

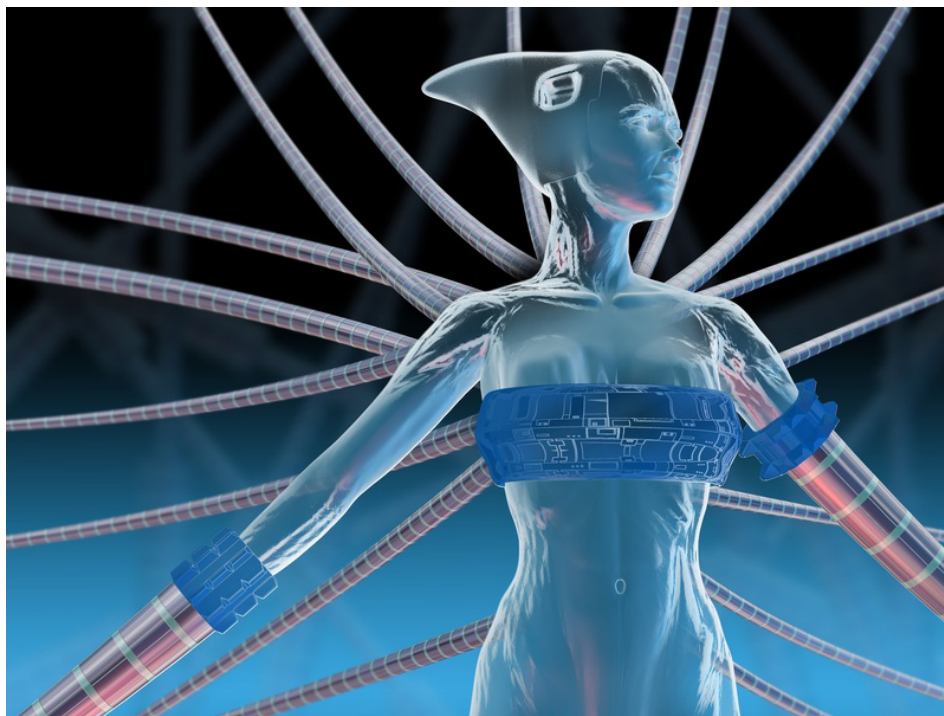
Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHU de Rennes

Rue Henri Le Guilloux

35000 RENNES

**ÉVOLUTION DES TECHNOLOGIES ET
QUALITÉ DES SOINS EN RÉANIMATION :
VERS UNE TECHNICISATION DU MÉTIER D'INFIRMIER ?**



Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier

Présenté par Luc BAUDELLOT

Sous la direction de Madame Catherine LE NOTRE

Soutenu le 4 Octobre 2007

Promotion 2004 - 2007

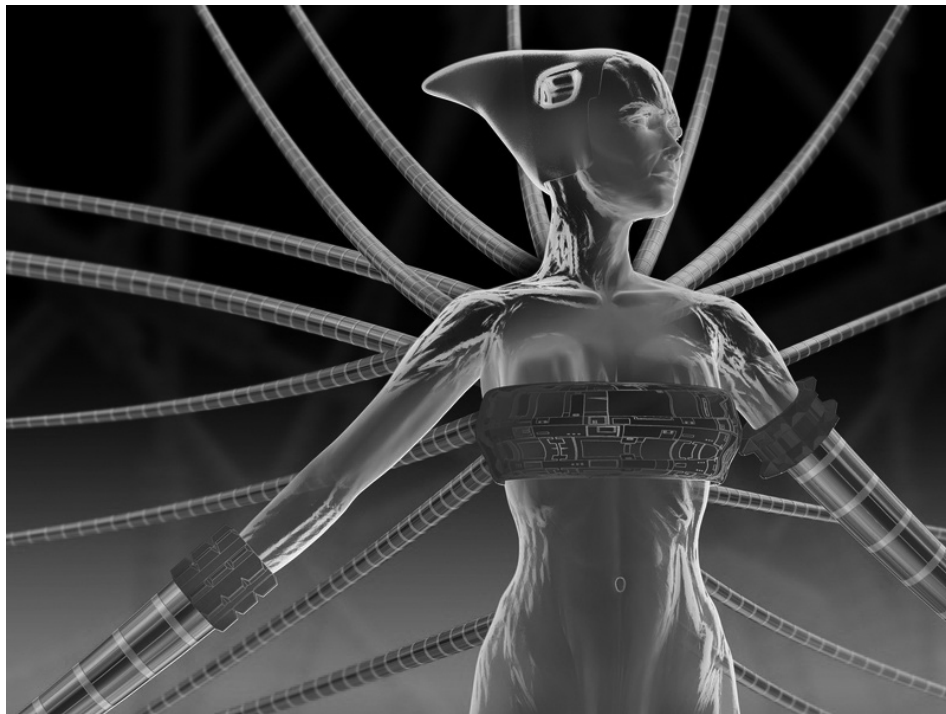
Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHU de Rennes

Rue Henri Le Guilloux

35000 RENNES

ÉVOLUTION DES TECHNOLOGIES ET QUALITÉ DES SOINS EN RÉANIMATION



Travail de Fin d'Études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier

Présenté par Luc BAUDELLOT

Sous la direction de Madame Catherine LE NOTRE

Promotion 2004 - 2007

Remerciements

Ce travail de fin d'études n'aurait pu voir le jour sans les nombreuses personnes qui y ont participé de près ou de loin. Pour cela, je tiens à remercier :

- Les infirmières et infirmiers qui ont bien voulu m'accorder de leur temps précieux afin de répondre à mes questions ;
- L'ensemble des équipes soignantes rencontrées au cours de chacun de mes stages et qui ont participé à l'évolution de ma réflexion quant aux soins infirmiers ;
- Catherine, ma guidante, pour son aide précieuse et sa patience pour la réalisation de ce mémoire ;
- Ma famille et mes amis qui m'ont soutenu tout au long de ma formation.

*« Ne te sers pas de la technologie comme
d'un substitut à la chaleur humaine. »*

Doc Childre and Bruce Crye

Sommaire

Introduction	1
La situation de départ	2
Le cadre conceptuel	4
<i>Prendre soin serait un art</i>	4
<i>Prendre soin dans une démarche qualité</i>	5
<i>Prendre soin en soins intensifs ou réanimation</i>	6
<i>Prendre soin et l'évolution des technologies</i>	7
<i>Conclusion</i>	8
Méthodologie de recherche	9
<i>Objectifs et méthodologie</i>	9
<i>Le lieu de recueil</i>	9
<i>Les difficultés rencontrées</i>	9
Résultats et analyse	11
<i>Une population diversifiée</i>	11
<i>Prendre soin en réanimation</i>	12
<i>Les technologies en réanimation</i>	13
Discussion	15
<i>La réanimation : un monde à part, précurseur du prendre soin</i>	15
<i>Du prendre soin à la qualité</i>	16
<i>Des évolutions technologiques pour améliorer le prendre soin</i>	17
<i>Génération NTIC : position du jeune diplômé</i>	18
<i>Du technicien au technologue</i>	19

Conclusion	20
Bibliographie	21
Annexes	23

Introduction

Depuis la nuit des temps, les progrès en médecine n'ont cessé d'évoluer en lien avec les découvertes scientifiques et les avancées des civilisations. Il y a maintenant 200 ans, la médecine a pris un tournant technologique s'autorisant ainsi de nombreuses découvertes au profit des patients. Aujourd'hui, en France, dans chaque service de santé, la technologie est omniprésente, qu'elle soit informatique, d'information et communication, d'imagerie ou biotechnologique.

Certaines mauvaises langues oseraient dire que le quotidien de l'infirmier¹ se résume alors caricaturalement à recopier des chiffres sur des écrans d'affichage, à appuyer sur le bouton de la souris pour valider un acte de soin ou commander le médicament qui manque à l'appel dans la pharmacie. Certaines de ces personnes, en poussant plus loin leur argumentaire, pourraient annoncer que bientôt les infirmiers pourront être remplacés par des robots.

Ce processus d'avancées technologiques continu suit les évolutions et les exigences de la société. A l'heure actuelle, les avancées technologiques s'orientent surtout vers la communication et la transmission des informations.

Les services de soins intensifs et de réanimation sont grandement équipés de technologies comme les capteurs de surveillance, les ordinateurs retraçant les courbes de constantes sur les écrans...

De plus, on entend souvent dire que les infirmiers de réanimation sont avant tout des techniciens et ne se soucient guère des sentiments des patients. Me destinant à une carrière d'infirmier anesthésiste par la suite, je me suis alors intéressé à cette question pour tenter de montrer que cette rumeur est infondée.

Il m'a alors paru intéressant de me placer dans un service de réanimation et d'étudier l'impact que pouvait avoir l'évolution des technologies sur la qualité du rôle infirmier.

1 Tout au long de ce travail, on utilisera indifféremment *infirmier* ou *infirmière*.

La question de départ

Tout a commencé au début du mois de novembre 2007 alors que je visionnais un reportage présenté au journal télévisé d'une chaîne publique française. Ce documentaire montrait que d'ici une vingtaine d'années, les infirmiers seraient remplacés par des machines automatisées ou des robots doués d'une intelligence artificielle. Ces images présentaient un robot japonais qui mobilisait des personnes âgées dans la réfection du lit ou pour la toilette. Ce droïde prenait également part aux jeux de sociétés.

Cette vision futuriste m'a rappelé deux de mes stages où la mobilisation des patients était souvent difficile du fait de leurs technicages souvent complexes et nombreux.

Mon cursus d'apprentissage, lors de ma formation en soins infirmiers, m'a permis de côtoyer différentes pratiques, différents lieux, différentes pathologies. Ces deux stages ont notamment consisté à faire l'apprentissage du *prendre soin* de personnes hospitalisées en unités de soins intensifs de neurochirurgie et de chirurgie infantile.

Au début observateur, puis ensuite acteur des soins, j'ai pu voir comment étaient utilisées les technologies médicales et paramédicales que nécessitaient l'état de santé instable des patients. Je me suis alors rendu compte que l'infirmier(ère), l'aide-soignant ou le médecin entraient dans la chambre en regardant systématiquement l'écran des constantes. Cette première approche du patient me semblait alors purement technologique et la relation reléguée au second plan.

Dans ces services de soins intensifs, souvent les *scopes* sont reliés à un poste central qui permet la visualisation en temps réel de chaque paramètre vital des patients. Ceci m'amène à raconter qu'une fois, une infirmière, installée dans le fauteuil du poste de soin central, avait noté sa « ronde de constantes » sans même avoir eu un oeil sur le patient lui-même. Cette situation, pouvant être caricaturale, m'avait pourtant interloqué. Elle avait débouché sur des questionnements quant à la confiance que l'on pouvait accorder à certaines technologies. Peut-être cette infirmière n'avait-elle pas fait le tour parce que les patients ne présentaient pas de signes de gravité ? Peut-être avait-elle une confiance accrue dans le relevé automatique des constantes ?

Pourtant, je me suis retrouvé devant une situation où le scope indiquait une saturation en oxygène s'élevant à 79 % pour un patient. Cliniquement, celui-ci ne présentait aucun signe de souffrance respiratoire et avait un teint rosé. Il parlait et n'était pas en sueur et

n'avait aucun signe d'hypoxie ou d'hypercapnie. Le capteur était-il en panne ou simplement mal positionné ?

Cela m'a rappelé le coup du brassard à tension automatique que l'on met autour du bras d'un patient marchant dans le couloir et qui indique une pression artérielle de 60/40 mm de mercure. Cette mesure est-elle en adéquation avec la situation vécue ?

Ces différentes situations m'ont conduit à me poser plusieurs questions concernant ces technologies utilisées quotidiennement. Dans ces cas-là, faut-il privilégier la technologie ou le regard clinique de l'infirmier ? Peut-on faire aveuglément confiance à la technologie ? Est-ce que les constantes vitales sont plus importantes que le patient en lui-même ? Jusqu'où iront les technologies ? Ne deviendra-t-on pas inutile dans le futur ? ou les robots nous remplaceront-ils ? Qu'ont vraiment changer les technologies dans notre quotidien professionnel ? Quels impacts ont-elles sur notre pratique ? Notre pratique est-elle moins bonne qu'avant du fait de ces technologies ?

Toutes ces réflexions m'ont alors mené à l'écriture d'une problématique :

En quoi l'évolution des technologies peut-elle influencer la qualité du prendre soin des patients hospitalisés en unité de soins intensifs ou de réanimation ?

