

Réflexions sur l'apport de la recherche inductive phénoménologique dans l'instauration d'une culture de sécurité réelle et efficace en contexte de réadaptation

Daphney St-Germain, Ph.D.

Université Laval

Résumé

Force est de constater que dans la littérature scientifique actuelle, les personnes ayant des handicaps physiques constituent une population souvent délaissée au niveau de la recherche sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Au cours des dernières années, plusieurs études, majoritairement descriptives et utilisant une approche quantitative, se sont surtout penchées sur la sécurité des patients dans les hôpitaux de soins aigus. Pourtant, la situation des personnes dites « handicapées », de par le caractère global des soins que leur état de santé nécessite, appelle naturellement à une vision élargie du risque et de la sécurité dans leur milieu. Cet article expose comment une compréhension du handicap physique, une approche humaniste de soins et un cadre de migration des pratiques professionnelles soutenus par une approche inductive de recherche telle que la phénoménologie peuvent faciliter l'instauration d'une culture de sécurité réelle et efficace en réadaptation. Ces différentes perspectives s'inscrivent alors ultimement dans la promotion d'une pleine intégration et d'une participation sociale des personnes bénéficiant de soins de réadaptation.

Mots clés

PHÉNOMÉNOLOGIE, PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP, *CARING*, GESTION DES RISQUES, MIGRATIONS DES PRATIQUES ET TRANSGRESSIONS DES PRATIQUES

Introduction

Les connaissances relatives à la sécurité des patients étant encore en émergence au Canada, l'étude pancanadienne de Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox, Etchells, Ghali, Hébert, Majumdar, O'Beirne, Palacios-Derflingher, Reid, Sheps & Tamblyn (2004) ainsi que l'étude québécoise de Blais, Tamblyn, Bartlett, Tré & St-Germain (2004) sont considérées comme des précurseurs en ce qui concerne l'incidence des événements indésirables dans les hôpitaux de courte durée. Nous entendons par « événements indésirables » des préjudices

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 29(2), 2010, pp. 185-199.

CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'ÉMANCIPATION DES POPULATIONS NÉGLIGÉES II

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

© 2010 Association pour la recherche qualitative

ou des complications « physiques » involontaires causés par les soins administrés aux patients selon un cadre standardisé (Davies, Hébert & Hoffman, 2003). Au terme de ces recherches, il a notamment été reconnu la nécessité d'étudier la problématique de la sécurité des patients dans d'autres types de milieux de soins. Par ailleurs, le Comité directeur national sur la sécurité des patients (2002) soutient cet objectif en visant à instaurer une « culture de la sécurité des patients » dans tout le système de soins de santé à travers le pays.

Cependant, d'une part, les problématiques liées spécifiquement à la sécurité des patients en soins plus prolongés comme la réadaptation sont encore très peu connues et reconnues alors qu'il y aurait un net avantage à les identifier comme faisant partie intégrante du système de santé. Et, d'autre part, nous ne connaissons pas très bien la nature de la « culture de sécurité » qu'il faudrait instaurer dans ce milieu afin d'atteindre convenablement les objectifs de soins pertinents s'y rattachant. La culture organisationnelle face à la gestion des risques et à la sécurité des patients en réadaptation devrait-elle être instaurée de la même façon que dans les milieux de soins de courte durée? Y aurait-il d'autres éléments importants à tenir compte dans la définition de la sécurité des patients et qui permettraient d'instaurer une culture de sécurité plus efficace? Dans une visée sociale de donner la voix au chapitre aux personnes qui oeuvrent et qui vivent dans ce milieu de soins et qui, par conséquent, ne se retrouvent pas dans un cadre normatif quantitatif face aux orientations politiques en regard du risque et de la sécurité, ces réflexions apportent une compréhension inédite sur le sujet (Koch, 2000; Sylvain, 2008). Cette compréhension inédite sera notamment explorée à travers le processus de production du handicap (PPH), l'approche holistique et humaniste des soins telle que le *caring*, ainsi que le cadre *des migrations et transgressions des pratiques* d'Amalberti (2002). Voyons tout d'abord comment ces perspectives peuvent être soutenues par une approche inductive constructiviste telle que la phénoménologie.

