

UNIVERSITE DE HAUTE ALSACE

En collaboration avec

L'AIRR

(Association nationale des Infirmières en Rééducation Réadaptation)

Et

ALISTER

(Association pour l'Information Scientifique et Technique en Rééducation)

HUG 
Hôpitaux Universitaires de Genève



L'infirmière de rééducation: *des compétences à la conceptualisation...*

Soutenu par :

JONNIAUX Sandrine

Infirmière Spécialiste Clinique en Réadaptation

Directeur de mémoire :

MATTER Claire

Surveillante Générale en Soins Infirmiers

Promotion 2002-2003

DIPLOME D'UNIVERSITE

SOINS INFIRMIERS EN REEDUCATION ET READAPTATION

R E M E R C I E M E N T S

Remerciements,

J'aimerais avant tout remercier mon mari, mes collègues de travail et amis proches, pour leur écoute et leur soutien au quotidien pendant tous ces mois de travail et de réflexion.

Puis mes remerciements s'adressent à Melle Matter Claire, mon directeur de mémoire, et Me Alvarez Raymonde, directrice adjointe des soins infirmiers des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui m'ont permis de mener à terme ce travail par leurs conseils et leurs encouragements.

Je n'oublie pas les équipes de soins (responsables d'unités, infirmières et aides-soignantes) de la clinique de rééducation de Beau-séjour, et leur adresse mes remerciements pour leur participation et collaboration dans ce travail.

A tous, merci d'être présents.



R E S U M E

La réadaptation a connu un véritable essor après la seconde guerre mondiale, période où elle émerge en tant que discipline médicale. Les soins infirmiers se professionnalisent, et quelques années plus tard sont élaborées les premiers concepts et théories en soins infirmiers.

Ce travail écrit de fin de formation porte plus précisément sur les soins infirmiers de réadaptation. Il a pour objectif de montrer que l'élaboration d'un concept de soins infirmiers dans ce domaine améliore la pratique professionnelle, et qu'il implique des compétences particulières. Il porte donc sur les compétences et le processus de conceptualisation dans le domaine de la réadaptation, et plus précisément à la clinique de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Un questionnaire a été distribué à une soixantaine d'infirmières de réadaptation, afin d'évaluer comment elles définissent leur rôle. Il a aussi permis de cibler leurs compétences, ainsi que la méthode d'acquisition de celles-ci.

Dans les réponses obtenues, les infirmières placent en priorité leurs rôles dans les aspects relationnels, d'éducation, d'enseignement et de soignantes. Elles reconnaissent qu'il faut des compétences particulières et s'efforcent de les développer (c'est dans le domaine de l'éducation qu'elles sont le mieux formées).

Les propositions d'amélioration de cette pratique portent sur l'élaboration de documents institutionnels (cahier des charges spécifique, concept de soins infirmiers de réadaptation), et sur la formation du personnel soignant.

Elles ont pour but d'aider chacun à enrichir sa conception du soin, à mieux « penser » la pratique, en donnant un sens, en équipe, aux soins de réadaptation.

T A B L E D E S M A T I È R E S

REMERCIEMENTS	2
RESUME	3
INTRODUCTION	6
PROBLEMATIQUE	7
HYPOTHESE	9
I CONTEXTE	11
1) Historique médecine physique et réadaptation	11
2) Historique de la profession d'infirmière	15
3) La clinique de rééducation des HUG	15
4) Présentation de la fonction d'Infirmière Spécialiste Clinique (ISC)	17
a) Experte	17
b) Consultante	17
c) Formatrice et enseignante	18
d) Chercheur clinique	18
e) Chef de projet	18
f) Autres	19
II PROFIL DE L'INFIRMIERE DIPLÔMEE	21
1) Définition des Soins Infirmiers	21
a) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	21
b) Conseil International des Infirmières (CII)	22
c) Association Suisse des Infirmières (ASI)	22
2) Formation de l'infirmière diplômée	23
a) En France	23
b) En suisse	25
3) L'infirmière aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	27
III CADRE DE REFERENCE	30
1) Définitions	30
a) Théorie:	30
b) Modèle	31
c) Concepts	333
2) Concept de réadaptation	33
a) Autonomie, indépendance	34
b) Handicap	35
c) Interdisciplinarité	37
d) Education	39
3) L'infirmière de réadaptation	41
a) Les soins infirmiers de réadaptation	41
b) L'infirmière de réadaptation aux HUG	45
4) Compétences	48
a) Compétences individuelles	48

b) Compétences collectives	50
5) Conceptualisation des soins infirmiers de réadaptation	51
IV RECUEIL DE DONNEES	57
1) Méthodologie	57
a) Objectif	57
b) Population étudiée et échantillon	57
2) Outil du recueil de données	58
3) Résultats	58
V ANALYSE DU RECUEIL DE DONNEES	61
VI PROPOSITIONS	70
1) Cahier des charges de l'infirmière de réadaptation	70
2) Elaboration / Validation du concept de soins infirmiers de réadaptation	74
3) Accueil et formation du personnel soignant	75
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES:	
1 Prescriptions relatives à la formation des infirmières diplômées (CRS)	84
2 Organigramme des soins infirmiers	94
3 Standards de soins	96
4 Responsabilité et pratique professionnelle	103
5 Cahier des charges de l'infirmière diplômée	117
6 Questionnaire du recueil de données	122



INTRODUCTION

I N T R O D U C T I O N

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de ma formation au SERFA (Université de Haute Alsace à Mulhouse en France), en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en Rééducation Réadaptation. Au travers de mon expérience en réadaptation, lors de mes discussions avec des collègues d'horizons divers (que ce soit dans des services spécialisés, des service de médecine et de chirurgie, ou bien auprès d'étudiants infirmiers), j'ai été étonnée de constater la méconnaissance de la place et du rôle de l'infirmière en réadaptation. Ma réflexion porte donc sur les soins infirmiers de réadaptation de la clinique de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève, cadre dans lequel j'exerce mes fonctions d'infirmière spécialiste clinique.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence la nécessité de développer un concept de soins infirmiers en réadaptation. La méthode utilisée est l'élaboration d'un questionnaire, distribué aux infirmières de réadaptation.

Après avoir énoncé la problématique et avancé une hypothèse, le développement est structuré en cinq parties. La première partie aborde d'une part le contexte historique de la médecine physique et de réadaptation et de celui de la profession d'infirmière, et d'autre part la présentation de la clinique de rééducation et de la fonction d'infirmière spécialiste clinique. Dans la seconde partie est développé le profil de l'infirmière diplômée, avec les définitions et la formation en soins infirmiers. La troisième partie aborde le cadre de référence du concept de réadaptation, où sont détaillées les compétences, le processus de conceptualisation, et son impact sur la pratique professionnelle. Dans la quatrième partie, sont présentés les résultats des questionnaires, suivi de l'analyse de ces données. Dans la cinquième et dernière partie, la discussion s'ouvre sur des propositions d'élaboration d'un cahier des charges spécifique, d'un texte décrivant le concept de soins infirmiers en réadaptation, et sur une proposition de formation.

En annexe, figurent les textes et documents en vigueur dans l'institution, ainsi que l'outil de mon recueil de données.

Tout au long de ce travail, j'ai utilisé, par simplicité le terme infirmière mais il s'adresse aussi aux infirmiers.

P R O B L E M A T I Q U E

L'Infirmière Coordinatrice du département de Neurochirurgie, Neurosciences Cliniques et Dermatologiques (NEUCLID)¹, qui comprend les unités de rééducation, m'a confié le mandat en 2002 d'élaborer « un texte décrivant les soins infirmiers en réadaptation ». Les responsables d'unités et les infirmières les plus anciennes des équipes de soins souhaitaient travailler sur un concept de soins infirmiers en réadaptation. Les différentes observations sur le terrain lors de consultations avec les patients m'ont confirmé qu'il y avait effectivement la volonté des différents collaborateurs de travailler dans le même sens, en utilisant les mêmes valeurs et concepts, avec un réel besoin d'identité. L'hôpital de Beau-Séjour où se trouve la clinique de rééducation est un bâtiment annexe à l'Hôpital Cantonal. Mes fonctions d'Infirmière Spécialiste Clinique (ISC) m'amène à travailler en transversalité entre les deux sites.

Les particularités de la clinique de rééducation de Beau-Séjour sont:

- Une clinique assez récente (1998) où les infirmières et les aides soignantes ont été amenées à changer leurs manières de travailler. Peu d'infirmières diplômées étaient formées en réadaptation, quelques infirmières cliniciennes², et pas toujours de culture de réadaptation (les concepts d'indépendance et d'autonomie par exemple n'étaient pas clairs pour tout le monde).
- Il y a quatre équipes de rééducation réparties dans quatre unités avec des patients de trois secteurs différents : locomoteur, neurologie, atteintes médullaires.
- Au niveau des effectifs, il y a au total 58 infirmières et 26 aides soignantes (en moyenne un poste d'infirmière et d'aide soignante par lit).

¹ Organigramme des soins infirmiers en annexe n°2

² Clinicien(ne)s : infirmiers ayant suivis une formation supplémentaire où sont développer l'introduction des changements, l'esprit clinique, l'analyse de situation...

Les collaborateurs (trices) ont eu à réfléchir:

- Sur l'approche des soins infirmiers en réadaptation.
- Sur leur rôle auprès du patient, par exemple une aide dit «qu'auparavant, elle faisait des toilettes auprès des personnes, alors que maintenant elle doit accompagner ces personnes».
- Sur la collaboration avec les différents professionnels.
- Sur la prise en charge des patients plus jeunes.
- Sur les nouvelles pathologies.
- Sur la participation de la famille aux soins, en vue du retour à domicile.
- Sur leur rôle d'éducation à la santé.

L'Infirmière Coordinatrice du département avait pour habitude de dire : « en réadaptation, il faut apprendre à soigner les patients les mains dans les poches », c'est à dire apprendre à les laisser faire tout en étant auprès d'eux, pour faciliter leur apprentissage. Les premières rencontres du groupe de travail chargé de l'élaboration du concept de soins infirmiers en réadaptation ont eu lieu en 2002 avec les infirmières cliniciennes, à la demande de leurs responsables d'unités respectifs. Puis, les participants ont été absents car les effectifs étaient insuffisants dans les unités, certains cliniciens sont partis, ou bien ils leurs étaient impossible de se libérer pour les rencontres ou de faire des recherches personnelles entre les séances. Ensuite, je suis partie quelques mois en congé maternité et suis revenue en septembre 2003 où j'ai appris que ce projet était en attente car il y avait eu des périodes difficiles (absence des collaborateurs, postes non repourvus, vacances...), et le projet a été interrompu. Le groupe de travail a enfin pu reprendre en décembre 2003, mais cette fois-ci avec les responsables d'unités de la clinique, en planifiant l'échéance du projet à juin 2004.

H Y P O T H E S E

Mon hypothèse de travail est la suivante :

La conceptualisation des soins infirmiers de réadaptation améliore la pratique professionnelle. Ce processus implique des connaissances et des compétences particulières.



Chapitre 1

C O N T E X T E

Chapitre 1

C O N T E X T E

1) Historique médecine physique et réadaptation

L'histoire de la réadaptation peut s'analyser dans le temps selon trois périodes principales ¹:

- les temps anciens
- la période des deux guerres
- la période contemporaine.

Les temps anciens

- Cette première période des temps anciens éclaire surtout la place des personnes handicapées dans le champs social, et où le terme handicapé n'existe pas. On parle de malades incurables.
- **Il y a 5000 ans** : description des signes cliniques des lésions médullaires par un médecin égyptien
- **400 ans avant J.-C.** : Hippocrate donne une description des séquelles et de la tentative de réduction des mêmes lésions.
- **XVII ème siècle** : l'organisation sociale se met en place. La fondation de l'Hôtel Royal des Invalides à Paris fut proposée pour offrir aux soldats estropiés l'accueil et les soins nécessaires.
- **XVIII ème siècle** : premières traces écrites de « gymnastique médicale ou essai sur l'utilité du mouvement ou des différents exercices du corps ».

¹ WIROTIUS JM. Histoire de la rééducation. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, 1999, 25p.

- **1741 : naissance du terme orthopédie (créé par Nicolas Andry)** où l'auteur parle de « l'orthopédie ou l'art de prévenir et corriger dans les enfants les difformités du corps ».
- **1879 Bourneville**, médecin de l'hôpital Bicêtre à Paris et précurseur de la réadaptation, **ouvre un service** où il accueille des enfants que l'on nommerait aujourd'hui des « **polyhandicapés** ». **Débutent différents actes de réadaptation** : déglutition, fonction sphinctérienne... Un enseignement professionnel est proposé.
- **1893** première classification des maladies par le docteur Bertillon.

La période des deux guerres

« Jusqu'à la moitié du XX ème siècle le blessé ou le lésé médullaire , si l'on inclut toutes les étiologies médicales, et qui présentait une atteinte médullaire grave, devait être considéré comme étant condamné, abandonné. Le rôle de l'infirmière n'était guère, à part quelques soins, que celui d'un accompagnement psychologique jusqu'au dernier moment. »¹

- **Première guerre mondiale** : introduction en France de certains traitements relatifs aux soins de la vessie et de la peau.
- **1924** création du **premier service de récupération fonctionnelle** à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Réflexion sur les soins, propositions de concepts (« récupération fonctionnelle », « orthopédie instrumentale... »).
- **En 1927**, le terme « Hand in cap », c'est à dire la main dans le chapeau, traverse la Manche pour les courses à handicap « course ouverte aux chevaux dont les chances de vaincre sont égalisés par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand ! » (terme rencontré pour la première fois au XVIè siècle en Grande-Bretagne).
- **1944** : Création du centre des blessés médullaires de Stoke-Mandeville en Grande-Bretagne dont Sir Ludwig Guttmann est à l'origine. Codification du traitement des lésions médullaires et du processus de réadaptation de ces blessés, tant sur le plan médical que socioprofessionnel. Mise en évidence de l'importance de l'équipe infirmière dans le processus de réadaptation, surtout dans prévention et traitement des

¹ DOLFUS Paul, Introduction à l'historique de la réadaptation médicale, 1992.

escarres. Le processus de réadaptation est commencé le plus tôt possible, dès l'identification des lésions.

En France, les Drs Benassy et Maury, le Pr Grossiord donnent l'impulsion. Les centres de réadaptation de Fontainebleau, le centre national de traitement des séquelles poliomyélitiques de Garches acquièrent une notoriété nationale et internationale.

En Belgique, vers la fin des années 1940, c'est le Pr Pierre Houssa qui est à l'initiative de l'ouverture du centre de traumatologie et de réadaptation à Bruxelles. Le centre William Lennox est créé en 1972 par le Dr Lucien Sorel. Ce centre s'ouvre aussi aux personnes atteintes d'épilepsie, et à la recherche en épileptologie et neurophysiologie, ce qui élargit le champ de la réadaptation aux autres affections ne relevant pas seulement de lésions locomotrices.

Essor réel de la réadaptation lors de la seconde guerre mondiale.

Les efforts ont alors porté sur la reconstruction, et la nécessité de mettre à disposition toutes les ressources disponibles. Des centres spécialisés en réadaptation ont été créés dans différents pays. A cette époque, il y avait beaucoup de mutilés de guerre, donc la population était surtout atteinte d'affections d'origine traumatique.

Emergence de la réadaptation en tant que discipline médicale.

Auparavant, il s'agissait plutôt de lieux de convalescence, de placement, voire d'internement, puis ensuite la conception fut différente, il fallait préparer l'individu sur les plans physiques, moral, social, familial, professionnel au meilleur genre de vie possible avec ses capacités résiduelles. Cette discipline médicale s'est spécialisée, en vue de mieux explorer et agir au cœur de la complexité des situations humaines, avec un recours précoce à la pluridisciplinarité. Puis les progrès de la médecine aiguë (cancérologie, cardiologie...) ont eu pour conséquences un allongement de l'espérance de vie, et l'augmentation de personnes atteintes d'affections chroniques ou handicapantes.

La période contemporaine

- **1940** On trouve le terme « handicap » dans le Robert. Les termes « handicap », « personne handicapée », remplacent les termes « infirme », « paralysé », « mutilé », « boiteux », « invalide ».
- **1964** Création du Centre Romand pour Paraplégiques à Genève par le Docteur Rossier.
- **1965** Paul Dolfus introduit la réadaptation des lésés médullaires à Mulhouse (Alsace).
- **1967** Création de la clinique spécialisée pour les paralysés médullaires à Bâle (Suisse).
- **1968** à Genève, l'OMS déclare l'existence d'une nouvelle discipline médicale : la spécialité de « **Physical Medecine and Rehabilitation** », traduit en français par « Médecine Physique et de Réadaptation » .
- **1970**: Philippe Wood, rhumatologue anglais, clarifie le concept de réadaptation (délégué par OMS). Il établit une classification des conséquences des maladies : **la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé**.
- **1975**: **Création de la fondation Suisse pour paraplégiques**.
- **1977**: **Création de la revue Suisse « Paraplégie »**.
- **1980**: première **Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages** (CIH ou CIDIH) publiée par OMS.
- **1998**: Changement de Professeur à Genève (arrivée de M.Schnider).
- **1990** :Création du **Centre Suisse des Paraplégiques** à Nottwil (Suisse).
- **2000**: Création de la **clinique de rééducation** à l'hôpital de Beau-Séjour (HUG).
- **2000**: nouvelle version de la CIH: **Classification internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé (CIH-2)**.