Le cadre conceptuel

Afin de discuter autour de la problématique précédente, il est essentiel de définir puis de confronter les concepts suivants : *prendre soin*, *qualité*, *soins intensifs et réanimation* puis *évolution technologique*. Une approche originale a été choisie pour présenter ces définitions. En effet, il me paraît important d'associer la définition du *prendre soin* à chacun des concepts précédents.

Prendre soin serait un art :

Beaucoup d'auteurs ont tenté de définir cette expression. Cependant, on s'aperçoit rapidement que ce n'est pas une seule et unique définition qui existe mais plusieurs, avec des similitudes entre elles. Elle est propre à chacun.

Prendre soin est une expression tirée du mot soin. Loïc Benoist² caractérise le soin comme un précurseur du prendre soin qui signifierait qu'en plus des actes, une relation de qualité puisse se créer afin de « s'occuper de..., de se préoccuper de..., de veiller au bien-être et à la santé de... ».

En d'autres termes, le soin apparaît quand il y a dysfonctionnement dans la façon de vivre, une souffrance. Le soin est un droit pour chacun de recevoir l'aide nécessaire pour faire face à une certaine fragilité tant physique que psychique. C'est ainsi que Jean-Louis Fouchard³ montre que les professionnels du soin « soignent doublement quand, tout en donnant un médicament, ils ont un sourire, un mot gentil, l'attention au confort du lit, l'intérêt pour une visite reçue : le soin aboutit alors au prendre soin ».

L'expression *prendre soin* tire son origine de la langue de Shakespeare. Le pédiatre et psychanalyste anglais, Donald Winnicott⁴, utilise à son époque les mots *care* et *take care*. Fin observateur, il analysa les relations maternelles que pouvaient entretenir les mères avec leurs enfants. Il lança alors le terme de *holding* définissant le maintien maternel, le support devenant repère et permettant la réalisation de l'enfant. Puis, il ajouta les termes de *handling* qui regroupe les soins maternels apportés au nouveau-né, tout ce qui touche au maniement

2 Loïc Benoist, « Prendre soin », *Revue Gestalt*, 2004.

3 Jean-Louis Fouchard, « Le soin entre acte et parole », *Les Cahiers de l'Actif*, 2002.

4 William Winnicott, « Environnement et Transitionnalité », *article de philautarchie.net*, 2007.

du corps, et de l'*object presenting*, qui permet au bébé de s'ouvrir au monde, à l'inconnu grâce à la sécurité que la mère procure dans ses soins. Ces trois fonctions permettent alors de préserver l'angoisse face à l'inconnu, face au nouveau. Il décrit alors que ces relations maternelles sont l'essence même des soignants, des personnes qui prennent soin des autres. Comme si c'était leur enfant, ils apportent sécurité, réalisent les gestes de la vie quotidienne et les accompagnent vers une autonomie en adéquation avec leur handicap.

C'est dans cette même direction que Walter Hesbeen⁵ définit le *prendre soin* comme un art capable d'associer une vision holistique de la personne soignée et une vision morcelée de cette même personne. Cet art est en réalité une rencontre entre deux êtres et non uniquement entre un patient et un soignant. Cette différence est essentielle puisqu'elle permet non plus d'associer le patient comme un *corps-objet* ou une machine mais comme un *corps-sujet*, une personne ayant des connaissances, des valeurs personnelles, un savoir-être et une histoire.

De plus, il argumente en faveur d'un travail en collaboration avec chaque professionnel touchant de près ou de loin la bulle du patient. Ainsi chacun (infirmier, médecin, aide-soignant, secrétaire médical...) peut prendre en considération la personne et ajouter ces « petites choses » aux soins qui permettent au patient de se sentir *Personne* et ainsi de l'accompagner à son rythme vers le bien-être, vers la santé⁶.

Prendre soin dans une démarche qualité :

La *qualité du soin* est une expression moderne, de plus en plus utilisée et appliquée au domaine de la santé. La Haute Autorité de Santé se base sur une définition de la norme ISO 8402, qui donne à la qualité le but de satisfaire des besoins exprimés et implicites. Cette description rapportée à une activité de santé revient à « obtenir la satisfaction durable du client, en premier lieu le patient, au meilleur coût ».

Cette définition économique s'appuie sur les exigences et les besoins exprimés du patient. Ces exigences diffèrent généralement des exigences des professionnels.

Dans le *prendre soin*, on entend soins de qualité la dextérité, l'organisation, la rigueur des soins techniques infirmiers, la sécurité, le respect des règles d'hygiène et d'asepsie, le confort physique et moral par des aptitudes relationnelles, une disponibilité et une écoute active.

5 Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*, 1997.

6 Définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Cette définition rejoint une étude, menée par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec publiée en 1996, montrant que les attentes de la population sont plutôt d'ordre relationnel que technique. Les attentes ainsi exprimées concernent :

- la qualité de la communication entre les soignants et le patient ;
- les habiletés et les connaissances techniques ;
- les attitudes et les comportements en adéquation avec les soins réalisés.

Cependant, cette qualité du *prendre soin* est dépendante du soignant et propre à chaque personne soignante, mais aussi d'un système organisationnel de santé. C'est d'ailleurs ce que rappelle Walter Hesbeen⁷ :

« Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède à la mise en oeuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement définies ».

Prendre soin en soins intensifs ou réanimation :

Le Code de la Santé Publique présente les services de réanimation⁸ comme des unités destinées à « accueillir des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës pouvant mettre en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».

Toujours dans le même contexte, l'activité des soins intensifs⁹ est orientée vers « l'accueil des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité (cardiologie, neurochirurgie...) et qui peut mettre en jeu le pronostic vital à court terme et qui implique le recours à des méthodes de suppléance ».

Ces deux définitions ne diffèrent donc que par le nombre d'organes mettant en jeu le pronostic vital et par la durée de séjour. Elles mettent en avant l'emploi de matériels ou de machines spécifiques notamment la ventilation artificielle, le support hémodynamique

7 Walter Hesbeen, *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, 2008.

8 Article R. 6123-33 du Code de la Santé Publique.

9 Article D. 6124-104 du Code de la Santé Publique.

ou l'assistance rénale. Ces services ont la particularité d'avoir un médecin disponible 24 heures sur 24, de posséder une organisation spatiale particulière, d'être équipés de matériels électroniques, informatiques ou d'imagerie et de proposer un nombre de lits réduit où le ratio soignants/patients est proche d'un infirmier pour 2 à 5 patients.

Le patient est souvent noyé dans un décor artificiel, entre alarmes, respirateur et seringues électriques. Il est alors facilement confondu à une machine, à un *corps-objet* doté de fonctions organiques souvent en péril. Walter Hesbeen¹⁰ étaye cette perception en montrant que dans un service de réanimation, il est difficile de s'occuper d'un patient avec une vision holistique. Cette vision est en effet souvent recentrée sur une ou des parties morcelées du corps-machine. Ce n'est pas tant la faute aux professionnels de santé mais à cette approche compliquée « due à un environnement sophistiqué et spectaculaire ». Cette démarche compliquée nécessite alors de la part des infirmiers une certaine maîtrise voire expertise, ce qui leur vaut tant la qualification péjorative de techniciens. Pourtant, les situations de soins, proches de celles retrouvées en gériatrie ou pédiatrie, sont complexes et nécessitent une approche plus simple s'inscrivant dans le processus du *prendre soin*.

C'est pourquoi Walter Hesbeen propose de se servir de ces outils technologiques comme accessoire de relation puis de communication avec le patient. Il recommande également de faire ces « petites choses » qui ne sont rien mais qui, ajoutées les unes aux autres, forment un tout témoignant d'une attention particulière à la personne.

Prendre soin et l'évolution des technologies :

Marie-Françoise Collière¹¹ définit les technologies comme « un art, une connaissance des outils, c'est-à-dire ce qui relève de leur élaboration, de leur création, de leur utilisation appropriée et de la façon de s'en servir ».

Dans ce contexte, les technologies ne sont plus seulement des machines ou des matériels techniques mais deviennent tout un ensemble d'outils capables d'améliorer la qualité des soins. La technologie est alors bien différente de la technique, de l'acte technique. C'est-à-dire que les technologies deviennent indispensables au *prendre soin*. Cela suppose avant tout une bonne connaissance de ces outils et une intégration quasi parfaite dans le quotidien professionnel.

L'évolution de ces technologies sous-entend alors une évaluation de leur utilisation et

10 Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*, 1997.

11 Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie*, 1982.

des pratiques professionnelles ; c'est ce qui est appelé plus communément l'évaluation des pratiques professionnelles. Une amélioration de la qualité du prendre soin aboutira donc à l'amélioration ou la construction d'une technologie. Ceci nécessite alors l'implication des professionnels de santé du terrain à tous les niveaux.

Cependant, une découverte ou une avancée technologique doit répondre à des besoins particuliers. Ils supposent une réflexion basée sur une éthique professionnelle et une législation, indispensables afin d'éviter toute utilisation inappropriée ou abusive de ces outils. C'est ce que fait Didier Sicard¹², professeur et membre du comité de bioéthique, en insistant sur l'importance de penser ces technologies, leurs utilisations, et leurs évolutions, de les accorder avec le bien-être recherché et enfin d'associer les patients à cette recherche. Il insiste sur le risque de privilégier l'excellence technique au détriment du *prendre soin*.

Conclusion :

Le concept de *prendre soin* est fondé sur des valeurs humanistes, une approche globale de l'Homme et de sa Santé. C'est une « attention particulière que chaque soignant va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé ».

Pour cela, chaque infirmier(ère) dispose de technologies afin d'améliorer ce processus et de proposer un *prendre soin* de qualité. Les services de réanimation disposent alors de ressources compliquées pouvant être utilisées pour répondre à des situations de soins complexes, existant dans tout autre service qu'il soit gériatrique, pédiatrique ou de soins palliatifs, et ainsi générer des soins de qualité correspondant aux exigences du patient et de son entourage.

12 Didier Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Revue Médecine et Hygiène*, 2004.

Méthodologie de recherche

Afin de confronter les théories retenues dans le cadre conceptuel précédent et le ressenti des professionnels présents sur le terrain, j'ai choisi de réaliser des entretiens avec des professionnels infirmiers.

Objectifs et méthodologie :

Ces interviews avaient pour objectif global le recueil d'informations pour comprendre en quoi l'évolution des technologies peut influencer la qualité du prendre soin des patients hospitalisés en unités de soins intensifs ou de réanimation.

J'ai donc posé des objectifs intermédiaires pour essayer de redessiner l'environnement dans lequel évoluent les nouvelles technologies appliquées à la réanimation, puis pour décrire comment ces évolutions technologiques sont intégrées à la pratique infirmière. Enfin cela m'a permis de constater l'impact des technologies sur le *prendre soin*¹³.

Pour aboutir à des réponses intéressantes et opposables, il m'a paru important de confronter les avis de professionnels confirmés et de professionnels récemment diplômés.

Le lieu de recueil :

Ces entretiens se sont déroulés dans un service de réanimation au CHU de Rennes en Janvier 2007. Ce service bénéficie du progrès grandissant en matière de nouvelles technologies et les professionnels qui y travaillent cohabitent chaque jour avec ces équipements électroniques, informatiques ou d'imagerie.

Les difficultés rencontrées :

J'ai rencontré quelques difficultés dans l'organisation de ces entretiens. C'est pourquoi seuls deux entretiens pourront être présentés pour ce travail. Les unités de réanimation sont

12 Cf. Annexe I : Guide d'entretien

des services ayant une activité de soins très importante se déroulant souvent en flux tendu, il est alors très difficile de demander à des professionnels de se libérer tant physiquement, que psychiquement. Enfin, le second entretien n'est pas complet puisque l'infirmier alors interrogé a été appelé pour une urgence. Je ne l'ai pas reconduit puisque j'estimais que les données recueillies étaient suffisantes pour les analyser.

De plus, les entretiens ont été réalisés en Janvier 2007. A cette époque là, mon cadre conceptuel n'était pas encore aussi construit que maintenant et des questions plus précises et pointues m'auraient peut être permis d'approfondir plus le sujet avec les professionnels du terrain.

Cependant, j'ai été très satisfait des résultats des entretiens et je tiens encore à remercier les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions. Résultats et analyse

Résultats et analyse

L'analyse de ces entretiens s'est effectuée selon trois axes. Le premier consistait à définir le profil des patients hospitalisés en réanimation. En effet, le prendre soin est différent d'une personne à une autre et suivant la population soignée. Le second a permis de décrire la perception du prendre soin selon les infirmiers du service de réanimation. Enfin, cette analyse s'est terminée par l'identification des évolutions technologiques utilisées en réanimation afin d'étudier leur impact sur la pratique infirmière.