La phénoménologie comme approche inductive constructiviste fondamentale

Plusieurs auteurs (Heidegger, 1927; Husserl, 1900; Merleau-Ponty, 1945) ont traité de la phénoménologie en insistant sur des aspects philosophiques différents qui en déterminent éventuellement une méthodologie particulière. Husserl (1900), son fondateur, jeta spécifiquement les bases de cette philosophie en avançant que l'accès aux fondements des expériences profondes ne peut se faire qu'en partant de ce que la réalité nous donne à constater d'elle-même (Giorgi, 1997).

La philosophie phénoménologique vise ainsi à accéder à la conscience inhérente à l'être humain et à étudier la présence vivante de cette conscience face à elle-même (Giorgi, 1997; Housset, 2000). La conscience se manifeste par l'intuition qui se rapporte à la présence de l'expérience ordinaire et quotidienne (Cara, 2002; Giorgi, 1997). Cette conscience est menée par le principe d'intentionnalité qui fait en sorte qu'elle s'avère toujours orientée vers un objet. Comme l'expose Housset (2000) en évoquant la perspective de Husserl : « L'intentionnalité de la conscience fait que la conscience n'est pas une chose du monde, possédant sa place dans le monde : elle est le rapport essentiel de l'homme au monde » (p.49). La reconnaissance de l'intentionnalité de la conscience suggère alors une extériorité à l'effet que l'idée consiste en un rapport extrinsèque qui permet de la dire vraie ou fausse. En n'étant pas neutre ou vide de sens, la conscience donne ainsi accès à la signification et à la perception des phénomènes expérientiels vécus par l'être humain (Giorgi, 1997). La méthode phénoménologique permet donc d'accéder de façon globale à la conscience de l'expérience de la réadaptation de la personne. Elle permet, entre autres, d'explorer la signification de l'expérience de sécurité et de risque autant pour la personne soignée que la personne soignante.

En ce sens, la phénoménologie comme approche inductive constructiviste par rapport à l'instauration d'une culture de sécurité réelle apparaît comme une avenue fondamentale en contexte de réadaptation. Elle permet de se positionner à la source même d'une vision holiste de la prestation des soins en explorant la perspective de l'expérience des acteurs en jeu. Cette exploration contribue alors à la construction d'une réalité face à la sécurité qui peut s'avérer plus efficace que celle déjà existante. En permettant un retour sur l'expérience signifiée par la conscience du participant face à la sécurité et au risque, la phénoménologie, permet ainsi de mettre les assises à une meilleure compréhension du handicap physique, à une approche humaniste de soins et à un cadre de migration des pratiques professionnelles.

La réadaptation

Il paraît bien difficile de statuer sur le nombre de personnes qui bénéficient de services de réadaptation spécialisée au Québec et au Canada. La plupart des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2005) regroupe aussi les services offerts dans les hôpitaux de soins aigus alors que la réalité du soin dans ces derniers hôpitaux s'avère différente de celle qu'on retrouve dans les établissements spécialisés (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2007). Cela traduit en quelque sorte les lacunes de la recherche dans ce domaine particulier.

Par « réadaptation physique spécialisée », il est question ici de services offerts à des personnes qui ont des limitations physiques suite à des lésions ou à des traumatismes plus ou moins permanents. Ces personnes vivent avec des incapacités et des handicaps reliés à une déficience auditive, motrice, neurologique, visuelle, de la parole ou du langage et ont besoin d'une réadaptation fonctionnelle intensive de façon plus ou moins prolongée. Ces services visent alors à les accompagner et à faire fructifier leur potentiel de réadaptation dans des centres spécialisés considérés comme milieux de soins tertiaires après que leur état physique se soit stabilisé (ICIS, 2005). Afin de désigner les bénéficiaires de ce type de services, le terme « usagers » est préférablement utilisé au Québec en lieu et place du terme « patient » (IRD PQ, 2008). Cette particularité d'appellation en réadaptation représente d'ailleurs fort bien l'importance accordée au caractère citoyen de la personne qui utilise un service public et qui considère l'établissement comme son milieu de vie.