La CIH-2 s'est éloignée d'une classification des « composantes de la maladie » (version 1980) pour proposer une classification des « composantes de la santé ».

- **mai 2001 : CIF**, révision de **la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé**, publiée par l'OMS, remplace la CIDIH (classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps).

En parallèle avec le développement de la médecine physique et de réadaptation, la fonction d'infirmière évolue vers la professionnalisation.

2) Historique de la profession d'infirmière

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, soigner fut considéré comme un art, une vocation et pratiqué essentiellement par des religieuses. Florence Nightingale (1820-1910), fut la première à s'interroger sur les soins infirmiers et encourager leur professionnalisation. A l'aide de dons, elle fonde la première école « laïque » d'infirmières à Londres. Le rôle de soignante n'est désormais plus l'apanage des « sœurs », mais aussi celui des « Certificated Nurses » (infirmières diplômées) qui peuvent également dispenser des soins.

Jusqu'à une période récente, les soins infirmiers ont été considérés comme une simple pratique, un savoir-faire, non une science. Dès 1950, de nombreuses recherches en soins infirmiers permettent l'élaboration de concepts et de théories en soins infirmiers.

En France, le premier outil qui a permis de suivre cette évolution est la *démarche de soins*, apparue en 1959. Le *diagnostic infirmier*, lui, n'est paru dans les textes officiels qu'en 1993, lors de la parution du décret de compétences. Afin de préciser le contexte de travail des infirmières en réadaptation aux HUG, je vais vous présenter la clinique de rééducation.

3) La clinique de rééducation des HUG



La clinique de rééducation de l'hôpital Beau-Séjour (Hôpitaux Universitaires de Genève) date en fait du mois d'octobre 2000, période à laquelle ont été regroupées les quatre unités actuelle de rééducation. Cette période correspond à l'arrivée du professeur Schneider à

Genève (octobre 1998). Auparavant, il y avait une unité spécialisée dans l'accueil des personnes blessées médullaires (Centre Romand des Paraplégiques créé en 1964 par le docteur Rossier) et une unité de médecine physique rattachée au département de chirurgie.

La clinique comprend 86 lits d'hospitalisation (31 lits de neuroéducation, 31 lits de locomoteur, 24 lits pour la paraplégiologie).

« Organisée en trois secteurs, la clinique de rééducation est spécialisée dans la rééducation et la réadaptation des patients qui ont une atteinte du système nerveux et ou de l'appareil locomoteur. Intégrée dans un hôpital Universitaire, la clinique offre des soins spécifiques en collaboration avec les cliniques de soins aigus spécialisés situées sur le site central et dotées d'équipements de pointe. La clinique dispose d'une infrastructure importante et prodigue des soins et des thérapies ciblés de façon intense et soutenue. Les traitements visent la récupération maximale des fonctions lésées afin d'acquérir l'autonomie indispensable pour une réinsertion socio-professionnelle de qualité.

Outre les soins hospitaliers, la clinique assure des consultations ambulatoires dans les domaines de la neuroéducation, paraplégiologie et rééducation de l'appareil locomoteur, de la médecine du sport et dans d'autres domaines de la rééducation. L'équipe interdisciplinaire de la clinique se compose de médecins neurologues, orthopédistes et spécialistes en médecine physique, d'infirmiers (ères) spécialisé(e)s, de thérapeutes en physiothérapie, en ergothérapie, en neuropsychologie et en logopédie, de travailleurs sociaux. »¹

Les patients hospitalisés à la clinique de rééducation de Beau-Séjour ont une atteinte du système nerveux ou de l'appareil locomoteur. Ils sont répartis (en fonction du type d'atteinte) dans ces trois secteurs :

- **Neuroéducation** : patients souffrant de séquelles d'une atteinte du système nerveux, en particulier d'une lésion cérébrale (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeurs...).
- **Paraplégiologie** : patients souffrant d'une paraplégie, tétraplégie ou atteinte de la moelle (origine traumatique, vasculaire, tumorale...).
- **Rééducation locomotrice** : patients souffrant d'atteintes de l'appareil locomoteur (fractures complexes, interventions orthopédiques, douleurs colonne vertébrale...).

¹ HUG, clinique de rééducation, brochure d'accueil, 2002.

Les unités ont été réorganisées, elles sont au nombre de quatre (une unité est mixte et accueille à la fois des patients souffrant d'atteintes locomotrices ou d'atteintes neurologiques).

Un bâtiment annexe (« La Soleillane ») comprend 5 chambres / appartements thérapeutiques et est à disposition de la clinique pour les essais de mise en situation à domicile.

Une brochure d'accueil (avec une présentation générale de la clinique puis des trois secteurs) leur est distribuée à leur arrivée à la clinique de rééducation, quelquefois même avant, lors de leur hospitalisation en soins aigus (en fin de séjour) à l'Hôpital Cantonal.

Après cette présentation de la clinique de rééducation, nous allons définir la fonction d'infirmière spécialiste clinique, pratiquement inexistante dans les autres pays européens, sauf au Portugal où ce type de poste existe (tout en ayant d'autres particularités).

4) Présentation de la fonction d'Infirmière Spécialiste Clinique (ISC)

L'ISC en réadaptation exerce plusieurs rôles, auprès des équipes et des patients, comme ces autres collègues ISC aux HUG:

a) Experte

Elle a un rôle d'experte en soins infirmiers dans un champs clinique déterminé aux besoins spécifiques des patients, en développant ces connaissances et compétences particulières à son domaine d'expertise. Mon domaine d'expertise étant la réadaptation et la réhabilitation fonctionnelle, ce secteur concerne plus particulièrement les unités de neurologie, neurochirurgie, orthopédie et rééducation réhabilitation.

b) Consultante

Elle dispense des prestations de soins hautement qualifiés dans le cadre d'une consultation spécialisée et/ou dans des situations de soins complexes, en tenant compte du savoir et des ressources du patient et de ses proches, des soignants. En réadaptation, les consultations s'adressent plus particulièrement aux personnes ayant une paralysie (personnes paraplégiques, tétraplégiques, hémiplégiques) ou ayant perdu un membre

(amputations), hospitalisées en soins aigus ou en réadaptation. Un soutien et un accompagnement de leur vécu lors de l'hospitalisation, d'une perte ou d'un deuil, ainsi qu'un travail au niveau de l'image corporelle, leur est proposé.

Cette approche se fait en entretien individuel, soit par de la relation d'aide, soit par d'autres outils de médiations corporelles telles que le dessin, la photo.

c) Formatrice et enseignante

Elle élabore et réalise des programmes d'enseignement destinés au patient et à ses proches, ou aux équipes de soins et autres professionnels. Etant spécialisée dans les soins infirmiers aux personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral, j'ai ainsi réalisé (en collaboration avec un médecin) et édité une brochure d'information sur l'AVC pour les patients hospitalisés (donnant des renseignements sur la pathologie, les facteurs de risques, le traitement, la rééducation...), ainsi qu'instauré des ateliers de positionnement des personnes hémiplegiques pour les soignants s'occupant de ce type de patients (ateliers organisés avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes).

d) Chercheur clinique

Elle peut être conduite à mener une recherche clinique, à participer à une recherche pluridisciplinaire. J'ai ainsi pu réaliser en 2002 une étude transversale sur le positionnement des personnes hémiplegiques aux HUG (qui m'a conduit ensuite à l'élaboration de guide-line de prise en charge ainsi qu'à l'élaboration d'une formation pour le personnel soignant). Je travaille actuellement en interdisciplinarité avec l'unité d'orthopédie septique pour améliorer notre accompagnement de la personne amputée tout au long de son processus de deuil et de réadaptation.

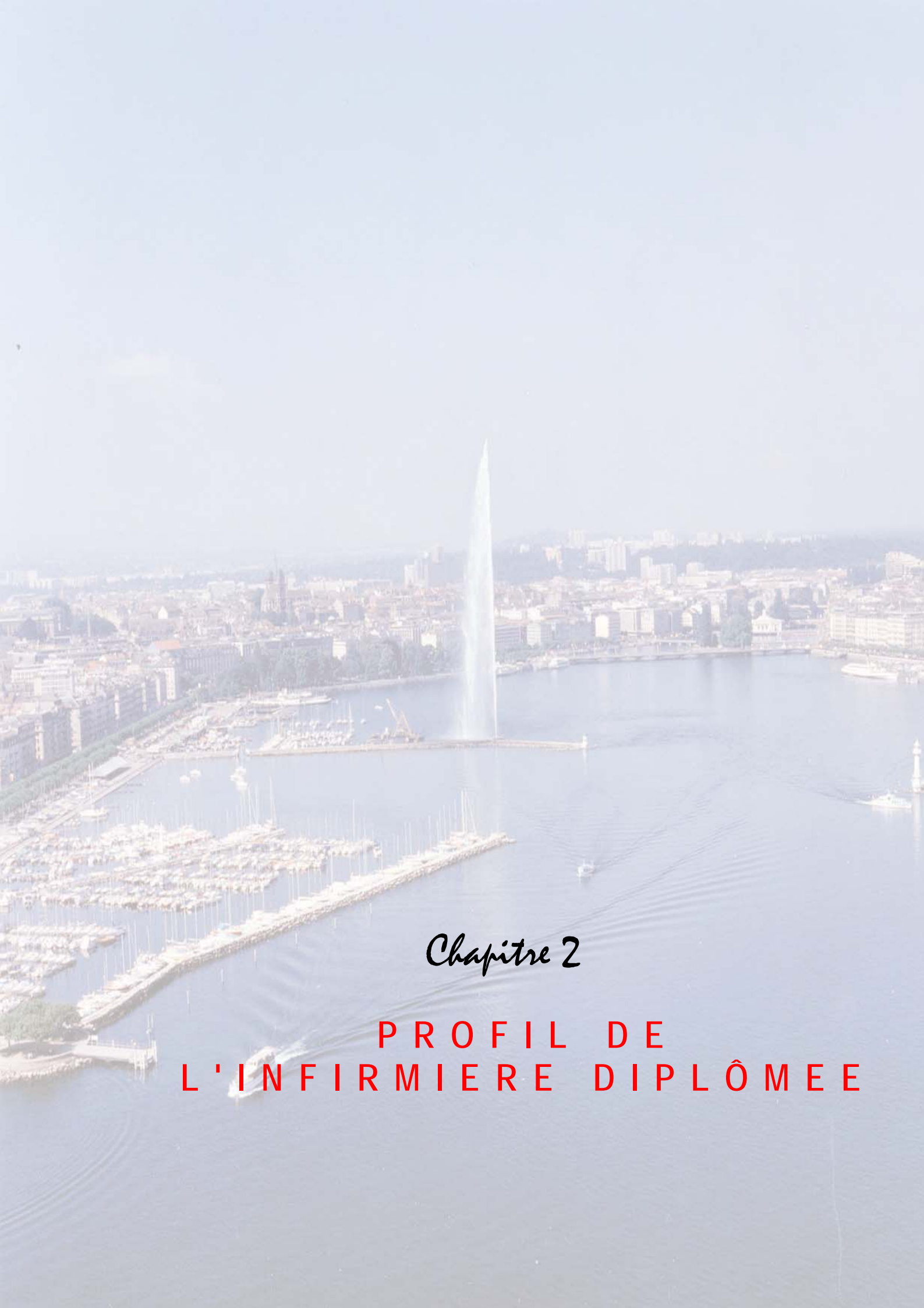
e) Chef de projet

Elle développe des programmes de soins, élabore des protocoles de «qualité». L'élaboration du concept de soins infirmiers en réadaptation en fait parti, et les recherches effectuées pour ce travail de fin d'études contribue à l'aboutissement du projet.

f) Autres

Elle représente les HUG en Suisse et à l'étranger (présentation de deux projets au dernier congrès de réadaptation AIRR à Mont de Marsan en septembre 2003), et réalise des mandats ponctuels de la hiérarchie (introduction des transmissions ciblées aux HUG en 2004). Elle travaille en réseau (échanges entre les différents sites hospitaliers).

L'ISC a donc un rôle de généraliste (processus de soins, relation d'aide, enseignement aux patients) et de spécialiste (expertise dans un domaine clinique spécifique), en cohérence avec les objectifs et politiques de la direction générale et direction des soins infirmiers. Elle intervient dans l'ensemble des secteurs de soins hospitaliers et est rattachée à la direction des soins en tant que « fonction staff ». Elle ne fait pas partie d'une unité de soins en particulier, contrairement à l'infirmière clinicienne. La clinicienne a acquis et développé des compétences cliniques générales et est membre à part entière d'une équipe de soins. Elle collabore avec son équipe et sa responsable d'unité afin d'améliorer et de promouvoir la qualité des soins. Il y a actuellement une quarantaine d'ISC aux HUG dans des domaines aussi divers que les soins palliatifs, la douleur, les soins obstétricaux, l'alcoologie, la toxicomanie... Ces domaines n'ont pas été choisis par hasard. Ils ont été déterminés suite à une large consultation des équipes soignantes qui ont pu nommer les populations de patients posant des problèmes complexes. Ce type de poste apporte une plus-value non négligeable dans la réflexion clinique, en amenant une vision globale du système de soins.



Chapitre 2

PROFIL DE L'INFIRMIERE DIPLÔMÉE

Chapitre 2

PROFIL DE L'INFIRMIERE DIPLOMEE

Voici quelques rappels de définitions des soins infirmiers, puis sur la formation de base d'une infirmière, ce qui peut vous aider à mieux comprendre ses difficultés dans le domaine de la réadaptation.

Je tiens à préciser aussi qu'il s'agit d'une réflexion qui est propre à la clinique de rééducation des HUG à Genève, cadre dans lequel j'exerce mes fonctions et qu'il ne s'agit pas d'une comparaison entre le système Suisse et Français.

Mais il m'a paru très important de parler du système d'études d'infirmières Français car Genève étant une région frontalière, 60 % des infirmières travaillant aux HUG sont étrangères, la majeure partie étant de nationalité française, l'autre partie provenant de pays francophones (Canada, Belgique).

1) Définition des Soins Infirmiers

a) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait à la promotion et au maintien de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre de soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.

Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination.

Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. »¹

b) Conseil International des Infirmières (CII)

« Les soins infirmiers, en tant que partie intégrante du système de soins de santé, comportent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins aux personnes physiquement et mentalement malades et handicapées de tous âges, et ce dans tous les établissements communautaires et de soins de santé. Dans ce large éventail de soins de santé, le phénomène qui concerne tout particulièrement les infirmières, ce sont « les réponses aux problèmes de santé présents ou potentiels « des individus, de la famille ou du groupe. Ces réponses humaines vont des réactions de rétablissement de la santé à l'épisode individuel de la maladie et au développement de politiques pour la promotion de la santé à long terme de la population. Le rôle essentiel des infirmières en soignant les individus, malades ou en bonne santé, consiste à évaluer leurs réponses quant à leur état de santé, à les aider dans le maintien ou le recouvrement de la santé (ou à mourir dans la dignité) par l'accomplissement des tâches dont ils s'acquitteraient eux-mêmes s'ils en avaient la force, la volonté, ou possédaient les connaissances voulues, et à accomplir ces fonctions de façon à les aider à reconquérir tout ou une partie de leur indépendance le plus rapidement possible. Dans le grand environnement des soins de santé, les infirmières partagent avec d'autres professionnels de la santé et ceux d'autres secteurs du service public les fonctions de planification, réalisation et évaluation afin d'assurer le fonctionnement satisfaisant du système de santé pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux personnes malades ou handicapées .»²

c) Association Suisse des Infirmières (ASI)

« Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de

¹ OMS, 1993, p.18.

² CII, 1987, p.36.

maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne. »¹

Quelque soient les définitions des soins infirmiers, la mission reste la même (maintien ou recouvrement de la santé, prévention de la maladie) et pour atteindre cet objectif, elles offrent des soins et accomplissent différentes tâches. Mais pour accomplir leur mission, voyons maintenant quelle est leur formation de base.

2) Formation de l'infirmière diplômée

a) En France

Le développement de la Communauté Européenne a influencé l'harmonisation des programmes de formation des différents états membres afin de permettre la mobilité géographique des professionnels. Les directives européennes sont à l'origine du niveau d'exigence, tant pour les conditions d'admissions que pour la formation, contribuant ainsi à renforcer la professionnalisation. L'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier a conduit à une formation unique : soins généraux et psychiatrie. Il repose sur une responsabilisation de l'étudiant lui permettant d'élaborer son projet professionnel.

Ce programme vise l'émergence d'un infirmier polyvalent apte à répondre aux besoins de santé des individus et des groupes dans tous les domaines de soins infirmiers (préventifs, curatifs, réadaptation, réhabilitation).