Une population diversifiée

On peut alors constater que le profil des patients hospitalisés en réanimation¹⁴ au CHU de Rennes est hétérogène. En effet, des populations d'âges différents se croisent (9 items). Même si peu d'enfants y sont accueillis, une grande partie des personnes soignées sont des adultes (1 item) ou des personnes âgées (3 items). A cela s'ajoute des durées de séjour variables, qui sont fonction de la situation pathologique de la personne. Une personne peut aussi bien rester 24 heures, que quelques jours (3 items) ou alors quelques semaines (3 items).

La réanimation du CHU de Rennes accueille des pathologies très diversifiées (9 items) et souvent instables (111 items). Avant tout chirurgical, le service ouvre également ses portes à des pathologies médicales (10 items) comme des « patients de cardiologie » ou des patients « infectés ». L'unité de réanimation a aussi la particularité d'accueillir des personnes ayant « un pronostic vital engagé » (46 items). En effet, la plupart des patients y sont intubés, « risque de mourir » (7 items) ou présentent des décompensations globales. Ces situations de crises sont souvent aiguës et l'état de santé de ces patients est extrêmement variable et évolutif aussi bien péjorativement que positivement.

Enfin, les pathologies chirurgicales les plus souvent rencontrées sont surtout d'ordre orthopédique (1 item) et neurochirurgical (2 items), les expressions « polytraumatisés » et « accidenté de la route » étant nommées à 8 reprises. Une particularité de ce service est également d'accueillir des patients donneurs d'organes. Les « PMO » (prélèvements multi organes) sont en effet fréquents et concernent aussi bien des jeunes, que des adultes ou des

14 Cf. Annexe IV : Tableau 1 - *Le profil des patients hospitalisés en réanimation*

personnes âgées.

A cette activité dite d'urgence s'associe souvent des pathologies plus classiques. Les patients sont alors de « simples patients de post opératoire classique » (4 items) nécessitant une surveillance particulière à cause de leurs antécédents médicaux et/ou de l'intervention opératoire effectuée (greffé rénal, chirurgie cardiaque...).

Prendre soin en réanimation

Ces patients nécessitent alors des soins particuliers. *Prendre soin* en réanimation¹⁵ nécessite alors la mobilisation de certaines ressources (47 items) et s'exprime de diverses façons (89 items).

Ces ressources sont de quatre types. Le prendre soin en réanimation demande avant tout des capacités méthodologiques et d'adaptation aux diverses situations rencontrées (22 items). Ainsi, il faut savoir jongler entre l'urgence (3 items) et le travail dans le calme (2 items) et le noir. « Se poser des priorités » devient alors essentiel afin de « s'organiser », « décaler ses soins » et réaliser plusieurs soins « en même temps ». Cependant, ces tâches peuvent s'effectuer en collaboration (14 items) puisque le travail s'effectue souvent en binôme (2 items) et le médecin est souvent présent. « Chacun apporte alors un petit quelque chose » et peut participer à une réflexion individuelle et collective (8 items) essentielle à un prendre soin de qualité. Les discussions éthiques permettent alors d'ouvrir sa pensée, sa vision du soin tout en restant responsable. De plus, chaque professionnel dispose de ressources pour améliorer la qualité du prendre soin en feuilletant « le référentiel de qualité » ou « le guide de l'hygiène ».

Une fois le professionnel armé de ses ressources, il peut donc prendre soin des patients dont on lui a confié la santé. Ce rôle s'exprime alors de trois manières différentes : un rôle technique légèrement prédominant (39 items), un rôle relationnel (38 items) et un rôle d'aidant (12 items).

Le rôle technique est alors souvent du rôle « prescrit ». Il s'agit en effet de «mettre en route les traitements», « d'administrer les traitements » comme « les antibiothérapies ». Ensuite, les surveillances sont souvent rapprochées, très fines et spécifiques des paramètres mesurés. « Un technicage spécifique est alors mis en place » afin de pallier aux défaillances et de « contrôler les divers paramètres ».

15 Cf. Annexe V : Tableaux 2a, 2b, 2c - *Prendre soin en réanimation*

Le rôle relationnel (38 items) est primordial en réanimation. Tout en rentrant en contact avec le patient ou la famille, il permet de calmer (2 items) d'expliquer (2 items) et de réduire l'impact psychologique de la situation vécue. C'est alors que le professionnel infirmier met en place des stratégies de communication afin d'échanger (1 item), de rassurer (1 item) et se tourner vers le patient (1 item). Il s'agit alors souvent de simples mots (3 items), d'un regard (1 item) ou de faire intervenir la famille.

Enfin, le rôle d'aidant (12 items) permet un prendre soin optimal du patient. Le professionnel propose des soins de qualité tout en proposant un cocon sécuritaire « en veillant à...», « en touchant », « en ressentant », « en observant » ou en anticipant les situations.

Les technologies en réanimation

Pour finir, l'activité en réanimation est directement liée aux technologies¹⁶ qui sont intégrées de façon plus ou moins transparente à la pratique infirmière (122 items).

En effet, les évolutions technologiques ont marqué sensiblement les soins puisqu'auparavant chaque fonction organique était reliée à un unique appareil, les « tuyaux étaient plus douloureux » et « plus rigides ». Aujourd'hui, les technologies font partie intégrante du quotidien infirmier (38 items) puisque les chambres sont « scopées », disposent d'alarmes et chaque paramètre est mémorisé, surveillé par un unique écran ou scope. Certains infirmiers vont même jusqu'à personnifier leur outil de travail, qui devient un collègue à part entière. Ainsi, « l'appareil prend les choses de manière automatique », « il fait à ma place » ou « c'est le scope qui prend une tension », et quand cela ne va pas, « les alarmes nous appellent ». Pourtant, de nombreuses erreurs techniques (3 items) existent. En effet, « 99 fois sur 100, c'est une électrode débranchée ».

En fin de compte, le ressenti de l'évolution des technologies est plutôt positif. Les phrases élogieuses (37 items) fusent : « c'est un gagne-temps », « c'est un gros progrès » ou bien « c'est une aide ». Les soins sont donc devenus plus « fiables », les chambres sont plus spacieuses puisque l'évolution a « miniaturisé les machines ». Cependant, un infirmier nous met en garde de ne pas « se reposer dessus », de « ne pas avoir une confiance absolue dans les chiffres » qui clignotent sur les écrans. Il propose alors de connaître le pourquoi d'une surveillance de tension et insiste sur le fait que chacun d'entre nous doit être formé à l'utilisation de ces appareils, de ces capteurs de constantes. Son collègue présente un peu plus loin que « le revers de la médaille » de ces évolutions a entraîné un accroissement de la

16 Cf Annexe VI : Tableaux 3a, 3b, 3c - *Les technologies en réanimation*

charge de travail et un turn-over important des patients. Le risque pour le jeune diplômé ou le jeune arrivant est alors de « ne penser qu'à l'aspect technique » et de ne pas se détacher de la technicité au profit du relationnel.

Même si ces évolutions ont apporté en majorité du confort aux soignants, le ressenti des patients et des familles est quant à lui plus mitigé. En effet, l'entourage est toujours autant effrayé à la vue des écrans qui clignotent, qu'ils soient petits ou grands, et des alarmes qui sonnent.

Paradoxalement, la plupart des patients ne se rendent pas compte de cette évolution, ne savent pas que cela a évolué durant ces dernières années. Pourtant, ces évolutions répondent à des exigences particulières (7 items) notamment celles provenant des patients eux-mêmes qui « souhaitent des soins moins douloureux », « des durées de séjour raccourcies ». A cela vient s'ajouter des « arguments économiques » (2 items) en lien avec « les évolutions de la société ».

Ainsi, les perspectives futures (13 items) proposeront certainement une amélioration de « la rapidité et de la fiabilité des technologies », « des techniques moins invasives » et « une circulation de l'information médicale et paramédicale facilitée ».

Discussion

Précédemment, nous avons pu aborder la vision des infirmiers sur le *prendre soin* des patients hospitalisés en réanimation et l'impact des nouvelles technologies sur leur pratique. Il a alors été facile de constater qu'aux yeux de ces professionnels le retentissement de ces évolutions peut favoriser ou desservir la qualité du soin.

La réanimation : un monde à part, précurseur du *prendre soin*

Avant toute chose, je tenais à repreciser l'atmosphère environnementale des services de soins intensifs et de réanimation. Nous avons pu effectivement découvrir ces services au décor souvent artificiel, épuré voire futuriste. Baignés dans la technologie et les matériels innovants, les services de réanimation me semblent alors peu accessibles au novice. J'entends par là qu'un patient et son entourage, découvrant le milieu hospitalier, peuvent être très vite déroutés et se sentir mal à l'aise en pénétrant dans cette atmosphère technique. La réanimation fait peur, les écrans effraient, les alarmes hurlent au moindre faux pas. Toutes ces choses entretiennent un climat angoissant et pesant. Imaginons en plus que l'état de santé du patient est précaire.

Nous, professionnels ou futurs professionnels de santé, travaillons quotidiennement dans des services équipés de ces nouvelles technologies. Il nous devient facile de banaliser ces lieux, cette approche technique et cette atmosphère oppressante. Ainsi, comme on peut le voir dans le résultat des entretiens, le *prendre soin* commence, avant tout, par l'accueil et la communication. Cette première étape consiste alors à accompagner le patient, à les aider à prendre connaissance d'un nouveau milieu qui se montre à eux. Cela peut être une simple présentation du matériel utilisé, ou bien, une explication rapide sur l'importance de s'habiller, de se laver les mains et de mettre un masque. C'est ainsi que le *prendre soin* s'initie.

Le *prendre soin* est l'affaire de chacun. Il répond à une vision personnelle, à une éthique individuelle et des valeurs professionnelles communes. C'est un choix. Le premier contact décrit juste avant est le prémice d'une relation vraie, d'une relation de personne à personne. Ce temps nous permet de nous présenter, de donner un sourire, ce sourire que les patients réclament tant. Cette petite chose qui semble être avant tout un don de soi, n'est rien mais une fois ajoutée à un regard, une caresse, une parole, elle témoigne d'une certaine reconnaissance du malade en tant qu'Homme.

En effet, je pense que ce décor de science fiction a tendance à « *objectisé* » la personne soignée. Le patient est alors souvent confondu avec les machines qui l'entourent, qui le surveillent, qui l'assistent, qui le maintiennent en vie parfois. Le malade ne devient plus que corps, maladie ou organe. S'exprimer lui devient difficile. Son histoire, son vécu, ses émotions sont reléguées malgré nous au second plan.

C'est pourquoi je pense que l'aspect humain est primordial dans la relation de soin. Non pas seulement pour le patient mais aussi pour nous, qui pouvons du jour au lendemain devenir patient et avoir aussi cette envie d'être reconnu comme Homme. Et puis, n'est ce pas l'Homme qui nous anime ? cette valeur humaniste dont sont issus les soins infirmiers.

Du *prendre soin* à la qualité

Prendre soin est alors une prise en considération de l'autre. Cette première estime du patient est le début du processus qualité.

La qualité : aujourd'hui, ce mot est à la mode. Il est utilisé partout, que ce soit par les agences de publicité parce qu'il est vendeur, que ce soit dans la santé parce qu'il répond à des exigences particulières. Ces exigences formulées proviennent des besoins exprimés des patients, mais répondent également à une logique économique de notre système de santé.

A l'heure actuelle, les frais hospitaliers sont considérables peut-être à cause du gaspillage, peut-être à cause de soins inutiles, peut-être à cause de technologies qui ne sont pas utilisées convenablement... Je ne sais pas. Toujours est-il que la définition de la démarche qualité, que la Haute Autorité de Santé préconise pour chaque pratique professionnelle, consiste à l'amélioration continue des soins, des technologies utilisées.

Cette dernière notion suppose une certaine connaissance des technologies. C'est-à-dire que chaque professionnel infirmier exerçant en réanimation a préalablement été formé à l'utilisation de ces outils. Son utilisation quotidienne en fait un maître, un expert, dans le maniement de ces instruments.

Quand on relit les exigences des patients, il s'agit en fait d'un second souhait de leur part. En effet, une des attentes exprimées de ces derniers concernent les habiletés et les connaissances techniques. Pour eux, la qualité du soin serait d'avoir en face d'eux un bon technicien qui maîtrise son outil afin d'éviter toute erreur de manipulation ou d'interprétation des données affichées. Le savoir paraît alors essentiel et des connaissances théoriques solides sont indispensables. Répondre à cette exigence nécessite sûrement une durée minimale de

formation en soins infirmiers, où pratique et théorie s'associent et ne forment plus qu'un.

