



# L'Hôpital du futur, pour quel(s) infirmier(e)s ?

## Conversation #6, avec Nadège Rutter

Nadège Rutter est infirmière de réanimation depuis 12 ans. Elle a d'abord travaillé à St- Anne avant de rejoindre l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) où elle a vécu la crise sanitaire COVID au printemps 2020. Elle raconte son expérience d'un métier éprouvant, aux conditions difficiles, dont les transformations récentes (digitalisation, cadences) impactent la qualité de la relation patient-soignant et la qualité de vie au travail des soignants. Elle partage également ses réflexions sur l'attractivité de l'hôpital, et son désir de le rendre plus ouvert sur la ville, plus convivial.

**#hopitaldufutur** : Vous avez été infirmière de réanimation durant 12 ans, mais vous changez d'orientation aujourd'hui. C'est éclairant sur la difficulté d'une situation et d'un quotidien ?

**Nadège Rutter** : Au bout de douze ans, on peut faire le constat que ce n'est plus tenable. Ce qui me pose le plus de problèmes au quotidien, c'est la qualité de la relation patient-soignant. Actuellement, je travaille à l'Hôpital Pompidou. Deux services de réanimation importants y ont fusionné : un service de réanimation chirurgicale polyvalent amené à prendre en charge les patients les plus graves, et un service de réanimation de chirurgie cardiovasculaire, qui amène un nombre extrêmement important de patients tous les jours, toutes les semaines. C'est un service de 25 lits, et tous les jours il y a 7 patients qui sortent et 7 patients qui rentrent. Cela représente une charge de travail considérable pour les équipes paramédicales. On a la sensation de devoir faire vite parce qu'il en va de la continuité de l'activité du bloc opératoire. On a parfois l'impression d'expédier des patients qui mériteraient de rester quelques heures ou quelques jours de plus. Tout cela impacte notre qualité de vie au travail.

**« Ce qui me pose le plus de problèmes au quotidien, c'est la qualité de la relation patient-soignant. On a la sensation de devoir faire vite parce qu'il en va de la continuité de l'activité du bloc opératoire, et parfois, d'expédier des patients qui mériteraient de rester quelques heures ou quelques jours de plus. Tout cela impacte notre qualité de vie au travail »**

Les conditions matérielles y sont aussi difficiles. Par exemple, notre salle de détente n'a pas de fenêtre, et les moments qu'on passe dans cette salle ne sont pas très reposants parce qu'il y a beaucoup de bruit. Pour le reste des locaux, à Pompidou, nous avons de la chance, c'est un hôpital assez récent. Nous sommes passés à l'informatique il y a deux ans, et ça a considérablement modifié notre quotidien, pas toujours en mal, mais pas toujours en bien non plus. On passe de ce fait moins de temps avec le patient, parce qu'il faut aller vite. Il me semble nécessaire de préserver la qualité du temps passé auprès du patient.

**#hopitaldufutur : Vous étiez présente durant la crise sanitaire à Pompidou. Comment a-t-elle impacté l'organisation de l'hôpital?**

**Nadège Rutter :** À Pompidou, on a bénéficié du recul de voir d'autres structures s'organiser pour affronter la pandémie. C'était une position privilégiée. On a eu le temps de s'organiser. Le caractère urgent complique grandement les choses quand il faut réagir au pied du mur. Là, ce n'était pas tout à fait le cas, cela s'est fait de façon assez fluide. Il a eu des difficultés sur les réserves, la circulation du personnel, les entrées/sorties des unités Covid, les vestiaires, l'accueil des familles... On a dû s'étendre dans des salles de réveil, transformées en unité Covid. Le premier service qui avait vocation à accueillir des patients Covid, c'est le service de réanimation médicale puisqu'au départ, c'était un problème mono-organe, pulmonaire la plupart du temps. Puis on a commencé à prendre des patients Covid quand leur service a été saturé. Tout les patients qui sont arrivés aux Urgences avec des signes étaient équipés de masques. On les mettait dans un secteur dédié ou isolés en réanimation. Mais nous avons eu à prendre en charge des patients Covid graves dans une salle qui était pas fermée. Ils étaient côte à côte, sans rien pour les isoler efficacement.

**#hopitaldufutur : Et pour les équipes ?**

**Nadège Rutter :** Du personnel a été contaminé avant le feu de l'action dans le service, et je pense qu'il y a peine 1% du personnel qui a été contaminé. On a eu la chance d'être en dernière ligne. Nous avons en tête toutes les précautions d'hygiène à mettre en place pour ne pas être contaminé. Sur tous les hôpitaux qui ont des services de maladies infectieuses, nous étions en bout de chaîne.

