



**E.P.P.A.**

**ECOLE DU PERSONNEL PARAMEDICAL DES ARMEES  
CENTRE DE PREPARATION AU DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER**

**Travail de fin d'études – Diplôme d'État d'infirmier**

**ADAPTATION DU PATIENT PARAPLEGIQUE :  
ADAPTONS NOS COMPETENCES !**

**Second Maitre Emeline WILPART  
Promotion : 2013 – 2016**





Service de santé  
des armées

E.P.P.A.

ECOLE DU PERSONNEL PARAMEDICAL DES ARMEES  
CENTRE DE PREPARATION AU DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Travail de fin d'études – Diplôme d'État d'infirmier

# **ADAPTATION DU PATIENT PARAPLEGIQUE ADAPTONS NOS COMPETENCES !**

Second Maitre Emeline WILPART  
Promotion : 2013 – 2016



Service de Santé  
des Armées

## ATTESTATION DE NON-PLAGIAT

Je soussigné (Prénom Nom) : ..... Emeline WILPART .....

E.P.P.A.

Auteur du travail de fin d'études (TEMFE) : ..... Adaptation du patient paraplégique :  
..... adaptons nos compétences ! .....

Déclare sur l'honneur que ce mémoire est le fruit d'un travail personnel, que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié tout ou partie de l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne.

Toutes les sources d'information utilisées et les citations d'auteur ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Je suis conscient(e)s que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'école du personnel paramédicale des armées, pouvant être, éventuellement, sévèrement sanctionnée par la loi.

Fait à ..... Toulon ....., le ..... 12/04/2016 .....

Signature de l'auteur



Service de santé  
des armées

## AUTORISATION DE DIFFUSION

E.P.P.A.

Nom patronymique : WILLPART Prénom : Emeline  
Nom marital : ..... Nationalité : Française  
Promotion d'appartenance : 2013 - 2016

Titre du travail de fin d'études (TEMFE) : Adaptation du patient paraplégique :  
..... adaptons nos compétences !

### ATTESTATION DE CONFORMITE

L'auteur certifie - ~~ne certifie pas~~ la conformité de la version électronique à la version papier reliée et remise aux membres du jury pour la soutenance.

### AUTORISATION DE MISE EN LIGNE

L'auteur garantit que tous les documents sont libres de droit ou qu'il a acquis les droits afférents pour la reproduction et la représentation sur tous supports.

L'auteur n'autorise pas la mise en ligne du TEMFE.

L'auteur autorise la mise en ligne du TEMFE sans restriction sur intraeppa exclusivement<sup>1</sup>.

L'autorisation est ainsi consentie à l'EPPA pour une mise en ligne sur l'intraeppa pour la durée légale de protection accordée par le droit de la propriété intellectuelle.

Toutefois malgré les moyens mis en œuvre, l'EPPA ne peut garantir à l'auteur un accès intégralement sécurisé sur Intradef, elle ne pourra en conséquence être tenue responsable d'une diffusion au-delà de l'intranet.

L'auteur autorise la mise en ligne du TEMFE sans restriction sur internet

L'autorisation est ainsi consentie à l'EPPA pour le monde entier et pour la durée légale de protection accordée par le droit de la propriété intellectuelle.

#### Dispositions communes à tout type d'autorisation de diffusion :

L'auteur consent à ce que son TEMFE fasse l'objet d'une mise à disposition gratuite du public concerné autorisé à le consulter, le fixer sur tout support et le représenter à titre gratuit pour un usage exclusivement personnel ou pédagogique.

L'auteur autorise la mise en ligne du TEMFE par l'EPPA et l'accomplissement par celle-ci des actes de reproduction et de représentation nécessaire à cette fin sur tous supports. L'EPPA n'est en aucun cas autorisée à procéder à d'autres exploitations.

Il est expressément convenu que la présente autorisation est consentie à titre gratuit.

En conséquence, aucune rémunération ne sera versée par l'auteur en contrepartie de la mise en ligne de son TEMFE.

<sup>1</sup>S'entend du réseau informatique accessible gratuitement depuis des postes individualisés mis à disposition des enseignants, des étudiants et du personnel dans l'enceinte de l'EPPA.

## AUTORISATION DE DIFFUSION

L'autorisation est consentie à l'EPPA à titre non exclusif. L'auteur peut en conséquence exploiter librement son TEMFE, sur lequel il conserve l'ensemble de ses droits patrimoniaux.

### E.P.P.A.

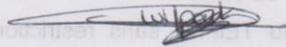
L'auteur peut retirer l'autorisation de mise en ligne à tout moment sans avoir à justifier de motif. Dans ce cas, il doit aviser l'EPPA de sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception. L'EPPA s'engage à retirer l'œuvre mise en ligne au plus tard dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

La loi applicable au présent contrat est la loi française.

Le tribunal compétent pour juger de tout contentieux lié au présent contrat est le Tribunal Administratif.

Fait à Toulon, le 12/04/2016

L'auteur... St... WILPA RT... Emeline... Le Directeur des études et de la formation



---

## NOTE AUX LECTEURS

---

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre de la formation au Centre de Préparation au Diplôme d'État d'Infirmier (CPDEI) de l'École du Personnel Paramédical des Armées (EPPA). Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et du CPDEI de l'EPPA »

---

## CITATION

---

« Je ne l'accepterai jamais, mais je m'arrangerai pour vivre avec. »

La traversée de la nuit, 1994

---

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont aidé pour l'élaboration de ce mémoire :

- Tout d'abord mon guidant, l'Infirmière Cadre de Santé Louis, qui a su me conseiller et m'orienter durant l'ensemble de l'élaboration de mon travail.
- Mes parents pour leur soutien de l'océan indien et mon frère pour sa patience à toute épreuve.
- Mes ami(e)s qui ont su me remonter le moral dans les moments de doutes.
- Les danseurs du jeudi soir pour leurs encouragements et leur soutien.
- Rémy, en espérant qu'il réalise ses rêves.

---

## TABLE DES MATIERES

---

Introduction .....	1
1. Du constat à la question de départ .....	2
1.1. Premier constat .....	2
1.2. Deuxième constat.....	3
1.3. Synthèse des constats.....	4
2. Motivations.....	6
2.1. Motivations personnelles .....	6
2.2. Motivations professionnelles .....	6
2.3. Motivations institutionnelles.....	7
3. Recherche documentaire.....	8
3.1. La paraplégie.....	8
3.2. La rééducation.....	9
4. De la revue de littérature à la question de recherche .....	11
4.1.1. Revue de littérature.....	11
4.1.2. Concept de handicap.....	12
4.1.3. Concept d'adaptation.....	14
4.1.4. Concept de compétences infirmières.....	17
4.1.5. Synthèse des concepts .....	19
4.1.6. Question de recherche .....	19
5. Phase méthodologique.....	20
5.1. Protocole de recherche.....	20
5.1.1. Modalités d'enquête .....	21
5.1.1.1. Lieu et population cible.....	21
5.1.1.2. Cadre réglementaire .....	21
5.1.1.3. Modalité de recueil de données.....	22
5.1.2. Traitements des données.....	23
5.2. Phase de diffusion .....	23
5.3. Estimation d'un budget.....	23
Conclusion.....	24
Bibliographie .....	25
Glossaire.....	30

Annexes .....	31
Annexe I : Définitions de la CIF .....	I
Annexe II : Définition de la SIMH.....	II
Annexe III : Guide d'entretien (Infirmier) .....	III
Annexe IV : Guide d'entretien (Patient paraplégique) .....	IV
Annexe V : Diagramme de Gantt .....	V

## Introduction

Dans le cadre de la formation au Diplôme d'Etat d'Infirmier, nous devons effectuer un travail de fin d'études durant notre dernière année de scolarité. Ce sujet doit être choisi à partir d'une ou plusieurs situations auxquelles nous avons été confrontés au cours de nos stages ou dans notre pratique militaire.

J'ai choisi d'aborder dans ce travail le sujet de la prise en charge infirmière du patient paraplégique car j'ai effectué l'un de mes stages en tant qu'élève infirmière dans un service de médecine physique et réadaptation accueillant des personnes paraplégiques. Ce stage m'a particulièrement interpellé du fait de la particularité de la prise en charge du handicap notamment chez des sujets jeunes mais aussi car depuis ce stage je m'interroge sur les conditions de vie de ces personnes et sur la manière la plus adaptée de les prendre en charge pour les accompagner vers une autonomisation et leur retour à domicile.

Pour cela, mon travail s'établira sur différentes parties. Tout d'abord je décrirai les situations qui m'ont amené au sujet et à ma question de départ. Ensuite j'expliquerai ce que sont la paraplégie et la rééducation afin de comprendre dans quel cadre évolue la population dont nous parlons.

A partir de ces différentes situations et de mes recherches, j'ai pu dégager de grands thèmes tels que le handicap, l'adaptation et la compétence infirmière. J'exposerai ces thèmes au cours de ma phase conceptuel et les mettrai en relation les uns avec les autres. La confrontation de mes concepts et de mes situations de stage m'amènera à me poser une question qui sera ma question de recherche et donc le sujet de mon étude.

La dernière partie de mon travail abordera la manière dont mon étude pourrait être menée s'il avait fallu la mettre en œuvre. Cette phase exposera le type d'étude que je choisirai de mener ainsi que le cadre opératoire de celle-ci.

Enfin, une conclusion clôturera mon travail de fin d'étude.

# 1. Du constat à la question de départ

## 1.1. Premier constat

Les événements constatés qui m'ont amené à vouloir traiter de ce sujet et à me poser ces questions, se sont déroulés durant mon stage en médecine physique et réadaptation dans un hôpital universitaire.

Lors de mes premiers jours de stage j'ai fait la rencontre de Monsieur S., un patient paraplégique depuis 3 ans qui se trouve dans l'aile des patients autonomes. Il est dans le service suite à une tentative de suicide à son domicile. Il connaît bien son handicap et au plateau technique il aide les patients dont le handicap est de survenu récente.

Dans l'aile Sud du service nous voyons très peu les patients puisque leur autonomie ne nécessite pas une prise en charge importante et ils gèrent eux-mêmes leur traitement quotidien.

Monsieur S. doit sortir dans peu de temps et a déjà préparé dans sa chambre de quoi faire un pot de départ puisqu'il connaît bien le personnel du service. Il nous dit avoir hâte de rentrer chez lui et de reprendre ses activités.

Le lundi suivant en commençant le tour, Monsieur S. n'est pas dans sa chambre et toutes ses affaires sont encore là. Nous l'avons donc cherché dans le hall pour voir s'il n'était pas partie fumer ou boire un café mais il n'y avait personne. Après plus d'une demi-heure de recherche, son fauteuil est découvert sur l'escalier de secours du 3<sup>ème</sup> étage. Il a pris la décision de mettre fin à ses jours.

Toute l'équipe est très secouée, tout le monde cherche à finir le tour des médicaments comme si de rien était pour ne pas perturber les autres patients. Mais dès que ce dernier est fini une grande partie de l'équipe s'effondre dans la salle de repos. Tout le monde connaissait très bien ce patient et il était très apprécié de l'équipe qui le connaissait depuis son accident. Un peu plus tard, la cadre du service nous rejoint dans la salle de repos pour nous lire une lettre que Monsieur S. avait laissé dans un carnet. Il explique que sa décision a été murement réfléchie, que l'équipe infirmière a été super et qu'il ne fallait pas que nous nous en voulions. Il dit qu'il va rejoindre son père et qu'il est heureux de partir.

Aucun signe n'a pu montrer ce qu'il comptait faire, rien de nous montrer qu'il n'était pas bien et qu'il comptait partir.

