



# **INFIRMIÈRES OU PROTOCOLES, QUI AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SOINS ?**

**Fabrice Michel, Claude Martin**

Pôle Anesthésie-Réanimation-Urgences-Cardiologie ; Hôpital NORD ;  
Chemin des Bourrelly, 13915 Marseille cedex 20

## **INTRODUCTION**

Largement développée au cours des deux dernières décennies, l'amélioration de la qualité des soins est devenue un objectif permanent dans tout système de santé. En France, la loi impose aux médecins une formation continue. Celle-ci est organisée depuis 1984 au sein des hôpitaux et est devenue obligatoire pour tout médecin depuis 2002. L'obligation de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles est venue compléter ce dispositif en 2004. Au niveau paramédical, la formation initiale des infirmières aboutit à un diplôme d'état validant leur compétence en soins infirmiers. Bien qu'il existe un décret de compétence de la profession d'infirmier, il n'existe pas d'obligation de formation continue ou complémentaire.

Du fait du niveau de soins élevé qu'elles proposent et des particularités du personnel paramédical qui y travaille les réanimations doivent s'organiser pour garantir une qualité des soins optimale. Il est évident qu'une infirmière nouvellement diplômée ne peut occuper un poste en réanimation sans une formation complémentaire. Bien que non, obligatoire cette formation est le plus souvent organisée par les services de réanimation en fonction de règles locales et de la disponibilité du personnel soignant. Cette formation se fait finalement au cours du temps «sur le tas», au contact des infirmières plus expérimentées. De plus, les infirmières de réanimation sont souvent de jeunes diplômées et le taux de renouvellement du personnel dans ces unités est particulièrement élevé rendant la qualité et la sécurité des soins d'autant plus difficile à assurer. Ainsi, dans de très nombreux services de réanimation sont instaurés des protocoles de soins infirmiers. Ceux-ci ont pour but de faciliter l'organisation des soins, leur qualité et la sécurité des patients. Pour autant, ces protocoles présentent certaines limites et ne suffisent pas à garantir la qualité des soins.

## **1. LES PROTOCOLES DE SOINS INFIRMIERS**

Les soins infirmiers en réanimation présentent des particularités du fait de la haute technicité, de la gravité des patients, de la charge de travail souvent

plus lourde que dans un service conventionnel, ou encore du fait du grand nombre d'intervenants médical ou paramédical. Ces particularités font qu'il existe en réanimation un risque d'erreur important, chacune pouvant avoir des conséquences graves. Il en résulte un stress important pour le personnel ce qui peut venir encore majorer le risque d'erreur.

Les objectifs affichés de la mise en place des protocoles de soins sont clairement d'améliorer la qualité des soins et d'assurer la sécurité des patients. Pour autant, ils doivent respecter certaines règles [1] :

- Ils doivent être élaborés par un groupe de travail impliquant toutes les différents professionnels de santé concernés, par exemple les kinésithérapeutes pour la pratique des aspirations trachéales ou les psychologues pour la prise en charge des familles lors d'un décès, etc...
- Ils doivent se baser sur les recommandations nationales ou internationales quand elles existent. Les Anglais ont développé «l'evidence-based practice» depuis plus de 10 ans dans l'objectif de délivrer le meilleur soin possible en termes d'efficacité et de coût et les autorités sanitaires ont favorisé le développement de structure comme le National Institute for Clinical Excellence (NICE) [2].
- Ils doivent être validés par plusieurs personnes ayant une compétence reconnue dans le domaine. Les infirmiers spécialisés ou les médecins pourront participer à cette validation.
- Ils doivent être validés par la pratique et rester en perpétuelle évolution de façon à être améliorés et adaptés aux nouvelles connaissances scientifiques, au développement de nouvelles technologies, à l'évolution de certains traitements ou aux modifications de coût de certains médicaments ou matériels.