Ainsi, ces usagers, à travers le cheminement les menant à retrouver leur autonomie, peuvent être aux prises à différentes problématiques générales liées à leur sécurité, telles que : des infections, des chutes ou des erreurs de médicament. Ils peuvent être aussi exposés à des problématiques de sécurité spécifiques liées à la réadaptation, telles que : la mobilité, les changements plus ou moins permanents dans l'accomplissement de leurs rôles familiaux et sociaux ou dans le processus de deuil lié à leur condition (Lussier & St-Jacques, 1993). Ces spécificités de la réadaptation font en sorte que les notions de « sécurité des patients » et de « gestion de risques » sont alors perçues autant dans les aspects physiques, psychologiques que psychosociaux de la personne. Contrairement à d'autres types de milieux de soins, le risque représente une situation nécessaire en réadaptation; sans risque la personne ne peut retrouver son autonomie (Fougeyrollas & Noreau, 2007). Ainsi, dans ce contexte, le professionnel de la santé se trouve souvent face à un dilemme, celui de promouvoir de façon optimale l'autonomie de l'utilisateur tout en veillant à ce que les apprentissages soient faits de façon sécuritaire; sans outrepasser un cadre « normal » de risques. Mais quel est ce cadre « normal » de risques en réadaptation? Il s'agit alors d'un dilemme quotidien que doivent faire face les professionnels de la santé en réadaptation physique. Par exemple, les mesures d'isolement ne peuvent être appliquées de la même façon qu'en courte durée en cas d'infection puisqu'il est souvent nécessaire que l'utilisateur aille suivre ses traitements de réadaptation à l'extérieur de sa chambre. Pour arriver à résoudre ce dilemme, les professionnels de la santé doivent faire appel à leur savoir, leur savoir-être et leur savoir-faire en la matière qui gagnent à être évalués par dans une perspective constructive comme la phénoménologie.

De même, il s'agit d'un milieu où l'auto-médication est privilégiée. Par contre, jusqu'à quel point l'utilisateur a-t-il la dextérité pour prendre sa médication? Est-il dans la phase du déni dans son processus de deuil qui fait obstacle à sa prise en charge? Ce sont toutes des questions qui concernent la « sécurité des patients » mais qui, dans un contexte tel que la réadaptation, prennent un sens particulier puisque le potentiel de rétablissement de la personne dépend en grande partie de sa propre contribution et ce, surtout lors de sa réadaptation fonctionnelle intensive. De plus, des multidéficiences de la clientèle peuvent faire en sorte que des problématiques de santé mentale et de déficience intellectuelle surviennent (Lussier & St-Jacques, 1993). Certaines comorbidités peuvent être présentes telles que l'hypertension, le diabète, les problèmes cardiaques, l'obésité ou la toxicomanie et peuvent interférer dans le processus de récupération de la personne de même que dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne. Ceci met alors en évidence que les croyances à la base des attitudes et des comportements de sécurité en réadaptation et adoptées autant par les membres de la direction de l'établissement, les professionnels de la santé que les usagers et les familles peuvent avoir une influence cruciale dans la reprise de l'autonomie des usagers eux-mêmes de même que dans leur éventuelle participation sociale. Ces croyances peuvent, en l'occurrence, prendre racine dans la perception du handicap dans la société.

Le modèle du *Processus de production du handicap (PPH)*

Pendant plusieurs années, les préjudices subis par les personnes « handicapées » n'ont pas été considérés comme des problématiques relevant des Nations Unies mais plutôt de l'Organisation mondiale de la santé (Borioli & Laub, 2007). Ce n'est que par un rapport publié en 1992 qu'il a été mis en lumière que les inégalités vécues par ces personnes n'étaient pas simplement dues à des caractéristiques physiques individuelles mais qu'elles relevaient bien des droits humains régis par la société (Despouy, 1993). Le modèle du PPH se veut ainsi en continuité avec cette ligne de conduite de valorisation des droits des personnes « handicapées ». Ce modèle a d'ailleurs été adopté depuis plusieurs années par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1995; 2001) dans ses politiques pour les personnes ayant des déficiences physiques ou des déficiences intellectuelles et plusieurs centres de réadaptation comme l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) utilise ce modèle conceptuel de référence dans tous leurs programmes d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale.

Dans le but de comprendre les enjeux reliés à la réadaptation, le PPH propose un modèle qui unit autant les aspects physiques que psychosociaux qui

entourent un traumatisme chez une personne. La classification québécoise du PPH provient de celle du Comité Québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) fondé en 1986. Lors d'une rencontre internationale, en 1987, qui réunissait des utilisateurs de la CIDIH, les participants ont reconnu l'expertise québécoise en ce qui a trait à une meilleure compréhension du 3e niveau de la CIDIH. Le handicap a ainsi été élevé au degré de prise de conscience des obstacles à l'intégration sociale auxquels font face les personnes ayant des déficiences et des incapacités.