En 1993, les finalités de la formation d'infirmière ont été redéfinies. Elles ont été concrétisées par la définition de compétences clés à acquérir par les étudiants en fin de formation. Au nombre de six (compétences d'esprit scientifique et de recherche, de jugement clinique, de prestations de soins, de communication, de contextualisation et de jugement professionnel) sont le véritable fil conducteur de la formation. Elles sont décrites dans un référentiel de formation, qui précise les compétences à atteindre et les critères d'évaluation.

Bernadette Promelle, dans son mémoire sur « De la formation infirmière aux soins infirmiers de réadaptation » décrit les aspects abordés en formation et comment ils sont

¹ ASI, 1999, p.6.

abordés. Le handicap et les actions infirmières sont abordés en règle générale dans les modules :

- soins infirmiers à la personne âgée (module de 80 heures) : soins spécifiques aux personnes âgées handicapées, aide psychologique participation à la rééducation et à la réadaptation.
- soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques (module de 60heures): adaptation, réadaptation de la personne présentant un handicap moteur, soins lors de l'installation brutale d'un handicap, lors de la phase chronique.
- soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux et électrophysiologie (module de 60 heures) : rééducation réadaptation d'une personne hémiplégique, paraplégique, tétraplégique.
- soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques, stomatologiques, ophtalmologiques et dermatologiques (module de 40 heures) : rééducation des mal entendants, des personnes aphasiques, ainsi que les personnes mal voyantes.

Quelques IFSI français (instituts de formation en soins infirmiers) proposent aux étudiants de troisième année un module optionnel en réadaptation. Celui de Mulhouse, par exemple, intitule ce module « La prise en charge globale d'une personne en situation de handicap physique » afin de globaliser et approfondir les connaissances acquises pendant les études, concernant tous les domaines du handicap physique. Sont abordés : l'infirmière au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la prise en charge de la personne soignée en situation de handicap physique, l'utilisation des différentes aides techniques.

Mais, en règle générale la culture de réadaptation est très peu abordée et développée dans les IFSI.

b) En suisse

Le diplôme d'état français est reconnu par la Suisse, il suffit de le faire enregistrer par la Croix rouge Suisse. Sur mandat des cantons, la Croix Rouge Suisse est chargée de promouvoir, de réglementer et de surveiller la formation dans les professions soignantes (convention de 1976). Chaque école construit son programme de formation, en sachant que les étudiants doivent avoir atteint en fin de cursus le niveau fixé par la CRS. Les directives de la CRS sur le système de formation est basé sur cinq points :

- les besoins en soins infirmiers (déterminés à partir des besoins de la population),
- l'offre globale en soins infirmiers (exprimée en cinq fonctions complémentaires, voir annexe...),
- les qualifications-clés (aptitudes et attitudes à la formation professionnelle et au développement de la personnalité),
- les niveaux de formation (deux niveaux de diplôme),
- les conditions d'exercice de la profession,
- les objectifs de la formation (décrits en terme d'aptitudes et de connaissances).

Les compétences acquises lors de son diplôme d'état lui permet de pratiquer des soins dans les domaines suivants organisés en cinq fonctions:

- Soutenir, suppléer ou accompagner le patient dans les activités de la vie quotidienne,
- Accompagner le patient dans les situations de crise et dans la période de fin de vie,
- Participer aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques,
- Participer à des actions de prévention des maladies et accidents, de maintien et de promotion de la santé, à des actions de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale. Créer les conditions nécessaires à l'apprentissage et au changement de comportement notamment en organisant et animant différentes activités de groupe ou individuelles ; évaluer organiser planifier et réaliser des actions d'enseignement auprès du patient et de son entourage en tenant compte de son contexte et de ses besoins ; établir et réaliser, dans une dimension interdisciplinaire, un plan de réadaptation et ou de réinsertion.

- Contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers et au développement de la profession. Collaboration aux programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé.

La réadaptation est plutôt abordée lors de l'approche en soins infirmiers des différentes pathologies. Ayant donné en octobre 2003 un cours sur les soins infirmiers dans l'Accident Vasculaire Cérébral à des étudiants de quatrième année à Genève (école du Bon Secours), j'ai constaté qu'il n'avait eu d'approche spécifique sur les soins infirmiers de rééducation réadaptation, et beaucoup ne connaissaient qu'une partie du rôle de l'infirmière en rééducation réadaptation. L'école de soins infirmiers « La Source » à Lausanne, aborde plus spécifiquement la réadaptation en cycle 3, où l'accent est mis sur la collaboration interdisciplinaire. Elle est abordée à partir des rôles, avec la mise en évidence des rôles importants pour la personne, pour proposer un bilan des capacités nécessaires au rôle, puis l'apport des divers professionnels comme moyen de développer les capacités suivis d'une réflexion sur le rôle infirmier. Cette démarche est illustrée à travers une pathologie, suivi d'un travail portant sur un autre exemple de leur choix. Cet enseignement est de 15 heures. Certains aspects particuliers de la réadaptation sont vus à travers d'autres cours traitant de la pathologie en question comme la réadaptation cardio-vasculaire.

Le but n'est pas de comparer les écoles de soins infirmiers, mais de trouver un programme de formation où la réadaptation serait plus largement développée. Comme nous pouvons le constater, les contenus de formation concernant la réadaptation sont différents et conduisent tous à un diplôme d'infirmière identique. Mais l'organisation des formations pour les infirmières en Suisse est en train de changer. En effet, les écoles s'appellent maintenant (depuis 2002) des HES (Hautes Ecoles Spécialisées), et sont des établissements de formation de niveau universitaire ; elles s'inscrivent dans le cadre d'une formation professionnelle de base ou intègrent cette dernière dans la formation universitaire. Ce nouveau système de formation est centré sur une approche par compétences de l'étudiant. En effet, « le professionnel de niveau de formation HES est appelé à faire face à des situations problématiques, complexes et difficilement prévisibles. Ses actions professionnelles font appel simultanément à un savoir spécialisé et à des méthodes d'action variées pour une intervention par essence singulière, parce que destinée à des êtres humains. Praticien réflexif, sa capacité d'analyse et de réflexion est mise à l'épreuve de façon inédite dans toute situation d'action en tant que capacité à penser et théoriser la pratique.

On ne peut donc plus considérer les pratiques des professions « santé-social » comme des applications de prescriptions, de savoir-faire techniques et de normes correspondant à des situations prédéterminées. Cette façon de comprendre et d'appréhender l'activité et la formation professionnelles à travers la diversité, la contingence et la complexité croissantes de leurs types d'interventions implique de recourir à la notion de compétences plutôt qu'à celle de qualification en vue de tâches délimitées. Il s'agit de porter l'accent sur la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités, et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes. ...Chacune des formations de la HES-S2 (Haute Ecole Spécialisée Santé-Social de Suisse Romande) est sous tendue par le référentiel de compétences spécifiques qu'elle vise et qui oriente le choix des ressources nécessaires à l'atteinte de ces compétences propres : contenus, méthodes pédagogiques et organisation du cursus...¹ ». Les concepts clé de cette formation sont d'une part l'alternance intégrative entre les temps de formation à l'école et sur le terrain, et d'autre part l'introduction de répertoire de compétences propre à chaque filière HES. L'étudiant aura également la possibilité d'individualiser son parcours en choisissant des modules à options. C'est peut-être là que l'étudiant aura la possibilité d'acquérir des bases théoriques et concepts propres à la rééducation réadaptation. Une discussion avec des enseignantes de cette école m'en a apporté la confirmation avec le projet d'un module qui tournerait autour de la prise en charge d'une personne ayant une déficience comme une hémiplégié.

Une fois la formation d'infirmière terminée, qu'en est-il sur les lieux d'exercice de la pratique, comme aux Hôpitaux Universitaires de Genève ?

3) L'infirmière aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

En 2001, la Direction des Soins Infirmiers énonce les standards professionnels minimums (annexe 1) pour les infirmières et les sage-femmes en activité dans les Hôpitaux Universitaires de Genève. Ces standards permettent aux collaborateurs des soins infirmiers et obstétricaux de connaître les exigences de la Direction des soins infirmiers en matière de comportement, de déontologie, et de pratique des soins.

¹ Le Bon Secours, Filière HES infirmières et infirmiers, Version 2, Années scolaires 2002-2003, La formation pratique, Genève.

Il est complété par un document intitulé « Responsabilité et pratique professionnelle des infirmières dans les hôpitaux universitaires de Genève » (annexe 2) qui fait référence aux directives de la CRS, de l'ASI et de la direction générale de la santé (service du médecin cantonal).

Enfin, un cahier des charges de l'infirmière diplômée (annexe 3) régleme la position fonctionnelle et hiérarchique de l'infirmière diplômée, ainsi que ses activités et ses responsabilités.

La définition de l'ASI reprend les éléments importants de la définition donnée par l'OMS et le CII en mettant l'accent sur la nécessité de s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne. Or, les formations proposées (à l'exception de quelques IFSI) conduisent à une formation d'infirmière généraliste. Il existe actuellement aux HUG des fonctions spécialisées dans les différents domaines avec des cahiers des charges spécifiques à la fonction, mais pas relatifs au domaine (par exemple, il n'y a pas de cahier des charges pour l'infirmière de rééducation).

Dans la partie suivante, nous allons développer les concepts-clés en réadaptation.



Chapitre 3

CADRE DE REFERENCE

Chapitre 3

C A D R E D E R E F E R E N C E

Après la définition des différents thèmes (théorie, modèle, concept) seront abordés les différents concepts rencontrés en réadaptation. Puis, à partir du rôle de l'infirmière de réadaptation, de ses compétences, nous étudierons comment s'effectue ce processus de conceptualisation.

1) Définitions

a) Théorie:

«Une Théorie constitue un principe général de valeur scientifique qui gouverne la pratique. C'est un système conceptuel organisé, sur lequel se fonde l'ordre d'application de phénomènes. Un ensemble structuré de concepts interdépendants forme une théorie. En sciences sociales, lorsque une théorie fait l'unanimité d'une communauté scientifique, elle prend le nom de paradigme ».¹ La théorie de soins de Virginia Henderson (1955) décrit chez l'homme 14 besoins fondamentaux que toute personne doit pouvoir satisfaire pour être en santé. Ces besoins prennent en compte les diverses composantes de l'être humain, c'est à dire les aspects biologique, psychologique, culturel et social. Les concepts de santé et d'environnement restent peu explicites. Les HUG ont choisi cette théorie de soins infirmiers.

Il existe d'autres théories de soins infirmiers:

- **Peplau Hildegarde** (1952), développe sa théorie selon deux hypothèses:
- La personnalité de l'infirmière fait une différence substantielle au niveau de ce qu'un patient peut apprendre durant l'expérience de sa maladie. L'une des fonctions des soins infirmiers est de contribuer au développement de la personnalité de l'infirmière dans le sens de la maturité personnelle et professionnelle.

¹ Béatrice AMAR. Jean-philippe GUAGUEN. Nouveaux cahiers de l'infirmière. "*Concepts et théories, démarches de soins*". p 114.

- **Rogers Martha** (1961), fonde sa théorie sur le processus de vie, synonyme de créativité. L'homme est en interaction avec son environnement, l'évolution de l'espèce humaine se fonde sur une diversification des cultures et des pratiques.
- **E.Johnson Dorothy** (1960), pour qui l'homme est la composante de sept sous-systèmes, le tout formant un système global (l'appartenance, la réalisation de soi, l'agressivité, la dépendance, l'alimentation, l'élimination, la sexualité).
- **Roy Calista** (1970), s'inspire de la théorie générales des systèmes et sur la théorie des niveaux d'adaptation de Helson (1964), ou pour atteindre ses objectifs individuels l'homme met en œuvre des processus adaptatifs internes.
- **Roper Nancy** (1976), décrit une théorie où il y a prise en compte de la réalité immédiate et concrète, l'être humain aspirant à la réalisation de soi (schéma en forme de rosace).
- **Gordon Marjory** (1980), a centré ses recherches sur le concept de diagnostic infirmier et s'est impliquée dans les travaux de taxonomie (science des lois de la classification).

Indépendamment de la théorie de soins utilisée, l'infirmière doit pouvoir évaluer l'état de santé d'une personne ou d'un groupe, et ceci constitue la première étape d'une démarche méthodologique en soins infirmiers. La théorie va guider l'infirmière et lui permettre de se poser les bonnes questions. Notre savoir infirmier s'élabore au travers de ces théories de soins. Le fait de connaître plusieurs théories offre un champ de réflexion plus vaste, et donc une offre en soins plus adaptée aux patients.

b) Modèle

« Un modèle est une unité de référence stable et reproductible. Un modèle est une reconstruction de la réalité, l'image mentale, descriptive ou analogique qui permet de visualiser une théorie. Toutes les sciences construisent des modèles. Le but d'un modèle conceptuel est de rendre compréhensible, intelligible, la réalité. Le modèle guide le raisonnement. »¹ Les modèles conceptuels permettent une organisation de la pensée, ils donnent une structure pour observer et interpréter ce que nous voyons.

« **Critères de choix d'un modèle :**

1. Le modèle intègre la philosophie personnelle de l'infirmière.
2. Le modèle est approprié aux valeurs professionnelles et aux pratiques de soins en usage.
3. Doit être utile et son utilisation effective sur le terrain.
4. Les concepts inhérents au modèle correspondent à des préoccupations actuelles.
5. Il s'ajuste à la représentation mentale que les patients ont des soins.
6. Il est utilisable facilement, attrayant, trouve une transcription rapide dans le dossier de soins (cohérence et continuité des soins).»²

c) Concepts

«Un concept est la représentation mentale que l'on se fait d'une idée, d'une opinion, d'une chose, le raisonnement par concepts permet d'organiser les perceptions et les connaissances. Les concepts peuvent être aussi bien compris comme des représentations ou comme des formes de médiations.»³

Un modèle conceptuel en soins infirmiers se présente généralement sous forme de concepts généraux (la famille, l'éducation, la vie...) et de propositions, (principes, postulats) destinés à préciser la pensée de l'auteur concernant quatre concepts clés en soins infirmiers :

- La personne
- L'environnement
- La santé
- Les soins infirmiers.

Les concepts sont les éléments de base des différentes représentations. Celles-ci découlent de la pensée de la confrontation, au cours des différents échanges mais aussi à l'organisation des connaissances liées à la pratique et à l'expérience sociale de chaque individu. Le terme de concept a beaucoup évolué tout au long de l'histoire. Il semble que le

¹ Béatrice AMAR. Jean-philippe GUAGUEN. Nouveaux cahiers de l'infirmière. *Concepts et théories, démarches de soins*. P 114.

² Ibid. p 123

³ Béatrice AMAR. Jean-philippe GUAGUEN. Nouveaux cahiers de l'infirmière. *“Concepts et théories, démarches de soins*. P 114

mot concept, depuis son origine (1404, dictionnaire historique de la langue française) relève d'un langage technique, didactique qui le différencie de la notion d'idée. Son acceptation philosophique date de Descartes (1606).

Le concept est un objet abstrait, il est le médiateur de la pensée. Par exemple le concept d'autonomie, sont en jeu plusieurs sortes de déterminants : l'histoire, le processus, l'apprentissage....Ce sont ces éléments qui caractérisent le concept.

Le concept se retrouve à toutes les étapes de la science : toutes les disciplines scientifiques utilisent des concepts.

Comment se construit un concept ? Nous construisons nos concepts en fonction de nos représentations, de nos expériences, de notre réflexion, et aussi en fonction de notre façon de regarder la réalité. Il faut ensuite modéliser ces concepts, en trouvant un consensus sur le sens que l'on va lui donner. L'approche scientifique des soins infirmiers est importante, elle permet de distinguer l'évolution des concepts, des théories de soins.

2) Concept de réadaptation

Il s'agit d'un concept où différents termes sont employés et utilisés, il est donc nécessaire de les définir auparavant. Par simplicité, je vais employer indifféremment les mots rééducation et réadaptation (bien qu'ils n'aient pas le même sens à mon avis), car même si je préfère parler de réadaptation qui pour moi est un concept plus vaste et plus global que la rééducation qui se limiterait à l'activité locomotrice, nous avons, aux HUG, une clinique intitulée « clinique de rééducation ».

Pour moi, quand on parle de concept de réadaptation, cela sous entend d'autres concepts très importants tels que l'autonomie, le handicap, l'interdisciplinarité, l'éducation que je vais maintenant développer, mais il y en bien d'autres comme la famille ou les proches, les projets de vie...qu'il ne faut pas oublier.

a) Autonomie, indépendance

L'autonomie, comme le dit Walter Hesbeen, est la capacité que la personne aura à gérer ses limites (son contraire est l'hétéronomie).

Autonomie vient du grec « auto-nomos » qui veut dire gérer ses propres lois.

A travers notre expérience, l'autonomie est un processus cognitif. Lorsqu'une personne a compris le pourquoi et le sens des gestes qu'elle effectue, elle peut donc adapter son comportement aux différentes situations, on peut alors parler d'autonomie.