Une fois mis en place, ils servent de référence et standardisent les pratiques dans l'application des soins procurés aux patients comme l'administration d'un médicament, la réalisation d'un geste technique ou encore des consignes à observer devant une situation clinique particulière. Dans les services à fort taux de renouvellement de personnel, ils peuvent servir de lien pour assurer une continuité dans les soins et participent à la formation des nouveaux personnels. Ils servent de repère dans de nombreuses situations et de ce fait permettent d'alléger la charge de travail et rassurer le soignant et donc de diminuer le niveau de stress en répondant à un grand nombre de questions [3].

Le document doit être facilement disponible, les informations claires et concises. Le développement des moyens informatiques peut faciliter la consultation du document ainsi que la recherche au sein de celui-ci.

Une des utilités de la standardisation des pratiques sera également de permettre leur évaluation et d'établir des protocoles de recherche dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés.

La protocolisation des soins infirmiers doit pourtant éviter certains écueils susceptibles de nuire à l'organisation et donc la qualité des soins. La protocolisation à outrance peut conduire à la réalisation de documents trop lourds, complexes, redondants ou même présentant des informations contradictoires. La surcharge d'information conduit à une moindre application des protocoles et donc une diminution de la qualité des soins.

Un autre inconvénient des protocoles de soins est que par définition, ils établissent des règles qui laissent peu de place à l'initiative individuelle. Berg

explique cette vision des choses en disant que les protocoles contribuent à l'illusion d'une réponse unique. Ils suggèrent qu'il existe une vérité et que des règles peuvent être établies d'après celle-ci et qu'en d'autres termes, il n'existe qu'une réponse optimale face à chaque problème lié au soin [4]. Or, au sein des services de réanimation, les situations sont souvent inhabituelles, atypiques et parfois urgentes ne laissant pas le loisir de relire le protocole et de trouver l'information adéquate. Ils facilitent le soin, ils ne peuvent se substituer à la prise de décision, ils ne peuvent prendre en compte les variations individuelles ou les situations cliniques précises différentes pour chaque patient. En ce sens, si le protocole peut apporter un soutien dans de nombreux actes ou situations, il ne peut à lui seul garantir la qualité des soins, aussi parfait soit-il.

Il faut aussi préciser que le protocole est une aide au jugement et à la décision. Il permet à l'infirmière de reconnaître les pratiques recommandées dans une situation donnée, mais ne dégage pas l'infirmière de sa responsabilité.

La mise en place de protocoles de soins en réanimation va permettre d'autonomiser l'infirmier dans certaines situations. Du fait de sa présence quasi permanente auprès du patient et de la surveillance clinique rapprochée qu'il exerce, l'autonomie dans certaines décisions selon un protocole établi va permettre d'améliorer la qualité des soins avec des conséquences importantes pour le patient. Tonnelier et al [5] ont montré qu'un protocole de sevrage de la ventilation mécanique appliqué par les infirmières permettait de diminuer la durée de ventilation et la durée de séjour en réanimation par rapport à une période où les médecins étaient entièrement responsables du sevrage. Dans ce travail, sur la base de 5 critères faciles à évaluer l'infirmière mettait en place une épreuve sur tube en T pendant 90 minutes. Si la tolérance (basée encore sur 4 critères simples) était satisfaisante, l'infirmière extubait le patient après accord du médecin. De la même façon le sevrage des amines en période postopératoire de chirurgie cardiaque selon un protocole infirmier simple à mettre en place, basé sur l'analyse de la fonction cardiaque par doppler transoesophagien, a permis de diminuer la durée d'hospitalisation des patients de manière significative [6]. Dans ces deux études aucune des complications étudiées n'a été plus fréquente lors de la prise en charge au moyen des protocoles infirmiers.

## **2. LE SOIN PERSONNALISÉ**

Il n'est pas possible de considérer un soin infirmier sans prendre en compte l'individu qui fait l'objet de ce soin. Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, dès l'article 2 précise que ces soins devront être procurés, «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...».