Le PPH constitue un modèle explicatif anthropologique des conséquences des maladies, des traumatismes et des autres troubles en s'appuyant sur le développement humain universel. Le PPH permet de représenter la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (extrinsèques) qui déterminent le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie selon l'âge, le sexe et l'identité socioculturelle des personnes (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St-Michel, 1998). En dépit de la gravité des atteintes physiques des patients en réadaptation, l'évaluation de leur « handicap » ne se limite pourtant pas seulement à ce niveau. En effet, selon le PPH, les maladies, les traumatismes ou les autres troubles qui s'insèrent inévitablement dans le contexte personnel (intrinsèque) et environnemental (extrinsèque) de l'individu et leurs conséquences résultent indubitablement en une interaction dynamique entre ces facteurs et les habitudes de vie de l'individu. Cette interaction, comme l'illustre la Figure 1, représente en quelque sorte le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à diverses caractéristiques sociodémographiques de l'individu telles que l'âge, le sexe et l'identité socioculturelle (Comité de révision de la proposition québécoise de classification, 1998). La genèse du PPH s'enracine ainsi dans le modèle générique du développement humain qui s'inscrit dans une perspective globale, holistique, systémique, écologique et déstigmatisante en visant des principes d'égalité des droits pour tous les individus, de respect des différences et de participation sociale optimale. Le PPH introduit ainsi les notions d'intégrité, de capacité, de facilitateur et d'obstacle qui définissent certains critères normatifs issus du milieu de la réadaptation.

Au-delà des potentielles limitations physiques des patients, le PPH met en lumière l'importance de tenir compte de l'identité de la personne et de son unicité dans la réalisation de ses aspirations futures. À ce titre, son adaptation psychosociale (par la participation sociale) sera tributaire des facteurs

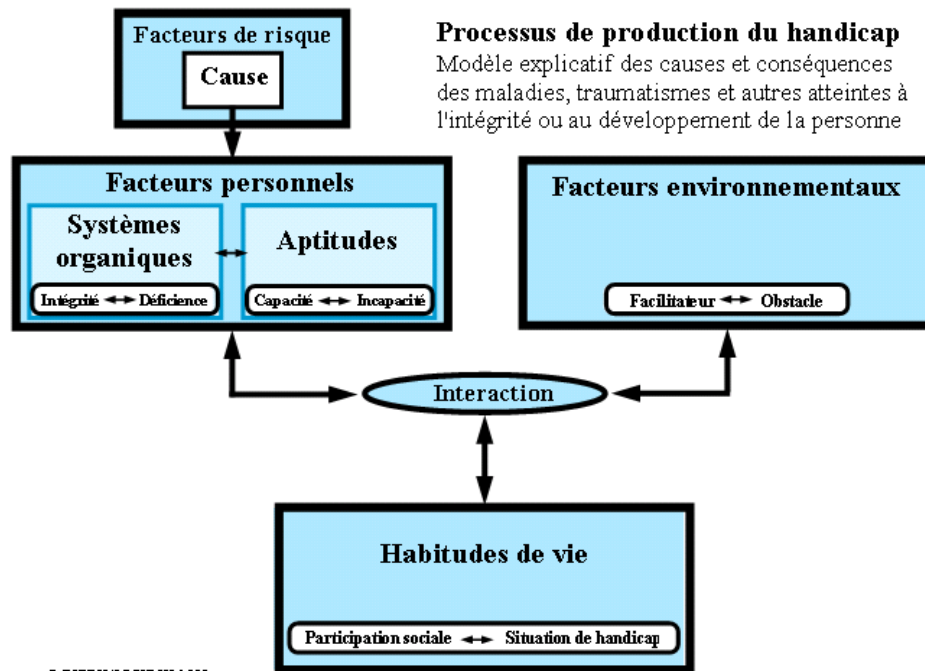


Figure 1 : Processus de production du handicap (RIPPH/ SCCIDIH, 1998).
Comité de révision de la proposition québécoise de classification

personnels et environnementaux après son congé de l'établissement. Ceci amène donc au premier plan l'adaptation sociale de l'utilisateur comme résultat de soins à considérer lors de son congé de l'établissement. La sécurité de l'utilisateur serait alors évaluée sous l'angle de son niveau de participation sociale comme résultat de l'interaction entre les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Du coup, la notion de sécurité ne demeure pas strictement « physique » mais révèle des aspects psychosociaux également qui peuvent être captés par une méthodologie de recherche plus inductive. Ainsi, à travers les facteurs environnementaux qui s'avèreront des facilitateurs ou des obstacles pour l'utilisateur, l'approche des professionnels de la santé qui promeuvent plus ou moins la sécurité par la qualité des soins prodigués, constitue un élément fondamental. L'approche humaniste et holistique du *caring* peut notamment s'avérer un élément facilitateur efficace en ce qui a trait à l'intégration et à la participation sociale par l'émancipation des utilisateurs ainsi qu'en regard de leur sécurité.