« Pour atteindre une autonomie optimale, le patient doit apprendre à :

- identifier ses capacités et ses limites, apprendre à les développer, accepter les différentes aides (techniques, psychologiques, pédagogiques)
- prendre soin de son corps (appliquer des mesures préventives, poursuivre un entretien et une surveillance régulière, savoir reconnaître l'apparition d'une complication).

Nous pouvons avoir des personnes très dépendantes qui en une situation donnée, ont parfaitement intégré leurs limites, elles sont dépendantes mais autonome. Offrir plus d'indépendance à une personne (télé alarme, fauteuil roulant) peut isoler la personne en diminuant ses contacts sociaux. La personne se trouvera confrontée à de nouvelles limites, qu'elle n'avait pas appris à gérer auparavant»¹.

L'**autonomie** est souvent confondue avec l'indépendance.

L'**indépendance** est « la capacité à faire seul ».

Pour moi, en réadaptation, l'indépendance d'une personne est sa capacité à réaliser les gestes de la vie quotidienne. Il s'agit de quelqu'un « qui fait seul ». L'indépendance modifiée est lorsque cette personne a besoin d'un matériel auxiliaire (comme une planchette) pour réaliser seul (et sans la présence d'un tiers) cette même activité.

Voici quelques exemples pour illustrer ces définitions :

- Un patient paraplégique indépendant par rapport à son état cutané réalise ses pushes-up selon le protocole quelque soit son état cutané (réalise cet acte sans réfléchir, par habitude). Il est autonome s'il sait adapter les fréquences, les intensités en fonction de son état cutané.

- Un patient indépendant pour les soins d'hygiène corporelle fait tout seul sa toilette. Il n'est pas autonome s'il ne commence pas tout seul sa toilette, et que le soignant doit lui proposer de la commencer.
- Un patient porteur d'une prothèse totale de hanche est indépendant s'il connaît et sait prendre les précautions liées à sa prothèse. Il est autonome s'il est capable de les adapter à ses habitudes de vie.

b) Handicap

Définition du Robert (dictionnaire)

« Désavantage de poids, de distance, de temps, de points, imposé à un concurrent pour que ses chances se trouvent diminuées et ramenées en principe, à celles d'un ou plusieurs concurrents ». Pour les individus, « désavantage, infériorité, gêne, qu'une personne doit supporter par rapport à des concurrents ou par rapport aux conditions normales d'actions et d'existence » (par exemple « sa blessure lui inflige un sérieux handicap », ou alors, « il a les mêmes titres mais son âge est un sérieux handicap »). Nous retrouvons le terme « handicap » dans le Robert en 1940.

Les termes « handicap », « personne handicapée », ont supplantés les termes « infirme », « paralysé », « mutilé », « boiteux ».

Définition de l'OMS

« Désavantage résultant pour un individu d'une déficience, incapacité ou d'une invalidité, qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et des facteurs sociaux et culturels qui l'empêchent d'exercer ce rôle ». En 1975, Wood définit la classification des déficiences et des handicaps : il s'agit du concept CIH (classification internationale des handicaps). Cette classification n'est pas un classement, mais un travail de réflexion sur les concepts et les mots utilisés. Cette conception permet de considérer le handicap comme la conséquence d'une maladie ou d'un accident au lieu de l'assimiler à sa cause. Ce modèle marque un tournant important dans le champ du handicap. Pour la première fois, de façon partagée, internationale, un champ

¹ Centre des paraplégiques, Beau-Séjour. Conception des soins dans la rééducation des traumatisés médullaires, 1995.

conceptuel a pu se mettre en place autour du handicap. La CIH décompose et décrit le handicap en déficience(s), incapacité(s) et désavantage(s).

Une **déficience** est une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique, ou anatomique) ; la déficience correspond donc à **l'aspect lésionnel** (exemple : amputation, lésion de moelle, dégénérescence d'un nerf) et/ou au déficit en résultant (exemple : paraplégie, ankylose, aphasie, surdité...). Elle peut être un état temporaire ou permanent. Elle n'implique pas forcément que l'individu soit considéré comme malade. Par exemple, le diabète (classification internationale des maladies) peut se compliquer d'une rétinopathie (classification internationale des maladies) ayant pour conséquence une déficience visuelle, une artérite des membres inférieurs ayant elle-même pour conséquence une déficience motrice ou un coma. (arthrose de hanche a pour conséquence une déficience motrice).

L'incapacité « correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». Par exemple : incapacité à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi à se lever, à se laver, s'habiller...L'incapacité correspond à **l'aspect fonctionnel** du handicap. Elle s'apprécie avant un appareillage ou une aide technique.

Par exemple : une déficience motrice des membres inférieurs peut être responsable d'incapacités concernant la locomotion (marcher, monter des escaliers, courir). Une déficience motrice des membres supérieurs peut être responsable d'une incapacité concernant la toilette. Une déficience au niveau du langage peut induire une incapacité de communication.

Le **désavantage** « résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » : gagner sa vie, avoir un emploi...

Le désavantage correspond à **l'aspect situationnel du handicap**. Parmi les désavantages, on relèvera par exemple : les situations de dépendances physiques comme l'indépendance

assistée (par un appareillage), les situations de dépendance économique (apport financier extérieur), les situations de non intégration sociale (relations perturbées, isolement social).

Une déficience motrice des membres inférieurs \Rightarrow responsable d'une incapacité concernant la locomotion \Rightarrow aura pour conséquence une altération de la mobilité \Rightarrow éventuellement une indépendance physique (nécessité d'une tierce personne) voire selon la gravité \Rightarrow un désavantage touchant l'intégration sociale ou l'indépendance économique.

La **CIF** (classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé) décrit les « composantes de la santé », en proposant un langage uniformisé de la santé et des états de santé connexes. Elle permet de décrire un profil utile du fonctionnement du handicap et de la santé des individus dans divers domaines. Elle s'est éloignée d'une classification des «conséquences de la maladie» pour devenir une classification des «composantes de la santé». Les «composantes de la santé» définissent ce qui constitue la santé, alors que les «conséquences » se focalisent sur l'impact de la maladie ou tout problème de santé qui peut en résulter.

Encore récente, elle n'est utilisée que dans une unité de la clinique de rééducation.

Autre terme indispensable à définir quand on parle de concept de réadaptation : l'interdisciplinarité.

c) Interdisciplinarité

Avant de définir l'interdisciplinarité, il me paraît important de définir les autres termes tels que la pluridisciplinarité...

Pluri indique plusieurs, il y a pluridisciplinarité lorsque différents métiers se côtoient.

Selon Richard (1993), « la **pluridisciplinarité** permet de multiplier les regards sur un même problème ; elle n'est pas un modèle d'actions à plusieurs, car elle dirige une action de soins, les prestations des différents professionnels restent parallèles et leur ajustement aléatoire ; elle ménage la spécificité en faisant jouer la juxtaposition ».

Selon Chamot (1993), il y a juxtaposition des différents points de vue mais il n'y a pas de synthèse réelle entre les différents points de vue. Par contre, cette méthode favorise la communication au sein du groupe.

Pour W. Hesbeen, la pluridisciplinarité désigne un ensemble aux spécificités variées.

Inter signifie entre, il y a une notion de lien, de relation. L'interdisciplinarité signifie l'idée d'une interaction entre les différentes professions.

« **L'interdisciplinarité** permet de combiner de manière rationnelle une action commune. Elle suppose le choix d'un coordinateur, qui suggère et reçoit l'information ; ce coordinateur est, en général, le plus expérimenté et celui qui sait faire accepter son autorité par les autres, par le patient et son entourage, sans blesser quiconque. L'interdisciplinarité est donc une situation, qui fait jouer, entre les disciples et leurs usagers, le partage, la réciprocité, l'organisation et la décision ; elle crée le dialogue entre les soignants, harmonisé par l'un deux ». (Richard, 1993).

Pour Chamot, la méthode interdisciplinaire prolonge la pluridisciplinarité en exploitant les résultats qu'elle lui fournit, il y a confrontation des conclusions de chacun.

Pour W. HESBEEN, « l'interdisciplinarité implique l'existence d'un mode de fonctionnement fondé sur la complémentarité des acteurs éclairés par la complexité de l'humain et animés par le souci de l'action de prendre soin d'une personne invalide ou infirme et de ses proches»¹.

L'auteur met surtout l'accent sur la «complémentarité pluridisciplinaire» qui nécessite une bonne compréhension, connaissance et reconnaissance de tous les intervenants. Je pense que nous sommes plus proches de l'interdisciplinarité à la clinique de rééducation.

Un autre terme qu'il me paraît important de définir : la transdisciplinarité.

Trans signifie à travers, au-delà. «La transdisciplinarité indique que plusieurs professions passent l'une au travers de l'autre, ont besoin l'une de l'autre, tout en gardant chacune son identité dans la compréhension commune de la qualité. Cette dernière approche semble être la plus accomplie, celle vers laquelle il faudrait tendre. »² Il s'agit là d'une dimension idéale.

¹ Walter HESBEEN. *La réadaptation*. p.79.

² C.MATTER P. PERRIER-GUSTIN R. PLARD IFROSS. IUP Santé. « *De la coordination interdisciplinaire à la coordination en réseau* ». p8.

La **Transdisciplinarité** est le lieu de réflexion et régulation d'un fonctionnement conjoint de plusieurs disciplines, qui, entre elles, s'organisent dans et par leur complétude, en sauvegardant leur identité. C'est là que dans un système clos, se côtoient idéologies et identités professionnelles pour faire connaître, reconnaître et affiner à chacune leur spécificité et apprendre à respecter celles des autres. La transdisciplinarité autorise ainsi, par une interaction dans une structure fermée, le changement du niveau d'action générale de tous les intervenants.

d) Education

Education: action de développer les facultés physiques et intellectuelles, ou action de développer une faculté particulière de l'être humain (dictionnaire hachette). Dans le verbe éduquer, nous retrouvons former l'esprit de quelqu'un, développer ses aptitudes intellectuelles, physiques (dictionnaire Larousse).

L'OMS a souligné quatre points importants sur l'éducation thérapeutique des patients:

1. Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie.
2. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.
3. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.
4. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

Pour le dictionnaire Larousse, **enseigner** est transmettre un savoir théorique ou pratique. Cette transmission induit la présence de quelqu'un.

Pour Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, l'éducation du patient est « un processus par étapes, intégré dans une démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissages et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinés à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales.»¹

Eduquer, enseigner, sont des actions proposées et réalisées par les soignants, et le patient, lui est en apprentissage. Selon le Larousse, l'**apprentissage** est une formation professionnelle, temps pendant lequel on est apprenti. La répétition est une des conditions fondamentale de tout apprentissage. Il s'agit en fait de l'acquisition d'une technique, d'une formation. Le patient participe, met en pratique, il est actif. La pratique d'un certain nombre d'apprentissage successif facilite l'adoption d'une stratégie de plus en plus efficace pour aborder des tâches plus ou moins semblables: on peut apprendre à apprendre. Par exemple, dans le cas d'un apprentissage pour un transfert aux toilettes: le soignant explique au patient la procédure (1 mettre les freins au fauteuil, 2 faire...), les gestes sont décomposés, réalisés de façon ritualisée, mais la personne n'intellectualise pas forcément. Pour une rééducation vésicale, la personne doit apprendre à réaliser un sondage intermittent: le soignant informe le patient, lui montre le soin, la personne fait son apprentissage.

Dans les différentes définitions (éducation, enseignement), le but est toujours le même.

« 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 leurs particularités ». W. H nous explique ici l'intention des professionnels de soins de ce secteur de la réadaptation est de s'intéresser au devenir de la personne, de l'aider à élargir son champ de compétence, pour cheminer vers la réparation, voire la guérison.

¹ A. LACROIX, J.P. ASSAL. *L'éducation thérapeutique des patients*.

Au vu des différentes représentations et définitions de tous ces concepts clés, il est important que tous les soignants de l'équipe de réadaptation se mettent en accord sur les termes choisis. Ces termes doivent être utilisés de manière identique afin d'avoir un cadre de référence commun, et d'avoir le même but dans les prestations offertes à la personne en réadaptation. Partager un concept de réadaptation entre thérapeutes implique, entre autre, une certaine cohérence au niveau des infirmières de réadaptation, et une bonne connaissance de leur rôle et des soins qu'elles peuvent offrir.

3) L'infirmière de réadaptation

a) Les soins infirmiers de réadaptation

Comme le souligne Walter Hesbeen, les soins infirmiers **en** réadaptation portent plutôt sur **le lieu** où s'exerce l'activité « réadaptation » tandis que les soins infirmiers **de** réadaptation sont les soins **pensés** pour contribuer à la réadaptation. Aussi, nous utiliserons plutôt les termes «l'infirmière de réadaptation» qui offre des soins de réadaptation. L'activité de l'infirmière en réadaptation s'inscrit dans un état d'esprit particulier, du soin celui porté à l'autre.

« Jusqu'à la moitié du XX ème siècle le blessé ou le lésé médullaire , si l'on inclut toutes les étiologies médicales, et qui présentait une atteinte médullaire grave, devait être considéré comme étant condamné, abandonné. Le rôle de l'infirmière n'était guère, à part quelques soins, que celui d'un accompagnement psychologique jusqu'au dernier moment. »¹ L'importance de l'équipe infirmière dans le processus de réadaptation, surtout dans la prévention et le traitement des escarres a été mise en évidence en 1944. Les actions de réadaptation sont initiées le plus tôt possible, dès l'identification des lésions.

Mais, même de nos jours en réadaptation, les infirmières ne sont pas toujours reconnues en première ligne comme des thérapeutes. Les médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, neuropsychologues vont occuper la première place. En effet, les physiothérapeutes sont les personnes « qui vont réapprendre au patient à marcher », les logo « ceux qui vont réapprendre à parler ». Les infirmières et les aides soignantes sont appréciées pour leur gentillesse, pour leur aide dans les soins de base (se laver, manger...).

L'histoire spécifique des infirmières en réadaptation est très récente.

¹ Paul DOLFUS, *Introduction à l'histoire de la réadaptation médicale*, 1992.

Ce n'est qu'en 1983 que le premier Congrès des infirmières de réadaptation est organisé à Kerpape (près de Lorient). Depuis, chaque année une ville différente accueille ce congrès qui réunit environ 500 infirmières de réadaptation et est organisé par l'AIRR (association des infirmières de rééducation réadaptation). Une formation spécifique en réadaptation pour les infirmières a été mise en place à l'université de Haute-Alsace en 1993, elle propose un Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en Rééducation Réadaptation. Lors de mon dernier cours sur l'AVC (accident vasculaire cérébral) donné à des étudiants infirmiers, très peu d'étudiants connaissaient le milieu de la réadaptation ni les tâches de l'infirmière.

Les patients sont transférés de plus en plus rapidement en centre de réadaptation. Les soins techniques sont de plus en plus fréquents dans ces unités. Les représentations mentales concernant la profession d'infirmière montrent que l'infirmière peut être reconnue en présence de soins techniques (soins intensifs par exemple). La reconnaissance du travail effectué par l'infirmière passe par le soin « technique ».

« Les soins infirmiers de réadaptation :

- s'inscrivent dans une discipline scientifique
- doivent être coordonnés et intégrés à l'équipe pluridisciplinaire
- concourent à la gestion des obstacles générateurs de handicaps
- utilisent des techniques de soins adaptés. »¹

L'infirmière agit dans l'équipe en partenaire de soins.

Elle assure la continuité des rééducateurs et des soins par une présence constante, 24 h sur 24. Les soins infirmiers représentent l'ensemble des actions concernant tout l'environnement du patient. Elle prête attention à la personne soignée pour favoriser son bien être. Sa présence continue lui confère le rôle de prolonger les activités de tous les autres intervenants. Elle exécute des soins directs et indirects, c'est à dire des soins relatifs à l'hygiène, l'alimentation, l'élimination et les gestes techniques.

Pour W.Hesbeen, « les infirmières ont à leur disposition quelques moyens plus particuliers qui constituent une part de leurs ressources et qui leur confèrent quelques éléments de spécificité... » :

¹ B. BRAU-NOGUE. B. DUSSERT-PEYDABAY. « Vers une équipe de rééducation. » p21.

- Soins « *dits de base* » relatifs, par exemple, à l'hygiène, à l'alimentation, au confort des personnes.
- *Présence organisée pour être continue...*
- *Multitude d'actes aux aspects plus ou moins techniques*, qui s'inscrivent, pour la plupart, dans la subdivision du travail médical.