L'expérience du patient, subtile et non quantifiable ne peut pas être anticipée et intégrée par les protocoles qui ne prennent en compte qu'une composante technique du soin. Cela ne veut pas pour autant dire que la meilleure méthode pour dispenser cette composante du soin ne peut pas être identifiée et utilisée. Dans de nombreux cas en réanimation, les aspects techniques et pharmacologiques pourront être définis et appliqués de façon précise et systématique. Par exemple la dilution d'un médicament, l'aspiration trachéale ou le sevrage de la

ventilation mécanique peuvent faire l'objet de protocoles stricts et applicables par tous. Ils ne représentent cependant qu'une partie du soin infirmier.

### **3. LA COMPÉTENCE INFIRMIÈRE**

La compétence infirmière ne consiste pas seulement à être capable de réaliser une série de tâches mais bien d'intégrer ces tâches dans un soin holistique où le patient est considéré comme un individu nécessitant un soin personnalisé [7]. Réalisé de façon isolée un acte prescrit ne peut plus être considéré comme étant l'essence du soin infirmier. Leininger définit «soigner» comme «les actions et les activités qui visent à aider et soutenir une autre personne pour améliorer sa condition humaine ou faire face à la mort» [8]. Watson lui affirme que « les soins infirmiers sont composés d'une série de «transactions» destinées à obtenir une harmonie du corps, de l'esprit et de l'âme» [9]. Ces deux définitions montrent bien que le geste et la technicité du soin infirmier ne représentent qu'une partie de celui-ci.

Pickles soutient que procurer des soins de haute qualité nécessite de prendre en compte des éléments sociaux, physiques, psychologiques et émotionnels propres à un patient et que la compétence nécessaire est bien plus difficile à obtenir que la capacité à réaliser un geste technique isolé [10].

Développer les compétences techniques des infirmières est, bien entendu, indispensable pour garantir la sécurité et la qualité des soins. L'optimisation de la dose d'un médicament administré en continu (amines, insuline etc...) ou le réglage de la  $FiO_2$  au cours de la ventilation mécanique peuvent largement être améliorées par la rédaction d'un protocole. Pourtant, même s'il existe un protocole, l'infirmière devra toujours être en mesure de prendre en considération plusieurs facteurs qui peuvent influencer la prise de décision. Il y a une distinction entre utiliser les compétences des infirmières en conjonction avec des protocoles de soins pour dispenser des soins holistiques ce qui permet de faire une bonne utilisation des dernières recommandations et des meilleures pratiques, et la réalisation de soins selon des protocoles directifs conduisant à une application rigide de séries de procédures. Benner décrit comment les jeunes infirmières peu expérimentées tendent à voir le soin comme une série de gestes suivant des protocoles rigides [11]. Les infirmières expérimentées en revanche ont développé par la pratique un savoir qui influence leurs prises de décisions et leur permet de mesurer l'importance des différents facteurs impliqués dans chaque soin.

Rolfe considère qu'une infirmière expérimentée réfléchit pendant l'action aux autres moyens possibles pour faire face à la situation [12]. Dans l'idée de Radwin [13], le soin infirmier idéal prend en compte l'individu, et chaque décision doit être prise en fonction de ses demandes et de ses préférences selon les recommandations ou les pratiques reconnues comme les meilleures dans une situation donnée. On peut aussi considérer qu'une partie de l'expertise de l'infirmière est de savoir comment obtenir l'information à propos d'un point précis d'un soin. Cela peut être quelquefois un protocole de soin mais parfois aussi par la discussion avec le patient ou sa famille. La compétence peut aussi être définie simplement par ce que les individus peuvent faire. Cela suggère que l'infirmière doit être capable de réaliser les soins techniques mais d'avoir

également des capacités relationnelles, organisationnelles, une pensée critique, une attitude professionnelle et de la motivation [14].