Ce qu'il s'est passé ce matin là m'a beaucoup secoué, je me demandais si on aurait pu éviter mais en même temps, je savais après avoir écouté sa lettre que s'il ne l'avait pas fait aujourd'hui il aurait trouvé un autre moment. Je me demandais si nous avions loupé des signes avant-coureurs, si nous aurions pu l'aider à accepter son handicap ou si véritablement nous avions fait ce qu'il fallait et que malgré tout rien n'aurait pu changer ce qu'il s'est passé.

En tant que soignant dans un service de rééducation, il n'est pas commun de voir le décès d'un patient notamment dans ces conditions. Nous nous remettons donc forcément en question, nous cherchons les éléments que nous avons loupés, nous nous remémorons les moments passés avec le patient et nous cherchons des axes d'améliorations pour ne pas faire face une deuxième fois à cette situation.

Avec le recul, je me demande si nous ne sommes pas d'avantages concentrés sur nos tâches que sur notre relation avec le patient. De plus, peut-être sommes nous trop axés sur le handicap visible et sur l'autonomisation que sur ce qui se passe dans la tête du patient pendant son passage en service de rééducation.

## 1.2. Deuxième constat

Durant mes premiers jours de stage j'ai fait la connaissance de Mr. V. âgé de 26 ans, atteint d'une paraplégie de niveau T12 depuis moins de 3 mois.

La communication entre Mr. V. et l'équipe soignante est en apparence bonne, il nous parle beaucoup, cherche à savoir des choses sur nous, nous raconte des choses sur sa vie avant son accident : son métier, les activités qu'il pratiquait... Mais lors des soins, nous avons face à nous une personne renfermée sur elle même, ne communiquant que très peu à l'opposé de ce que j'ai pu observer durant le début de mon stage. Les soins se passent donc dans un silence assez gênant, n'arrivant pas à nouer un dialogue avec lui. Je n'avais jamais été confronté à cette situation dans mes autres stages et le côté invasif des soins que nous devions réaliser ne faisait qu'accroître mon malaise.

Je me sentais démuni face à la situation ne sachant pas si je devais chercher à parler avec lui ou alors si je devais respecter son silence et attendre qu'il entame lui même une conversation. En discutant avec les infirmiers, j'apprends qu'ils avaient le même problème et que le soir il était également assez fermé au dialogue et pleurait de temps en temps mais il ne souhaitait jamais en parler. Les médecins du service nous ont dit qu'il était dépressif et qu'il ne souhaitait pas prendre de traitement. Mais après seulement 3 mois, je me demandais si ce n'était pas plutôt une souffrance psychologique ou des difficultés d'adaptation à sa nouvelle situation.

Une psychologue de l'hôpital lui rend visite une fois par semaine et il parle beaucoup avec elle mais nous avons peu d'informations sur leurs entretiens. Monsieur V. refuse de se confier auprès de l'équipe infirmière sur les conséquences émotionnelles de son handicap. Il nous dit ne souhaiter parler qu'avec son médecin ou la psychologue.

Au fil des jours, Monsieur V. passe de plus en plus de temps dans son fauteuil et également au plateau technique de rééducation. Lorsque je suis d'après midi, je fais une partie de tennis de table avec lui pour essayer d'avoir un contact différent avec Monsieur V. Lors de ces parties il est différent, me disant qu'il va devenir champion handisport de tennis de table et qu'il va aller aux jeux olympiques de Rio.

J'ai l'impression qu'il commence à admettre les conséquences à long terme de son handicap puisque même le matin et le soir il est plus présent et participant aux soins. Avec l'équipe soignante, nous avons l'impression de voir une évolution positive. Lors des transmissions du midi, nous abordons souvent l'idée que ce qu'il nous montre chaque jour n'est peut être qu'un mécanisme de défense lui permettant de supporter la réalité de son handicap chaque jour un peu plus présente.

Et un soir, lors de mes derniers jours de stage, en allant dans sa chambre pour l'aider à se déshabiller il me dit :

« Je ne suis plus qu'un putain de sous homme d'1m30, je ne vaud plus rien, je ne peux rien faire sans tout devoir organiser à l'avance ».

Je ne savais pas vraiment quoi lui dire, le contredire ?, lui montrer tout ce qu'il était capable de réaliser la journée ?, sa rapide autonomisation ?... Alors que nous avions l'impression qu'il allait psychologiquement dans une dynamique positive, il me confie ces perceptions sur son handicap.

Ca allait faire 10 semaines que je connaissais Monsieur V. et que je parlais avec lui presque chaque jour et il ne m'avait pas parlé de ce qu'il ressentait face à sa situation. Comme si nous étions trop souvent à son contact pour qu'il se montre à nous sous son « vrai jour ».

J'avais bien sur des éléments qui me permettaient de le savoir, notamment avec les réunions interdisciplinaires, mais j'avais l'impression d'avoir loupé quelque chose dans sa prise en charge au niveau communicationnel. Bien que je n'ai jamais réellement rencontré d'obstacles

pour parler avec lui, je me suis dit que, peut être, si j'avais agis différemment il m'aurait parlé de son ressenti face à son handicap.

Je décide de lui répondre simplement que moi je n'ai pas la même vision que lui, qu'en le regardant je ne vois pas la même chose que lui, puis je lui parle d'autres choses ne sachant pas réellement quoi lui répondre. Même si il est vrai que dans son fauteuil il ne fait qu'1m30, en comparaison des 1m80 lorsqu'il était debout, et qu'il devait ressentir un sentiment d'infériorité à côté d'une personne valide.

Je pouvais entendre tout ce qu'il me disait mais je ne pouvais pas comprendre je n'étais pas à sa place.

Après une dizaine de minutes, Monsieur V. montre une attitude plus détendue qu'à mon arrivée et je décide de le laisser se reposer.

Lors des derniers jours de mon stage, Monsieur V. n'a pas évoqué de nouveau ce qu'il ressentait et il était particulièrement dynamique et souriant. Après ce qu'il m'avait dit quelques jours auparavant j'ai quitté mon stage avec le sentiment qu'il se cachait derrière un masque, qu'il lui faudrait beaucoup de temps pour se faire à sa nouvelle image, à sa nouvelle situation. Après ce qui était arrivé avec Monsieur S., je me demandais si un jour il arriverait à vivre pleinement et à être heureux avec son handicap, si ce n'était qu'une question de temps...

La relation avec ce patient et les avis divergents des différents soignants envers lui m'ont fait me demander si nous prenions suffisamment en compte la perception des patients blessés médullaires dans la prise en charge psychologique.

De plus, je me suis demandé ce que nous aurions pu améliorer pour favoriser l'adaptation du patient à sa nouvelle situation et comment nous aurions pu améliorer le soutien émotionnel que nous lui apportons pour que le patient arrive à se confier plus facilement à nous.

Enfin, que pourrions-nous mettre en place pour surmonter les difficultés que nous rencontrons pour faire accepter les changements dus à la paraplégie ?

### **1.3. Synthèse des constats**

Au travers de mes deux constats, nous pouvons observer que le principal obstacle rencontré se trouve dans la relation et la communication soignant-soigné face à la blessure médullaire.

En effet je me suis moi-même retrouvé confronté à des difficultés dans la prise en charge de ces patients en situation de handicap car je ne savais pas comment les aider dans leur processus d'adaptation face aux changements auxquels ils devaient faire face.

Quand nous parlons de blessures médullaires nous envisageons presque immédiatement les atteintes physiques que cela engendre et les répercussions sur la vie mais envisageons-nous suffisamment les conséquences émotionnelles ? Dans un article de 2009, paru au *Journal of Neuroscience Nursing*, Susan Hunter-Revell écrit que les soignants seraient plus centrés sur le handicap visible alors que les patients se battraient avec la notion de normalité.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> HUNTER REVELL, S. *Subjective Well-Being in Persons Living With Traumatic Spinal Cord Injury: A Qualitative Study of Personal Journeys*. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2009

Et bien que l'accompagnement psychologique soit aujourd'hui un sujet très étudié, notamment dans le cadre militaire avec les états de stress post traumatique (ESPT), les interventions infirmières qui s'y rapportent ne sont pourtant pas si évidentes. Ce n'est que depuis 1980 que le terme d'état de stress post-traumatique a été introduit dans le DSM-III<sup>2</sup>. De plus, les articles abordant le rôle infirmier dans la prise en charge des ESPT n'apparaissent réellement que dans les années 2000. Cette prise en charge psychologique est donc très récente et nous avons donc peu de recul face aux interventions infirmières mises en place.

Pour Hélène Lazure (1985), « *l'objectif ultime de l'infirmière sera toujours de maintenir et de faire croître dans la dignité la moindre étincelle d'énergie permettant de s'arrimer à la vie* »<sup>3</sup>. Mais chez la personne chez qui tout est cassé et tout est à reconstruire, cet « objectif ultime » est mis à l'épreuve. Pour accompagner au mieux le patient blessé médullaire sur le chemin de l'acceptation du handicap, l'infirmière a besoin d'acquérir des compétences et de l'expérience.

Ces deux situations ne sont que des exemples de tout ce que à quoi les infirmières font face lorsqu'elles ont à soigner une personne qui doit faire le deuil de sa vie passée pour avancer. Et les difficultés que je pouvais rencontrer, elles aussi devaient y faire face à des degrés différents selon les patients.

Pour Marie-Françoise Collière (1982), « *Soigner c'est d'abord et avant tout un acte de vie* ». Par cette phrase, elle voulait nous dire que soigner c'est entretenir la vie et lui permettre de continuer et de se reproduire.<sup>4</sup> Soigner, c'est donc toutes les activités que nous pouvons mettre en place pour permettre au patient de s'arrimer à la vie.

Alors, quand nous avons face à nous une personne qui a perdu cette envie de vivre, qu'elles sont les soins, les activités que nous devons utilisées ?

C'est de ces constats de ma pratique de future professionnelle de santé et de mes observations que j'en suis venu à choisir cette question de départ :

**« Lors de l'hospitalisation en service de rééducation, quel doit être le rôle et le positionnement de l'infirmière dans le processus d'adaptation auquel est confronté une personne paraplégique ? »**

---

<sup>2</sup>JOSSE, Evelyne. *Etat de stress aigu et Etat de Stress Post-traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?*. Novembre 2013

Disponible à l'adresse : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46> [Consulté le 22/02/2016]

<sup>3</sup> LAZURE Hélène, *L'infirmière*. Publiée en 1985

<sup>4</sup> Marie-Françoise Collière, « *Promouvoir la vie* » publiée en 1982, page 391.

## **2. Motivations**

Suite à toutes ces interrogations, j'ai fait des recherches sur le handicap et la paraplégie afin d'améliorer mes connaissances personnelles et pour mieux comprendre tout ceux à quoi les personnes paraplégiques doivent faire face au quotidien. Ainsi j'ai décidé d'expliquer mes motivations en trois axes : motivations personnelles, motivations professionnelles et motivations institutionnelles.

### **2.1. Motivations personnelles**

J'ai choisi d'aborder mon travail de fin d'étude sur le thème de la paraplégie et du processus d'adaptation inhérent au handicap car j'ai effectué l'un de mes stages dans un service de rééducation accueillant entre autres des patients paraplégiques.

Ce stage m'a beaucoup marqué car il a remis en cause chez moi un certain nombre d'apriori. En effet je n'avais jamais été confronté au handicap physique et notamment chez des sujets de la même catégorie d'âge que moi. Ces deux paramètres réunis me faisaient me poser la question de ma propre situation. Et si c'était moi, comment aurais-je réagi ? Comment aurais-je voulu qu'on m'aide ? Aurais-je réagi de la même façon et me serai-je posé les mêmes questions si les personnes en face de moi étaient des personnes âgées ? Je suis certaine que non. Ainsi, je ne savais pas tout ce qui pouvait être mis en place pour que ces personnes puissent récupérer leur autonomie mais aussi pour qu'elles puissent vivre « en harmonie » avec leur handicap.