Ces quelques caractéristiques mettent surtout en exergue que le soin infirmier, outre les savoirs de différentes natures qu'il nécessite et de son incontournable technicité, comprend une multitude de choses, on peut dire de « petites choses »...Les petites choses, si anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires soient-elles, font partie de la vie de chacun et sont donc nécessaires au déploiement de la vie de la personne. »¹

Toujours selon W.Hesbeen, l'infirmière est une personne aux rôles multiples :

- « Soignante, elle administre les soins de base et de confort, les soins complexes et spécifiques liés à sa spécialité,
- Thérapeute, elle prolonge et complète les activités des autres intervenants.
- Coordinatrice, elle est au centre des informations et fait la synthèse des projets de soins,
- Enseignante, elle forme le patient à acquérir de nouvelles capacités,
- Référente, elle assure le rôle de relais,
- Animatrice, elle développe des activités et assure un rôle tout particulier dans la relation d'aide, la qualité de soutien, d'accompagnement de personne en processus de perte, de deuil, et de handicap. »¹

Pour B.Brau-Nogue et B.Dussert-Peydabay, «l'infirmière exécute les soins directs et indirects spécifiques.

Elle exerce des actions spécifiques auprès du patient :

- utilise les techniques de soins adaptées,
- gère les obstacles générateurs de handicap,

¹ W. HESBEEN. *La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins*. p93.

- a une action éducative et d'apprentissage,
- prête attention et identifie les besoins.

Elle exerce également des actions dans l'équipe de réadaptation :

- elle harmonise les actions de tous,
- assure la continuité,
- agit en partenariat,
- s'intègre dans l'équipe de réadaptation.
- coordonne les moyens.
- gère et diffuse l'information. »²

Le soin dominant est le soin relationnel, relations avec les familles et les proches. Elle favorise les échanges entre les thérapeutes. Elle intervient dans la continuité et non de façon ponctuelle comme les autres thérapeutes. Après avoir décrit la multitude de soins et actions de réadaptation, nous pouvons presque parler d'art spécifique pour ces soins infirmiers de réadaptation.

Mais pour bien s'intégrer, elle a besoin de se connaître et de connaître les rôles de chacun.

Bien que la profession d'infirmière ait beaucoup évolué ces trente dernières années, l'infirmière en réadaptation a encore du mal à faire valoir sa spécificité, peut-être parce que ses missions et son rôle spécifique ne sont pas encore clairs pour elle-même et par conséquent pour les autres thérapeutes de l'équipe de réadaptation. Quelle est donc cette spécificité de l'infirmière en réadaptation ?

¹ W.HESBEEN. *La réadaptation, du concept au soin.*

² B.BRAU-NOGUE. B.DUSSERT-PEYDABAY. *Vers une équipe de rééducation.* p21.

b) L'infirmière de réadaptation aux HUG

D'après M. Philippe Guyon, responsable des ressources humaines aux HUG, durant les deux dernières années, sur 260 candidatures pour des services qui proposent de la rééducation réhabilitation, seulement 11 % des infirmières ont précisé clairement leur choix de travailler dans ce secteur et 74 % des candidatures ont été réorientées vers ces départements sur la base de leur cursus professionnel. Très peu d'infirmières font le choix, dans un premier temps, de travailler en réadaptation. Une des raisons est probablement la méconnaissance de ce secteur de soins (il est en effet difficile de savoir ce « que fait » exactement une infirmière de réadaptation).

L'infirmière qui travaille aux Hôpitaux Universitaires de Genève est une infirmière diplômée, soumise à un cahier des charges, quel que soit son lieu d'exercice. Il n'existe pas de cahier des charges spécifiques pour l'infirmière de réadaptation, ni documents institutionnels explicitant le projet de soins de la clinique de rééducation. Aucune démarche d'accréditation n'est en cours actuellement. Comme dans toutes les autres cliniques des HUG, l'infirmière utilise la théorie de soins de Virginia Henderson. La réadaptation est une démarche interdisciplinaire au travers de laquelle les infirmières et les aides soignantes mettent leurs compétences à la disposition du patient dans sa démarche de réadaptation.

L'infirmière prend en charge le groupe de patients présents dans l'unité, en tenant compte du contexte particulier de la réadaptation (WH) :

- le degré de dépendance des personnes
- les éventuelles difficultés de communication soignants/soignés
- la multiplicité des intervenants
- les durées de séjour
- la place de la famille et ou de l'entourage.

Face à ce contexte particulier, les soins donnés aux patients seront d'ordre multiples. Ils pourront ainsi relever du rôle propre, sur prescription ou concerner l'éducation et la prévention. L'infirmière aura donc pour mission de réaliser des soins techniques plus ou moins aigus, mais aussi des soins relevant plus de son rôle propre, des soins d'accompagnement. Elle travaille en collaboration avec une équipe de réadaptation composée de médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues,

logopédistes, travailleurs sociaux. Leur mission est commune. Leur objectif est d'aider la personne à retrouver un maximum d'autonomie.

Les équipes de soins infirmiers ont choisi de travailler selon un concept de soins infirmiers intitulé «**soins intégrés**» ou encore «**soins intégraux**».

Il s'agit d'une modalité de prise en soins individualisés par une infirmière de référence. Cela consiste à désigner pour chaque patient qui arrive dans l'unité de soins, et durant tout son séjour, une infirmière de référence, qui a pour mission:

- d'établir avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire des objectifs de soins.
- d'analyser la situation, de prévoir les actions à entreprendre, de les évaluer.
- de coordonner auprès du patient les différentes interventions des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Toute cette démarche est retranscrite dans le dossier de soins infirmiers sous forme de plan de soins.

« Rôle de l'infirmière de référence: »

- L'infirmière de référence est responsable de l'élaboration, de l'actualisation et de l'évaluation de la démarche de soins, tout au long du séjour. La responsabilité engage la prise en charge en soins infirmiers du patient, mais pas les soins dispensés par chacun.
- L'infirmière de référence dispose de moyens intellectuels et matériels pour élaborer la démarche de soins. De par son rôle propre, l'infirmière de référence dispose des champs d'autonomie qui lui permettent d'assumer ses responsabilités. Elle a l'autorité de décision.
- Elle s'assure de l'adhésion de ses collègues au projet de soins. Elle est le garant de la pérennité du projet, en déléguant tout ou une partie de ses responsabilités à ses collègues en fonction de son degré d'absence.
- L'infirmière de référence s'assure que les soins qu'elle a planifiés seront donnés en son absence, d'où l'importance du contrôle et du contrat de confiance entre pairs.»¹

¹ HUG. Clinique de rééducation. Modalités de prise en soins individualisée par une infirmière de référence. P2.

L'infirmière de référence élabore des objectifs et un plan de soins écrit en s'assurant de l'adhésion du patient par un contrat thérapeutique en tenant compte des différents paramètres incluant :

- Sa pathologie
- Ses attentes
- Son entourage
- L'équipe pluridisciplinaire.

Le dossier de soins infirmiers comprend:

- un graphique où sont notés les paramètres du patient, les traitements, bilans...
- une feuille d'ordre médicaux,
- un recueil de données général qui permet de connaître les habitudes de vie du patient selon la théorie de Virginia Henderson, complété par les conditions d'habitation et l'encadrement à domicile.
- une feuille de transmission écrite (données, interventions, résultats).
- feuille de surveillance: l'infirmière planifie les soins sur une feuille de surveillance où est notée la planification horaire et le détail de la prise en charge au sujet de l'hygiène, la mobilisation et l'installation, l'alimentation, l'élimination, les protocoles de pansement et les différents enseignement en cours. Il y a également des informations sur l'évolution du patient en physiothérapie, ergothérapie et les démarche de l'assistante sociale.
- pour assurer ces différents soins dans les meilleurs conditions, les cadres infirmiers répartissent le personnel en fonction de la charge de travail. L'évaluation est faite à partir du système canadien appelé P.R.N (système canadien de mesure du niveau de soins infirmiers requis par le patient sur une période de vingt-quatre heures).
- le patient faisant partie intégrante de sa réadaptation, un planning personnel et hebdomadaire est à sa disposition dans sa chambre. Il retrouve les rendez-vous des différentes thérapies, soins et examens.

Après avoir décrits les soins infirmiers de réadaptation et la fonction de l'infirmière de réadaptation aux HUG, nous allons nous interroger sur ces compétences particulières développées par l'infirmière de réadaptation.

4) Compétences

«Prendre soin de quelqu'un nécessite des niveaux de qualification et des qualités humaines qui restent similaires quel que soit le domaine d'activité. Les compétences requises varient avec cette activité. ...Il faut faire preuve dans tous les secteurs de compétences appropriées.»¹

W.Hesbeen, dans son livre « La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins », décrit trois niveaux pour la formation des infirmières de réadaptation :

- soignant généraliste,
- acquisition des connaissances et habiletés spécialisées pour la réadaptation,
- expertise dans ce domaine.

La compétence correspond à la mise en oeuvre de connaissances et de savoir-faire dans un contexte professionnel tandis que les connaissances s'acquièrent par l'enseignement mais aussi par l'expérience.

a) Compétences individuelles

« L'individu peut être considéré comme constructeur de ses compétences. C'est en combinant un double équipement de ressources (ressources incorporées de sa personne : connaissances, savoir-faire, expérience, qualités personnelles, culture, etc.) et réseaux de ressources (réseaux d'expertise, réseaux des collègues de travail, banque de données...) qu'il construit ses compétences. »² La compétence est caractérisée par les savoirs qui la constituent, il ne s'agit pas seulement de l'ensemble des contenus, mais aussi des capacités intégrées, structurées, combinées, construites. Guy Le Bortef ajoute une dimension individuelle à la compétence, de l'ordre de l'être. Elle est associée à l'idée d'innovation, de mutation, ce qui nécessite la mobilisation d'autres choses que des « savoirs ».

¹ W.HESBEEN. *La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins*. p95.

² Guy LE BORTEF. *Ne confondons pas savoir et compétences*. Education permanente. 3.1997.

Pour qu'une personne soit compétente et puisse agir, il faut retrouver ces trois facteurs : savoir, pouvoir, vouloir. Il s'agit d'une combinaison de ses ressources dans une situation donnée en vue d'agir avec pertinence.

« Les compétences ne sont pas, à proprement parler, transférables. Personne ne peut transférer ses compétences, puisque les compétences sont le résultat d'une construction personnelle.»¹ Parce qu'elles se construisent, nous ne pouvons pas transmettre les compétences et les connaissances. Les connaissances font parties des compétences. Les connaissances sont plus faciles à acquérir, on peut les expliciter, les partager. Elles permettent d'utiliser l'information à bon escient.

Guy Le Bortef décrit trois niveaux de compétences :

- **Débutant** : l'individu a une vision partielle de la situation, des difficultés à distinguer l'essentiel de l'accessoire, ne trie pas beaucoup ses informations.
- **Maîtrise professionnelle** : vision globale et cohérente des situations.
- **Expertise** : vision synthétique, sépare l'essentiel de l'accessoire, saisie rapide des signaux faibles, économie des informations.

Un autre modèle d'acquisition de compétences est celui du modèle Dreyfus. Le mathématicien et analyste des systèmes Stuart Dreyfus et le philosophe Hubert Dreyfus ont mis au point un modèle d'acquisition de compétences fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et de pilotes d'avions. Le modèle Dreyfus établit que, « dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant passe par cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant, et expert, qui sont le reflet des trois types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence»².

Le modèle Dreyfus intègre les compétences et les connaissances acquises grâce à l'expérience, il a été adapté pour les soins infirmiers par Patricia Benner. Il catégorise le comportement de l'infirmière selon cinq stades menant à l'acquisition de l'expertise.

Dans le stade 1, les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées. Il faut leur donner des règles et un cadre strict. Toute

¹ Guy LE BORTEF. Ibid.

² Patricia BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. p17.

infirmière dans un nouveau service dont elle ne connaît pas les pathologies ni le matériel peut se retrouver dans cette situation.

Dans le stade 2, la débutante peut formuler des principes qui dictent ses actions car elle a intégré des principes basés sur son expérience. L'infirmière compétente commence à percevoir ses actes en terme d'objectifs en se fondant sur une analyse du problème. Elle est beaucoup plus à l'aise à ce stade.

Dans l'avant dernier stade, l'infirmière performante a acquis suffisamment d'expérience pour reconnaître une situation dans son ensemble, et s'oriente directement sur le problème.

Enfin, l'infirmière experte, qui a une énorme expérience, comprend de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème. Nous pouvons parler de savoir tacite : une très grande expertise et capacité d'appréhender un problème. « Comme un champion d'échec, il a intégré la connaissance dans ses gestes et ne suit plus de règles, sent. »¹ Ce modèle décrit « sept domaines de soins infirmiers :

- la fonction d'aide
- la fonction d'éducation, de guide,
- la fonction de diagnostic et de surveillance du malade, la prise en charge efficace de situations à évolution rapide,
- l'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques, assurer et surveiller la qualité des soins,
- les compétences en matière d'organisation et de répartition des tâches ».²

La compétence individuelle se construit et s'exerce presque toujours dans un cadre collectif. Quand nous parlons de compétence individuelle, la dimension collective n'est pas absente.

b) Compétences collectives

Les compétences sont des indicateurs qui permettent de créer au sein d'une équipe une émulation nécessaire à l'acte volontaire et transformant de « soigner ensemble ». Les compétences font référence à des normes d'exercice, des connaissances scientifiques et professionnelles, un jugement, des habiletés, des attitudes et des valeurs appropriées que

¹ Patricia BENNER. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. p 32.

² Ibid. p 45.

nous ne remettons nullement en question et qui constituent le corps des savoirs professionnels mobilisés selon les besoins .»¹

Pour pouvoir fonctionner ensemble, dans une équipe de soins par exemple, il faut un référentiel commun ou des connaissances communes partagées. Pour cela, une bonne connaissance mutuelle des uns et des autres, du temps pour expliciter les connaissances de chacun, et une bonne coopération sont nécessaires. L'explicitation est un des processus privilégiés de construction des savoirs. Quand l'équipe devient compétente, elle gagne du temps et est plus performante.

C'est à travers sa propre expérience confrontée à celle des autres que l'individu crée des connaissances et des savoir-faire, et ses compétences individuelles font progresser les savoirs par l'intermédiaire des autres.

Le fonctionnement institutionnel est déterminant dans le fonctionnement des équipes soignantes et dans l'acquisition de compétences. Dans le domaine des sciences humaines et plus particulièrement dans les soins infirmiers, c'est l'expérience établie au lit du malade qui est source de savoir et donc de compétences. L'infirmière doit ensuite faire passer sa réflexion du « vécu » à « l'expérience ». Pour cela, il faut des lieux d'échanges entre les professionnels. Il ne s'agit donc pas seulement d'avoir une formation de base mais il faut aussi avoir une formation continue. Après l'acquisition de ces compétences et savoirs spécifiques à la réadaptation, quel peut être le chemin à parcourir l'étape suivante, celle de la conceptualisation.

5) Conceptualisation des soins infirmiers de réadaptation

Il nous est apparu indispensable de nous interroger, entre infirmières, sur le sens que nous donnions à notre mission d'infirmière en réadaptation, et donc d'élaborer un concept de soins infirmiers de réadaptation, bien avant de pouvoir partager cela avec les autres thérapeutes et de parler alors de concept de réadaptation (qui serait plus global, incluant tous les thérapeutes).

Pour les infirmières de la clinique de rééducation, définir un concept de soins infirmiers en réadaptation leur permet de :

- Mieux comprendre leur mission d'infirmière de réadaptation.

¹ Michel FONTAINE. *Soigner ensemble ou chercher à reconnaître une même pratique soignante*. p 60.

- Définir un projet de soins commun aux quatre unités, une volonté d'atteindre le même but.
- Définir et mettre en évidence leur contribution spécifique en soins infirmiers en regard des autres professions intervenant dans le processus de réadaptation, et d'être reconnue en tant que partenaire dans ce processus.

Lors des journées de l'ANFIIDE en juin 2002 consacrés à l'expertise infirmière, Odette Doyon, professeur en sciences infirmières au Québec, a démontré l'intérêt de l'expertise pour la construction d'un savoir infirmier, et l'intérêt du savoir comme source de pouvoir. «Le savoir se construit par une suite de cycles composés de quatre étapes : l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation abstraite, l'expérimentation active. Pour soigner, les infirmières sont dans l'expérience concrète. Et si elles franchissent aisément l'étape suivante de l'observation réfléchie, elles sont rebutées par la conceptualisation, voire irritées par ceux qui la pratiquent. Or, il est important que les infirmières procèdent elles-mêmes à la conceptualisation, car c'est le seul moyen de choisir des instruments d'évaluation, de construire un savoir, et à partir de là de le montrer aux autres professionnels de santé. Evidemment, il n'existe pas de conceptualisation valable sans une expérimentation sur le terrain. La construction du savoir est un cycle, et pour ne pas le rompre, le maintien d'une collégialité entre infirmières praticiennes, cliniciennes, enseignantes, cadres gestionnaires est essentiel... »¹.

« Les savoirs propres à la profession doivent être explicités, théorisés et enseignés comme tels, c'est le cas, par exemple, des diagnostics infirmiers qui reposent sur l'expérience, le savoir-faire et permettent un langage commun, des références communes »².

Il nous faut encore bien les définir, les construire, et les valider. Ils sont importants pour la science infirmière, mais nous devons encore apprendre à bien les utiliser dans la pratique ce qui implique de bien les avoir intégrés.