Les études qualitatives sur le *caring* et la réadaptation

Les travaux de certains auteurs (Duffy & Hoskins, 2003; Mustard, 2002; Watson, 1979; Woolf, 2004) indiquent que pour atteindre la sécurité des patients, il y aurait avantage à agir en amont, de façon préventive et même constructiviste, en préconisant une approche de *caring* de la part du système de soins et des infirmières en particulier. Ces travaux suggèrent alors que la philosophie du *caring*, c'est-à-dire une approche humaniste où l'on considère la personne dans sa globalité (esprit-corps-âme), permettrait d'éviter les erreurs médicales et les événements indésirables et, par le fait même, de contribuer à la sécurité des patients.

Plusieurs études ont avancé qu'une approche de *caring* par les infirmières favorisait différents aspects de la qualité des soins, dont la satisfaction de la clientèle (Blendon, DesRoches, Brodie, Benson, Rosen, Schneider, Altman, Zapert, Herrmann, & Steffenson, 2002; Duffy & Hoskins, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002). Pourtant, la relation spécifique entre le *caring* et la sécurité des patients en réadaptation n'avait encore été que peu explorée dans la littérature scientifique jusqu'à l'étude de St-Germain et al. (St-Germain, 2007; St-Germain, Blais & Cara, 2008b). Comme précurseur à cette étude, la recherche de Lucke (1999) a voulu explorer l'impact perçu par 22 blessés de la moelle épinière bénéficiant des soins de *caring* dispensés par les infirmières et les thérapeutes en réadaptation. Il s'agit d'une étude qui utilisait la théorie ancrée et qui a démontré que, selon les patients, l'approche de *caring* avec laquelle ces professionnels ont prodigué leurs soins leur a permis d'atteindre cinq buts importants par rapport au rétablissement de leur condition de santé : 1) réintégrer son « moi » intérieur en retrouvant la perception que l'on avait de soi-même avant son atteinte physique, et ce, tant au niveau émotionnel, spirituel que psychologique; 2) élever son âme en se sentant fier de ce qu'on accomplit, en voulant partager ses réalisations avec ses pairs et en ayant la motivation de se dépasser tous les jours; 3) prendre soin de soi en ayant la volonté d'utiliser ses habiletés et d'effectuer les tâches requises dans son plan de soins; 4) se prendre en charge en s'occupant de son plan de soins de façon autonome; et 5) devenir indépendant en participant aux prises de décisions de l'équipe de soins.

Tous ces impacts perçus du *caring* par ces patients bénéficiant de soins de réadaptation s'avèrent majeurs, compte tenu du fait que leur condition de santé les amène, la plupart du temps, dans une voie complètement opposée, c'est-à-dire vers une piètre image corporelle, une perte d'estime de soi et des sentiments de solitude, d'impuissance et de dépendance (Lucke, 1999). Cette approche soignant-personne basée sur le *caring* a contribué à ce que ces

patients se sentent vraiment respectés dans leur dignité, stimulés dans le développement de leur potentiel et considérés comme des humains à part entière impliqués dans leur parcours de vie.

En ce qui concerne l'étude novatrice de St-Germain et al. (St-Germain, 2007; St-Germain et al., 2008b), celle-ci visait à mieux comprendre la façon dont, du point de vue des infirmières elles-mêmes, une approche de *caring* pouvait favoriser la sécurité des patients (usagers) recevant des soins de réadaptation. Une étude phénoménologique avec des entretiens auprès d'infirmières qui travaillent en soins de réadaptation a ainsi été menée. L'analyse phénoménologique selon la méthode de Giorgi (1997) a permis l'émergence de l'essence du phénomène de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières à la sécurité des patients. Selon la perception des participants de cette étude et à la lumière de l'analyse des résultats, l'approche de *caring* des infirmières permettrait d'amorcer un processus de transformation bénéfique vers trois cibles : le patient, l'infirmière et le système de soins de santé. De même, les résultats indiquent que l'approche de *caring* permettrait d'éviter les risques reliés à une défaillance dans l'assiduité à la réadaptation suite au découragement du patient, et ce, en veillant à répondre à son propre rythme d'apprentissage tout en sauvegardant son espoir. Il est alors à constater que cette approche humaniste affecte toutes les sphères de la personne (le corps, l'esprit et l'âme) en ce qui la compose intrinsèquement de façon à veiller autant à son bien-être (et à celui de sa famille aussi) et à sa sécurité physique, psychologique que psychosociale, et ce dans une perspective à long terme.