Je n'avais pas réfléchi à toutes ces questions auparavant, ou alors je n'avais pas voulu me les poser. Mais pour soigner des patients blessés médullaires, ce sont des questions qu'il aurait fallu que je me pose avant d'y être confrontée pour être mieux préparée aux difficultés que j'allais rencontrer.

Ce travail m'aidera à approfondir mes connaissances en ce qui concerne l'accompagnement infirmier des patients paraplégiques ou autres dans l'acceptation du handicap, mais également à améliorer ma pratique professionnelle.

### **2.2. Motivations professionnelles**

La profession infirmière est régit par des textes qui réglementent les pratiques pour ce qui concerne les soins infirmiers et les soins de bien être et de confort. Mais pour ce qui est des soins dits relationnels et communicationnels, il est difficile d'imposer des lois et des règles.

En effet, il existe de grands principes de bases dans la communication qui peuvent nous guider sur la manière d'aborder tel ou tel sujet mais encore faut-il les comprendre pour les entreprendre.

Comprendre et entreprendre sont des mots qui sont courant dans le milieu de l'entreprise et c'est d'ailleurs le fil conducteur de l'entreprise IMS-Entreprendre qui, depuis 1986, aide les entreprises à se développer dans un environnement sain, dans une logique de

création de valeur partagée avec leur écosystème.<sup>5</sup> IMS-Entreprendre a réalisé une étude sur les stéréotypes sur le handicap au sein des entreprises et il en ressort certains points importants : le handicap est perçu comme lourd et grave alors que 80% des handicaps sont dans les faits invisibles, les personnes handicapées sont perçues comme « courageuses » mais « improductives », ou encore, les personnes handicapées sont considérées comme des « victimes de la société ». La vision qu'ont les entreprises du handicap reflète assez bien la vision que la société a de ces derniers.

Dans ce processus d'adaptation à une nouvelle image de soi, le patient se retrouvera confronté à l'image que la société a de lui car une majeure partie de la population n'est pas correctement sensibilisée au handicap.

Et en service de rééducation, le personnel fait face à des patients qui se retrouvent confronté à cette image et qui parfois refusent de communiquer sur leur souffrance, leur ressenti et qui peuvent jusqu'à refuser les soins que leur permettraient de retrouver une autonomie.

Au travers de ce travail, je voudrais mettre en exergue les compétences nécessaires que doit acquérir l'infirmière ainsi que les éléments qui pourraient être mis en place afin d'avoir la juste attitude face à un patient en plein processus d'adaptation de sa nouvelle condition.

### **2.3. Motivations institutionnelles**

Sur le plan national, le handicap a été défini comme une des priorités par la loi du 11/02/2005 mais également sur le plan militaire, la prévention et la prise en charge des accidents de terrain sont des objectifs clairement identifiés par le SSA<sup>6</sup>.

A l'heure actuelle, la loi sur le handicap du 11/02/2005 est jugée comme présentant des avancées réelles mais avec une application encore insuffisante. Cette loi fait référence au projet de vie de la personne et au principe de non-discrimination. Elle a pour volonté de donner à chaque personne handicapée tous les moyens de réaliser son projet de vie que ce soit au niveau financier ou au niveau institutionnelle.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> IMS-Entreprendre. *Les stéréotypes sur les personnes handicapées*. Avril 2011

Disponible à l'adresse : <http://www.imsentreprendre.com/content/les-stereotypes-sur-les-personnes-handicapees-comprendre-et-agir-dans-l-entreprise> [Consulté le 07/02/2016]

<sup>6</sup> MC THEFENNE. *Cours Services de MPR HIA LAVERAN et HIA SAINT ANNE*. EPPA, Septembre 2015

<sup>7</sup> SENAT, un site au service des citoyens. *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl03-183.html> [Consulté le 17/12/2015]

### 3. Recherche documentaire

Au vu des mes constats et des diverses questions que j'ai pu me poser et avant d'introduire ma phase conceptuelle, je vais dans un premier temps définir les termes de paraplégie et de rééducation.

#### 3.1. La paraplégie

D'après l'Association Suisse des Paraplégiques, la paraplégie se définit comme une lésion de la moelle épinière au niveau du thorax ou des lombaires, qui entraîne une paralysie des membres inférieurs et de certaines parties du tronc. Elle se traduit par une perte de sensibilité ainsi qu'une perte fonctionnelle au dessous du niveau lésionnel engendrée par un dérèglement du système nerveux autonome. Environ 2/3 des paralysies médullaires (paraplégie et tétraplégie) sont de causes traumatiques (accidentelles) contre 1/3 environ de cause médicale.<sup>8</sup>

Et les normes internationales de classification neurologique et fonctionnelle des lésions médullaires définissent la paraplégie comme «*un déficit ou une perte des fonctions motrices et/ou sensibles du tronc, des membres inférieurs et des organes pelviens. Ce terme peut être utilisé dans les lésions de la queue de cheval et du cône terminal mais non lors des atteintes du plexus lombo-sacré ou des traumatismes des nerfs périphériques en dehors du canal rachidien*». <sup>9</sup>

Dans environ 50% des cas, la cause du traumatisme est liée à un accident de la voie publique (AVP), loin devant les chutes, les tentatives de suicide, les accidents de sport ou encore les écrasements et les blessures par arme.

En dehors des traumatismes, la paraplégie peut être due à des causes médicales (tumorales, infectieuses, inflammatoires ou encore vasculaires).

Ce sont très souvent des sujets jeunes qui sont atteints (15-35 ans) même si l'incidence chez les personnes âgées est passée de 4.6% en 1970 à 13.2% en 2000 avec les progrès de la médecine et le vieillissement de la population.<sup>10</sup>

En France, l'incidence des lésions médullaires traumatiques est d'environ 1200 nouveaux cas par an soit 19,4 nouveaux cas par millions d'habitants. La population de blessés médullaires est estimée à près de 50.000 en France. En comparaison, aux Etats-Unis, l'incidence est estimée à 40 nouveaux cas par millions d'habitants soit 11.000 nouveaux cas par an.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup>PARADIDACT, Association suisse des paraplégiques. (2012). *Paralysie médullaire*. [http://www.spv.ch/\\_frontend/handler/document.php?id=413&type=42](http://www.spv.ch/_frontend/handler/document.php?id=413&type=42) [Consulté le 18/09/2015]

<sup>9</sup>PERROUIN- VERBE, B. *Compression médullaire non traumatique*. .Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. 2015 [Consulté le 15/11/2015]  
Disponible à l'adresse : [http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=647](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=647)

<sup>10</sup> PERROUIN-VERBE, B. *Evolution épidémiologique des lésions médullaires*. 2012

<sup>11</sup> Haute Autorité de Santé. *Guide affection de longue durée, paraplégie* –juillet 2007

Une étude, de 2006, réalisée par le Dr. Friggeri sur la base de données récoltée par l'IRME (Institut pour la recherche sur la moelle épinière et l'encéphale) montre que seulement 24% des blessés médullaires sont des femmes, donc 3 blessés sur 4 sont des hommes. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ont peut être moins de comportements à risques que les hommes.<sup>12</sup>

Suite à l'atteinte de sa moelle épinière, le paraplégique doit faire face à divers symptômes inhérents à la physiologie de la moelle épinière.

Les principales conséquences de la paraplégie sont motrices et sensibles et c'est d'ailleurs ce que remarquent en premier les personnes qui ne connaissent pas ce handicap.

Mais en dehors de ce qui nous frappe au premier abord, les paraplégiques ont des troubles sphinctériens, vésicaux et intestinaux, des troubles neurovégétatifs, des troubles génito-sexuels, des douleurs, des troubles respiratoires, des troubles du tonus ou encore des troubles circulatoires.

Même si ces troubles sont bien souvent pris en charge de manière adéquate par les personnes paraplégiques, elles risquent des complications si elles ne sont pas vigilantes en permanence.

Les complications les plus courantes sont les brûlures et les gelures, les escarres, les rétractions musculaires, l'ostéoporose ou encore les accidents thromboemboliques.

Les personnes nouvellement paraplégiques doivent faire face à tous ses troubles et apprendre à vivre avec en plus de réapprendre à vivre de manière autonome. Mais à tout cela s'ajoutent les problèmes concernant la nouvelle image à laquelle les blessés médullaires vont devoir se faire.

C'est lors de la rééducation, que les blessés médullaires vont se retrouver confrontés à ce processus d'adaptation et c'est lors de cette période que l'équipe soignante va jouer un rôle important pour le devenir des patients. Mais alors qui sont les acteurs de la rééducation ?

### **3.2. La rééducation**

La prise en charge des patients paraplégiques après la prise en charge aiguë se poursuit dans un service de rééducation. Dans sa définition européenne, la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités.<sup>13</sup>

Parmi les soignants qui accompagnent le patient paraplégique au cours de sa rééducation on trouve :

- Le médecin de MPR, qui va coordonner les traitements de rééducation après avoir réalisé différentes évaluations. Il pratique également divers actes thérapeutiques (ex : injections botuliques pour traiter la spasticité)
- Les infirmiers qui, d'après l'article R.4311-2 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004 ont pour rôle de « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales phy-*

---

<sup>12</sup> Thèse pour le doctorat de médecine Arnaud Friggeri. « *Influences du type et du niveau de la lésion, du délai chirurgical et des complications respiratoires sur la récupération clinique à un an* » - 2006

<sup>13</sup> MC THEFENNE. Cours *Services de MPR HIA LAVERAN et HIA SAINT ANNE*. EPPA, Septembre 2015

*siques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* ». <sup>14</sup>

- Les aides-soignants, qui eux, assistent l'infirmier. Selon l'article R.4311-4 du Code de la Santé Publique, l'aide-soignant contribue « *au bien être des malades, en les accompagnants dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie [...] assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort...* » <sup>15</sup>.
- Les kinésithérapeutes qui ont pour rôle de « *prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* » <sup>16</sup>.
- Les ergothérapeutes dont le rôle est la rééducation par les activités manuelles ou une rééducation du geste finalisé donc du membre supérieur. Ils recherchent le maintien et l'accessibilité pour l'individu à un maximum d'autonomie dans son environnement au quotidien. Ils vont corriger les troubles fonctionnelles et amener la meilleure indépendance possible dans les activités de la vie quotidienne. <sup>17</sup>

Dans le cadre de la rééducation, l'infirmier doit savoir travailler en interprofessionnalité, aussi bien avec les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, que les psychologues et les aides soignants afin de prendre en charge le patient dans sa globalité. Dans les services de MPR, les patients restent souvent hospitalisés plusieurs mois et la prise en charge globale passe alors également par la connaissance du patient, de son histoire de vie, de la survenue de son handicap afin d'adapter la communication avec ce dernier. C'est également lors de la rééducation que nous allons parler d'éducation thérapeutique du patient. Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». <sup>18</sup>

Dans le cas d'un handicap, l'éducation thérapeutique est indissociable et complémentaire du reste de la prise en charge du patient. Elle doit permettre « l'acquisition et le maintien par le patient des compétences d'autosoins » ainsi que « la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation » <sup>19</sup>. Mais pour aider le patient à maintenir ou acquérir des compétences, l'infirmière doit elle-même avoir acquis des compétences à l'éducation thérapeutique afin d'accompagner dans le patient dans les meilleures conditions possibles.