**#hopitaldufutur : Depuis ces 10 ans passés dans l'hôpital public, quels changements avez-vous pu observer ? Comment imaginez-vous l'avenir ?**

**Nadège Rutter :** C'est plutôt encourageant, mais il y a des choses à optimiser. Je pense que la place de la technique n'a pas trouvé l'articulation avec l'humain. On a l'impression que les deux s'opposent, alors que je pense que cela pourrait être une complémentarité. On a la sensation que l'on privilégie la technique et que l'on délaisse un peu le patient. Il faudrait peut-être mieux intégrer l'outil informatique. Les jeunes professionnels qui arrivent aujourd'hui dans les services, les paramédicaux, les internes etc. sont de cette génération où la technique et l'informatique sont omniprésents dans leur quotidien. Ils sont moins perturbés de mêler la technologie à leur pratique. Ils ont eu le temps pendant la durée de leurs études de murir l'idée que le soin c'est d'abord le patient, et que l'outil informatique, technique va venir améliorer la qualité de la prise en charge. On a l'envie que le patient reste le centre de notre quotidien. De plus, le personnel se sent mis de côté par rapport à tout ce qui concerne l'hôpital. C'est certainement le résultat des relations entre le personnel administratif, les directions des hôpitaux, qui sont très loin, même géographiquement. On devrait peut être mettre les services de la direction au centre de l'hôpital ? J'ai l'impression que cela pourrait les encourager à prendre des décisions en accord avec ce que l'on vit sur le terrain.

**« Il me semble nécessaire de préserver la qualité du temps passé auprès du patient »**

**« Le personnel se sent mis de côté par rapport à tout ce qui concerne l'hôpital. C'est certainement le résultat des relations entre le personnel administratif, les directions des hôpitaux, qui sont très loin, même géographiquement. On devrait peut être mettre les services de la direction au centre de l'hôpital ? J'ai l'impression que cela pourrait les encourager à prendre des décisions en accord avec ce que l'on vit sur le terrain »**

Le personnel est une toute petite donnée dans l'équation hospitalière. On se sent pas écouté, ils prennent des décisions en faveur de la rentabilité et non en faveur de la qualité des soins. Cela devait faire l'objet d'une amélioration.

**#hopitaldufutur : Et comment améliorer le quotidien dans l'hôpital, en général ?**

**Nadège Rutter :** On piétine beaucoup dans la journée, cela devient un vrai problème pour les jambes. Le service est biscornu, avec des formes géométriques particulières : ce n'est pas facile pour le visuel ni pour la circulation. Lorsque l'on est situé dans l'îlot central, on ne voit pas le premier patient ni le dernier patient. En réanimation, c'est compliqué de faire sans surveillance visuelle, le monitoring ne suffit pas. Quand on travaille de nuit, que des patients ont des hallucinations, il est souhaitable de les voir. On est aussi amené à transporter des patients, et alors on peut passer plus de temps dans les couloirs et les ascenseurs qu'à réaliser l'examen qui peut prendre 5 à 10 mn. On pourrait économiser de l'énergie. Une proximité avec le bloc opératoire a du sens quand on travaille dans ces unités. Par exemple, il y a un bloc opératoire où l'on envoie une majorité de nos patients, deux ailes et deux étages plus loin. C'est un transport qui dure 15 min. L'ascenseur ne va pas vite, il faut contourner les obstacles. Il ne faut pas être pressé et ni avoir trop de machines à transporter. Cela pourrait être optimisé.

Parmi les jeunes générations, les moins de 25 ans arrivés l'été dernier, certains pensent déjà à partir. En réanimation, on est curieux. Le travail va vite, c'est stimulant, on a une multiplicité de pathologies, ce qui nous permet de ne pas s'ennuyer. Mais là, cela va tellement vite qu'ils ont le sentiment de ne pas apprendre. Il y a un poste transversal qui a été créé récemment, avec une mission de formation, qui leur donnera plus de confort avec les patients. Cela pourrait fidéliser ces jeunes. Pour l'instant, on manque de recul, et il y aura certainement des ajustements pour voir si cela est efficace. On est tellement nombreux, il y a tellement de turn-over que pour instaurer une nouvelle culture, cela prend du temps. La durée moyenne dans le service est de 3 ans. Certains partent dans d'autres établissements, d'autres quittent la profession. Ils partent en se disant « je me suis trompé, ce métier n'est pas fait pour moi », et en n'ayant plus l'énergie de rebondir ailleurs. Le plus difficile, c'est qu'on a moins de temps pour le patient. Sanctuariser les temps de repos ou obtenir la reconnaissance des gens qui nous encadrent pourraient nous redonner de l'énergie. Vous avez vu l'actualité, on parle beaucoup revalorisation salariale, mais cela ne va pas modifier nos conditions de travail. Ce qu'on réclame le plus, c'est d'avoir le temps de bien s'occuper des patients. Le ratio en réanimation est d'1 infirmière pour 2.5 patients. Cela veut dire qu'il y a des infirmières qui ont 2 patients et d'autres 3. Pour celles qui ont 3 patients, c'est dur. Nous prenons le temps de débriefer autour d'une table pour s'offrir une pause dans la journée, mais nos pauses ne s'accordent pas toujours. Avoir plus de temps, et du temps de qualité auprès du patient.