Je les rejoins dans leur réflexion mais une question m'effleure l'esprit : être expert dans un domaine nous permet-il d'accéder à un prendre soin de qualité ? En d'autres termes, est-ce qu'un infirmier centré sur le compliqué d'une situation (son environnement technique) ne risque-t-il pas de perdre de vue la première exigence des patients à savoir la communication ?

Cet aspect technique du prendre soin, que Walter Hesbeen décrit bien, entre en conflit avec la perception holistique de l'individu. Ainsi, le compliqué et le complexe se télescopent. C'est alors là que le mot technicien prend toute sa portée. Ce professionnel peut alors faire le choix d'être ce technicien, spécialiste de son domaine. Pourquoi ? Cela peut-être une volonté de faire évoluer les technologies qu'il utilise dans le but d'améliorer la qualité. Il peut alors participer à la diminution des durées de séjour ou aménager un travail fatigant et épuisant en élaborant de nouveaux procédés, de nouvelles technologies. Et le patient dans tout ça ? Se sent-il vraiment concerné par cette approche technique de l'amélioration de la qualité ? N'attend-t-il pas que l'on s'occupe de lui, que l'on serve de support dans ce moment difficile de sa vie ?

La qualité est-elle alors subjective et individuelle ?

En réalité, je pense qu'elle est issue d'une rencontre entre divers groupes ayant des exigences et des objectifs différents. Ainsi pour moi, la qualité serait un consensus qui aboutirait à une évolution permettant à chacun des protagonistes d'en profiter pleinement. Je pense alors que la qualité est une appréciation objective de l'ensemble des acteurs. Je rejoins ainsi totalement Walter Hesbeen lorsqu'il présente la qualité comme « une mise en oeuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel. ».

Ainsi, si j'ai bien compris, chaque évolution technologique permettrait une amélioration collective du *prendre soin*. Entre d'autre terme, une évolution technologique doit avoir « pour perspective le déploiement de la santé pour la personne soignée et son entourage ».

Des évolutions technologiques pour améliorer le *prendre soin*

Une évolution technologique comme le dit Marie Françoise Collière est « un art, une connaissance des outils... ». Une technologie n'est plus une machine ou un matériel technique, elle devient un ensemble d'outils capables d'améliorer la productivité, la fiabilité

du soin. Ainsi, cette évolution me paraît en adéquation avec un meilleur *prendre soin*, une meilleure attention du patient. Ces technologies sont soit créées dans le but de servir directement le patient, soit élaborées pour le confort du professionnel qui *prend soin* du patient. La construction d'une technologie permettra alors l'aménagement, même minime, d'une situation de soin complexe dès lors que cette construction est réfléchie, évaluée et répond à des besoins exprimés.

Si l'on prend l'exemple des capteurs de paramètres vitaux, ils ont été pensés pour permettre au soignant d'effectuer d'autres tâches, d'autres soins en direction du patient. Ainsi, le gain de temps devient énorme quand il s'agit de relever les constantes vitales. Il ne suffit plus d'attendre une minute pour contrôler la fréquence cardiaque, une autre minute pour calculer la fréquence respiratoire et trois minutes pour attendre que le thermomètre sonne... et quand en plus, cela est répété toutes les heures ou toutes les deux heures, on imagine bien le temps gagné. Ce temps, alors précieux, peut nous permettre d'esquisser un sourire, de placer quelques mots, de nous attarder sur le confort du patient.

Cependant, les infirmiers mettent en garde de ne pas se reposer bêtement sur cette technologie. Il faut en effet être lucide, savoir interpréter des données s'affichant sur un écran. Ces professionnels insistent sur l'importance d'avoir une réflexion personnelle et éthique quant à ces technologies, mais trouvent normal qu'en début de carrière en réanimation le jeune diplômé soit axé en priorité sur la technique.

Génération NTIC¹⁷ : position du jeune diplômé

Ma génération a évolué avec les découvertes de ces dernières années. Notre société est maintenant entrée dans l'ère des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Notre monde se virtualise et notre quotidien, tant professionnel que privé, fait référence à chaque fois à ces nouvelles technologies. La preuve en est : une exigence de mon travail de fin d'études est qu'il soit dactylographié.

En écoutant les entretiens, je me suis posé la question de savoir si ma place de jeune diplômé ou ma place de nouveau venu dans une équipe de réanimation n'altèrera pas ma qualité de mon *prendre soin*. En d'autres termes, est ce que je serais omnibulé par cette technique, ces technologies qui me sont étrangères ? Ma vision du *prendre soin* en pâtira-t-elle ? ou aurai-je assez de recul avec cette technologie pour esquisser un sourire, avoir des attentions envers le patient et ainsi ne pas le confondre parmi les machines.

17 NTIC : Abbréviation de Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

Je pense qu'il me sera peut-être plus difficile pour moi, appartenant à la génération de l'ère NTIC, de se détacher de ces technologies. Je pense que j'aurais une méfiance moindre dans les évolutions qui pourront venir ponctuer mes soins. C'est alors que je vois tout l'intérêt d'être encadré par des lois de bioéthiques et une législation précise de notre profession :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.¹⁸ »

Pour moi, cette définition met en avant le côté technicien de l'infirmier en reprenant à deux reprises le terme *technique*. Cette description ne me paraît pas en adéquation avec le *prendre soin* en réanimation. Je vois en effet l'infirmier plutôt comme un *technologue* qu'un technicien.

Du technicien au technologue

Tout au long de ce travail, je me suis aperçu que les infirmiers de réanimation prenaient à coeur de soigner des personnes et leur entourage dans des situations de détresse. La technologie fait partie de leur quotidien. Ils ont su l'intégrer à leur pratique et en faire profiter les patients qu'ils soignent. Les soins semblent être moins douloureux, moins invasifs et l'acharnement à la prise en compte de l'aspect humain du patient et de sa famille est permanente. Les professionnels infirmiers confrontent sans cesse leur savoir à l'utilisation experte de ces technologies. Ils mettent en place des stratégies qualité pour permettre un meilleur *prendre soin* des patients.

C'est pourquoi la qualification de technicien me chiffonne un peu. J'aurais tendance à les qualifier de technologue. Une définition encyclopédique¹⁹ me ramène à un terme récent qui est « apparu avec l'émergence d'emplois recourant plus à l'application de connaissances intellectuelles dans la réalisation d'une tâche qu'à la manipulation manuelle technique proprement dite ». Le technologue a alors une bonne combinaison de qualifications pratiques et de connaissances théoriques contrairement au technicien qui maîtrise très bien un ensemble de techniques dans un domaine particulier.

18 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de Santé Publique

19 Définition de Wikipédia, l'encyclopédie libre.

Conclusion

En fin de compte, les évolutions technologiques seraient un élément essentiel de l'amélioration de la qualité, et donc de l'amélioration du *prendre soin*. Elles agissent en permanence et s'inscrivent dans un processus qualité continu. Elles sont un outil indispensable à la réalisation des soins.

L'impact de ces technologies est de la libre appréciation de chacun et suppose des bases théoriques de référence. Cependant, cette évolution se doit d'être contrôlée, réalisée en accord avec les différentes parties : patients, famille, créateurs de technologies, équipe pluridisciplinaire de santé. Elle doit répondre à des besoins exprimés et à une législation en vigueur. Le raisonnement éthique est essentiel et permet de prendre ce recul nécessaire pour mieux *prendre soin* des autres.

Une nouvelle ère arrive avec les nanotechnologies, les technologies miniatures et les microcircuits capables de réaliser des prouesses technologiques encore jamais vues. Cela rejoint le reportage que j'ai pu visionner début Novembre 2006 qui présentait alors des robots s'occupant de personnes âgées.

Est-ce-qu'un jour les infirmiers seront remplacés par des robots ?

Bibliographie

Littérature :

- Paul Benkimoun, « L'impact de l'innovation en médecine », *Revue Sève*, 2004, p. 15-26.
- Loïc Benoist, « Prendre soin », *Revue Gestalt - Implications sociales*, n° 26, 2004, p. 23-25.
- Michel Cremadez, «Vers une organisation hospitalière plus intégrée », actes des Journées GERHNU, 2002.
- Marie Françoise Collière, *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Ed. InterEditions, 1982.
- Jean Louis Fouchard, « Le soin entre acte et parole », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 310/311, Mars - Avril 2002, p. 193-200.
- Maud Gancel, « Approche d'une démarche qualité en soins palliatifs à l'usage des services de soins », *Revue Infokara*, n° 42, 2004, p. 73-77.
- Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Ed. Masson, 1997, 184 pages.
- Walter Hesbeen, *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, Ed. Masson, 1998, 208 pages.
- Jean Pierre Lehmann, « Ce que prendre soin peut signifier », *Revue Le Coq-Héron*, n° 1, 2005, p. 50-54.
- Didier Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Revue Médecine et Hygiène*, Juillet 2004.
- Didier Sicard, *La personne malade*, 2001. Espace Ethique de l'AP-HP.
- Walter Stucki, « Influence de la technique sur la société », NCI Education, Décembre 1999 (mis à jour en août 2006).

Textes législatifs :

- Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Décret n° 2004-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

Sites Internet :

- *Soin infirmier*, article de Wikipédia l'encyclopédie libre, consulté le 01/07/2007, http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier
- *William Winnicott - Environnement et transitionnalité*, article de philautarchie.net, consulté le 24/06/2007, <http://philautarchie.net/viewtopic.php?p=4611#/4611>
- *Démarche Qualité - Qualité des Soins*, article de infirmier-general.com, consulté le 26/05/2007, <http://www.infirmier-general.com/qualite.html>
- *Technologue*, article de Wikipédia l'encyclopédie libre, consulté le 14/07/2007, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Technologue>

Annexes

Annexe I	24
<i>Guide d'entretien</i>	
Annexe II	26
<i>Entretien n° 1</i>	
Annexe III	36
<i>Entretien n° 2</i>	
Annexe IV	42
<i>Tableau 1 - Le profil des patients hospitalisés en réanimation</i>	
Annexe V	43
<i>Tableaux 2a, 2b, 2c - Prendre soin en réanimation</i>	
Annexe VI	46
<i>Tableaux 3a, 3b, 3c - Les technologies en réanimation</i>	

Annexe I - Guide d'entretien

Objectif général :

Recueillir des informations pour essayer de comprendre en quoi l'évolution des technologies peut influencer la qualité du prendre soin des patients hospitalisés en unités de soins intensifs ou de réanimation.

Objectifs intermédiaires :

- Caractériser le profil physiopathologique du patient hospitalisé en unités de soins intensifs ou de réanimation.
- Définir le prendre soin d'un patient hospitalisé en unités de soins intensifs ou de réanimation.
- Définir la qualité du prendre soin en unités de soins intensifs ou de réanimation.
- Enoncer les technologies et appareillages utilisés pour un patient hospitalisé en unités de soins intensifs ou de réanimation.
- Décrire les évolutions technologiques au cours des vingt dernières années.
- Décrire l'intégration des technologies dans le prendre soin des patients accueillis en unités de soins intensifs ou de réanimation.
- Obtenir la vision d'infirmiers(ères) sur l'évolution du rôle infirmier dans les prochaines années en lien avec l'évolution des technologies.

Public ciblé :

Des infirmiers ou des infirmières diplômés exerçant dans un service de réanimation ou de soins intensifs soit récemment soit depuis quelques années.

Questions :

1. Vous êtes infirmier(ère) en unité de soins intensifs ou de réanimation. Depuis quand exercez-vous dans ce service ? Quel a été votre parcours professionnel ?
2. Comment caractériseriez-vous le profil physiopathologique des patients accueillis dans votre service ?
3. En quoi consiste votre rôle dans le prendre soin de ces patients ?
4. Comment définissez-vous un prendre soin de qualité auprès de ces patients ?
5. En ce qui concerne les technologies et les appareillages, comment les intégrez-vous à votre pratique ?
6. Quels bénéfices et inconvénients trouvez-vous à les utiliser ?
7. Pensez-vous qu'elles influencent votre pratique auprès des patients ?
8. Durant ces vingt dernières années, l'évolution des technologies a accompagné notre quotidien. Comment avez-vous vécu cette évolution et quel a été le ressenti des patients ?
9. Enfin, comment voyez vous l'avenir de l'infirmier en unité de soins intensifs ou de réanimation en lien avec l'évolution des technologies ?
10. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Annexe II - Entretien n° 1

Cet entretien exploratoire a été réalisé en Janvier 2007 en unité de Réanimation au CHU de Rennes. La personne interrogée est un infirmier diplômé d'état, exerçant dans ce service depuis plus de 20 ans.