En ce sens, ces différents types de recherche qualitative ont tous deux permis de faire valoir la façon dont une approche de soins qui respecte l'identité et la dignité de la personne soignée pouvait contribuer à rehausser son estime d'elle-même et l'amener à meilleure prise en charge de sa condition. De même, selon l'étude de St-Germain et al. (St-Germain, 2007; St-Germain et al., 2008b), cette transformation chez la personne soignée peut avoir une rétroaction positive chez le soignant et à travers le système de soins également. Le *Cadre des migrations et transgressions des pratiques* d'Amalberti (2002) explique d'ailleurs une façon d'accéder à cette rétroaction pour augmenter les chances d'instaurer une réelle culture de sécurité dans un établissement.

Le cadre des *migrations et transgressions des pratiques* d'Amalberti (2002)

De façon générale, tous les professionnels de santé sont guidés par des valeurs bioéthiques de « justice », de « ne pas nuire » et de « faire le bien » (Jacquerye, 1999) dans leur travail au quotidien. Cependant, Amalberti (2002) souligne

qu'il y a un danger de glisser vers une zone de « non sécurité des soins » lorsque la direction et les services d'un établissement imposent de façon successive des règlements et des protocoles afin de changer la pratique des professionnels dans un contexte que ces derniers trouvent irréalistes (Ex : augmentation des tâches et sous-dotation en personnel). Selon cet auteur, la pratique des professionnels risque alors de migrer de plus en plus illicitement vers une zone hautement accidentogène où il n'y a plus de contrôle lorsqu'ils perçoivent un fossé entre leurs valeurs et leurs croyances et la réalité à laquelle ils sont confrontés. Ainsi, l'aspect méconnu du *modèle cadre des migrations et transgressions des pratiques* d'Amalberti (2002) consiste au fait de constater que l'assurance de la qualité des soins et de la sécurité des patients se traduit rarement par la cumulation de réglementations et de protocoles, qui peut être le reflet d'une certaine culture de la sécurité. Afin de promouvoir dans les établissements de soins une réelle culture de la sécurité qui soit adoptée par tous les acteurs, les prémisses d'Amalberti (2002) paraissent prometteuses. Celui-ci stipule que pour être appliquées, les stratégies de sécurité doivent d'abord et avant tout être réalistes pour les trois niveaux au sein de l'organisation : la direction, les professionnels et les patients. Le niveau de sécurité des patients reposant sur l'harmonie dynamique des points de vue respectifs de ces trois cibles, il s'avère alors important de s'enquérir de leur perspective face à la sécurité des patients afin de vérifier s'ils en partagent la même vision.

De l'harmonisation des perspectives de ces acteurs (direction, professionnels, patients) pourrait alors jaillir une rétroaction positive entre eux qui fournira un cadre inductif sur le risque et la sécurité et qui tiendra compte de leur réalité dans le milieu.

L'instauration d'une culture de la sécurité des usagers

Selon ce que soutient Amalberti (2001; 2002), instaurer une culture de sécurité ne peut être effective qu'en allant chercher la perspective de chacun des principaux acteurs, soit : les professionnels de la santé, les patients et la direction. D'une part, en réadaptation, un modèle qui unirait le *caring* et le PPH (St-Germain, Boivin & Fougeyrollas, 2008a) permettrait de mettre en valeur une organisation des soins centrée sur les besoins des usagers en s'intéressant à leur vécu; ce qui favoriserait la communication et la transparence dans les approches de soins des professionnels de la santé. D'autre part, à partir du modèle *Structure-processus-résultats* de Donabedian (1973; 2003), il est permis de constater que l'approche de ces professionnels de la santé dépend en grande partie de la structure mise en place, c'est-à-dire de la philosophie prônée par l'établissement. Cette structure oriente inévitablement la pratique

des professionnels de la santé vers l'application de procédures et de règlements en lien à une certaine vision de la culture de la sécurité des usagers. Cette vision se manifeste notamment en regard de la signification de la réadaptation et du handicap et lors de l'analyse du risque et de la déclaration des erreurs et des événements indésirables.