Selon J.-M. Labelle, « le savoir se transmet dans les deux sens, une mise en présence des personnes qui débouche sur une connaissance mutuelle, dépassant les savoirs puisque la relation réciproque est une rencontre avec l'autre, une approche de son mode de fonctionnement ».³

¹ Mathias GERMAIN. *De l'intérêt du concept*. Revue soins n°41, p19.

² Revue Soins, février 2002, p24.

³ J.M.LABELLE, *La réciprocité éducative*, PUF, 1996.

Mais la conceptualisation est un processus complexe. Avant de pouvoir conceptualiser, il faut donc que nous puissions discuter, échanger, afin de partager et confronter nos valeurs, en tant que soignants. Selon le dictionnaire Larousse, une valeur est un « principe idéal auquel se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder un jugement, pour diriger une conduite ». La valeur est ce à quoi nous accordons de l'importance. Nous devons donc nous interroger, en équipe avec tous les thérapeutes, sur ce que nous voulons, en situant bien sûr la personne soignée au cœur de la réflexion : que souhaite t'elle? Qu'exprime t'elle?

En tant que soignants, quel sens donnons nous au soin ? Nous poursuivons tous, en théorie, un but commun, « la recherche dans une situation présente ou appréhendée pour le futur, du meilleur niveau de bien-être possible de la personne soignée et de ses proches afin que ceux-ci ne vivent pas ou le moins possible ces situations de handicap »¹.

Pour J.Watson, le concept de soins infirmiers en réadaptation est « une tentative trans-personnelle de protéger, de valoriser et de préserver l'humain en aidant le client à trouver une signification à la maladie, la souffrance, la douleur et l'existence, de l'aider à augmenter ses connaissances de lui-même, du contrôle et de l'auto- soin pour lui permettre d'atteindre un sens d'harmonie interne, quelques que soient les circonstances extérieures. »² Le concept de soins infirmier en réadaptation repose alors sur divers éléments qui s'articulent entre eux :

- la théorie de soins,
- le processus de soin,
- l'utilisation de la classification internationale du handicap,
- le travail en équipe infirmière et interdisciplinaire,
- le programme de soins infirmiers en réadaptation,
- les objectifs spécifiques en réadaptation fonctionnelle.

J'aime beaucoup ce concept de Jean Watson car il reprend les différents concepts clés définis dans mon cadre de référence, à savoir une théorie de soins, une définition du handicap, l'interdisciplinarité...

¹ W.HESBEEN. *La réadaptation, du concept au soin*. p44.

² J.WATSON. *Les composantes des soins infirmiers de réadaptation*.

La réflexion, la définition, et la constitution des concepts sont à la base de l'élaboration d'une science, celle des soins infirmiers est récente. Elle permet de préciser et de faire évoluer les soins infirmiers. « Les soins infirmiers sont l'art d'appliquer la science du nursing. Cette science étant elle-même un amalgame d'autres sciences, la teneur de l'amalgame est ce qui confère son caractère unique. »¹ Il y a la volonté de créer une science et un travail important autour des soins est réalisé. La recherche en soins infirmiers, se développe, ainsi que l'élaboration de théories de soins, cependant il faut qu'elles soient comprises de la même façon par les infirmières. Par exemple, le concept de relation d'aide ne sera pas intégré de la même manière selon le soignant.

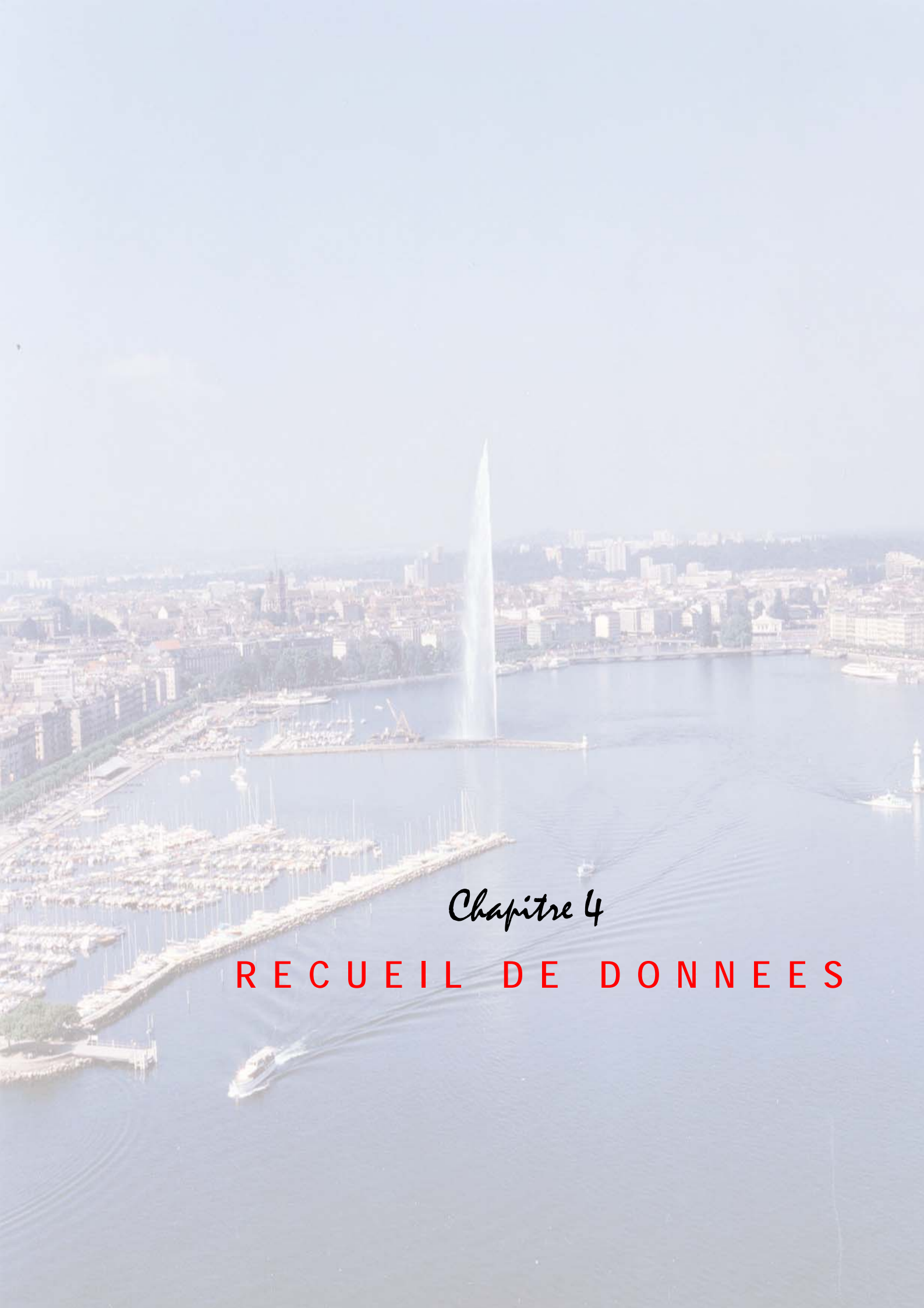
Mais à ce niveau de réflexion, nous pouvons nous interroger sur l'utilité de la conceptualisation ?

La conceptualisation va tout d'abord permettre aux infirmières d'élaborer un cadre de référence, dans lequel elles vont avoir une structure pour les observations, interprétations, et ainsi organiser leurs pensées. Cela va les aider à mieux « penser » la pratique et faire progresser la connaissance dans leur domaine de la réadaptation. A mesure que les infirmières enrichissent leurs connaissances et leurs expériences elles acquièrent une maturité professionnelle qui leur permet de choisir une conception des soins, en accord avec leur philosophie. La conceptualisation enrichie donc notre pratique professionnelle. Les infirmières expertes ont compris la nécessité de conceptualiser pour faire avancer la pratique professionnelle, mais doivent encore trouver l'espace nécessaire à cette conceptualisation.

C'est au cours de l'enseignement universitaire que l'infirmière pourrait comprendre en quoi la conceptualisation de son art peut être bénéfique à l'amélioration de sa pratique, à l'amélioration qu'elle peut apporter au patient et à l'amélioration de la discipline médicale à laquelle elle collabore. C'est surtout durant cette enseignement qu'elle aurait les moyens de réaliser ce processus de conceptualisation. Ce sont par exemple, les différentes recherches, ainsi que les espaces de réflexions qui m'ont permis, dans ce travail de diplôme, de conceptualiser les soins infirmiers de réadaptation. Les recherches infirmières établissent un nouveau savoir scientifique contribuant à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers. Mais il faudrait plus d'étudiantes ou plus de travaux de recherche parmi les

¹ M. SCOTT-WRIGHT *La recherche base de l'exercice de la profession infirmière*. Revue Suisse Soins infirmiers RSSI. N°5, 1974.

infirmières de la clinique pour faire avancer et progresser notre pensée infirmière. Il faudra encore probablement du temps...et des infirmières.



Chapitre 4

RECUEIL DE DONNEES

Chapitre 4

R E C U E I L D E D O N N E E S

Dans un premier temps, les responsables d'unité ont réfléchi avec leur équipe respective, à cette question ouverte: « qu'est ce que pour vous la réadaptation? » Ce fut l'occasion pour chacun de partager ses idées, ses représentations de la réadaptation, de son propre rôle avec la personne soignée et cela leur a aussi donné l'envie de prolonger leur réflexion.

Puis j'ai ensuite proposé mon questionnaire pour les accompagner dans cette démarche.

1) Méthodologie

Le recueil de données s'inscrit dans le cadre d'une recherche de «développement», afin de contribuer à une réflexion sur les soins infirmiers de réadaptation, et ultérieurement à l'élaboration d'un concept de soins infirmiers en réadaptation.

a) Objectif

Ce recueil à pour but de définir le rôle des infirmières travaillant en rééducation réadaptation à la clinique de rééducation, puis de cibler leurs compétences et de voir comment se fait cette acquisition de compétences.

Le questionnaire a été testé sur un groupe de 14 infirmières (population d'infirmières suivant la formation du DUSIRR) ce qui a permis de changer la reformulation de certaines questions mal comprises. Douze infirmières ont participé au test du questionnaire. Nous pouvons ici vérifier la notion de collaboration de solidarité et d'entraide par rapport à un groupe de personnes ayant le même objectif: se former en rééducation réadaptation.

b) Population étudiée et échantillon

Elle comprend toutes les infirmières des quatre unités du service de rééducation c'est à dire 58 infirmières. Un questionnaire a été distribué aux aide-soignantes, mais leurs

réponses ont été exclues de l'analyse, afin de limiter la discussion au diplôme d'infirmière et limiter ainsi mes recherches pour ce travail.

2) Outil du recueil de données

Le questionnaire permet de préserver l'anonymat, en procurant plus de liberté pour les personnes interrogées, au niveau du temps ou de la réflexion. Ceci permet de trouver des idées supplémentaires. Toutes les questions sont fermées, les réponses sont précises donc plus facilement exploitables, sauf une question ouverte où j'ai dû faire certains choix. Un des inconvénients est qu'il peut enlever de la spontanéité aux personnes interrogées.

Le questionnaire débute par des généralités (nombre d'années de diplôme, nombre d'années d'exercice en réadaptation, choix de travailler en réadaptation), aborde la notion de compétences, de formation professionnelle, tout ceci sous forme de questions fermées avec la possibilité de compléter la question (autre). Il se termine par des définitions de termes incontournables en réadaptation (autonomie indépendance...) ainsi qu'une interrogation sur l'amélioration de leur pratique professionnelle le tout sous forme de question ouverte.

3) Résultats (réponses)

Sur les 58 questionnaires distribués, 39 sont revenus.

Le nombre de réponses obtenues est à mettre en relation directe avec la façon dont il a été distribué aux équipes par les responsables d'unités. En effet, les questionnaires ont été donnés aux quatre responsables d'unités (RU) afin que ceux-ci les distribuent auprès des infirmières de leur équipe respective. Chaque RU les a présentés à son équipe d'une manière différente. En effet, certains RU l'ont «déposé» dans le bureau des infirmières en demandant aux personnes de le remplir, d'autres ont insisté sur le fait que leur réponse était une forme de participation à l'ébauche d'élaboration du concept de soins infirmiers de la clinique de rééducation, et qu'il était donc important de le remplir, tout en s'assurant que les membres de son équipe avaient bien répondu, se chargeant même personnellement de me renvoyer les questionnaires groupés. Je suis, bien sûr, allée régulièrement dans les unités pour m'assurer que les infirmières avaient bien reçus leur questionnaire, ce qui m'a donné l'occasion d'en redistribuer à ceux qui n'en avaient pas eu (surtout pour l'unité où la

responsable d'unité les avait déposés sur le bureau des infirmières), ou bien encore pour celles qui les avaient perdus, oubliés dans les vestiaires...

La méthode d'introduction des questionnaires a été formatrice en me donnant des pistes de réflexions sur la priorité donnée par les responsables d'unités sur le mandat de l'ICO. Un des moyens d'augmenter le nombre de réponses serait d'adresser le questionnaire individuellement et par courrier aux personnes concernées. Ayant repris la rédaction de travail de fin d'études après une interruption de 9 mois, j'ai vérifié sur un échantillon de cinq infirmières les réponses au questionnaire. Les réponses obtenues sont assez similaires aux réponses obtenues dans le groupe initial d'infirmières interrogées.



Chapitre 5

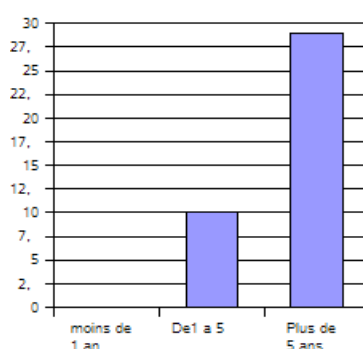
**ANALYSE DU RECUEIL
DE DONNEES**

Chapitre 5

ANALYSE DU RECUEIL DE DONNEES

GENERALITES

1. Depuis combien d'années êtes vous diplômée?



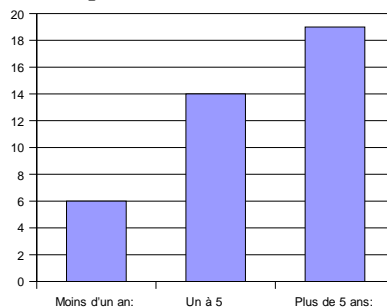
Moins de un an: aucune

De 1 à 5 ans: 10

Plus de cinq ans: 29

29 infirmières sur 39 ont plus de cinq ans de diplôme, soit 74%.

2. Depuis combien de temps travaillez-vous en rééducation?



Moins d'un an: 6

Un à 5 ans: 14

Plus de 5 ans: 19

La moitié des infirmières (19 sur 39) travaille en rééducation depuis plus de cinq ans, soit 48%.

3. *Avez-vous choisi de travailler en rééducation?*

3 personnes n'ont pas répondu

24 personnes ont fait ce choix contre 12 personnes à qui on a proposé la rééducation.

Les deux tiers des infirmières sont donc allées en rééducation par choix.

COMPETENCES

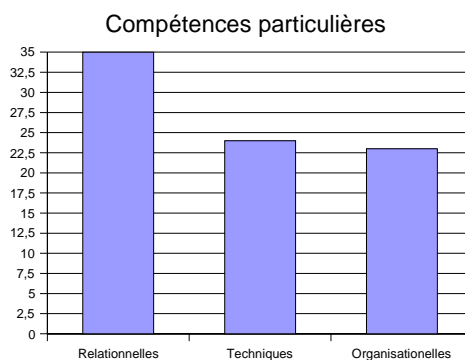
4. *D'après-vous faut-il des compétences particulières pour travailler en rééducation ?*

- non 4
- oui 35

5. *Si non pourquoi?*

Les 4 infirmières qui pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir de compétences particulières pour travailler en rééducation disent que l'accueil l'observation, la logique l'encadrement l'enseignement font partis du rôle de l'infirmière, mais ne sont pas spécifiques à la rééducation. Une personne pense que c'est un travail routinier et peu stressant.

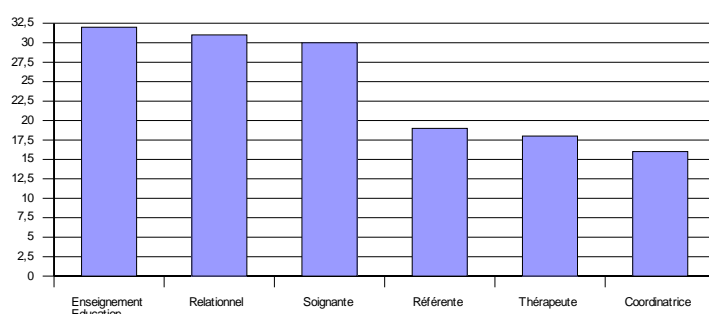
6. *Si oui, quelles sont pour vous ces compétences?*



La majorité des personnes interrogées pensent qu'il faut malgré tout des compétences particulières.