Les données nominatives ont été effacées ou remplacées afin de garantir la confidentialité des informations.

L'écoute de l'entretien peut se faire par le CD fourni à la plage n° 01 et à la plage n° 02.

Bonjour, je me présente, Luc BAUDELLOT, étudiant infirmier en troisième année. Je vous ai contacté par rapport à mon mémoire de fin d'études qui porte sur l'évolution des technologies et la pratique des soins infirmiers.

En réanimation ?

Voilà. Donc, vous êtes infirmier en réanimation. Depuis combien de temps ?

Depuis 1984, une vingtaine d'années.

D'accord. Quel a été votre parcours professionnel à peu près ?

J'ai passé mon DE en 1981 et j'ai fait trois ans de cardio.

D'accord.

Et puis, je suis arrivé ici, en réanimation. Au départ, j'envisageais de faire anesthésie et puis le temps a passé et j'ai fait autre chose. Donc voilà, c'est pour ça que je me trouve ici, en réanimation quelques années plus tard.

Dans votre unité de soins intensifs, enfin de réanimation, comment caractériseriez-vous le profil physiopathologique de vos patients ?

C'est très... C'est une chirurgie générale que l'on fait ici. On voit toutes les pathologies. Cela commence par la neurologie, en haut (il désigne la tête), neurochirurgie jusqu'en bas (il montre les membres inférieurs). Donc on a toute l'orthopédie, toute la chirurgie thoracique, digestive, la chirurgie urinaire... la chirurgie du bassin si ce sont des fractures du bassin... toutes les pathologies quasiment, il n'y a quasiment aucune exception. On a même des adultes, des enfants. On a donc quasiment aucune pathologie qui nous échappe, à partir du moment où cela relève de la chirurgie.

D'accord.

Et cela nous arrive aussi d'avoir en plus, pour des raisons d'organisation, des patients de réanimation médicale qui eux relèvent de la médecine... des TS médicamenteuses, mais c'est exceptionnel. Autrement, c'est toute la chirurgie. Toutes les pathologies qui relèvent de la chirurgie, on les a ici. De plus en plus... avant la cardio était un petit peu à part mais de plus en plus, on a des patients de cardio qui arrivent ici, car il n'y a plus de place, ou ils sont infectés. Donc maintenant, on a aussi la chirurgie cardiaque, vasculaire et pulmonaire alors qu'avant ici c'était plutôt les traumatismes thoraciques. On les recevait dans le cadre de polytraumatisés. Maintenant c'est de la chirurgie thoracique classique que l'on reçoit aussi ici.

D'accord. En quoi consiste votre rôle auprès de ces patients justement ?

C'est un rôle d'infirmière ou d'infirmier de réanimation. C'est pallier aux défaillances vitales, c'est la première chose. Les gens qui arrivent en réanimation, c'est en général une défaillance vitale soit cardiaque, soit pulmonaire. On pallie déjà à ces problèmes là. C'est la première urgence. Ce sont les cas les plus urgents. Ensuite, c'est l'administration des traitements comme l'antibiothérapie, et puis la surveillance des réveils quand il y a anesthésie générale au départ. Pour les sorties de bloc, il y a une surveillance du réveil, de l'anesthésie. Quand ce sont des polytraumatisés qui sont en état de choc hémorragie ou état de choc classique, on les prend en charge.

Cela relève à la fois de la réanimation lourde et puis de la surveillance, et des soins infirmiers classiques. C'est très très vaste. C'est vrai que l'arrivée d'un traumatisé crânien, ce n'est pas du tout la même chose qu'une fracture du bassin. Le polytraumatisé crânien, c'est quelque chose de très très grave. On prend des précautions particulières. Il y a tout un technicage qui se met en place. Cela relève également de la neurochirurgie.

On fait cela ensemble et les soins sont très particuliers, très spécifiques, très différents d'une fracture du bassin où la personne peut très bien se caler toute seule. Par contre, il peut y avoir un gros choc hémorragique dû aux fractures osseuses du bassin. Ce sont donc deux situations très différentes. Donc on pallie. Dans un cas, on travaille très rapidement en urgence mais en présence d'un «cerveau» donc dans le calme, dans le noir. Quand c'est un bassin qui saigne, là c'est carrément le grand jeu, on transfuse massivement, d'ailleurs très très vite. On ne fait pas attention au bruit et tout ça. On y va très très fort. Ce sont donc deux situations très très différentes.

Le greffé rénal que l'on a eu hier, c'est autre chose. C'est la surveillance de la diurèse. On veille à ce que le greffon fonctionne bien, donc c'est une surveillance horaire. On contrôle la respiration, la tension, la diurèse, la température, l'HGT, la glycémie. Tous les paramètres sont surveillés de toute façon pendant quasiment 24 heures. C'est une surveillance très fine. Là, il n'y a pas d'urgence, cela se passe très bien. C'est du post-opératoire classique mais c'est une surveillance très rapprochée, très fine. C'est vrai que c'est beaucoup axé sur la fonction rénale. C'est très différent. C'est très difficile de généraliser. Selon des cas particuliers, chaque pathologie présente des choses différentes. C'est plus ou moins rapide, plus ou moins grave. La fonction vitale est souvent en jeu, quand ce sont des gros traumatismes thoraciques avec une atteinte du cœur. C'est très... C'est quelque chose de très très grave bien sûr. Ça n'a rien à voir avec une fracture d'une jambe qui saigne. Ce sont des choses différentes.

C'est vrai que c'est difficile de généraliser. Il faut s'adapter au patient. C'est à la fois très technique, il faut aller vite, et puis en même temps, il y a tout le côté impact psychologique qui est très difficile à gérer autant par rapport au patient que par rapport à sa famille car il ne faut pas oublier que la famille va arriver rapidement, peu de temps après le patient. Il faut gérer ça aussi. Il ya les deux aspects : aspect technique, médical, physique et l'aspect psychologique à gérer aussi. Il faut gérer tout ça en même temps.

Et justement par rapport à ces soins, comment définiriez-vous un *prendre soin de qualité* auprès de ces patients ?

C'est très très difficile. Au mieux, on traite l'urgence. C'est la première chose, dans les meilleures conditions possibles. Il faut savoir que ce n'est pas toujours facile à faire. Donc première chose, traiter l'urgence. Ensuite après, prendre son temps pour installer, mettre en route les traitements, à la fois l'aspect technique, l'aspect médicamenteux. On met tout ça en route avec le médecin, sous prescription médicale. Cela se met en route dans les heures qui suivent. Donc cela dépend, c'est plus ou moins rapide selon la situation. Donc là, on essaie de faire au mieux même si c'est en urgence. Ce n'est pas

pour cela que l'on doit négliger l'asepsie et essayer de ne pas faire au mieux chaque soin. Là, c'est en fonction de la situation. Il faut imaginer que plus c'est urgent, moins c'est faire au mieux. Si ça se passe dans le calme, si c'est une pathologie classique, si c'est un post opératoire qui arrive comme ça programmé, là on a plus de temps pour faire les soins, de mettre en route les traitements, de surveiller le réveil du patient. Il y a moins de risques de faire des fautes que ce soit une erreur médicamenteuse, une faute d'asepsie. Le contact avec le patient, avec la famille. Toutes ces petites choses là, ça se rajoute les unes après les autres.

En ce qui concerne les technologies et les appareillages, comment les intégrez vous à votre pratique ?

Ce qu'il faut dire déjà, c'est que cela a beaucoup progressé ces dernières années. Depuis 10 ans, cela a beaucoup changé. Avant, on était très diversifié. Pour chaque fonction, il y avait un appareil quasiment. Maintenant, tout est concentré sur un scope. Ca c'est un gros progrès. L'appareil fait beaucoup de choses, il prend l'initiative de... il prend les choses de manière automatique. C'est quelque chose que l'on ne fait plus. On n'a plus besoin de le faire. Le scope mémorise les paramètres. Ce sont des choses qui ont beaucoup progressé et qui nous aident beaucoup. On gagne du temps, on gagne en fiabilité. C'est le scope qui prend une tension à telle heure, on sait qu'il l'a pris. Le patient avait telle tension à telle heure, donc c'est assez fiable. On peut faire confiance. Ca, c'est un gros progrès.

On a beaucoup gagné en espace déjà puis en fiabilité surtout. Nous, ça nous a beaucoup soulagé la charge de travail. On est plus rapide, on est *a priori* plus tourné vers le patient et la famille. Ca, c'est un gain de temps.

Maintenant, en contrepartie, cela va tellement vite qu'il y a une rotation de patients qui a compensé ça ; malheureusement dans le mauvais sens. Cela veut dire que maintenant, on a une rotation de patients : les gens rentrent, dès qu'ils vont bien, hop ! Ils sortent et on en prend un autre à la suite. Je sais pas si on a gagné du temps. Mais sur 24 heures, le travail est aussi chargé qu'avant. Ce qui est paradoxal parce qu'il y a beaucoup de tâches qui ont été simplifiées et prises en charge par la technique. Normalement, on devrait avoir plus de temps... mais non ! Pas du tout, parce que c'est remplacé par une charge de travail, un rythme de travail qui est plus élevé. Sur ce point, on ne peut pas dire que cela a progressé. Avec le recul — j'ai quelques années d'expérience — je pense même que ça s'est dégradé au niveau de la charge de travail. Le matériel ne suit pas. Le personnel ne suit pas et il y a un tel rythme que... ouff ! On a du mal à suivre. En plus, la fatigue se rajoute à ça. C'est difficile.

Donc, en terme de bénéfiques et d'avantages ?

Oui, donc on peut dire que dans l'ensemble on a gagné. C'est sûr. La technique, la technologie a fait gagner beaucoup de choses. On sent que ça minimise... Que ça a miniaturisé... Ca c'est une bonne chose et il y a moins de matériel dans la chambre. C'est plus concentré, c'est ça le progrès.

Et puis, même au niveau surveillances, on gagne du temps. Le scope surveille plus de paramètres sans qu'on le demande, nous on a juste à recopier, donc c'est un gagne-temps alors qu'avant on prenait la tension avec le sthétô. C'est un gagne-temps, ça c'est sûr.

Je vois que les médecins sont contents aussi, car plus on va vite, plus on peut faire d'entrées. C'est le principe des vases communicants.

Je dirais que c'est 50/50, c'est à la fois bien et pas bien car plus on va vite moins on fait les choses correctement. Il faut bien s'imaginer les choses. Là, actuellement, on est en plein dedans. C'est vraiment d'actualité. Actuellement, il y a des gros problèmes d'infections avec les germes qui se balladent dans les secteurs et on imagine bien que si le patient part, on puisse faire le ménage à toute vitesse. On prend le patient suivant. Il ne faut pas que le ménage soit mal fait. On le sait très bien, on est conscient de ça, et puis tout est fait à la va-vite. Donc, les germes ne demandent qu'à s'installer. Ca, c'est le revers de la médaille. C'est pour cela que je vous dis que c'est 50/50.

Et pensez-vous que les technologies, elles influencent sur votre pratique auprès du patient ?

Non, je ne crois pas. Le contact humain est le même. Ca n'a pas changé du tout. La technique nous a permis d'aller plus vite, de faire des choses de façon plus simple. Il y a moins de tuyauterie. Il y a moins de portes d'entrée. C'est plus technique qu'avant. C'est vrai que sur ce plan là, on a gagné... en nombre de matériel, en qualité, déjà. Et puis par rapport à l'abord du patient, ça s'est simplifié. Pour résumer, ça c'est un point positif.

Par contre l'aspect humain ne change pas. Ca n'a rien changé. Un patient qui souffre, c'est toujours un patient qui souffre. Un patient qui a peur de la mort, c'est toujours pareil. Ca n'a pas changé. Une famille qui rentre dans une chambre, elle est aussi impressionnée par le petit scope que le grand scope. Elle ne fait pas la différence. L'impact psychologique pour une famille, c'est le même. Ca ne change rien du tout. Au contraire, maintenant il y a beaucoup d'alarmes. Ca clignote de tous les côtés. Ca

fait autant peur aux familles qu'avant. Ca n'a pas changé.

Et pour nous, l'aspect humain n'a pas changé non plus. Un patient qui est heureux, qui ne souffre pas est différent d'une personne qui a mal, qui souffre, qui est angoissé par la mort. On ressent de la même façon. On a beau avoir du très bon matériel, ça ne changera pas. On ne peut pas y échapper. Pareil, les paroles... bah... il faut trouver ce que l'on va dire. Il faut savoir calmer, savoir calmer la douleur, les rassurer, faire intervenir la famille quand on le peut. Des choses comme ça... Faire venir les médecins psychiatres, soit les psychologues... tout l'aspect humain... ça n'a pas changé. Et je pense même que dans 30 ans, ce sera pareil. Il y aura toujours... on ne peut pas pallier... L'étape humaine est toujours là. Tant mieux dans un sens, vous allez me dire.