Dans certains pays, il y a 1 infirmière pour 2 patients. En France, le ratio existe depuis 30 ans, mais les patients en réanimation n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui, avec des assistances cardiaques ou extra-corporelles. Leur surveillance est hyper spécifique. Il faudrait revoir ce ratio, mais cela veut dire plus de personnel dans les services. Tout cela à un coût, et je ne sais pas à quel point cela est réaliste avec la crise économique de l'hôpital dans les prochaines années.

**#hopitaldufutur : Votre témoignage est assez saisissant par rapport à ce que la crise a révélé de notion de Bien Commun.**

**Nadège Rutter :** Ce qui est très décevant, c'est tout ce qu'on du mal à assumer auprès du patient. Pour ceux qui ont les yeux ouverts, ils voient bien nos

**« En réanimation, c'est compliqué de faire sans surveillance visuelle, le monitoring ne suffit pas »**

**« La durée moyenne dans le service est de 3 ans »**

**« En France, le ratio existe depuis 30 ans, mais les patients en réanimation n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui, avec des assistances cardiaques ou extra-corporelles. Leur surveillance est hyper spécifique »**

jours. La moindre bouteille d'eau qu'ils réclament, on peut mettre 3 heures à leur apporter. On court sans cesse, et il est difficile de dire aux patients qu'ils vont bénéficier d'une qualité de soin optimale quand le plus basique de ces besoins va mettre 3 heures à être satisfait. On est les interlocuteurs principaux auprès du patient, et le dernier maillon de la chaîne à être en contact avec les familles. Cela fait partie des choses qui m'occasionnent de la souffrance. J'aimerais pouvoir faire mieux, mais je n'y arrive pas. Et cela me coûte des jours à jeûner, à ne pas avoir le temps d'aller aux toilettes, des nuits blanches et c'est pénible pour ma santé mentale. Et je pense que ce discours est général à l'hôpital public. Nous sommes tous solidaires, avec les médecins, et nous avons la sensation de faire équipe. La fracture est plus importante avec les équipes d'encadrement. Ils ont un cahier des charges monstrueux, beaucoup d'obligations de résultats et peu de liberté. Les rapports avec les équipes d'encadrement se sont considérablement dégradés parce que nous n'avons plus de temps partagés. Nous avons du mal à communiquer. C'est extrêmement dur pour eux. Ils ont beaucoup de contraintes institutionnelles et cela les a beaucoup éloignés de leurs équipes.

**#hopitaldefutur : Quant à l'espace de l'hôpital, quelle pourrait être la vraie plus-value ? Un espace jardin où l'on se détend, est ce que cela paraît utopique ou c'est justement une nécessité pour les équipes ?**

**Nadège Rutter :** Bien sûr que cela aurait sa place ! Et démontrerait l'envie de redonner une place au personnel, avec des moments de convivialité. Je ne pense pas que l'hôpital soit pensé pour ces moments de convivialité qui sont essentiels dans la journée. Il serait souhaitable que ces espaces soient dédiés au personnel. On n'a pas non plus trouvé le moyen de favoriser l'interdisciplinarité. Le secteur de réanimation chirurgicale a vocation à recevoir des personnes de l'extérieur : des professionnels qui viennent donner leur avis, des consultations extérieures... Ces échanges et circulations des différents spécialistes ne sont pas intégrés dans l'organisation d'une journée. Ils ont toujours le sentiment de pénétrer dans un bunker, dans des espaces fermés. Le système de visiophone serait à généraliser, c'est plus simple d'aiguiller quelqu'un quand on l'a en visuel sur la bonne unité. On pourrait lui demander des instructions, lui poser des questions et activer à distance les portes battantes sans quitter les soins. Cela pourrait aussi se généraliser auprès des familles. La lumière compte aussi beaucoup. Certains patients ont du mal à situer les moments de la journée. Dans certaines unités très sombres, nous sommes obligés d'allumer cette lumière crue quasiment 24H/24.