---

<sup>14</sup> LEGIFRANCE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code la santé publique. Journal Officiel, n°183, 8 août 2004, p. 37807, texte n°37086. [Consulté le 21/10/2015]

Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

<sup>15</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Fiche métier « AIDE-SOIGNANT »* Disponible à l'adresse : [http://www.sante.gouv.fr/aide-soignant\\_10825.html](http://www.sante.gouv.fr/aide-soignant_10825.html), [Consulté le 21/10/2015].

<sup>16</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Fiche métier « MASSEUR-KINESITHERAPEUTE »*. Disponible à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/masseur-kinesitherapeute.html>, [Consulté le 21/10/2015].

<sup>17</sup> MC THEFENNE. Cours *Services de MPR HIA LAVERAN et HIA SAINT ANNE*. EPPA, Septembre 2015

<sup>18</sup> Rapport de l'OMS-Europe, publiée en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

<sup>19</sup> Haute Autorité de Santé. *Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation*. Juin 2007 Disponible à l'adresse : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../education-therapeutique-du-patient-etp](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../education-therapeutique-du-patient-etp)

## 4. De la revue de littérature à la question de recherche

### 4.1.1. Revue de littérature

Pour réaliser ce travail une revue de littérature a dû être effectuée avec différentes sources : articles de presses, articles de magazines, livres, document internet, cours...

J'ai d'abord réalisé une première recherche directement sur Google en utilisant différents mots clés que j'ai réutilisés sur les différents outils de recherche dont je me suis servi : paraplégie – handicap – rééducation – infirmier – adaptation – compétences infirmières.

Cette première recherche m'a permis de trouver des articles très généraux sur la paraplégie abordant plus souvent le côté physique que le côté psychologique. De plus le site de l'Association des Paralysés de France (APF) donne accès à divers articles et notamment dans la rubrique « aspects psychologiques, entourage ».

J'ai ensuite utilisé les bases de données EM-consulte, CAIRN et Pubmed dans le but de trouver des articles scientifiques.

J'ai pu trouver des études épidémiologiques et quelques articles traitant du ressenti des personnes soignées en rééducation mais la littérature française est assez maigre sur le sujet. J'ai donc cherché des articles en anglais en inscrivant les mots clés : spinal cord injury – paraplegia - adaptation – psychological – nursing care. *The Journal of Spinal Cord Medicine* présente plusieurs articles sur la place des soignants dans la relation avec un blessé médullaire ainsi que des articles sur le ressenti des personnes soignées.

Par la suite, j'ai effectué un tri au fur et à mesure de mes lectures pour ne garder que trois notions qui m'ont semblées importantes à développer : handicap, adaptation et compétences infirmières.

Pour définir les trois concepts, je me suis d'abord appuyé sur deux ouvrages :

- « ABCDaire des sciences humaines en médecine » écrit par Phillippe Bagros et son équipe
- « Dictionnaire Humaniste infirmier, approches et concepts de la relation soignant-soigné » écrit par Christine Paillard

Pour le concept de handicap, j'ai d'abord cherché la définition de l'OMS ainsi que des définitions d'auteurs puis je me suis penché sur la façon dont le handicap était perçu et classifié dans notre société. J'ai ensuite cherché des articles sur le handicap à partir des différentes bases de données utilisées précédemment afin d'approfondir le concept et avoir différents points de vue.

Pour le concept d'adaptation, j'ai également cherché une définition simple puis je me suis servi des écrits de Callista Roy et notamment de son livre « *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation* » afin d'étayer mon concept et de mettre en relation les termes adaptation et handicap.

Enfin pour le dernier concept qui est celui de la compétence infirmière, j'ai recherché dans un premier temps des définitions de la compétence pour ensuite arriver au domaine de la compétence infirmière. Pour cela je me suis appuyé sur les articles écrits par Guy Le Boterf ainsi que sur le référentiel de compétences infirmières.

#### 4.1.2. Concept de handicap

L'évolution du langage dans notre société n'échappe pas à la règle de la désobligeance envers les personnes handicapées. En effet, à ce jour, « [...] *handicapé s'est ainsi imposé car il contient l'idée d'un désavantage et de l'importance des barrières sociales. L'introduction du mot personne accolé à handicapé marque une nouvelle étape : on reconnaît ainsi qu'être handicapé n'est qu'une caractéristique d'une personne. L'importance du handicap varie beaucoup et cette caractéristique ne dit pas grand chose sur la personnalité réelle. Peut-être serait-il plus juste de dire une personne qui fait face à un handicap.* »<sup>20</sup>

D'origine anglaise, le mot « handicap » est la contraction de « Hand in cap » signifiant « la main dans le chapeau ». Cela traduit la situation négative, défavorable de celui qui avait tiré le mauvais numéro.

Ce n'est qu'au XX<sup>ème</sup> siècle que le terme de « handicap » va s'imposer d'un point de vue social et politique avec les premières lois et associations pour la défense des personnes en situation de handicap.

La première définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1980, définit le patient handicapé comme :

*« Un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. »*<sup>21</sup>.

Cette définition fait partie d'un projet de Classification des Handicaps en partie mené par Philip. Wood. Son système définit le handicap comme la conséquence d'un état pathologique (maladie ou accident) et, au sein de ce système il définit 3 concepts principaux qui sont la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Cette Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH) a très largement été adoptée pendant de nombreuses années mais en parallèle de ce système s'est développé un courant « anthropologique » qui considère le handicap comme étant la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités et de son environnement avec ses exigences<sup>22</sup>. Ce courant s'est développé car la classification de Wood était perçue comme trop médicale, trop linéaire, trop centré sur la personne et pas assez sur l'environnement.

Il y avait donc un courant « médical » où la lésion (ou déficience) corporelle pathologique rend les personnes handicapées et un courant « anthropologique » où la situation et le cadre de vie créent les situations de handicaps.

C'est grâce aux différences de ces deux courants, aux demandes des professionnels de la réadaptation, et aux courants associatifs que l'OMS a entrepris de remodeler sa classification

---

<sup>20</sup> Office des Personnes Handicapées du Québec *A part égale : L'intégration sociale des personnes handicapées : Un défi pour tous.* Gouvernement du Québec, 1984

<sup>21</sup> DENORMANDIE, Philippe. DE WILDE, Dominique. *Mieux connaître les besoins de la personne handicapée.* Rueil-Malmaison : Edition Lamarre, 2001, p. 11.

<sup>22</sup> Collège enseignants médecine physique et rééducation. *La définition du handicap.*

Disponible à l'adresse : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf)

pour aboutir en mai 2001 à la « Classification du fonctionnement des handicaps et de la santé » (CIF) dans laquelle on distingue 5 niveaux : les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités, les participations et les facteurs environnementaux (Cf. Annexe1). La CIF a été un texte de référence pour la mise en place de la législation française concernant le handicap.

Aujourd'hui en France, le handicap est définie par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées article 2, alinéa 1, article L.114 comme :

*«Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.»<sup>23</sup>.*

Outre la classification de l'OMS il existe d'autres classifications, notamment un Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) développé par le Pr Hamonet en collaboration avec le Portugal.

C'est une approche plus positive car on ne parle plus de classification mais d'identification et le SIMH repositionne la notion de personne face à la société et la santé.

Les principaux éléments de ce système sont les situations de la vie qui conditionnent le handicap et la subjectivité (ou point de vue de la personne) qui conditionne sa façon de réagir face à son état corporel, fonctionnel et situationnel. Le SIMH s'appuie sur un modèle à 4 dimensions qui sont le corps, les capacités, les situations de la vie et la subjectivité (Cf. Annexe II). Ce système se veut universelle, simple, complet et éthique en ne prenant pas en compte seulement les éléments pathologiques.<sup>24</sup>

La subjectivité évoquée ci-dessus nous amène à une notion qui est celle d'identité de la personne dite handicapée. Les personnes handicapées doivent vivre avec une particularité mais elles ne sont pas leur particularité. Elle va néanmoins participer à leur reconstruction identitaire.

*« Avoir un handicap et vivre avec ce handicap, quel qu'il soit, nécessite un travail sur soi et un engagement personnel, à tous les niveaux et de tous les instants, pour espérer être, simplement être soi, un citoyen à part entière, une femme ou un homme avec tout et par-dessus tout. »<sup>25</sup>*

---

<sup>23</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.* [Consulté le 06/09/2015] Disponible à l'adresse :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

<sup>24</sup> Collège enseignants médecine physique et rééducation. *La définition du handicap.*

Disponible à l'adresse : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf)

<sup>25</sup> NUSS, Marcel. *L'identité de la personne handicapée.* [Consulté le 25/03/25016]

Disponible à l'adresse : [nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf](http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf)

La reconstruction ne peut pas se faire seule, dès l'annonce du handicap va s'engager un processus d'adaptation inhérent à celui-ci. Marcel Nuss, ayant lui-même un handicap physique, écrit « *qu'être handicapé, c'est gommer la personne en soi, sa part d'humanité. D'où l'importance de se sentir avoir un handicap et non être handicapé, c'est-à-dire d'être porteur d'une différence plus ou moins difficile à vivre au quotidien selon son tempérament et/ou l'environnement familial et social.* »<sup>26</sup>.

En résumé, nous retiendrons que le handicap est un concept évoluant dans le temps. C'est un concept dynamique décrivant une personne dans son environnement.

Handicap est un mot, avoir un handicap est une réalité et pour vivre avec cette réalité il est nécessaire de développer des compétences d'adaptation.

### 4.1.3. Concept d'adaptation

Selon le Larousse, l'adaptation est « l'action de s'adapter à quelque chose » et s'adapter signifie : « *modifier la pensée, le comportement de quelqu'un pour le mettre en accord avec une situation nouvelle, ou modifier quelque chose pour l'approprier à quelqu'un, le mettre en accord avec quelque chose* »<sup>27</sup>.

De plus, d'après le Centre National de Ressources textuelles et Lexicales, l'adaptation est « *une caractéristique de l'intelligence. C'est une aptitude à évoluer à partir d'une situation, qu'elle soit positive ou négative. Cette capacité vise la transformation d'un acte vers un autre, relationnel ou technique et insiste sur les possibilités de réajustements nécessaires pour vivre naturellement de nouvelles situations.* »<sup>28</sup>

Sœur Callista Roy, théoricienne en sciences infirmières mondialement reconnue, a élaboré une description du modèle d'adaptation : « *Roy Adaptation Model* » (RAM). Son modèle inclut les personnes comme un système adaptatif, l'environnement, la santé et l'objectif des soins infirmiers.

En 1999, avec Andrews, ils définissent l'adaptation comme « *le processus dont se sert la personne qui pense et qui ressent pour prendre conscience et faire des choix afin de s'intégrer dans son entourage humain et environnemental* ».<sup>29</sup>

Marcel Dijkers, professeur et chercheur dans le domaine de la médecine de réadaptation, a écrit, en 1996, que les blessés médullaires doivent faire face à un processus d'adaptation évolutif qui peut prendre 2 à 7 ans.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> NUSS, Marcel. *L'identité de la personne handicapée*. [Consulté le 25/03/25016]\*

Disponible à l'adresse : [nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf](http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf)

<sup>27</sup> LAROUSSE, Dictionnaire de français. Définition « adapter » [consulté le 27/03/2016]

Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adapter/1004>

<sup>28</sup> Portail Lexical, 2012, <http://www.cntrl.fr>

<sup>29</sup> Sister Callista Roy. *Nursing Theories : A framework for professional practice* Chapitre 10 : Roy adaptation model

<sup>30</sup> ALVES, SOHLBANK. *L'accompagnement infirmier du patient paraplégique dans son processus d'adaptation au concept de soi*. Travail de bachelor soutenu en 2012

Ce processus d'adaptation au handicap peut s'apparenter à un processus de deuil puisqu'au départ il y a une perte : perte d'un membre, perte d'autonomie....  
Le modèle de Kübler-Ross utilisé dans la maladie chronique peut être transposé dans le cas de l'adaptation psychologique au handicap car on retrouve les mêmes éléments avec le choc initial, le déni, la colère, le marchandage, la tristesse et l'acceptation.