- Elles pensent toutes (35 réponses sur 35) qu'il faut avoir des compétences relationnelles, techniques (24 sur 35) et organisationnelles (23 sur 35).
- Les autres compétences nécessaires à l'exercice de l'infirmière en rééducation portent sur les aspects d'adaptation, pédagogiques ainsi que sur l'état d'esprit.

7. Pour vous, quel est le rôle de l'infirmière en rééducation?



- Enseignement Education 32 sur 35
- Relationnel 31 sur 35
- Soignante 30 sur 35
- Référente 19 sur 35
- Thérapeute 18 sur 35
- Coordinatrice 16 sur 35

- Autre:

Partenaire de la personne en rééducation

Formation de base plus maîtrise de la rééducation et du travail interdisciplinaire.

- Pas de réponse 2

Les rôles d'éducation, relationnels et soignants arrivent dans les premières réponses.

FORMATION / DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

8. Avez-vous suivi une formation spécifique depuis votre arrivée en rééducation?

- 27 personnes sur 39 ont eu une formation, soit 69% des infirmières.
- 12 personnes n'ont pas encore eu de formation à ce jour.

9. Si oui, de quel ordre?

- cours sur la pathologie 18 sur 24
- atelier matériel 16 sur 24
- éducation enseignement 13 sur 24
- autres:

travail groupal analytique une personne

relation d'aide 2 personnes

bobath 1 personne

formation clinique 2 personnes

diagnostics infirmiers 1 personne

Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en Rééducation 2 personnes

- Centre Romad Education Permanente : formation en rééducation 4 personnes

Plus des 2/3 ont suivi une formation post-diplôme portant surtout sur les pathologies (20 sur 27) les ateliers et le matériel (16 sur 27) et l'éducation l'enseignement (16 sur 24). En fait, la formation suivie est spécifique au type de patients accueillis dans l'unité, mais n'est pas global sur les principes et concepts de rééducation.

Pour les formations de rééducation conduisant par exemple à un diplôme, une infirmière ayant eu son DUSSIR a quitté la rééducation dans l'intervalle. Un autre infirmier qui occupe la fonction de responsable d'unité devrait terminer sa formation en 2004.

10. Cette formation était-elle interne aux HUG?

La plupart du temps cette formation était interne, dans le catalogue de formation permanente.

11. Avez-vous déjà donné des cours?

- 17 personnes sur 29 en ont déjà donné soit plus de la moitié, qu'il s'agisse de cours à des patients ou de cours à des collaborateurs.
- Ces cours ont été donné dans un contexte d'accueil du nouveau personnel, d'encadrement d'étudiants ou à des équipes de soins.

12. Comment se fait l'échange de connaissances entre les différentes personnes de l'équipe soignante (aides-soignantes, infirmières, médecins, physiothérapeutes...)?

- 32 fois sur 39 il s'est fait de façon informelle.
- 33 fois sur 39 au moment des colloques, transmissions.
- 23 fois sur 39 au moment des visites médicales.

Plusieurs personnes ont apporté leurs idées pour améliorer l'échange et le partage des connaissances:

- Planification de séances d'une heure avec un thème défini au préalable.
- Cours en interdisciplinarité sur les différentes pathologies avec les soins.
- Meilleure connaissance des différents thérapeutes de leur fonctions et plus de partages.
- Programme de cours spécifiques à la rééducation pour les membres de l'équipe.
- Stage dans un autre centre de rééducation.
- Analyse de la pratique.

REEDUCATION

13. Que vous suggère ces termes (vous pouvez aussi prendre un exemple pour illustrer)?

Avant de donner les résultats je voudrais dire qu'une question ouverte est difficile à analyser mais je souhaitais avoir une vue d'ensemble sur les représentations des soignants ainsi que leur capacités à expliquer (en terme de définitions ou de conceptualisations) leur travail quotidien.

J'ai obtenu 26 réponses sur 39, 13 personnes n'ont pas répondu à cette question, peut-être par manque de temps ou de facilité.

Peu d'infirmières ont donné des exemples concrets, chacune essayant avec ses mots et sa pensée (sans utiliser de dictionnaire) de traduire les termes proposés. J'ai donc choisi certains critères qu'il me paraissait important de retrouver dans les réponses. Voici ces critères :

Pour l'autonomie il était important que la personne arrive à expliquer ce qui fait la différence entre l'autonomie et l'indépendance, j'ai considéré « acceptables » les réponses où j'ai pu retrouver les mots « décider / gérer / capacités de... ». Quand je parle de réponse « acceptable » je veux dire que j'ai pu utiliser la réponse (grâce à une formulation de phrase correcte, ou bien encore l'utilisation de mots clés...).

J'ai eu 16 réponses sur 26 « acceptables » soit plus de la moitié.

Pour l'interdisciplinarité, je voulais pouvoir retrouver la notion d'équipe, de présence de plusieurs professionnels, ainsi que d'échanges ou de partage entre ces collaborateurs. J'ai obtenu 23 réponses « acceptables » sur 26. Il me semble que c'est le concept le plus clair pour les différents collaborateurs, en tous cas en théorie, celui qui est le moins difficile pour les infirmières à expliciter. Cela ne veut pas dire qu'en pratique, au quotidien, ce concept soit le plus facile à respecter.

Pour le handicap, il me paraît important que les trois termes déficiences, incapacités, désavantages soient mentionnés à défaut d'être expliqués. J'ai ainsi obtenu 19 réponses

« acceptables » sur 26. Il s'agit d'un terme qui regroupe tout un ensemble d'idées et définitions, et certaines personnes ont eu des difficultés à donner une définition claire.

DIVERS

15. De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle en rééducation?

- Formation:
 - connaissances liées aux différentes pathologies rencontrées
 - éducation enseignement
 - rôle spécifique de l'infirmière en rééducation
- Soutien psychologique des équipes
- Amélioration de la collaboration interdisciplinaire
- Reconnaissance du rôle de l'infirmière en rééducation (deux personnes ont souligné l'importance d'avoir un cahier des charge spécifiques à l'infirmière en rééducation).

Il y a également eu des demandes concrètes concernant les effectifs, ou des problèmes internes au fonctionnement du service de rééducation mais en fait des demandes qui ne dépendent pas de moi mais plutôt de nos supérieures hiérarchiques et/ou de l'institution.

En fait il y a plusieurs niveaux de compétences parmi toutes les personnes interrogées. De même la culture est différente selon les unités en fonction de leur histoire toutes ces dernières années (spécialisation dans un domaine, changements de médecins, de responsables d'unités). Ce qui semble être le mieux maîtrisé par tous est l'éducation l'apprentissage, c'est aussi là où les infirmières sont le mieux formées.

Au travers de toute cette analyse, je me suis rendue compte que les infirmières de la clinique de rééducation ont pour la plupart une certaine expérience professionnelle, qu'elles ont conscience qu'il faut des compétences relationnelles, techniques, organisationnelles, et qu'elles ont un rôle d'éducation, d'accompagnement de la personne en rééducation. Pour cela, elles choisissent des formations spécifiques, en fonction de leur parcours professionnel et de leur intérêt, et/ou sur proposition de leur responsable d'unité lors des entretiens d'évaluations de la fonction.

Elles explicitent les concepts clés (autonomie, handicap...) en rééducation, en ayant quelques difficultés à les définir.

Certaines ont suivies des formations individuelles complémentaires et spécifiques, où la réflexion et l'analyse sont en cours. Ces personnes font probablement parties du moteur du groupe, elles sont de bonnes ressources, et vont peut-être maintenant accompagner les équipes dans une dynamique plus collective et ainsi réunir toutes ces infirmières vers un concept de soins infirmiers.

Dans un article de B. Dussert-Peydabay ¹ qui présentait le profil de l'infirmière en rééducation- réadaptation, j'ai trouvé quelques similitudes avec mon recueil de données :

- Les soins infirmiers sont plutôt de nature techniques, relationnelles, et éducationnels.
- Les infirmières considèrent que la formation initiale est insuffisante dans les domaines spécifiques de la réadaptation et une formation complémentaire est nécessaire.

Ces points en commun m'ont aussi permis de constater que d'autres infirmières d'autres centres de rééducation vivaient des difficultés semblables, et que si l'on se place dans un contexte plus global, je pourrais dire qu'il pourrait s'agir d'une réflexion générale pour toute la profession d'infirmière exerçant en rééducation réadaptation.

¹ B.DUSSERT-PEYDABAY. Revue soins n°668. p33.



Chapitre 6

PROPOSITIONS

Chapitre 6

P R O P O S I T I O N S

Les réponses obtenues lors de ce recueil de données m'ont conforté dans mon idée que les infirmières de la clinique avaient besoin de :

- développer et d'acquérir des compétences spécifiques pour les moins anciennes
- nommer et de décrire les soins infirmiers de réadaptation

avant de pouvoir les conceptualiser.

Pour cela, l'élaboration de documents institutionnels et un encadrement et une formation adaptée pourraient faciliter ce processus. Un des tout premier document qu'il me semble primordial d'avoir dans une spécialité, est un cahier des charges spécifique pour des soins prodigués au domaine dans lequel l'infirmière exerce son activité .

1) Cahier des charges de l'infirmière de réadaptation

Ce travail de fin d'études m'a permis de commencer l'élaboration d'un cahier des charges de l'infirmière en réadaptation aux HUG. En fait, je pense qu'il faudrait reprendre le cahier des charges de l'infirmière diplômée (annexe 4) et développer plus particulièrement la partie n°4 intitulée activités/ responsabilités. Mais ceci n'est qu'une ébauche, que je vais vous faire partager, et je souhaiterais poursuivre ma réflexion avec les collaborateurs du service de rééducation. Je pense donc proposer ensuite (dernier trimestre 2004) ce projet à l'infirmière coordinatrice du département.

Voici ci dessous une ébauche de ce projet de cahier des charges.

**Cahier des charges de l'infirmière de réadaptation
(ou descriptif de fonction).**

L'infirmière exerçant en réadaptation aux Hôpitaux Universitaires de Genève connaît et applique, comme toute autre infirmière, les standards professionnels minimums où sont décrits les exigences de la Direction des soins infirmiers en matière de comportement, de déontologie, et de pratique des soins ainsi que les critères d'exigence pour la documentation des soins dans le dossier du patient.

1. Mission

L'infirmière du service de rééducation de Beau-Séjour (HUG) participe à la définition et à la réalisation des objectifs de rééducation et de réadaptation déterminés avec la personne soignée, en collaboration avec les autres thérapeutes de la clinique de rééducation, dans le but de rendre à la personne soignée le maximum d'autonomie possible en vue d'un retour à domicile.

2. Rôle

L'infirmière et l'aide soignante accompagnent la personne soignée et ses proches pendant son séjour dans le service de rééducation, et de par leurs présences continues (24h sur 24), elles veillent au bon déroulement du séjour.

Elles accueillent la personne :

- Lui donnent des informations et des explications sur le fonctionnement de la clinique (thérapie, équipe pluridisciplinaire), sur le cadre (horaires et lieu).
- Aménagent son environnement afin de le rendre sécurisant et que la personne se sente en sécurité.
- Réalisent un recueil de données (si possible par l'infirmière de référence).

Les renseignements portent plus précisément sur:

- son lieu de vie,
- son potentiel (comment la personne était avant son hospitalisation, son réseau, sa vie sociale, son référentiel, son état actuel),
- les attentes et objectifs du patient et de sa famille.

Il existe également des recueils de données spécifiques pour certaines pathologies (TCC, désorientation, aphasie...).

Leurs actions s'articulent autour de :

- **Rôle prescrit** : tout ce qui concerne l'exécution des prescriptions médicales (médicaments), le suivi des protocoles, des examens...
- **Rôle technique** : le rôle propre de l'IDE et les soins délégués à l'AS.
- **Rôle de coordination**, de centralisation des informations. Cette gestion des informations s'effectue grâce à sa présence continue 24h/24, Elle recueille des informations et des observations, les transmet aux autres thérapeutes. Elle fait le lien entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.
- **Rôle d'éducation, de prévention** (rôle propre IDE). Elle intervient dans la préparation et le suivi des week-ends thérapeutiques, en vue de la sortie.

Elle participe à l'information dispensée aux patients et à leurs proches.

- **Rôle de relais**. Pour cela, elle :
 - Utilise des grilles d'évaluation des activités de la vie quotidienne.
 - Réalise par écrit un processus de soins infirmiers.
 - Le partage en colloque interdisciplinaire.
- **Rôle relationnel** (accompagnement).

3. Compétences

- **Relationnelles** : accompagnement de la personne en situation de handicap (relation d'aide), doit avoir des facilités d'adaptation à la diversité des situations de travail. Entretien des bonnes relations avec les autres thérapeutes de l'équipe interdisciplinaire.
- **Educationnelles**
- **Techniques** : bonnes connaissances et maîtrise des techniques de soins.
- **Organisationnelle** : gestion du dossier de soins et planification des thérapies. Recueil et centralise toutes les informations.

4. Activités de l'infirmière dans l'unité (selon la théorie de soins de Virginia Henderson):

L'infirmière a une vision globale du patient (théorie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson).

- **Respirer** (soins de bouche, évaluer le degré de dépendance, expliquer les techniques de désobstruction (toux, crachats, aspiration, installer le matériel à disposition, aide à l'aspiration, informations et éducation de l'entourage) accompagnement si anxiété.
- **Boire et manger** (alimentation : régime alimentaire adapté, troubles de la déglutition, fausses routes, protocole de rééducation à la déglutition, aide à l'alimentation en fonction du degré de handicap, épaississant pour les liquides si nécessaires).
- **Élimination:** surveillance du transit intestinal, de l'élimination urinaire et intestinale , suppositoires, toucher rectal, massage abdominal, lavements, l'apprentissage des gestes relatifs à l'élimination vésicale (auto-sondage...) et fécale (toucher rectal...), mise en place du matériel nécessaire, noter les habitudes de la personne. Pose de bassin, d'étuis péniens, auto-sondages, changement des poches à urines).
- **Mobilisation/ Posture** : prévention des troubles cutanés, des positions vicieuses, des luxations Appareillage (prothèse...). Faire participer la personne. Retournements, transferts au fauteuil ou sur chariot, accompagner les personnes aux thérapies, prévention des risques thrombo-emboliques, encourager et féliciter la personne.
- **Sommeil / repos** favoriser un climat agréable et favoriser les échanges dans les chambres, organiser les thérapies pour permettre une période de repos en début d'après-midi.
- **Se vêtir / se dévêtir** aide pour l'habillage au quotidien si nécessaire. Conseils pour les vêtements et les chaussures (adaptées...).
- **Régulation thermique** surveillance de la thermorégulation, épongeages, couvrir/découvrir la personne en fonction de son degré d'indépendance.
- **Hygiène** (prévention des troubles cutanés, soins d'hygiène corporelle, aide pour la douche, conseils en hygiène corporelle).
- **Éviter les dangers**, maintenir la personne en sécurité, informations éducation sur les troubles de la sensibilité, les risques de chutes....

- **Communiquer** : présence constante, recueil d'informations, interlocuteur privilégié pour les patients et leurs proches. Collaboration avec les proches ou l'entourage.
- **Agir selon ses croyances.**
- **S'occuper en vue de se réaliser** encouragé à participer aux activités proposées par les animateurs, pour les sorties extérieures.
- **Se recréer** : travail de deuil, estime de soi , faciliter le travail de deuil, d'expression des émotions, accueillir les différentes manifestations de deuil (colère, agressivité...).
- **Apprendre.**

Tout ceci nécessite une bonne connaissance de la personne soignée, de prendre en compte la globalité des fonctions perturbées, d'évaluer la progression de son autonomie, dans le but de favoriser son retour à domicile dans les meilleures conditions possibles. Ce cahier des charges (qui n'en est qu'à l'état de réflexion), serait consultable par toute infirmière désirant exercer en réadaptation. Il serait également remis à chaque nouvelle collaboratrice, et utile pour présenter le rôle et les compétences de l'infirmière de réadaptation. Un autre document écrit est notre « concept de soins infirmiers de réadaptation ».

2) Elaboration / Validation du concept de soins infirmiers de réadaptation

Il s'agit ici de terminer l'élaboration du document écrit portant sur le concept de soins infirmiers en réadaptation pour la clinique de Beau-Séjour, le groupe de travail de ce projet a planifié l'échéance pour juin 2004, date à laquelle il sera soumis à l'infirmière coordinatrice du département afin d'être validé. Ce concept serait présenté à chaque collaborateur ainsi que tout nouveau collaborateur.

Une autre façon de se former en réadaptation, d'acquérir de nouvelles compétences et de développer ainsi une culture de réadaptation, pourrait être envisagée par l'accueil et la formation du personnel.

3) Accueil et formation du personnel soignant

Une intégration réussie de l'infirmière dans la clinique de rééducation passe par une la connaissance des autres thérapeutes ainsi que de leur rôles respectifs.

Toute nouvelle infirmière qui commence aux HUG bénéficie de quatre jours et demi d'intégration, pendant lesquels lui sont présentés l'institution, les documents institutionnels, le système informatique, le dossier de soins infirmiers, la dispensation des médicaments...