C'est vrai que quand on va en réa, on voit toujours l'aspect technique. On ne voit pas tout le côté humain, alors qu'au contraire, c'est même hyper pointu. C'est un domaine qui est très aigu. Quelqu'un qui est accidenté de la route qui arrive, il faut bien imaginer que le patient qui arrive, il souffre, il risque de mourir. La famille qui arrive derrière, pareil, ils angoissent. Et puis après le travail ou après être revenu de week-end : « votre fils a eu un accident ». Là, il y a un choc psychologique. Il faut les gérer aussi. Il faut les laisser rentrer dans la chambre. Il faut leur expliquer tout ce qui va se passer de façon immédiate, ce qui va se passer dans les semaines à venir. Tout ça, il faut l'expliquer. D'ailleurs, cela se passe ici, dans la petite pièce, ici. Il y a donc tout le côté psychologique et humain à traiter qui est souvent plus aigu que quelqu'un qui a une maladie de peau. La maladie de peau, ce n'est pas quelque chose de grave alors qu'un gros trauma crânien, qui va sans doute mourir... Là, il faut prévoir les choses... entre autre, l'aspect du donneur d'organes, du don d'organes. Là, c'est très dur à gérer. Vous imaginez bien que le patient va décéder et en plus on demande aux familles : « est ce que vous voulez bien qu'on prenne les organes ? »... oufff ! Il faut gérer tout ça. A la limite, c'est presque les trois quarts du travail et le quart qui reste c'est l'aspect technique.

C'est très bien de montrer que l'aspect humain est primordial. Je pense que le côté urgence, le côté très aigu, du fait que le pronostic vital est en jeu, rien que cela, accentue les problèmes.

Et donc durant ces vingt dernières années, l'évolution des technologies a accompagné votre quotidien, comment avez-vous vécu cette évolution ? Quel a été le ressenti des patients ?

Je ne sais pas s'ils s'en rendent compte, car les patients de maintenant ne sont pas ceux

d'il y a vingt ans. Ils ne font pas la différence, au contraire. Les patients sont toujours demandeurs, ils veulent toujours plus. Ce qu'ils veulent surtout, c'est que la chirurgie se passe bien, que les soins de réa ne soient pas trop douloureux. Donc, tout ce que l'on a actuellement en terme technique, c'est pour raccourcir la durée de séjour du patient, et qu'il ne souffre pas. Tout ce matériel là évolue dans ce sens là. Les patients de maintenant ne se rendent pas compte que les patients d'il y a vingt ans souffraient beaucoup plus et restaient au minimum trois semaines, alors que maintenant, beaucoup restent trois ou quatre jours, une semaine ou dix jours maximum. Alors qu'avant ils restaient trois semaines, un mois avec des tuyaux qui étaient beaucoup plus douloureux, beaucoup plus rigides. Les patients d'avant diraient que c'est bien que cela ait évolué, et, les patients de maintenant pensent que ce n'est pas encore assez. Et dans quinze ans, le matériel aura encore évolué. D'ailleurs, on en parle de plus en plus des examens par voie extérieure. Je pense que les gens souhaitent ça maintenant, le patient ne veut pas se faire opérer surtout si on peut l'éviter. Ils savent très bien qu'il peut y avoir des infections, qu'il peut y avoir des cicatrices moches. Donc, oui, supprimer tout ça.

Les patients de maintenant sont aussi exigeants que ceux d'il y a vingt ans mais pas pour les mêmes raisons. Maintenant, ils préféreraient que cela se passe par écho, que la chirurgie se passe par voie extérieure.

Je crois que cela suit l'évolution de la société en fait. Je pense que pour les patients d'il y a vingt ans, c'était pas mal car il y a cinquante ans, la chirurgie était très délabrante, très difficile. Les gens sont venus vingt-cinq ans après, il y avait eu déjà beaucoup de progrès mais ce n'était pas encore assez. On peut comparer cela à une voiture. Maintenant, les voitures sont plus modernes qu'il y a vingt ans, mais dans trente ans les voitures seront encore plus modernes que maintenant. Ce sera toujours mieux dans l'avenir, c'est sûr.

On peut dire que cela progresse bien et que cela aide bien le personnel, entre autre. Ça aide, ça facilite, ça simplifie. On va dire ça comme ça.

En plus, maintenant c'est beaucoup d'électronique, de l'électronique fragile comme les voitures, les ordinateurs, c'est fragile. Ça demande aussi de la maintenance. Ça se passe bien, ça aide quand même. Entre autre, ici, on a des alarmes à distance pour surveiller un patient qui est juste à côté du scope, alors qu'avant, on se déplaçait dans la chambre. Ce sont ces petites choses comme ça qui quand elles se rajoutent les unes aux autres, nous aident. On ne peut pas cracher dessus, ça c'est sûr.

Pour finir sur une petite anecdote, en 2030, comment voyez-vous l'avenir de l'infirmier ? Est-ce que vous le voyez comme un robot, comme un... ?

Ce n'est pas exclu. Je pense que l'aspect technique sera très très avancé. Ce sera beaucoup par voie extérieure en fait. La chirurgie sera déjà beaucoup moins délabrante. Les soins infirmiers seront donc beaucoup plus limités : les pansements, des choses comme ça. Je pense que les traitements seront moins par perfusion, plus par la bouche, par voie cutanée. A mon avis, ce sera moins invasif. Les techniques seront moins invasives. Ca c'est l'aspect, on va dire, purement infirmier. Au niveau médical, je pense que l'information médicale va circuler beaucoup plus vite à travers les ordinateurs, d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre. Je pense que les médecins n'hésiteront pas à consulter un collègue à Sydney ou à New-York. Ce sera comme ça, je pense.

Oui, à mon avis, ça ira beaucoup plus vite. Ce sera plus simple, plus rapide et les diagnostics seront beaucoup plus rapide aussi. L'avenir sera vers des scanners beaucoup plus performants, des choses comme ça. Ca ira beaucoup plus vite, ça c'est une certitude.

Par contre, il restera toujours le côté humain, et on ne pourra pas y échapper. Un patient qui souffre, qui a mal, qui a peur de la maladie, qui a peur de la mort, faudra l'affronter d'une façon ou d'une autre. Ce ne sera peut être plus une infirmière, ce sera peut être un psychologue, ou je ne sais pas quoi... un rééducateur ? Il ne fera que cela, c'est possible. Ca va changer un petit peu, mais il y aura toujours l'aspect humain à traiter. On ne peut pas y couper ou alors on sera dans une société complètement — pas robotisée — mais inhumaine. Oui, ce sera plus rapide au niveau technique, mais il y aura toujours l'aspect humain à traiter. Un accident de la route, ce sera toujours un accident de la route quelque soit la voiture. Même si c'est une voiture très moderne qui roule à cinquante centimètres du sol sur coussin d'air, un accident de voiture sera toujours un accident de voiture. Il y aura toujours des blessés et on devra les prendre en charge.

Par contre, il y aura peut-être moins de soins infirmiers, moins de pansements à faire, moins de perfusions. Et je pense que les gens seront plus rapidement chez eux. Il y aura peut être moins de gens dans les hôpitaux. Cela deviendra ambulatoire, c'est tellement devenu cher une hospitalisation que les gens seront peut être pris en charge à l'hôpital au début, mais très rapidement ils rentreront chez eux. A mon avis, ce sera simplifié. La technique le permettra certainement : prescrire des soins à domicile par voie informatique. Les bilans se feront comme ça en mettant peut être une pastille sur le machin et hop ! cela s'affichera sur l'écran. On pourra rester chez nous. C'est plutôt

dans ce sens là que ça va évoluer je pense, en rapidité, en fiabilité aussi certainement. Tout cela pour éviter les allers et venues, ce sera surtout un argument économique, pour éviter les voyages en ambulances. Ce sera un gain de temps certainement. Mais je reste persuadé que l'aspect humain on ne peut pas y échapper. Peut être que dans quelques années, les infirmiers seront plus psychologues, moins techniques, moins techniciens. Peut être, je ne sais pas trop.

Ca se trouve, ce sera complètement l'inverse. Pour des raisons économiques, on va peut être régresser. En plus, en ce moment, on a de moins en moins de matériel, on a plus beaucoup d'argent dans les caisses. On revient à faire des soins qu'on ne faisait plus il y a quelques années. Si ça continue comme ça, on va se retrouver comme en Afrique (éclat de rire). On va peut être régresser, j'espère que non mais pourquoi pas... Tout est possible.

Et sinon, avez-vous des choses à rajouter ?

Bah, pour vous, vous allez peut-être avoir un peu de mal à traiter le sujet parce que c'est très vaste...

C'est normal... attendez, je vais arrêter l'entretien.

J'explique alors légèrement le sujet de mon travail de fin d'études. L'infirmier souhaite alors ajouter quelques informations. Je redémarre l'enregistrement quelques minutes afin de recueillir ces informations concernant des professionnels infirmiers débutant en réanimation.

C'est une jeune infirmière qui arrive. Au départ, elle ne pense qu'à l'aspect technique car elle a tellement peur de rater quelque chose qu'elle ne pense qu'à cela. Elle n'en fait pas exprès. Je pense que c'est comme ça. Et au fil du temps, avec les années, on arrive à faire la part des choses. On oublie un petit peu l'aspect technique et on s'en rend pas compte. C'est presque inconscient. On va tout doucement vers le patient et quelque soit la situation, que ce soit une urgence ou pas, ou un problème psychologique ou un état de crise à gérer avec une famille ou n'importe quoi, l'aspect technique passe un petit peu à côté. On va vers le patient, on le regarde d'abord. On s'aperçoit qu'au début, on regarde d'abord la perfusion puis le patient après. Et au bout de quelques années, trois à quatre ans, on regarde d'abord le patient et on voit l'aspect technique,

le respirateur, la perf si ça marche. On voit d'abord le patient. Comment il est ? S'il est pâlot, s'il est livide, s'il est pas bien, s'il est angoissé. Ca se fait automatiquement. Au début, on y arrive pas, on aimerait bien parce qu'on est infirmier, infirmière, mais on ne peut pas tellement on est pris par le temps. On est stressé et on privilégie l'aspect technique pour être sûr que le traitement, le médicament va bien dans le patient et tout ça. C'est toujours comme ça. Donc c'est vrai, on est dans le sujet. L'aspect technique prédomine au début puis petit à petit avec l'expérience on arrive à faire la part des choses. On sait ce qui est urgent, pas urgent, ce qu'il faut faire en premier et c'est vrai que petit à petit, il faut regarder d'abord le patient qui est dans le lit avant d'aller voir la technique. L'aspect technique peut attendre, on peut le remplacer, on peut pallier. C'est vrai qu'un patient qui n'est pas bien, on voit qu'il est en sueur. Quelqu'un qui est en sueur va nous dire beaucoup plus de choses qu'une perf ou un groupe sanguin. Et ça se fait avec l'expérience, avec le temps. Les gens sont plus ou moins à l'aise en réa et c'est vrai qu'au début l'aspect technique prédomine. On ne peut pas faire autrement. On a tellement peur d'avoir raté quelque chose. On a tellement de choses à penser, tellement de paramètres à surveiller : la fonction respiratoire, la fonction cardiaque, la fonction urinaire, le côté traitement antibiothérapie, le côté perfusion... Il y a tellement de choses à mémoriser que voilà j'ai du oublié quelque chose. Et on ne pense qu'à ça. Il y a tellement de robinets, est ce que j'ai pas oublié un robinet ? Il y a des patients qui sont sous drogues, des drogues vitales donc il ne faut pas que le patient s'effondre. On ne pense qu'à ça, au début on est obsédé que par ça. Ca prouve que l'aspect technique est important. Et puis, petit à petit, au fil du temps cela s'arrange. On est plus serein et on va directement à l'essentiel. Mais c'est vrai que l'aspect technique est très très important.

Pour finir quelle que soit l'époque, que ce soit il y a vingt ans, quinze ans, c'est encore maintenant pareil. Moi j'ai aussi réussi à oublier un petit peu l'aspect technique et j'essaie d'aller à l'essentiel. L'aspect technique est toujours présent. Il faut en tenir compte et c'est un paramètre mais il ne faut pas que ce soit lui qui domine. C'est un des éléments parmi d'autres. Il faut faire la part des choses.

Et bien, merci bien.

De rien.