Callista Roy décrit la personne comme un système adaptatif holistique en constante évolution qui utilise des processus internes (mécanismes d'adaptation) nommés mécanismes régulateurs et mécanismes cognitifs afin d'atteindre ses objectifs personnels. L'ensemble de ces deux mécanismes est aussi appelé mécanismes de coping (coping = faire face à).

Les mécanismes régulateurs agissent par des processus physiologiques, chimiques, neurologiques et endocriniens. Ils préparent le corps aux changements et proviennent de réflexes et d'automatismes.

Les mécanismes cognitifs utilisent les processus psychologiques pour s'adapter émotionnellement et cognitivement aux changements environnementaux. Ils proviennent d'une réponse consciente.

Le mécanisme de coping a également été défini par Lazarus et Folkman (1984) comme étant « *L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant destinés à gérer les exigences internes et/ou externes évaluées comme menaçant ou dépassant les ressources d'un individu* ». <sup>31</sup>

Ces mécanismes d'adaptation utilisent 4 modes adaptatifs interdépendants qui sont : les besoins physiologiques (oxygénation, nutrition, élimination, activité, repos...), le concept de soi qui se réfère aux sensations corporelles et à l'image corporelle, l'idéal de soi et les valeurs morales, éthiques et spirituelles, la fonction de rôle qui désigne le fonctionnement en société et les rôles que la personne y occupe et l'interdépendance qui concerne le besoin d'intégration sociale à travers l'amour, le respect, les valeurs.

Toujours selon Roy et Andrews (1991), « *la personne en tant que système holistique possède la capacité de s'ajuster adéquatement aux changements de l'environnement et peut, à son tour, affecter cet environnement* ». <sup>32</sup>

La personne en situation de handicap est constamment en interaction avec un environnement en perpétuel évolution et, cet environnement expose l'individu à un certain nombre de stimuli. Roy propose 3 types de stimuli : les stimuli de nature focale (situations auxquelles la personne doit faire face directement), les stimuli contextuels (présents dans la situation et qui contribuent à l'effet des stimuli de nature focale), et les stimuli résiduels (dont l'effet dans la situation demeure indéterminé).

En se basant sur l'ensemble de ses éléments, Roy décrit 3 niveaux d'adaptation qui sont l'adaptation intégrée, l'adaptation compensatoire et l'adaptation compromise.

L'adaptation intégrée a lieu lorsque les structures et les fonctions constituent des modes adaptatifs travaillant ensemble pour répondre aux besoins de l'homme.

---

<sup>31</sup> COTE, Lucie. *Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail*. Psychologie Québec, Volume 30, numéro 30, septembre 2013

<sup>32</sup> Sister Callista Roy. *Nursing Theories : A framework for professional practice* Chapitre 10 : Roy adaptation model

L'adaptation compensatoire se produit lorsque le cognitif et le régulateur sont activés par un défi d'adaptation compromise qui se produit lorsque des processus intégrés et compensatoires sont insuffisants, créant un problème d'adaptation.

Ce processus d'adaptation est, selon Roy, un processus circulaire plutôt que linéaire. C'est-à-dire que l'individu reçoit en permanence des stimuli venant de son environnement ce qui peut conduire à une réponse d'adaptation qui va elle-même agir comme un nouveau stimulus.

Mais comment l'infirmière fait-elle pour évaluer l'adaptation du patient paraplégique ?

Roy décrit un processus de soins infirmiers en 6 étapes :

- Evaluation du comportement : collecte des données sur le comportement de la personne en tant que système adaptatif au sein de chacun des modes d'adaptation.
- Evaluation des stimuli : Identification de stimuli internes et externes qui influencent les comportements adaptatifs de la personne
- Diagnostic infirmier : formulation d'énoncés et interprétation de données sur l'état de l'adaptation de la personne, y compris le comportement et les stimuli les plus pertinents
- Définition des objectifs : création de déclarations claires des résultats comportementaux pour les soins infirmiers
- Intervention : indique la meilleure façon d'aider la personne à atteindre les objectifs fixés
- Evaluation : juger l'efficacité de l'intervention en corrélation avec l'objectif fixé.<sup>33</sup>

Il est plutôt facile d'évaluer l'adaptation physique au handicap car il existe des grilles qui permettent d'être objectif sur les progrès du patient en situation de handicap mais est-il réellement possible d'évaluer objectivement quelque chose que l'on ne voit pas comme l'adaptation psychologique ?

Pour conclure ce concept, nous citerons encore une fois Sœur Callista Roy qui a écrit que l'infirmière a pour mission « *d'explorer les mécanismes d'adaptation de base de ses clients et ainsi les aide à utiliser plus efficacement leur habiletés pour mieux s'adapter.* »<sup>34</sup>. Pour cela l'infirmière a donc besoin d'acquérir des compétences pour aider au mieux la personne qui se retrouve en situation de handicap.

---

<sup>33</sup> NAOUFAL, C. *Le modèle d'adaptation de Roy-2015*

Disponible à l'adresse : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/modele-adaptation-roy/>

<sup>34</sup> Sister Callista Roy. *Nursing Theories : A framework for professional practice* Chapitre 10 : Roy adaptation model

#### 4.1.4. Concept de compétences infirmières

« 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 varient avec cette activité. [...] Il faut faire preuve dans tous les secteurs de compétences appropriées. »<sup>35</sup>

Pour Philippe Zarifan, la compétence est une « intelligence pratique des situations ou activités mentales mises en jeu dans l'action, qui s'appuie sur des connaissances ou savoir formalisés ».

Perrenoud Philippe la définit comme « une capacité d'agir efficacement dans un type défini de situations, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas. »<sup>36</sup>

Quant à Guy Le Boterf, la compétence est « la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données » Pour lui, « l'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier (marqué par des relations de travail, une culture institutionnelle, des aléas, des contraintes temporelles, des ressources...) est révélatrice du passage à la compétence. »<sup>37</sup>.

Au travers de ces définitions, nous pouvons observer que les notions d'actions, de situations, de connaissances et de savoirs sont communes à chacune.

En résumé on peut parler de compétence lorsqu'une personne va mettre en œuvre ses connaissances et ses savoir-faire de manière efficace dans une situation donnée.

Pour Le Boterf, « Agir avec compétence » nécessite de savoir, vouloir et pouvoir agir. Le savoir agir fait appel aux connaissances aux habilités, aux ressources du personnel. Le vouloir agir témoigne de la motivation de l'individu, du sens que prend l'action pour un professionnel, de l'image qu'il a de lui dans son activité, de la confiance en lui... Enfin, le pouvoir agir relève du contexte rendant l'action possible, les moyens disponibles, la circulation des informations...<sup>38</sup>

Les compétences spécifiques au métier d'infirmier s'acquièrent donc au cours de la formation grâce à une assimilation de connaissances, de savoirs qui sont mis en pratique lors de stage où nous sommes confrontés à diverses situations en fonction des services dans lesquelles nous allons.

L'infirmier en service de rééducation nécessite des compétences techniques, mais aussi et surtout relationnelles et éducatives car les patients qu'il devra prendre en charge auront perdu leur autonomie que ce soit temporaire ou définitif.

Les compétences infirmières sont définies dans le référentiel de formation sont au nombre de 10 et elles sont divisées en 2 catégories avec d'un côté les compétences dites « cœur de métier » et de l'autre les compétences dites « transverses ».

---

<sup>35</sup> HESBEEN, W. *La réadaptation, aide à créer de nouveaux chemins*. P.95

<sup>36</sup> PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences dès l'école*. Paris, ESF, 1997, 3<sup>ème</sup> ed. 2000.

Disponible à l'adresse :

[http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_livres/php\\_construire.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_livres/php_construire.html)

<sup>37</sup> COMPETICE. *Pour aller plus loin sur la notion de compétences*.

Disponible à l'adresse : <http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>

<sup>38</sup> PAILLARD, Christine. *Dictionnaire Humaniste infirmier, approches et concepts de la relation soignant-soigné* p.64

Dans le cadre de l'infirmière en rééducation, nous retiendrons deux compétences qui me semblent essentielles : « *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* » et « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ».

Ces 2 compétences sont indissociables car on ne peut pas mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs si nous ne sommes pas en capacité de communiquer et de conduire une relation dans un contexte de soins. Ces compétences correspondent à des activités d'accueil, d'observation, d'écoute, d'information, de conseil et d'éducation.

Nous sortons de la formation en ayant acquis ses compétences mais ce n'est pas pour autant que nous sommes compétents pour accompagner une personne en situation de handicap dans son processus d'adaptation.

Si nous suivons les définitions énoncées précédemment « *il n'y a de compétence que de compétence à acte* »<sup>39</sup>. Les compétences infirmières dans ce domaine précis vont se réaliser dans l'action et donc dans le temps au fur et à mesure de l'apprentissage de cette discipline, avec l'expérience. L'infirmière doit être capable de transmettre ses compétences aux personnes en situation de handicap.

Selon Patricia Benner, la compétence professionnelle se développe à travers cinq stades :

- La novice : ce stade correspond au niveau de l'étudiante qui est encore en apprentissage
- La débutante : qui a peu ou pas assez d'années d'expérience
- L'infirmière compétente : présente deux à trois années d'expérience
- La soignante performante : est capable de modifier le cours habituel de son action pour faire face à des situations imprévisibles
- L'experte : possède environ 5 années d'expérience dans les milieux du soin. A ce stade, l'infirmière procède d'une manière moins analytique, plus synthétique et surtout plus intuitive.<sup>40</sup>

« *La maîtrise d'une compétence doit être continuellement adaptée à l'évolution du contexte dans laquelle elle s'exerce : intégration de nouvelles connaissances, mise en œuvre de nouvelles capacités, adoption de nouvelles attitudes* »<sup>41</sup>

En service de médecine physique et de réadaptation, chaque personne en situation de handicap arrive avec son histoire, son vécu et ses représentations du handicap plus ou moins positives et il faut chaque jour composer avec ses éléments pour que chaque patient puisse s'adapter au mieux à sa nouvelle situation.

A chaque nouveau patient que nous allons prendre en charge, nous allons devoir adapter nos compétences pour lui apporter ce dont il a besoin.

---

<sup>39</sup> LE BOTERF, Guy (1994) *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Paris, Les Editions d'organisation, pp. 16-18.

<sup>40</sup> VANSCHOOR, M. De novice à expert : l'excellence en soins infirmiers : Théorie de Patricia Benner. Congrès des infirmiers cliniciens – Octobre 2015

Disponible à l'adresse :

[http://www.anfiide.com/Documents/AVIGNON2015/OUVERTURE/06\\_M\\_VANSCHOOR.pdf](http://www.anfiide.com/Documents/AVIGNON2015/OUVERTURE/06_M_VANSCHOOR.pdf)

<sup>41</sup> LE CLAINCHE, Emmanuel. Approche du concept de compétence. IFP de Bretagne - Février 2008

Disponible à l'adresse : [http://formatice.org/en\\_ligne/socle/concept\\_compétences.pdf](http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_compétences.pdf)

Être compétent serait donc d'avoir la capacité de s'adapter à chaque nouvelle situation en prenant en compte les variables externes (personnes soignées, environnement) et les variables internes (la personne engagée dans son être).