Dans un certains nombre de cas, l'expérience de l'infirmière pourra conduire à modifier une prescription médicale ou à rattraper des erreurs commises par les médecins [15].

Il apparaît donc que l'infirmière ne peut se contenter d'appliquer des protocoles, pas plus qu'elle ne doit baser les soins sur son expérience et son intuition. Dans tous les cas, l'optimisation des soins infirmiers passe par un savant dosage de protocole et d'expérience, adaptés à chaque situation clinique et à chaque patient.

## **CONCLUSION**

Les protocoles de soins en réanimation permettent de garantir un certain niveau de soins. Ils assurent, lorsqu'ils sont établis de façon adéquate et remis à jour de façon très régulière, une pratique des soins infirmiers en accord avec les recommandations les plus récentes et acceptées comme les meilleures par le plus grand nombre. Ils vont servir de lien dans le soin entre les différentes équipes et lors du renouvellement de personnel. Ils servent également de support dans le soin pour les plus jeunes infirmières permettant de diminuer le niveau de stress professionnel. Ils peuvent améliorer la qualité des soins de façon importante en réduisant la durée de séjour en réanimation ou d'hospitalisation. Pourtant, les infirmières qui utilisent ces protocoles doivent avoir conscience qu'ils ne servent qu'à aider à la prise de décision pour un soin donné à un moment donné chez un patient donné avec ses propres attentes et sa propre expérience. La compétence en soins infirmiers représente plus que la capacité à suivre un protocole rigide. Elle inclut la capacité à répondre aux besoins d'un patient et de sa famille, et un jugement professionnel sur les situations rencontrées tout en ayant conscience des responsabilités qu'il implique.

Les protocoles de soins, en facilitant l'apprentissage et la réalisation technique des soins, permettent à l'infirmière de se dégager du geste pour s'intéresser à la demande de l'individu et dispenser un soin holistique.

---

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Hewitt-Taylor J. Clinical guidelines and care protocols. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004;20:45-52
- [2] National Institute of Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/>
- [3] Mead P. Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield? *J Adv Nurs.* 2000;31:110-6
- [4] Berg M. Problems and promises of the protocol. *Soc Sci Med.* 1997 Apr;44:1081-8
- [5] Tonnelier JM, Prat G, Le Gal G, et al. Impact of a nurses' protocol-directed weaning procedure on outcomes in patients undergoing mechanical ventilation for longer than 48 hours: a prospective cohort study with a matched historical control group. *Crit Care.* 2005;9:R83-9
- [6] McKendry M, McGloin H, Saberi D, et al. Randomised controlled trial assessing the impact of a nurse delivered, flow monitored protocol for optimisation of circulatory status after cardiac surgery. *BMJ.* 2004 31;329:258. Erratum in: *BMJ.* 2004 21;329:438.
- [7] Witkin SL, Harrison WD. Whose evidence and for what purpose? *Soc Work.* 2001; 46:293-6
- [8] Leininger MM. The transcultural nurse specialist: imperative in today's world. *Nurs. Health Care.* 1989;10:250-6

- [9] Watson J. Nursing: human science and human care – a theory of nursing. New York: The National League of Nursing Press; 1985.
- [10] Pickles A. Nurse versus technician: the dilemma of intensive care nursing. *Nurs Crit Care*. 1999;4:148-50
- [11] Benner P. A dialogue with excellence. *Am J Nurs*. 1987;87:1170-2
- [12] Rolfe G. Closing the theory-practice nursing gap: a model of nursing praxis. *J Clin Nurs* 1996;2:173-7
- [13] Radwin LE. Knowing the patient: a process model for individualized interventions. *Nurs Res*. 1995;44:364-70
- [14] Christensen M, Hewitt-Taylor J. Defining the expert ICU nurse. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22:301-7
- [15] Henneman EA, Blank FS, Gawlinski A, et al. Strategies used by nurses to recover medical errors in an academic emergency department setting. *Appl Nurs Res*. 2006;19:70-7