsh. « What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London », *British Journal of Community Nursing*, vol. 8, n° 4, avril 2003, p. 152-159.
- St-Germain, D., R. Blais et C. Cara. « La contribution de l'approche de Caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice », *Recherche en soins infirmiers*, n° 95, déc. 2008a, p. 57-69.
- St-Germain, D., B. Boivin et P. Fougeyrollas. « Allier le soin infirmier et la réadaptation : un modèle de pratique Caring–Processus de Production du Handicap peut-il faire la différence ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 95, déc. 2008b, p. 70-78.
- St-Germain, D., B. Boivin et P. Fougeyrollas. « The Caring-disability creation process model: a new way of combining 'care' in nursing and 'rehabilitation' for better quality of services and patient safety », *Disability and Rehabilitation*, vol. 33, n° 21-22, 2011, p. 2105-2113.
- Velji, K., G.R. Baker, C. Fancott, A. Andreoli, N. Boaro et G. Tardif. « Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3, 2008, p. 72-79.
- Warnet, S. « Les racines du prendre soin », *Revue de l'infirmière*, vol. 56, n° 134, oct. 2007, p. 16-20.
- Watson, J. « New dimensions of human Caring theory », *Nursing Science Quarterly*, vol. 1, n° 4, nov. 1988, p. 175-181.
- Watson, J. *Nursing. Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*, Boston (MA), Jones & Bartlett, 1999, 111 p.
- Watson, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1<sup>re</sup> éd.), Boston (MA), Little Brown, 1979, 321 p.
- Watson, J. et R. Foster. « The attending nurse Caring model: integrating theory, evidence and advanced Caring-healing therapeutics for transforming professional practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, n° 3, mai 2003, p. 360-365.
- Wirofius, J.M. *Histoire de la rééducation*, Paris, Elsevier, 1999, 25 p. (Coll. Encyclopédie médico-chirurgicale – Médecine)