L'infirmière doit pouvoir évaluer les personnes selon ses caractéristiques personnelles plutôt qu'au regard des caractéristiques présumés d'un groupe. Dans le processus d'adaptation psychologique au handicap, l'infirmière doit donc avoir des compétences dans l'évaluation des stratégies d'adaptation du patient paraplégique.

En résumé, l'infirmière en rééducation doit avoir un certain nombre de compétence notamment relationnelles, éducationnelles, techniques, organisationnelles et d'évaluation afin d'accompagner au mieux et le plus objectivement possible le patient dans son processus d'adaptation au handicap. Mais elle doit aussi entretenir ses compétences car la pratique infirmière évolue rapidement.

#### **4.1.5. Synthèse des concepts**

A la suite de mes constats ma question de départ était : « *Lors de l'hospitalisation en service de rééducation, quel doit être le rôle et le positionnement de l'infirmière dans le processus d'adaptation auquel est confronté une personne paraplégique ?* ».

Puis le recherche littéraire m'a amenée à développer trois concepts : handicap, adaptation, et compétences infirmières.

Nous avons pu voir à travers eux que l'infirmière doit être capable de s'adapter rapidement à chaque patient puisque chaque handicap est différent, que chaque patient en situation de handicap a une manière de fonctionner et que chaque processus d'adaptation est différent.

Une des caractéristiques essentielles de cette différence est la notion de longueur de temps inhérente à l'évolution de chaque patient. En effet, chaque individu met plus ou moins de temps pour s'adapter à son handicap et l'infirmière doit elle-même s'adapter aux mécanismes d'adaptation de ses patients pour améliorer sa prise en charge.

La compétence sera donc autant d'analyser ce qu'on observe, ce qu'on nous dit, ce qu'on nous transmet, que d'échanger avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux afin de connaître les progrès et les difficultés de chacun pour adapter notre prise en charge au jour le jour, le processus d'adaptation n'étant pas constant.

#### **4.1.6. Question de recherche**

Cette démarche conceptuelle m'a donc amenée à la question de recherche suivante :

***En quoi l'adaptation des compétences IDE en fonction des niveaux d'adaptation de la personne handicapée améliore t elle la prise en charge des paraplégiques ?***

## 5. Phase méthodologique

La phase méthodologique correspond à l'élaboration d'un protocole de recherche, elle consiste en la détermination du design de l'étude, du cadre opératoire, du choix du type d'approche et de l'explication de la méthode de recueil de données utilisées.

A travers cette phase, je cherche à apporter des réponses à ma question de recherche qui est :  
*En quoi l'adaptation des compétences IDE en fonction des niveaux d'adaptation de la personne handicapée améliore t elle la prise en charge des blessés médullaires ?*

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les connaissances et compétences connues par les infirmières dans la prise en charge des patients paraplégiques ainsi que de prendre connaissance de leurs besoins pour améliorer cette prise en charge. Secondairement l'objectif de l'étude est d'identifier les connaissances et compétences des personnes paraplégiques ainsi que d'évaluer avec eux la manière donc ils perçoivent l'adaptation des compétences IDE en fonction des différents stades de leur adaptation.

Mon but final étant, dans un premier temps, d'identifier les moyens mis en place, les connaissances et les compétences possédés par les soignants pour améliorer au quotidien la prise en charge des patients paraplégiques. Dans un deuxième temps, mon but est de proposer des axes d'amélioration aux personnels infirmiers pour qu'ils accompagnent les blessés médullaires au mieux.

### 5.1. Protocole de recherche

Mon travail de recherche est une étude de type qualitative phénoménologique comparative puisque mon étude s'effectue dans l'environnement dans lequel mes situations de départ se déroulent et qu'elle décrit l'expérience vécue par les infirmiers et les personnes paraplégiques.

Cette étude est une approche exploratrice, on va rechercher la compréhension de phénomènes. Dans ce type de recherche nous allons travailler « avec » la population enquêtée et non « sur ».

La méthode de recueil de données que j'ai choisi d'utiliser et qui correspond à l'étude que j'ai choisi est l'entretien de type semi directif.

En effet, cette méthode de recueil de données permet à la fois des questions ouvertes sur de thèmes préalablement définis, mais aussi de les adapter, au moment de l'entretien, à la personne que nous questionnons, et en fonction des réponses initiales données par celle-ci. Ainsi, si une question est mal comprise, elle pourra être reformulée. Des questions plus explicites ou plus précises pourront se rajouter aux questions de départ si la personne interrogée a besoin d'être recentrée ou si une réponse mérite d'être approfondie.

L'entretien semi-directif est un dialogue entre la personne qui interroge et la personne interrogée, ce premier peut donc aider le « questionné » dans l'acheminement de ces idées tout en gardant en tête qu'il doit se décentrer de sa propre culture, de ses représentations et de ses catégories de pensée habituelles. C'est pourquoi bien qu'il y ait un axe de questionnement, toutes les questions ne peuvent pas être définies à l'avance.

Les entretiens que j'effectuerai se dérouleront suivant deux guides d'entretien, un étant pour les infirmiers et l'autre pour les personnes paraplégiques.

Les grands axes du guide d'entretien pour les infirmiers seront :

- Les connaissances sur le handicap
- Les compétences infirmières et l'adaptation aux situations
- Le processus d'adaptation des personnes paraplégiques
- Les différents niveaux d'adaptation du patient
- L'évaluation de leurs actions et potentiels axes d'amélioration

Pour le guide d'entretien concernant les personnes paraplégiques, les grands axes seront les mêmes et ce sera la formulation des questions qui différera.

### **5.1.1. Modalités d'enquête**

#### **5.1.1.1. Lieu et population cible**

Mes entretiens semi directifs seront réalisés, dans un premier temps, auprès d'infirmiers travaillant dans un service de rééducation accueillant des personnes paraplégiques. Ce service fait lui-même parti d'un hôpital spécialisé dans la rééducation de patients blessés médullaires, brûlés... Pour la réalisation de l'étude j'interrogerai 10 infirmiers en essayant d'avoir des infirmiers dit « débutant » et « expert ».

L'hôpital concerné se trouve dans la région du Var à environ 30km de Toulon et est situé en bord de mer. Cette structure comporte onze services dans laquelle neuf services sont spécialisés dans le handicap et polyhandicap aussi bien adulte qu'enfant, un spécialisé dans la réadaptation nutritionnelle pour adolescent et une unité de soins de suite polyvalente adulte. Il a une capacité de 351 lits.

Dans un deuxième temps, des entretiens semi directifs seront réalisés auprès de personnes paraplégiques qui auront quitté la structure de soin depuis au minimum 2 mois afin d'avoir du recul sur leur prise en charge et depuis moins de 2 ans pour ne pas créer de biais par rapport à leur souvenir. Pour cette étude j'ai choisi de me concentrer sur des patients hommes et femmes ayant entre 20 et 35 ans et dont le handicap est survenu suite à un traumatisme (accident de la voie publique, accident du travail, accident sportif...). Pour la réalisation de l'étude, je souhaite interrogée cinq hommes et cinq femmes afin de voir s'il y a une différence entre leurs réponses.

#### **5.1.1.2. Cadre réglementaire**

Afin de commencer mon travail de recueil de données auprès des personnels du service concerné et des personnes paraplégiques, je contacterai tout d'abord par courrier le directeur de l'établissement. Je lui ferai part de ma démarche de recherche et lui demanderai de bien vouloir m'accorder un rendez-vous afin de lui expliquer plus en détails l'intérêt de mon étude.

Le jour du rendez vous, je fournirai au directeur de l'établissement un document plus détaillé de mon étude, et la lui expliquerai oralement. Je répondrai aux éventuelles questions qu'il pourrait se poser et je lui ferai part d'une planification provisoire de l'étude et lui proposerai plusieurs dates pour le déroulement de celle-ci. A ce document je joindrai une

feuille de consentement qui m'autorisera à effectuer mon étude auprès des personnels et anciens patients de son établissement.

#### Pour les infirmiers :

Dans la semaine suivant le rendez-vous avec le directeur d'établissement, et sous condition de son autorisation, j'apporterai des notes d'informations destinées au cadre du service et aux personnels soignants concernés. Ces notes d'informations leur expliquera le thème de l'étude, le but de celles-ci, ainsi que la manière dont elle sera mise en œuvre.

A ces notes d'informations seront joints des consentements pour chaque personnel soignant du service. Deux semaines après les avoir fournis, j'en récupérerai l'ensemble. Le consentement de participation de chaque personnel du service est obligatoire pour mener l'étude, et particulièrement pour mener les entretiens.

#### Pour les personnes paraplégiques :

Lors du rendez-vous avec le directeur de l'établissement je lui ferai également part de mon souhait d'interroger des patients qui ne sont plus hospitalisés mais toujours suivis par l'hôpital dans le cadre de leur rééducation. Si j'en ai l'accord, je rentrerai en contact avec les médecins de rééducation de l'hôpital afin qu'il puisse demander l'accord aux potentiels sujets pour un éventuel échange de moyens de communications (numéro de téléphone, e-mail...)

Pour les personnes qui donneront leur accord pour participer à l'étude, je leur transmettrai les documents expliquant ma démarche de recherche et leur expliquerai qu'avant tout entretien ils devront signer un contrat de confidentialité, d'anonymat et un consentement écrit dans l'éventualité d'une parution de l'étude.

#### **5.1.1.3. Modalité de recueil de données**

Pour les infirmiers, les entretiens se dérouleront dans une salle de réunion, où à défaut dans une autre salle de service. Les entretiens se dérouleront sur une semaine chaque après-midi à raison de deux entretiens par jour, de plus les entretiens ne devront pas dépasser 45 minutes pour ne pas que ce soit trop long pour la personne interrogée et pour nous aussi.

Pour les personnes paraplégiques, le lieu de rendez-vous restera à leur choix. Il peut vouloir rester à son domicile ou encore préférer un endroit neutre tel un parc ou un café ou encore il peut vouloir me rencontrer sur l'hôpital après une séance de rééducation par exemple. L'élément principal étant le bien-être et le confort du sujet. Les entretiens se dérouleront la semaine suivant les entretiens avec les infirmiers.

Les entretiens se dérouleront selon les guides d'entretien. Je commencerai par me présenter, expliquer à nouveau l'étude, son but et la manière dont elle se déroulera dans le but de m'assurer d'avoir été bien comprise et je leur repriserai que tout restera anonyme.

Pour plus de fluidité dans l'entretien je ne prendrai pas de notes et je me servirai d'un dictaphone pour l'enregistrer. Cela me permettra, au moment de la retranscription des entretiens et de leur analyse de ne perdre aucune donnée.

De plus, j'utiliserai un cahier « note de terrain » qui me permettra de contextualiser l'entretien, c'est-à-dire de noter comment l'entretien s'est déroulé, le comportement de la personne questionnée (mal à l'aise, stressée...), et les divers éléments qui ne se trouveront pas sur l'enregistrement.

### **5.1.2. Traitements des données**

La phase de retranscription se fera au fur et à mesure des entretiens et se poursuivra une semaine après la fin des entretiens. Le traitement de toutes les informations recueillies lors de mes entretiens se fera par ordinateur sur un document de traitement texte (Word).

Je me fonderai sur une analyse sémantique du contenu des entretiens sur une période de un mois. En fonction des éléments qui ressortent des entretiens, je les regrouperai entre eux selon les sujets qu'ils abordent. Chaque sujet sera décrit et associé à un autre sujet afin d'en comprendre la phénoménologie.

### **5.2. Phase de diffusion**

Les résultats de l'étude seront dévoilés dans un premier temps au directeur de l'établissement hospitalier ainsi qu'à l'ensemble des personnes soignantes qui auront participé à l'étude (directeur des soins, cadre du service, infirmière...)