En effet, les usagers bénéficiant de soins de réadaptation s'apparentant à un modèle *Caring-PPH* peuvent avoir tendance à démontrer un certain *empowerment* (St-Germain et al., 2008a; Sylvain, 2008) en prenant en charge leur rétablissement et en se souciant de leur propre sécurité. Cet *empowerment* sera alors d'autant plus manifeste que ces soins rejoindront leur identité et leur réalité personnelle, soit l'expérience signifiée par la conscience de l'utilisateur face à la sécurité et au risque. D'ailleurs, en général, du point de vue des patients, concernant la divulgation des événements indésirables, l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients mentionne que : « les patients et leur famille sont en faveur d'un système ouvert et transparent, car celui-ci leur permettrait d'en apprendre davantage sur leur santé et de renforcer leurs liens avec les professionnels de la santé » (ICSP, 2008, p. 2). Ce type de culture de la sécurité, ouverte et transparente, permettrait donc aux patients/famille de développer un lien de confiance clé envers les professionnels de la santé; ce qui constituerait un moteur important dans les efforts qu'ils doivent fournir au cours de leur réadaptation fonctionnelle intensive. Cette collaboration active durant leur séjour leur permettrait éventuellement d'accomplir de façon conforme et, selon leurs aspirations, leurs habitudes de vie en démontrant une participation sociale en communauté (sécurité psychosociale). Cette philosophie des soins contribuerait à décrire et à comprendre davantage les problématiques liées au risque et à la sécurité des usagers en réadaptation afin d'y instaurer une réelle culture de sécurité qui serait plus efficace à long terme. Par ailleurs, il s'agit de données qui s'obtiennent plus adéquatement par des approches de recherche constructiviste qui s'avèrent encore peu explorées dans ce domaine.

Conclusion

Bien que la réadaptation ne constitue pas un domaine de recherche très prisé dans la littérature scientifique actuelle, et ce, particulièrement au niveau de la sécurité des patients, la richesse des connaissances qui peuvent en être tirées ne fait aucun doute. Forte de modèles de soins et d'approches préconisant une vision élargie de la personne (corps, âme, esprit), la réadaptation sollicite une perspective toute aussi élargie par rapport au risque et à la sécurité autant dans leurs aspects physiques, psychologiques que psychosociaux.

Dans ce contexte de soins, les séjours étant prolongés, la culture organisationnelle, les habitudes de pratique des professionnels et la conception qu'ont les usagers de la sécurité peuvent avoir une influence notable sur l'issue du rétablissement. Ainsi, la préoccupation d'accompagner la personne de façon holiste dans l'expérience de vie qui lui est propre, selon son identité, de rencontrer ses besoins et ses attentes spécifiques dans un environnement de réadaptation ne peut que contribuer à l'intégration et à la participation sociale de l'individu. Les approches de recherche inductive constructiviste telle que la phénoménologie permettent alors de faire valoir la pleine participation sociale de la personne en terme d'une réelle sécurité efficace dans un large spectre et à long terme. Cette participation sociale correspond à toute fin utile à une forme d'*empowerment* ou d'émancipation de la personne « handicapée » qui se reflète sur tous les acteurs en jeu et qui peut, par le fait même, transformer tout le système de soins de santé.

Références

- Amalberti, R. (2001). *La conduite des systèmes à risque* (2^e éd.). Paris : PUF.
- Amalberti, R. (2002). Les effets pervers de l'ultra sécurité en médecine. *Revue hospitalière de France*, 489, 7-15.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2007). *Des services spécialisés de réadaptation qui font une réelle différence dans le quotidien des personnes handicapées visuelles*. En ligne : http://www.aerdpq.org/Docs/communiqu%E9_AERDPQ_sem_canne_blanche_07_VF_.pdf
- Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W.A., Hébert, P., Majumdar, S.R., O'Beirne, M., Palacios-Derflingher, L., Reid, R.J., Sheps, S., & Tamblyn, R. (2004). The canadian adverse events study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686. En ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/11/1678>.
- Blais, R., Tamblyn, R., Bartlett, G., Tré, G., & St-Germain, D. (2004). *Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois*. Rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, secteur santé publique. Montréal : Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K, Herrmann, M.J. M.A., & Steffenson, A.E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1939.