Annexe III - Entretien n° 2

Cet entretien exploratoire a été réalisé en Janvier 2007 en unité de Réanimation au CHU de Rennes. La personne interrogée est un infirmier diplômé d'état, exerçant dans ce service depuis environ 3 ans.

Les données nominatives ont été effacées ou remplacées afin de garantir la confidentialité des informations.

*L'écoute de l'entretien peut se faire par le CD fourni à la page n° 03.
L'entretien a été raccourci car l'infirmier a été appelé pour une urgence.*

Bonjour, je me présente. Je suis Luc BAUDELLOT, étudiant infirmier en troisième année au CHU de Rennes. Je venais vous rencontrer pour mon travail de fin d'études qui porte sur l'évolution des technologies et la pratique des soins infirmiers. Vous êtes infirmier en réanimation depuis combien de temps ?

Deux ans et demi en réa et puis deux ans auparavant sur le CHU et six mois avant dans une petite unité de convalescence.

On va rentrer directement dans le vif du sujet. Quel est le profil physiopathologique des patients que vous accueillez ici en réanimation ?

C'est extrêmement variable et c'est surtout extrêmement évolutif. C'est de la chirurgie essentiellement.

Il y a de la chirurgie à risque, donc des patients qui sont quand même très bien, du post opératoire classique qui pourrait se faire dans un autre service mais qui risque de saigner ou quelque chose comme ça, juste en surveillance pour quelques jours. Ce sont des gens assez tranquilles. Il y a des post opératoires qui se passent mal avec des décompensations globales sur des terrains fragilisés et il y a des opérations qui partent un peu en vrille — on va dire ça comme ça — avec des fistules mal tolérées, des choses qui font que normalement le pronostic vital est en jeu. Le patient risque, frôle le décès

donc il reste plus longtemps. Et puis, il y a des patients qui viennent pas pour décéder mais qui ne sont pas loin de décéder. Certains, aussi, sont là pour le don d'organes. Ce qu'on appelle les PMO pour des gens qui sont en mort encéphalique ou susceptibles de l'être bientôt ou des choses comme ça. Donc, c'est assez varié, sachant que par rapport aux autres réa, on a quand même beaucoup de chirurgical avec appareillages ou choses comme ça. On retrouve à peu près les mêmes choses comme antécédents, ou cardio, ou pneumo, qui font que cela se complique. On reste intubé plus longtemps...

En quoi consiste votre rôle auprès de ces patients ?

Bah, tous les rôles... Alors... autant le prescrit que le...

Si on commence par le prescrit... déjà respect à la lettre de tout ce qui est fait et puis organisation mécanique, un truc qui ne laisse pas de place au hasard. Vérifier que tout soit carré, que l'on a fait le tour de tout ce qui est dit, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté ou de choses comme ça. Il y a aussi une aide au médecin puisqu'il y a des choses que l'on observe. On est quand même plus proche dans le contact, dans la proximité immédiate. On soulève plus facilement les draps, on touche. Ils ont — je pense — quand même besoin de nous, d'un autre regard pour les alerter des petites choses, ou des grandes. Quand il se passe quelque chose, ils sont moins souvent au chevet du patient, pour un épisode aigu, c'est à nous de les alerter, de les appeler en urgence, de ne pas crier forcément... C'est un peu l'image de la réa que l'on va donner, mais le quotidien ce n'est pas ça. C'est rare quand tout est bien huilé. On prévoit un peu tout ça.

Le rôle propre, il y a plein de petites choses. Le relationnel, je trouve qu'il est fondamental en réa parce que les gens ne savent pas trop où ils sont, pas trop comment ça se passe, qu'est ce que c'est que ça, qu'est ce qu'ils leur arrivent et puis souvent ils sentent bien en eux-mêmes qu'il se passe des choses profondes, existentielles. Donc, peut être les mots... il y en a... d'ailleurs, la communication, ce n'est pas que les mots, mais peut être que l'on a peu d'échanges mais chaque mot à une portée, une teneur, les mots, la façon de regarder, c'est riche quoi. C'est fort donc le relationnel. Il est fondamental ici en réa.

Quelqu'un qui est intubé, qui ne sait pas trop ce qu'on lui a fait et qui ne sait pas trop s'il va s'en sortir, il se passe des choses, y compris avec la famille. Là, c'est pareil, il y a de tout. Il y a des gens qui prennent ça avec une distance, une froideur apparente ou même réelle et puis il y a des gens qui s'effondrent avec des crises d'hystérie, en pleurs. Ça arrive aussi. C'est tout à fait compréhensible. On a d'ailleurs des personnes âgées qui sont opérées à 90 ans, ce qu'on ne faisait pas avant et qui s'en sortent. Des personnes

âgées, des jeunes, des enfants... peu d'enfants, mais ça arrive. Ça vient à petit bruit comme ça, de façon chronique avec un épisode aigu pour lequel on a du mal à s'en sortir, un épisode aigu qui perdure, ou un épisode totalement aigu comme un accident de la route chez un jeune. Les parents qui arrivent à peine... C'est très très variable. C'est vrai qu'ici on retrouve toutes les spécialités, parce qu'il y a de la réa cardio. Des fois, ils nous envoient des patients infectés avec des médiastinites qui restent intubés longtemps. Réa med, on a aussi des patients qui sont tangents entre les deux, qui pourraient être en réa med mais globalement les soins se retrouvent. L'organisation est différente mais physiologiquement on retrouve les mêmes processus en jeu.

Justement par rapport aux soins que vous venez de dire, comment définiriez-vous un prendre soin de qualité auprès de ces patients ?

Prendre soin de qualité ?

Oui.

C'est un terme assez générique. Qu'est ce qu'on sous-entend par là ? On pense tous à peu près la même chose. On se dira pas tous la même chose mais mon collègue sera d'accord avec moi, je serais d'accord avec lui.

La qualité... il y a le référentiel de qualité et le guide de l'hygiène et tout ça. Question de qualité... bah, c'est respecter tout ça sachant qu'en réa on va être obligé de... enfin comme ailleurs d'ailleurs... obligé de gérer les priorités, c'est à dire que des fois on a pas le temps de tout faire, pas correctement parce que l'on ne peut pas le faire, mais il y a des soins que l'on va décaler, des choses que l'on va réorganiser parce que la situation le veut. Ces qualités, c'est... je trouve pas le mot... mais il y a des choses qu'on ne pourra jamais passer outre et des trucs que l'on ne pourra faire, que ce n'est pas parce qu'il y a de l'urgence... Enfin... il y a une base qui sera toujours respectée.

Soins de qualité... ça ramène aussi à tout ce qui est éthique, tout ce qui est responsabilité propre et rôle propre et ainsi de suite mais ça ramène pas mal à la personne. Il faut aussi que l'on aie une éthique, une vision, une pensée telle qu'on voit le soi, telle qui nous est propre. Lorsqu'on travaille en binôme — je pars à gauche à droite — on travaille pas mal en binôme ici. On s'aide donc chacun apporte une chose différente, une vision différente. Sachant que certains vont être plus axés sur l'état cutané, d'autres sur l'explication de... On apporte tous un petit quelque chose de différent et ça vient de nous finalement. C'est là qu'on se rend compte qu'il faut une éthique et qu'il faut savoir que... je pense pour travailler là, il faut se sentir à l'aise. Il faut se sentir bien

comme pour travailler ailleurs. Je sais pas moi, je ne pourrais peut-être pas travailler avec des enfants. Il faut y trouver quelque chose de toute façon.

Donc, pour la qualité... il faut suivre ce qu'il faut faire, il faut comprendre ce qu'on fait, il faut savoir en référer, dépasser son rang, bien transmettre tout ce qui est important, savoir tout ce qui est un peu le tri de... Et puis dans le temps, tout sera en gros transmis mais à quel moment il faut appeler, à quel moment il faut savoir attendre, à quel moment on pourrait laisser de côté et puis il faut se sentir à l'aise ou changer.

Donc, la qualité cela rimerait avec être à l'aise, avec des capacités organisationnelles ?

Oui. La technique, je crois qu'il n'y a pas de grosse différence avec le temps. Pratiquement tout le monde est à même de poser une perf ou autre. Là, si on n'y arrive pas, on est tous... les chambres sont quand même contiguës, les médecins sont là et si on n'arrive pas et bien on passe au collègue et cela se fait. Donc, la technique ça s'apprend, la qualité ce serait l'hygiène des choses, comme ça et puis le petit plus, l'expérience, les pathologies, qu'est ce qui risque de se passer, comment ça se passe et l'expérience, et reconnaître un truc qui pour l'avoir vu... c'est sentir un peu des fois que là ça risque de... et de transmettre au plus tôt.

Donc, sentir qu'il faut appeler plus ou moins vite un médecin pour gagner un peu de temps. Et puis se sentir à l'aise, car l'on peut être aidant que si on... pas si on est paniqué.. pas si on ne sait pas quoi faire... Pour soigner quelqu'un, il faut être soit même assez assuré.

En ce qui concerne les technologies, les appareillages que vous utilisez auprès des patients, comment les intégrez-vous à votre pratique ?

Je ne sais pas si vous savez comment cela se passe dans une chambre... scopée.. tout ça.

Oui. C'est plus justement par rapport à ce genre de matériel, comment les intégrez-vous à la pratique ?

C'est une aide donc c'est quand même vachement bien. Déjà, il faut savoir que la technique ce n'est pas tout. Loin de là. Pour encadrer les élèves qui arrivent, la première chose c'est regarder la tête du bonhomme, comment il nous regarde, à quoi il ressemble et si... il y a des tas de petites choses qui font... on le sent, on le perçoit... mais l'essentiel c'est de voir comment il réagit, ensuite les courbes, les chiffres et tout ça mais l'essentiel se voit quand même. C'est une aide, et c'est même plus qu'une

aide car il y a des choses qu'on ne peut pas percevoir comme ça rien qu'à la vue ou en touchant.

L'alarme nous aide beaucoup parce qu'on ne peut pas être en permanence au chevet. Elles nous appellent. La plupart sont fausses. Ce sont des erreurs de capteurs, des choses comme ça. Mais quand il se passe quelque chose, en général, on ne passe pas à côté. En général ? ... quasi toujours ! Il y a une alarme qui sonne, on va voir quand même sachant que 99 fois sur 100, on sait pourquoi ça sonne : c'est une électrode débranchée. Mais c'est sûr que quand il se passe quelque chose. Quand il y a une asystolie par exemple, tout le monde y va et on n'est pas forcément dans la chambre. Il n'y aurait pas ça, on serait bien embêté. Oui, on se repose pas dessus mais on sait qu'elles sont là. On en a besoin de la technique.

Quels bénéfices et aussi inconvénients trouvez-vous à les utiliser ?

L'inconvénient, c'est de se reposer que dessus. Et puis, faire une confiance aux chiffres absolue sans sentir la personne, sans... et puis d'être tout dans le mécanique et pas dans l'humain, de se dire que la réa c'est de la technique, c'est des capteurs, c'est des chiffres et si les chiffres sont bons, ça va... c'est la base du travail.

Il y a une surveillance toutes les heures, une tension toutes les deux heures, ça nous permet de faire notre feuille, de faire notre feuille de surveillance. Mais, si on prend une tension toutes les heures, ça ne veut pas dire que toutes les heures on passe, on relève la tension sur le cathé art. et on note la valeur. Ça veut dire qu'il y a une surveillance accrue de la tension et que l'essentiel n'est pas de noter un chiffre, ça veut dire qu'on regarde de près la tension et on sait qu'elle peut varier, et que cela veut dire quelque chose. C'est pas juste noter un chiffre.

L'avantage c'est que si on devait prendre une tension manuellement toutes les heures, on n'aurait pas le temps de s'occuper du rôle propre à côté, de choses comme ça. Donc, ça nous aide.

Ces technologies est-ce que vous pensez qu'elles influencent votre pratique auprès des patients ? Est-ce qu'elles interfèrent ? Est-ce qu'elles influencent ?

Influencent ma pratique ? Bah, ma pratique tient compte de ça oui. Les prescriptions et la façon de travailler viennent du fait que cela existe. Elles nous aident aussi quand on a des doutes.

Elles influencent plutôt positivement, négativement ?

Dans ma pratique, je ne sais pas trop... Dans ma pratique, ça se passerait autrement. Je prendrais la tension manuellement, ça ne changerait rien sauf que j'aurais moins de temps pour m'occuper des patients, ou alors on aurait peut-être moins de patients. Ce serait un autre travail. Et au niveau médical, ça changerait autrement et là je pense que la technologie de surveillance est automatisée. Au niveau opératoire, ils peuvent prendre en charge des pathologies plus lourdes dans les opérations qu'on ne pouvait peut être pas faire avant, il y a quelques vingtaines d'années ou trentaines d'années. Ça change un peu la médecine. Des gens qui ne sont pas avec des facteurs de risques et qui n'auraient pas été opérés avant, mais maintenant il y a des surveillances plus poussées. Il y a peut être plus de choses poussées ou aiguës.