Puis les résultats pourront être transmis à tous les personnels soignants qui souhaiteraient en avoir connaissance. De plus, si lors des entretiens les personnes paraplégiques interrogés émettent le souhait de connaître nos conclusions, je leur transmettrai également les résultats.

### **5.3. Estimation d'un budget**

Afin de mettre en place, notre étude, nous allons faire une estimation du budget nécessaire. Ayant déjà un ordinateur, une imprimante ainsi qu'un dictaphone je ne les inclurai pas dans le budget.

Je vais donc devoir acheter :

- Des cartouches d'encre : deux cartouches d'encre noire à 15 euros l'unité soit 30 euros.
- Un carnet de « note de terrain » 3 euros
- Un stylo pour les prises de note à 2 euros
- Des feuilles de papier : une ramette de papier de 250 feuilles à 4 euros
- De timbre pour l'envoi de la lettre au directeur de l'établissement : 0.76 euros l'unité
- D'une enveloppe A3 à 0.67 euros l'unité
- Le carburant pour la voiture : il y a 28 km entre Toulon et l'hôpital soit un coût aller-retour de 4.90 euros. Si on compte approximativement 12 trajets aller-retour le coût sera de : 58,80 euros.

Le coût final de l'étude est théorique et sera donc d'environ 100 euros.

Le coût de l'étude est peu important, en revanche cette étude demande un nombre d'heures personnelles important notamment pour l'analyse des entretiens.

## Conclusion

Ce travail écrit de fin d'étude m'a permis de réfléchir sur différents sujets tels que la paraplégie, le handicap de manière plus générale, l'infirmière de réadaptation, mais surtout de développer mes connaissances sur les différents processus d'adaptation des personnes dites handicapées et les compétences de l'infirmière qui travaille avec ces patients.

Dans la première partie de mon travail qui est une recherche documentaire sur la paraplégie et la rééducation, il apparaît que le patient paraplégique doit faire face à un grand nombre de complications physiques en plus de l'adaptation psychologique au handicap. Qui plus est, on se rend compte que la prise en charge du handicap est une prise en charge interdisciplinaire complexe. J'ai ainsi pu m'apercevoir que le rôle de l'infirmier de réadaptation reste encore méconnu et mal défini au niveau de la littérature.

A partir de mes constats et de mes recherches documentaires développées dans la première partie de mon travail j'ai pu dégager trois grands concepts : le handicap, l'adaptation, et les compétences infirmières. Ces concepts nous ont permis de voir que l'adaptation ne concerne finalement pas seulement les personnes en situation de handicap mais également les infirmières qui doivent ajuster leurs compétences à chaque patient et à chaque niveau d'adaptation d'un patient pour obtenir la meilleure prise en charge possible.

Ce travail de recherche et de conceptualisation m'a permis d'aboutir sur ma question de recherche et de formaliser une démarche de recherche sur les moyens mis en place ainsi que les connaissances et les compétences des infirmières pour améliorer la prise en charge des patients paraplégiques.

Cette étude est basée sur la prise en charge de patients paraplégiques mais elle peut être transposée à la prise en charge d'autres handicaps tels que la tétraplégie ou l'amputation par exemple.

Le Service de Santé des Armées prend également en charge des patients blessés médullaires, notamment sur l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy qui au sein de son service de médecine physique et de réadaptation accueille des militaires qu'ils soient blessés de guerres ou blessés au cours d'exercice de mise en condition opérationnelle. Qui plus est, ces patients militaires vont devoir, en plus de la réadaptation physique et psychologique, se réadapter à une vie civile. J'entends ici qu'un grand nombre de militaire se sont engagés dans l'armée par passion et souvent dès leur majorité et sans bagage scolaire, il y a donc ici une autre dimension à prendre en compte dans leur prise en charge.

Pour conclure mon sujet de mémoire, je dirai qu'aujourd'hui les personnes dites « handicapées » sont encore stigmatisées par la société et pour considérer ces hommes et ces femmes simplement comme des personnes et non des personnes handicapées un changement des mentalités est absolument nécessaire.

Les tabous sur le handicap hantent notre société et engendre la marginalisation des personnes en situation de handicap malgré la loi adoptée en 2005 en faveur de « l'égalité des droits, des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées ».

## Bibliographie

### Ouvrages :

BAGROS Phillipe. ABCDaire des sciences humaines en médecine. Ellipses, 2005. 272p.

COLLIERE, M.F. *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter Editions, 1982

COLLIERE, M.F. *Soigner...le premier art de la vie*. Masson, 2001

HESBEEN, W. *La réadaptation, aide à créer de nouveaux chemins*. P.95

LE BOTERF Guy, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation, 2004

Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. 2001

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-grand : SETES éditions, 2013. 356 p.

ROY, C. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. Paris : Editions Lamarre, 1986

### Articles de revues :

ANAUT, Marie. *Le concept de résilience et ses applications cliniques*. Recherche en soins infirmiers, Septembre 2005, n°82.

COTE, Lucie. *Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail*. Psychologie Québec, Volume 30, numéro 30, septembre 2013

DUQUETTE, A., DUCHARME, F., RICARD, N., LEVESQUE, L. *Elaboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de Roy*. Recherche en soins infirmiers, 1996, n°44.

Garrino, L., Curto, N., Decorte, R., Felisi, N., Matta, E., Gregorino, S., ... Carone, R. (2011). *Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions*. The Journal of Spinal Cord Medecine, 34(1), 67-75.

HUNTER REVELL, S. (2009). *Subjective Well-Being in Persons Living With Traumatic Spinal Cord Injury : A Qualitative Study of Personal Journeys*. Journal of Neuroscience Nursing, 41(4), E14-E22.

MATTER, Claire. *La fonction infirmière en rééducation-réadaptation*. Soins. Décembre 2006, n°711, p.61.

SEURET, F., GANDINI, C. *Portrait chiffré des blessés médullaires*. Paratétra, supplément au n°695, 2011. p6-8.

VILLE Isabelle, RAVAUD J.-F. *Représentations de soi et traitement social du handicap. L'intérêt d'une approche socioconstructiviste*. Sciences sociales et santé. Volume 12, n°1, 1994. Handicap : identités, représentations, théories. pp. 7-30.

WEBER, Marie-Thérèse. *L'approche par compétences*. Soins, 2009, n°734. p.6.

## **Documents internet :**

Association des paralysés de France. *Déficiences motrices et handicaps : aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*. Noisy-le-Grand: APF; 1996.

Association Socialiste de la personne handicapée. *Comment faire face à l'annonce d'un handicap ? Existe-t-il des méthodes ?* [Consulté le 26/03/2016]

Disponible à l'adresse : [www.asph.be/Documents/.../2013-28-faire-face-handicap-coping.pdf](http://www.asph.be/Documents/.../2013-28-faire-face-handicap-coping.pdf)

BROUARD, M., ANTOINE, P., LABBE, J. *Expérience subjective et travail de handicap : analyse qualitative auprès de 17 patients paraplégiques*. Annales de réadaptation et de médecine physique. 2008.

Disponible à l'adresse : [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Centre de Ressources en SMS d'île de France. *Les classifications dans le domaine du handicap*. Colloque handicap et enjeux de société, janvier 2006.

Disponible à l'adresse : [crsms-idf.ac-creteil.fr/doc\\_colloque2006/gilbert.rtf](http://crsms-idf.ac-creteil.fr/doc_colloque2006/gilbert.rtf)

Centre Technique d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations. *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé*. [Consulté le 23/03/2016]

Disponible à l'adresse : [www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005\\_CIFglobal\\_revu\\_au\\_250707.pdf](http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf)

Collège enseignants médecine physique et rééducation. *La définition du handicap*.

Disponible à l'adresse : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf)

COMPETICE. *Pour aller plus loin sur la notion de compétences*.

Disponible à l'adresse :

<http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf>

COTE, Lucie. *Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail*.

Psychologie Québec, Volume 30, numéro 30, septembre 2013

DESERT, Jean-François. *Les lésions médullaires traumatiques et médicales*.

Disponible à l'adresse : [www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/para\\_tetra\\_JFD\\_235-245.pdf](http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/para_tetra_JFD_235-245.pdf)

Haute Autorité de Santé. *Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation*. Juin 2007

Disponible à l'adresse : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../education-therapeutique-du-patient-etp](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../education-therapeutique-du-patient-etp)

Haute Autorité de Santé. *Guide- Affection de longue durée, Paraplégie (lésions médullaires)*. Juillet 2007.

Disponible à l'adresse : [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)

IMS-Entreprendre. *Les stéréotypes sur les personnes handicapées*. Avril 2011

Disponible à l'adresse : <http://www.imsentreprendre.com/content/les-stereotypes-sur-les-personnes-handicapees-comprendre-et-agir-dans-l-entreprise>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme*. Juin 2013 [Consulté le 28/03/2016]

Disponible à l'adresse : [www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf](http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf)

JOSSE, Evelyne. *Etat de stress aigu et Etat de Stress Post-traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?*. Novembre 2013 [Consulté le 22/02/2016]

Disponible à l'adresse : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article46>

LAROUSSE, Dictionnaire de français. Définition « adapter » [consulté le 27/03/2016]

Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adapter/1004>

LE BOTERF, Guy (1994) *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Paris, Les Editions d'organisation, pp. 16-18.

LE CLAINCHE, Emmanuel. *Approche du concept de compétence*. IFP de Bretagne - Février 2008

Disponible à l'adresse : [http://formatice.org/en\\_ligne/socle/concept\\_compетенces.pdf](http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_compетенces.pdf)

MAILHAN, Laurence. *Paraplégie et tétraplégie d'origine traumatique*. Neurologies, Novembre 2002, Volume 5. P11-24

Disponible à l'adresse : <http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/Neuro45Dossier.pdf>

Maison des sciences sociales et du handicap. *La classification internationale du handicap (CIF)*. [Dernière mise à jour : 23/11/2015] [Consulté le 23/03/2015]

Disponible à l'adresse : <http://mssh.ehesp.fr/international/centre-collaborateur-oms/la-classification-internationale-du-fonctionnement-cif/>

NAOUFAL, C. *Le modèle d'adaptation de Roy-2015*

Disponible à l'adresse : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/modele-adaptation-roy/>

NUSS, Marcel. *L'identité de la personne handicapée*. [Consulté le 25/03/25016]\*

Disponible à l'adresse : [nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf](http://nussmarcel.fr/blog/wp-content/.../extrait-id-personne-handicapee.pdf)

Office des Personnes Handicapées du Québec. *A part égale : L'intégration sociale des personnes handicapées : Un défi pour tous*. Gouvernement du Québec, 1984  
Disponible à l'adresse : [collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs48494](http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs48494)

PARADIDACT, Association suisse des paraplégiques. (2012). *Paralysie médullaire*.  
Disponible à l'adresse :  
[http://www.spv.ch/\\_\\_/frontend/handler/document.php?id=413&type=42](http://www.spv.ch/__/frontend/handler/document.php?id=413&type=42)

PERROUIN-VERBE, B. *Lésions médullaires : Evolution épidémiologique des lésions médullaires*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2012.  
Disponible à l'adresse : [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

PERROUIN- VERBE, B. *Compression médullaire non traumatique*. Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. 2015 [Consulté le 15/11/2015]  
Disponible à l'adresse : [http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=647](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=647)

TERRANEO Fabienne. « *Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives* ». *Recherche en soins infirmiers* 4/2006(N°87),p. 16-24. [Consulté le 23/03/2016]  
Disponible à l'adresse : [www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-16.htm](http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-16.htm).