- Borioli, J., & Laub R., (2007). *Handicap : de la différence à la singularité. Enjeux au quotidien*. Genève : Médecine et Hygiène.
- Cara, C. (23 mai 2002). *Creating a caring environment in nursing research*. Communication présentée à la 24^e International Nursing Caring Conference, Boston, USA.
- Comité directeur national sur la sécurité des patients (CDNSP) (2002). *Accroître la sécurité du système : une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. Santé Canada. En ligne : http://crmcc.medical.org/publications/building_a_safer_system_f.pdf
- Davies, J.M., Hébert, P., & Hoffman, C. (2003). *The canadian patient safety dictionary*. Ottawa, ON : The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Koch, T. (2000). Having a say : negotiation in fourth-generation evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 117-125.
- Despouy, L. (1993). *Les droits de l'homme et l'invalidité*. New York : Nations Unies.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration : Specifying requirements for health care*. Cambridge : Harvard University Press.
- Donabedian A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York : Oxford University Press.
- Duffy, J.R., & Hoskins, L.M. (2003). The quality-caring model : blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). Classification québécoise. Processus de production du handicap. Québec : RIPPH/SCCIDIH.
- Fougeyrollas, P., & Noreau, L., (2007). L'environnement physique et social : une composante conceptuelles essentielle à la compréhension du processus de production du handicap. L'exemple des personnes ayant une lésion médullaire. Dans J. Borioli, & R. Laub (Éds), *Handicap : de la différence à la singularité. Enjeux au quotidien* (pp. 47-69). Genève : Médecine et Hygiène.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : Théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.H. Groulx, R. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques* (pp. 341-364). Boucherville : G. Morin.
- Heidegger, M. (1927). *Being and time*. New York : Harper & Row.

- Housset, E. (2000). *Husserl et l'énigme du monde*. Paris : Édition du Seuil.
- Husserl, E. (1900). *Logische untesuchungen*. Halle : M. Niemeyer.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2005). *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada 2003-2004*. Ottawa. En ligne : <http://www.icis.ca>.
- Institut canadien pour la sécurité des patients/ Canadian Patient Safety Institute (ICSP) (2008, Mai). *Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables*. CPSI/ICSP. En ligne : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) (2008). *Renouvellement de la démarche de l'agrément*. Québec : IRDPQ.
- Jacquerye A. (1999). *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation et accréditation*. Paris : Maloine.
- Lucke, K.T. (1999). Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 247-253.
- Lussier, M., & St-Jacques, M. (1993). *Le bénéficiaire victime d'un traumatisme crânio-encéphalique : programme de soins*. Montréal : Institut de réadaptation de Montréal.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of perception*. New York : Humanities Press.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (1995). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficiences physique*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2001). *De l'intégration à la participation sociale : politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mustard, L.W. (2002). Caring and competency. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 4(2), 36-43.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- St-Germain, D. (2007). *La sécurité des patients : la contribution de l'approche de caring des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

- St-Germain, D. Blais, R., & Cara, C. (2008b). La contribution de l'approche de *caring* des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 57-69.
- St-Germain, D. Boivin, B., & Fougeryollas, P. (2008a). Allier le soin infirmier et la réadaptation : un modèle de pratique *Caring-Processus* de production du handicap peut-il faire la différence? *Recherche en soins infirmiers*, 95, 70-78.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'Infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Watson, J. (1979). *Nursing : The philosophy and science of caring*. Boston : Little Brown.
- Woolf, S.H. (2004). Patient safety is not enough : Targeting quality improvements to optimize the health of the population. *Annals of Internal Medicine*, 140(1), 33-36.

Daphney St-Germain est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval où elle enseigne notamment les méthodes de recherche qualitative au deuxième cycle. Elle est également chercheure régulière au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Elle détient un doctorat en santé publique, option organisation des soins de santé, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ayant une formation de base comme infirmière bachelière ainsi qu'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal, elle œuvre depuis plus de dix ans dans divers secteurs, tels que la clinique, la gestion, l'enseignement et la recherche. Actuellement, ses principaux intérêts de recherche portent sur l'optimisation des soins infirmiers de réadaptation, la sécurité des patients, la qualité des soins ainsi que la gestion des risques en lien à une approche systémique humaniste de *caring* à travers une perspective de recherche inductive.