Au niveau de notre pratique, cela nous demande d'être formés sur les appareils. Comme je vous dis, on est nombreux. Ça s'apprend, tout ce qui est technique ça s'apprend. Et puis quand on ne sait pas, on... c'est pas tellement ce qui pose problème dans la pratique, ça s'apprend sur le tas.

Je ne sais pas trop quoi répondre à ça.

L'entretien est interrompu.

Annexe IV - Tableau 1 - Le profil des patients hospitalisés en réanimation (128 items)

Des pathologies très diversifiées et instables (111)				Des tranches d'âges différentes (9)	Des durées de séjour variables (8)
Chirurgicales (47)	Un pronostic vital instable (46)	Médicales (10)	Un accueil diversifié (9)		
<ul style="list-style-type: none"> - accidenté de la route (6) - la chirurgie (5) - des fractures du bassin (5) - post opératoire (4) - polytraumatisés (2) - la neurochirurgie (2) - traumatisé crânien (2) - la chirurgie thoracique (2) - les traumatismes thoraciques (2) - don d'organes (2) - polytraumatisé crânien - la chirurgie cardiaque - la chirurgie vasculaire - la chirurgie pulmonaire - la chirurgie digestive - la chirurgie urinaire - la chirurgie du bassin - la chirurgie générale - donneur d'organes - les PMO - beaucoup de chirurgical - le greffé rénal - la fonction rénale - la réa cardio - des blessés 	<ul style="list-style-type: none"> - urgence (9) - épisode aigu (4) - intubé (3) - domaine très aigu (3) - pronostic vital en jeu (2) - très grave (2) - il risque de mourrir (2) - état de choc hémorragique (2) - fonction vitale en jeu - une défaillance vitale - extrêmement variable - extrêmement évolutif - très variable - plus ou moins grave - état de choc - cas les plus urgents - risque de décès - qui ne sont pas loin de décéder - susceptible d'être en mort - mort encéphalique - état de crise - quand il y a une asystolie - réanimation lourde - des décompensations globales 	<ul style="list-style-type: none"> - des patients de réa med (3) - ils sont infectés (2) - la médecine - des TS médicamenteuses - des patients de cardio - pathologie classique - la neurologie 	<ul style="list-style-type: none"> - toutes les pathologies (3) - très différentes (3) - toutes les spécialités - assez varié - des gens assez tranquiles 	<ul style="list-style-type: none"> - des personnes âgées (2) - des enfants (2) - des jeunes (2) - des adultes - 90 ans - peu d'enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - longtemps (3) - pendant 24 heures - quelques jours - trois ou quatre jours - une semaine - 10 jours maximum

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items

Annexe V - Tableau 2a - Prendre soin en réanimation - tableau synthétique (136 items)

Plusieurs facettes du rôle infirmier s'expriment (89)			Prendre soin nécessite... (47)			
Un rôle technique	Un rôle relationnel	Un rôle d'aidant	des capacités méthodologiques et d'adaptation	un travail en collaboration	une réflexion personnelle	des processus qualité
39 items	38 items	12 items	22 items	14 items	8 items	3 items

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items

Annexe V - Tableau 2b - Prendre soin en réanimation - partie 1 du tableau

Plusieurs facettes du rôle infirmier s'expriment (89)

Un rôle technique (39)	Un rôle relationnel (38)	Un rôle d'aidant (12)
<ul style="list-style-type: none"> - surveiller le réveil du patient (3) - antibiothérapie (2) - le prescrit (2) - mettre en route les traitements (2) - aspect technique (2) - une surveillance très fine (2) - la réanimation lourde - un technicage se met en place - pallier aux défaillances - tous les paramètres sont surveillés - une surveillance rapprochée - aspect physique - organisation mécanique - c'est très technique - on voit l'aspect technique - on relève la tension sur le cathé art. - surveiller un patient - on regarde la perfusion - surveillance toutes les heures - une tension toutes les 2 heures - une surveillance de la tension - on regarde de près la tension - administration des traitements - surveillance de l'anesthésie - on transfuse massivement - surveillance de la diurèse - sous prescription médicale - une surveillance hoaire - aspect médicamenteux - au niveau des surveillances - paramètres à surveiller - le quart qui reste c'est technique 	<ul style="list-style-type: none"> - aspect humain (4) - les mots (3) - le relationnel (2) - avec la famille (2) - leur expliquer (2) - savoir calmer (2) - le côté impact psychologique - par rapport au patient - par rapport à la famille - on regarde le patient - regarder la tête du bonhomme - aspect psychologique - le contact avec le patient - tourné vers le patient - vers la famille - les paroles - les rassurer - faire intervenir la famille - la façon de regarder - la communication - les échanges - dans la proximité - dans le contact - on va vers le patient - côté humain et psychologique à traiter - les laisser rentrer dans la chambre - d'autres sur l'explication de... - les trois quarts du travail - trouver ce que l'on va dire 	<ul style="list-style-type: none"> - le rôle propre (3) - faire le ménage - certains vont être plus axés sur l'état cutané - hygiène - on veille à... - on touche... - on soulève les draps - on prévoit - on ressent - on observe

Annexe V - Tableau 2c - Prendre soin en réanimation - partie 2 du tableau

Prendre soin nécessite... (47)

des capacités méthodologiques et d'adaptation (22)	un travail en collaboration (14)	une réflexion personnelle (8)	des processus qualité (3)
<ul style="list-style-type: none"> - à gérer (4) - dans l'urgence (3) - dans le calme (2) - il faut aller vite (2) - il faut prévoir les choses - gérer les priorités - des soins que l'on décale - on va réorganiser - dans le noir - en même temps - on travaille très rapidement - des soins infirmiers classiques - des précautions particulières - les soins sont très particuliers - très spécifiques - très différents - en fonction de la situation 	<ul style="list-style-type: none"> - on travaille en binôme (2) - les alerter (2) - avec le médecin - on fait ensemble - faire venir les médecins psychiatres, - soit les psychologues - une aide au médecin - les appeler - chacun apporte une chose différente, une vision différente - on apporte tous un petit quelque chose - on passe à un collègue - encadrer les élèves 	<ul style="list-style-type: none"> - ce qui est éthique - ce qui est responsabilité propre - éthique (2) - une vision, une pensée telle qu'on voit le soin - ça ramène pas mal à la personne - ça vient de nous finalement - on a des choses à penser - on fait la part des choses - 	<ul style="list-style-type: none"> - il y a une base qui est toujours respectée - le référentiel de qualité - le guide de l'hygiène

- 45 -

Evolution des technologies et qualité des soins : Annexes

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items

Annexe VI - Tableau 3a - Les Technologies en réanimation - tableau synthétique - (122 items)

Caractéristiques des évolutions technologiques (58)			Les évolutions pour la pratique soignante (60)			Des ressentis différents selon les patients et leur famille (7)		Une réponse à diverses exigences	
Avant	Maintenant (41)		Des perspectives futures	Un ressenti plutôt positif	Des réserves sur cette évolution	Les jeunes diplômés en difficulté	Une indifférence		Un climat angoissant
	Les technologies font partie du quotidien infirmier	Des erreurs sont possibles							
4 items	38 items	3 items	13 items	37 items	13 items	10 items	4 items	3 items	7 items

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items

Annexe VI - Tableau 3b - Les Technologies en réanimation - partie 1 du tableau

Caractéristiques des évolutions technologiques (58)

Avant (4)	Maintenant (41)		Des perspectives futures (13)
	Les technologies font partie du quotidien infirmier (38)	Des erreurs sont possibles (3)	
<ul style="list-style-type: none"> - on était très diversifié - pour chaque fonction, il y avait un appareil - des tuyaux qui étaient plus douloureux - beaucoup plus rigides 	<ul style="list-style-type: none"> - des chiffres (3) - chambre scopée (2) - la perfusion (2) - une alarme qui sonne (2) - le respirateur - des courbes - c'est des capteurs - la technologie de surveillance est automatisée - tout est concentré sur un scope - l'appareil fait beaucoup de chose - le scope surveille plus de paramètres - beaucoup de tâches ont été simplifiées - ça minimise, ça a miniaturisé - il y a moins de matériel dans la chambre - c'est plus concentré - elles nous appellent - il prend l'initiative de... - il prend les choses de manière automatique - le scope mémorise les paramètres - c'est le scope qui prend une tension - la technique fait beaucoup de choses - il y a peut être plus de surveillances poussées (2) - il y a beaucoup d'alarmes - ça clignote de tous les côtés - il y a moins de tuyauterie, moins de portes d'entrée - c'est beaucoup d'électronique, de l'électronique fragile - on a des alarmes à distance - il y a des robinets 	<ul style="list-style-type: none"> - 99 fois sur 100, c'est une électrode débranchée - des erreurs de capteurs - la plupart des alarmes sont fausses 	<ul style="list-style-type: none"> - ce sera plus rapide au niveau technique - ça ira beaucoup plus vite - ce sera plus simple - plus les rapides - les diagnostics seront plus rapides - vers des scanners beaucoup plus performants - ce sera moins invasif - les techniques seront moins invasives - l'information médicale va circuler beaucoup plus vite - cela s'affichera sur un écran - ça va encore évoluer en rapidité, en fiabilité - les infirmiers seront plus psychologues, moins techniques, moins techniciens - pour des raisons économiques,

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items

Annexe VI - Tableau 3c - Les Technologies en réanimation - partie 2 du tableau

Les évolutions pour la pratique soignante (60)			Des ressentis différents selon les patients et leur famille (7)		Une réponse à diverses exigences (7)
Un ressenti plutôt positif (37)	Des réserves sur cette évolution (13)	Les jeunes diplômés en difficulté (10)	Une indifférence (4)	Un climat angoissant (3)	
<ul style="list-style-type: none"> - ça a beaucoup progressé (3) - c'est un gagne temps (3) - c'est un gros progrès (3) - on gagne du temps (2) - c'est une aide (2) - nous aide beaucoup (2) - on gagne en fiabilité (2) - plus qu'une aide - ça nous aide (3) - c'est quand même bien - on en a besoin - ma pratique tient compte de ça - elle nous aide quand on a des doutes - ça change un peu la médecine - ça a beaucoup changé - on ajuste à recopier - c'est fiable - on peut faire confiance - on a gagné en espace - ça nous a soulagé le travail - dans l'ensemble, on a gagné - les médecins sont contents - cela aide le personnel - ça facilite - ça simplifie - ça aide quand même 	<ul style="list-style-type: none"> - l'inconvénient c'est de se reposer dessus - faire une confiance accrue aux chiffres absolue - le personnel ne suit pas - on a du mal à suivre - le travail est aussi chargé qu'avant - c'est remplacé par une charge de travail - un rythme de travail plus élevé - ça s'est dégradé au niveau de la charge de travail - cela nous demande d'être formés sur les appareils - ça va tellement vite, qu'on a une rotation des patients - le matériel ne suit pas - ca demande aussi de la maintenance - on revient à faire des soins qu'on ne faisait plus il y a quelques années 	<ul style="list-style-type: none"> - elle ne pense qu'à l'aspect technique - on est stressé - on privilégie l'aspect technique pour être sur que le traitement va au patient - au début, l'aspect technique prédomine - les gens sont plus ou moins à l'aise - au début, l'aspect technique prédomine - on ne peut pas faire autrement - l'aspect technique est important - au fil du temps, on est plus serein - il ne faut pas que ce soit l'aspect technique qui domine 	<ul style="list-style-type: none"> - je ne sais pas s'ils s'en rendent compte - ils ne font pas la différence - les patients de maintenant ne se rendent pas compte que les patients d'il y a vingt ans souffraient beaucoup plus - les patients d'avant diraient que c'est bien que cela ait évolué 	<ul style="list-style-type: none"> - ça fait autant peur aux familles qu'avant - elle est aussi impressionnée par le petit scope que le grand scope - l'impact psychologique pour une famille est le même 	<ul style="list-style-type: none"> - les patients sont toujours demandeurs - ils veulent toujours plus - ce qu'ils veulent, que les soins de réa ne soient pas trop douloureux - c'est pour raccourcir la durée de séjour du patient - pour qu'il ne souffre pas - cela suit l'évolution de la société - ce sera surtout un argument économique

Légende :

(x) : nombre d'occurrences des items