VANSCHOOR, M. De novice à expert : l'excellence en soins infirmiers : Théorie de Patricia Benner. Congrès des infirmiers cliniciens – Octobre 2015  
Disponible à l'adresse :  
[http://www.anfiide.com/Documents/AVIGNON2015/OUVERTURE/06\\_M\\_VANSCHOOR.pdf](http://www.anfiide.com/Documents/AVIGNON2015/OUVERTURE/06_M_VANSCHOOR.pdf)

### **Textes législatifs :**

LEGIFRANCE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code la santé publique. Journal Officiel, n°183, 8 août 2004, p. 37807, texte n°37086.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique*. Journal Officiel, n°183, 9 août 2004, p. 163, article R4311-2, alinéa 1.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Fiche métier « AIDE-SOIGNANT »*

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Fiche métier « MASSEUR-KINESITHEPEUTE »*.

## **Mémoires et thèses :**

ALVES, SOHLBANK. *L'accompagnement infirmier du patient paraplégique dans son processus d'adaptation au concept de soi*. Travail de bachelior soutenu en 2012

DESBIENS Jean-François. *Les stratégies de coping, la réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle chez les infirmières en soins palliatifs*. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, 2006

DROLET, Pierre. *Le processus de l'acceptation chez les blessés médullaires*. Mémoire présenté au Département de Sociologie et d'Anthropologie- Montréal, 2000

HIRSCHAUER-ROHMER, Odile. *Réactions émotionnelles et jugement social des personnes handicapées physiques : de la perception du handicap aux comportements d'embauche*. Thèse de Doctorat en Psychologie de l'Université de Strasbourg 1.

JONNIAUX, Sandrine. *L'infirmière en rééducation : des compétences à la conceptualisation*. 2003

## **Autres sources :**

LA TRAVERSEE DE LA NUIT. Film produit par Jean-Thomas BEDART, 1994

LAZURE, Hélène. *L'infirmière*. 1985

MC THEFENNE. *Services de MPR HIA LAVERAN et HIA SAINT ANNE*. EPPA, Septembre 2015

## Glossaire

AVP	Accident de la Voie Publique
CIF	Classification du fonctionnement des handicaps et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
CPDEI	Centre de préparation au diplôme d'Etat d'Infirmier
EPPA	École du Personnel Paramédical des Armées
ESPT	Etat de Stress Post Traumatique
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IRME	Institut pour la recherche sur la moelle épinière et l'encéphale
MPR	Médecine physique et de réadaptation
OMS	Organisation Mondial de la Santé
RAM	Roy adaptation manuel
SIMH	Système d'Identification et de Mesure du Handicap
SSA	Service de Santé des Armées

## **Annexes**

Annexe I : Définitions de la CIF .....	I
Annexe II : Définition de la SIMH .....	II
Annexe III : Guide d'entretien (Infirmier) .....	III
Annexe IV : Guide d'entretien (Patient paraplégique) .....	IV
Annexe V : Diagramme de Gantt .....	V

## Annexe I : Définitions de la CIF

DÉFINITIONS DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT (CIF-OMS, 2001)

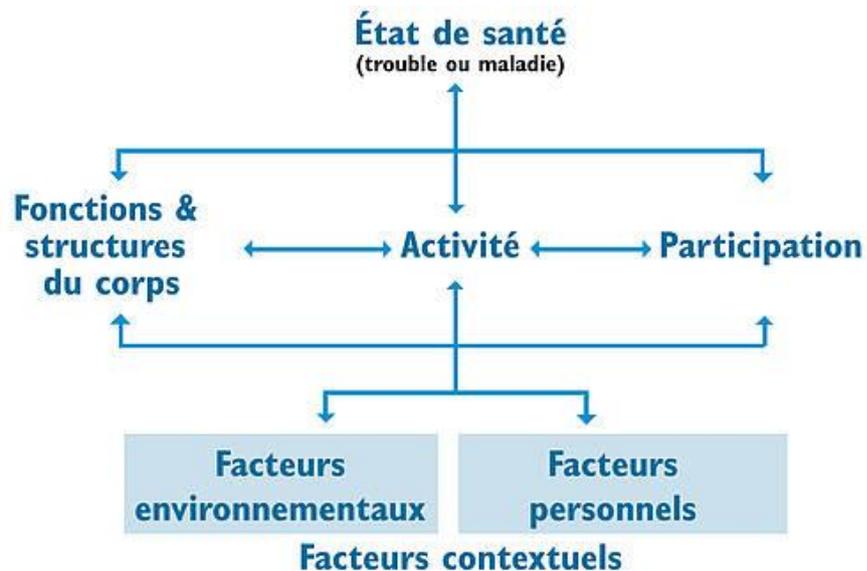
*"Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques)".*

*"Les structures anatomiques désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes".*

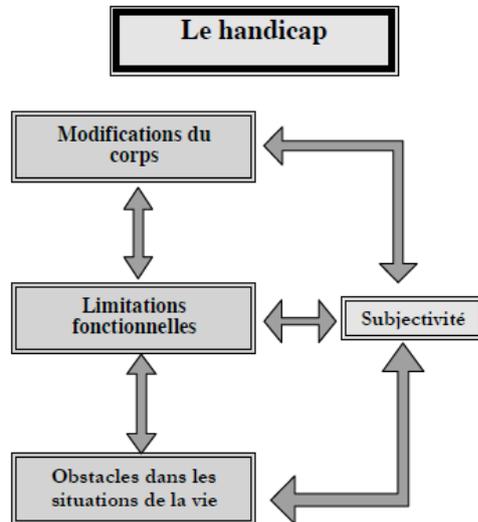
*"Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose".*

*"La participation signifie l'implication dans une situation de la vie réelle."*

*"Les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie"*



## Annexe II : Définition de la SIMH



*Schéma interactif du handicap  
Système d'identification et  
de mesure des handicaps (SIMH)*

### LES DEFINITIONS

#### Le Système d'identification et de mesure du handicap -SIMH (Créteil-Porto 2000)

##### 1- LE CORPS

Ce niveau comporte tous les aspects biologiques du corps humain, avec ses particularités morphologiques, anatomiques, histologiques, physiologiques, et génétiques.

Certaines modifications du corps d'origine pathologique (maladie ou traumatismes) ou physiologiques (effets de l'âge, grossesse...), peuvent entraîner des limitations des capacités. On voit donc que les modifications pathologiques ne sont pas les seules en cause.

##### 2- LES CAPACITÉS

Ce niveau comporte les fonctions physiques et mentales (actuelles ou potentielles) de l'être humain, compte tenu de son âge et de son sexe, indépendamment de l'environnement où il se trouve.

Les limitations des capacités (réelles ou supposées), propres à chaque individu, peuvent survenir à la suite de modifications du corps mais, aussi, du fait d'altérations de sa subjectivité.

##### 3- LES SITUATIONS DE LA VIE

Ce niveau comporte la confrontation (concrète ou non) entre une personne et la réalité d'un environnement physique, social et culturel.

Les situations rencontrées sont : les actes de la vie courante, familiale, de loisirs, d'éducation, de travail et de toutes les activités de la vie, y compris les activités bénévoles, de solidarité et de culte, dans le cadre de la participation sociale.

##### 4- LA SUBJECTIVITÉ

Ce niveau comporte le point de vue de la personne, incluant son histoire personnelle, sur son état de santé et son statut social.

Il concerne tous les éléments subjectifs qui viennent compromettre ou supprimer l'équilibre de vie de la personne. Il représente le vécu émotionnel des événements traumatisants : circonstances d'apparition et d'évolution, annonce et prise de conscience de la réalité des faits et acceptation de vivre avec sa nouvelle condition.

## **Annexe III : Guide d'entretien (Infirmier)**

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en rééducation
- Avec des patients blessés médullaires ?
- Avez-vous eu des formations spécifiques à la rééducation ?
- Qu'est ce que pour vous
  - o le handicap ?
  - o la rééducation ?
  - o le processus d'adaptation ?
- Pour vous, y a-t-il différents niveaux d'adaptation ?
- A votre avis, combien de temps le processus d'adaptation du patient paraplégique dur-t-il ?
- Pour vous, quelles sont les compétences que doit avoir une infirmière de rééducation ?
- Quelle est pour vous la plus importante ?
- Que trouvez-vous le plus difficile/ le plus facile dans le travail auprès des patients paraplégiques ?
- Quels sont pour vous les facteurs qui peuvent entraver le processus d'adaptation du patient paraplégique ?
- Lorsque vous observez une modification dans l'état du patient, que mettez vous en place ?
- Pensez vous que vos représentations du handicap, votre expérience ou manque d'expérience, votre vécu... influe sur votre prise en charge ?
- Pensez-vous que la prise en charge psychologique du patient peut être améliorée ? Comment ?

## **Annexe IV : Guide d'entretien (Patient paraplégique)**

- Age de la personne interrogée
- Age au moment de la blessure
- Temps écoulés depuis la blessure
- Temps écoulés depuis la sortie de l'hôpital
- Situation au moment de la blessure
  - o Etudiant
  - o En recherche d'emploi
  - o Employé
  - o Directeur d'entreprise
  - o Autres...
- Situation professionnelle aujourd'hui ou ce qui est envisagée
  
- Qu'est ce que pour vous le handicap ?
- Avez-vous entendu parler du processus d'adaptation ?
- Si oui, par qui ?
- Qu'entendez vous par la ?
- Comment décririez-vous votre adaptation entre votre entrée et votre sortie du service ? (période de découragement...)
- A votre avis, quelles compétences doivent avoir les infirmières pour travailler avec des personnes atteints du même handicap que vous ?
- Lors de votre séjour dans le service de réadaptation, qu'avez-vous pensez de votre prise en charge infirmière ?
- Qu'auriez vous souhaitez de plus ?
- Avez-vous eu l'impression que le handicap visible était plus pris en compte que le côté psychologique ?
- A ce jour, pensez-vous que votre processus d'adaptation est terminé ? Si, oui combien de temps cela a pris ?
- A votre avis, combien de temps faut-il pour réaliser ce processus d'adaptation ?



**ÉCOLE DU PERSONNEL PARAMEDICAL DES ARMEES  
CENTRE DE PREPARATION AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER**

**Travail de fin d'études – Diplôme d'État d'infirmier**

**Promotion : 2013-2016**

**ADAPTATION DU PATIENT PARAPLEGIQUE  
ADAPTONS NOS COMPETENCES !**

**Second Maitre Emeline WILPART**

**Méthodologie suivie : Etude qualitative phénoménologique comparative via des entretiens semi-directifs**

**MOTS CLEFS : PARAPLEGIE, HANDICAP, ADAPTATION, COMPETENCES INFIRMIERES**

**Résumé: Autrefois considérés comme « anormaux », les personnes dites handicapées dont les personnes paraplégiques ont pendant de nombreux siècles souffert d'un manque de considération que ce soit du point de vue de la société, de la législation et même médical. A partir des années 1970, leur statut évolue et des structures spécialisées dans la prise en charge des handicaps ont vu le jour. Les infirmières travaillant chaque jour auprès des personnes paraplégiques doivent faire face à tout un processus d'adaptation du handicap qui peut s'apparenter à un processus de deuil. Pour cela elles doivent acquérir des compétences de part leur formation et leur expérience et être capable de les adapter à toutes les situations et de les transmettre aux patients pour les accompagner dans leur reconstruction.**

**Cette étude aura pour but de mettre en avant les moyens mis en œuvre par les infirmières de rééducation pour accompagner les patients paraplégiques en fonction des différents stades d'adaptation qu'ils rencontrent ainsi que d'y apporter des axes d'amélioration pour optimiser au maximum leur prise en charge.**