Ensuite, cet intégration des nouveaux collaborateurs pourrait être poursuivie par une autre journée ou demie-journée à Beau-séjour. Ici, il s'agirait plutôt de leur présenter la clinique de rééducation, l'organisation et son fonctionnement, ainsi que les différents documents comme le livret d'accueil pour les patients, le cahier des charges, le concept de soins infirmiers de réadaptation. Cet accueil se ferait sur deux jours, la deuxième journée étant plutôt consacrée aux différentes pathologies rencontrées dans les quatre unités, ainsi que sur les techniques de soins ou protocoles de soins utilisés. Enfin, une dernière partie de ce programme consisterait à présenter la réadaptation et les différents concepts s'y rattachant. Ce programme d'accueil serait élaboré en partenariat avec les responsables d'unités et les cliniciens.

Un stage d'une semaine pourrait être envisagé, avec une journée dans les trois secteurs de soins, ainsi qu'une journée avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, afin de favoriser une reconnaissance mutuelle entre les thérapeutes.

En ce qui concerne la formation, il y a deux façons de procéder :

- Planification de plusieurs modules de formations spécifiques aux problématiques rencontrées dans les unités, des cours à thème, portant sur: la pathologie, les soins infirmiers, l'analyse de situations, le concept de réadaptation de la clinique...
- Inscription à une formation externe à l'établissement (DUSSIR...), bien que les coûts ne soient pas les mêmes.

Cet accueil et les formations proposées pourraient être organisées en collaboration avec les différents thérapeutes de la clinique. Dans toute cette partie intitulée propositions, j'ai utilisé le conditionnel car ce ne sont que des propositions qui seront soumises aux cadres infirmiers de la clinique de rééducation ainsi qu'à l'infirmière coordinatrice du département après avoir été affinées.



C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

Ce travail écrit de fin de formation m'a permis de réfléchir sur la profession de l'infirmière, sa formation, mais surtout de développer des connaissances sur les soins infirmiers de réadaptation, et le processus de conceptualisation. Le recueil de données a mis en évidence les représentations des infirmières de la clinique de rééducation par rapport à leur rôle, il a permis de cibler leurs compétences, ainsi que la manière dont se réalise cette acquisition de compétences.

Il m'a donné l'opportunité de formaliser ma réflexion sur la méconnaissance des soins infirmiers de réadaptation, qui m'avait tant frappée lorsque j'ai pris mes fonctions d'infirmière spécialiste clinique en réadaptation.

L'hypothèse de départ, à savoir « la conceptualisation des soins infirmiers de réadaptation améliore la pratique professionnelle, et implique des connaissances et des compétences particulières » a été confirmée. Malgré l'évolution de la médecine physique et de réadaptation, le rôle de l'infirmière de réadaptation reste encore méconnu et mal défini. La moitié des infirmières de la clinique de rééducation sont expérimentées dans ce domaine, elles ont conscience qu'il faut des compétences particulières (notamment relationnelles, d'enseignement et d'éducation) et se forment pour cela. Bien que des ressources internes existent, il semble qu'elles ne soient pas assez spécifiques pour le domaine de la réadaptation, l'échange de connaissance entre pairs s'effectuant plutôt de manière informelle.

Le questionnaire a montré l'importance de conceptualiser les soins infirmiers de réadaptation et de valider ce processus, afin de permettre l'expression et le développement de pensées, de donner une autre dimension aux soins de réadaptation.

En tant que cadre, une de mes préoccupations et de mes responsabilités est d'accompagner et de promouvoir l'amélioration de nos pratiques professionnelles dans les unités de rééducation mais aussi au sein de l'institution.

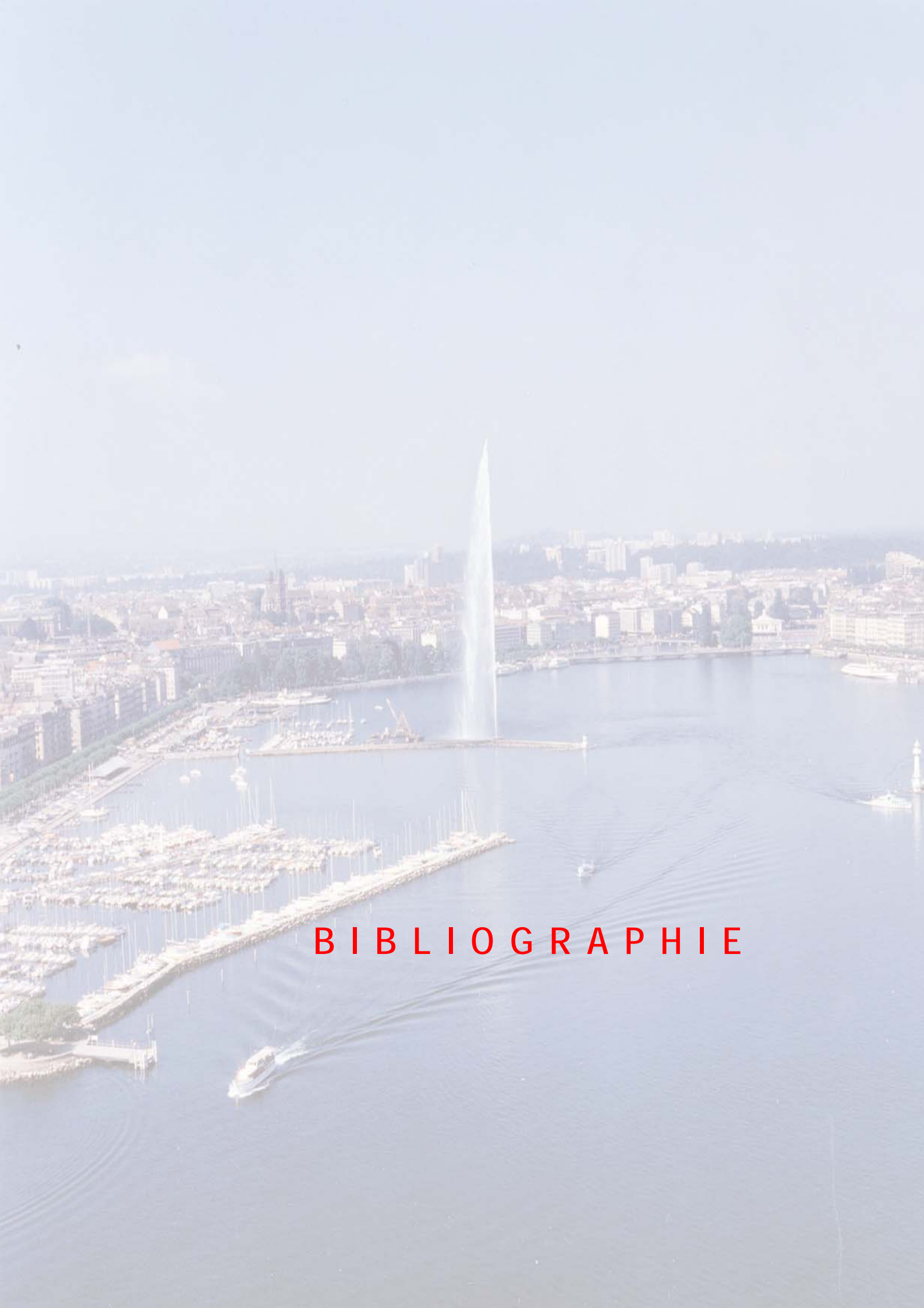
Aussi, cette réflexion n'est qu'un début, une ouverture vers un autre horizon mais c'est avant tout l'aboutissement d'un travail de recherche, la fin de ma formation en soins

infirmiers de rééducation réadaptation, et la certitude que chacun d'entre nous peut apporter quelque chose à l'autre.

Bien que le développement des connaissances et des compétences particulières en réadaptation soit indispensable, il ne faut cependant pas oublier notre mission première :

« la mission du soignant est de tendre ou de prendre la main pour tenter d'aider une personne à trouver ou retrouver de l'allure sur le chemin qui est le sien. »¹

¹ Walter HESBEEN. « La réadaptation, du concept aux soins » . p39.



B I B L I O G R A P H I E

B I B L I O G R A P H I E

LIVRES

METHODOLOGIE

- BENNER Patricia. « De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. InterEditions, Paris, mars 1995. 253 p.
- BERTHIER Nicole. Les techniques d'enquête. Ed Armand Colin, Paris, 1998. 254 p.
- LE BORTEF Guy. «DE LA COMPETENCE. Essai sur un attracteur étrange». Les Editions d'organisation, Paris, 1994. 176 p.
- LE BORTEF Guy. «De la compétence à la navigation professionnelle». Les Editions d'organisation, Paris, 295 p.
- LENOBLE - PINSON Michèle. «La rédaction scientifique». De Boeck Université. De Boeck & Larcier s.a, 1996. 152 p.

SOINS INFIRMIERS

- AMAR Béatrice. GUAGUEN Jean-philippe. Nouveaux cahiers de l'infirmière. «Concepts et théories, démarches de soins». Ed Masson (2è édition), Paris 1999. 205p.
- DOMINICE Pierre. FAVARIO Catherine. LATAILLADE Laurence. La pratique des infirmières spécialistes cliniques. Editions Seli Arslan, 2000. 189p.
- MAGNON René. Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle. Editions Masson, Paris, 2000. 198p.

REEDUCATION

- HESBEEN Walter. La réadaptation, du concept au soin. Ed Lamarre, Moulins-lès-Metz, 1984. 208 p.

- HESBEEN Walter. La réadaptation. Aider à créer de nouveaux chemins. Edition Seli Arslan. Perspective soignante. 2001, 156 p.
- Modules transversaux, Handicap Incapacité Dépendance Module 4. Collège français des enseignements universitaires de médecine physique et de réadaptation. Ed Masson, Paris, 2002. 128 p.
- WIROTIUS JM. Histoire de la rééducation. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie- Médecine physique- Réadaptation, 26-005-A-10, 1999, 25p.

REVUES / ARTICLES

- AIRR (Association des infirmières en rééducation réadaptation), revues Alter Ego.
- FONTAINE Michel. Soigner ensemble ou chercher à reconnaître une même pratique soignante. Perspective soignante n°6, septembre 1999. page 60.
- M.Formarier, G.Poirier Coutansais, T.Psiuk. Recherche en Soins Infirmiers. Notion de concept. Les concepts organisateurs de la science leur application aux soins infirmiers. N°58. Septembre 1999.
- Revue SOINS, dossier p 27 «Soins, réadaptation et rééducation», septembre 2002, n°668, éditions MASSON.
- Revue SOINS Cadres, dossier p 19, « Les compétences, de l'individuel au collectif », février 2002, n°41, éditions · MASSON.

MEMOIRE

- BRAU-NOGUE Brigitte. DUSSERT-PEYDABAY Bernadette.
- « Vers une équipe de rééducation». Mulhouse, SERFA, DUSSIR, mars 2000. 51 p.
- CALVEZ Françoise, «La place d'une équipe pluridisciplinaire dans la participation du projet de réadaptation de la personne soignée», Mulhouse, SERFA, DUSSIR janvier 2000.

- GALLICE Jean-Paul. «Sensibilisation des physiothérapeutes au traitement par objectifs dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques». Diplôme de formation continu en éducation thérapeutique du patient. Hôpitaux Universitaires de Genève, mai 2001.
- LAFOURCADE Jean, «infirmière de rééducation réadaptation...une formation Pourquoi? Comment?»
- MATTER C. PERRIER-GUSTIN P. PLARD R. IFROSS. IUP Santé. Mémoire diplôme maîtrise en management des services de santé, « De la coordination interdisciplinaire à la coordination en réseau », Mars 2002.
- PROMELLE Bernadette, «de la formation infirmière aux soins infirmiers de réadaptation», Mulhouse, Serfa, DUSSIR promotion 1997/1998.
- RINGENBACH Lydia, «Orientation d'une équipe de soins vers la rééducation réadaptation», Mulhouse, SERFA; DUSSIR 1996.
- SORET Michèle, «Les échanges interdisciplinaires au sein d'une équipe de rééducation réadaptation», Mulhouse, SERFA, DUSSIR, promotion 1998 / 1999.

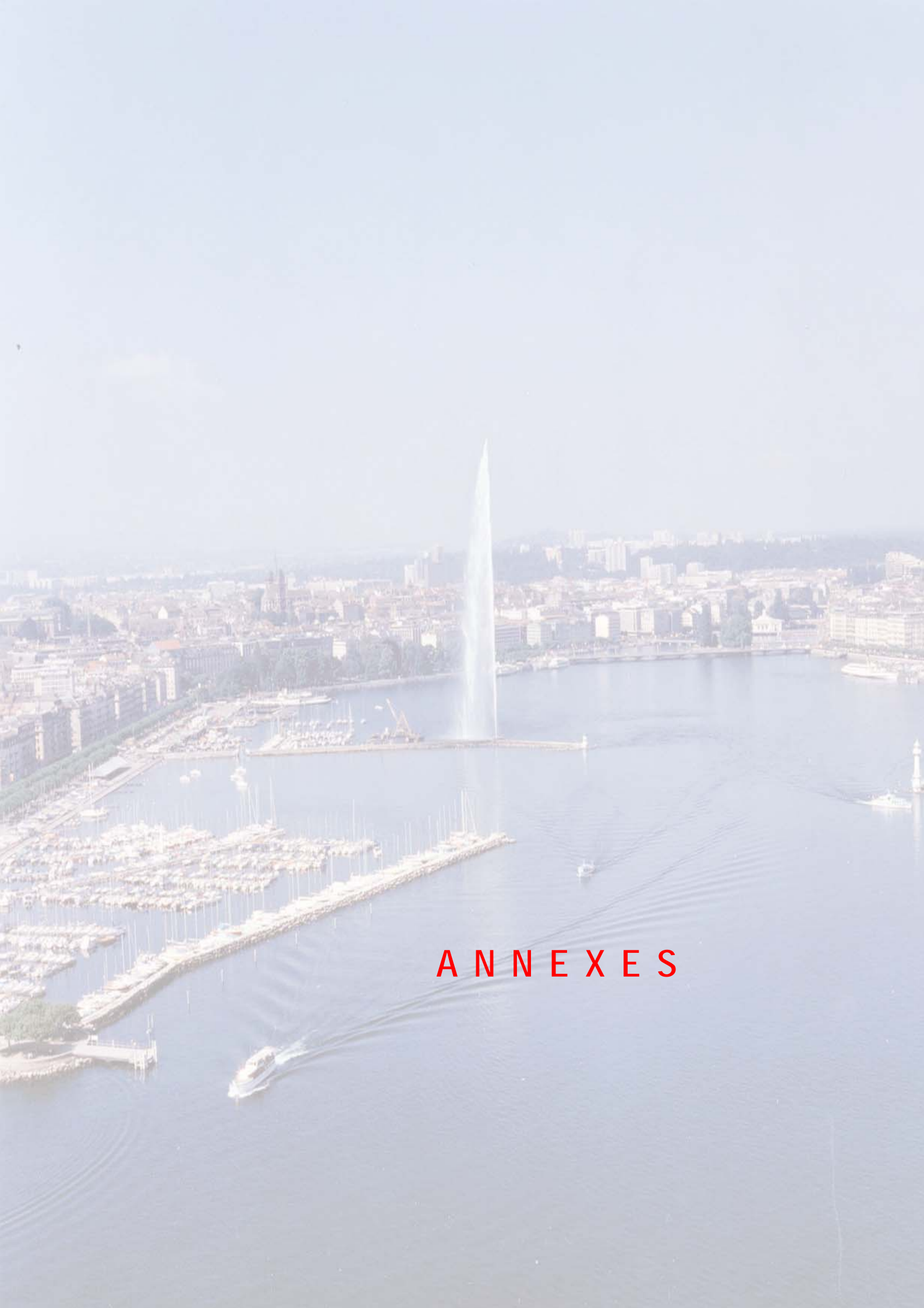
CONGRES

- XIX^e Congrès AIRR, Le présent et l'avenir de l'IDE en rééducation réadaptation, Cadres Infirmiers CRF Baches Bagnères de Bigorre, 20 et 21 septembre 2001.

DIVERS

- Cours Mulhouse, SERFA, DUSSIR promotion 2002/2003.
- Direction des Soins Infirmiers. «Responsabilité et pratique professionnelle dans les Hôpitaux Universitaires de Genève». Genève, HUG, mars 2001.
- Direction des Soins Infirmiers. «Standards minimums dans la pratique des soins généraux et obstétricaux». Genève, HUG, mars 2001.
- HUG. Beau-Séjour. Centre des paraplégiques. Conception des soins dans la rééducation des traumatisés médullaires. Mars 1995.

- HUG. Département Neuclyd. Clinique de rééducation. Soins Infirmiers. « Modalités de prise en soins individualisée par une infirmière de référence ». Avril 2001.
- Site internet OMS. <http://www.who.int>
- Stage pratique d'une semaine au Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM), août 2002.



ANNEXES