**#hopitaldefutur : La visite des familles est difficile dans le service ?**

**Nadège Rutter :** Il est nécessaire d'établir un lien de confiance avec les familles, c'est fondamental, au quotidien comme au plus fort de la crise. Avoir un système de galeries pour circuler autour des chambres sans y entrer serait bien. Car pour les familles des patients Covid pour lesquels on a malheureusement annoncé un décès, le manque de visualisation de l'environnement a compliqué la phase de deuil. Le post-traumatique lié au Covid qui va être beaucoup plus important que tout ce qu'on a vu dans les services de réanimation dernièrement. Nous avons pourtant essayé de garder le lien, avec un temps dédié dans la journée où on les appelait, mais sans visuel, notre message restait à l'état de discours : ils avaient des difficultés à intégrer nos messages. Cela aurait pu aider certains de pouvoir circuler en écartant complètement le risque de contamination, en leur permettant d'être là quoi qu'il arrive.

Dans un fonctionnement conventionnel, la salle d'attente est déjà beaucoup trop petite. Il y a 25 patients, c'est à dire potentiellement 25 familles dans la salle d'attente où l'on ne peut pas mettre 10 personnes. La salle de confidentialité sert à donner des nouvelles aux familles, aux entretiens médicaux et

**« On court sans cesse, et il est difficile de dire aux patients qu'ils vont bénéficier d'une qualité de soin optimale quand le plus basique de ces besoins va mettre 3 heures à être satisfait. On est les interlocuteurs principaux auprès du patient, et le dernier maillon de la chaîne à être en contact avec les familles. Cela fait partie des choses qui m'occasionnent de la souffrance. J'aimerais pouvoir faire mieux, mais je n'y arrive pas. Et je pense que ce discours est général à l'hôpital public »**

**« Je ne pense pas que l'hôpital soit pensé pour ces moments de convivialité qui sont essentiels dans la journée »**

paramédicaux. Cela assainirait les choses de ne pas se rencontrer au chevet du patient car les familles ont toujours peur que les proches entendent des mauvaises nouvelles. Il est nécessaire d'apporter beaucoup d'importance à l'endroit où l'on reçoit la famille. Notre salle de confidentialité a été récemment rénovée avec des couleurs sympa, du papier peint, du mobilier neuf, avant c'était un endroit vétuste la lumière était un spot blanc comme si nous étions dans un bloc opératoire, aujourd'hui c'est bien plus accueillant. Un endroit dédié pour échanger permet une meilleure réceptivité, mais je ne sais pas si cela serait acceptable par les équipes d'avoir un endroit constamment accessible par les familles.

Le temps de visite diffère d'un service à l'autre, pour nous c'est de 14h à 6h du matin, et il y a des services ouverts 24h/24, ce qui est idéal. Il y a une meilleure gestion du flux, et moins d'attente dans des salles exiguës et donc moins de stress. La durée de visite dépend de l'état du patient : pour les patients non communicants ou dans un état critique, les familles ont tendance à moins rester, parce que c'est anxiogène. En moyenne la famille reste 1h30 / 2h. Certains peuvent rester toute une après-midi, d'autres 5 minutes. Accueillir les familles à l'hôpital est difficile : on n'a pas beaucoup de temps, nous sommes démunis face à leurs questions qui relèvent du diagnostic, et ce ne sont pas aux infirmières et aux aides-soignants de donner ces informations-là. Le dialogue n'est pas toujours évident. Aujourd'hui ils sont plus en demande, plus informés et se sentent plus légitimes à poser des questions, mais cela peut représenter une contrainte due au manque de temps et d'espace pour les recevoir.

**#hopitaldufutur : Le niveau d'information de la famille change aussi le rapport avec le corps médical et bouscule un petit peu la relation patient-personnel ?**

**Nadège Rutter :** Cela nous contraint à une certaine transparence, à une obligation d'information. Cela a horizontalisé les rapports entre les familles et les soignants. Il n'y aura plus ce paternalisme qui rendait tout ça très vertical. Les familles sont en demande, et on leur permet de se sentir légitime à questionner. Ce n'est pas simple mais on est sur le chemin. La législation en faveur de l'information du patient et la loi de 2002 ont quand même permis de faire un bon énorme. C'est une vraie volonté de remettre le patient au cœur de sa prise en charge. Quand on dit « patient », on entend le patient et son environnement, c'est-à-dire ses proches, sa famille, ses amis, son médecin traitant. Le patient est au centre avec des ramifications avec tous les acteurs de sa prise en charge.

Il y a des instances, mais elles restent marginales. Au sein de mon service, il y a très peu de personnels au courant que ces structures existent dans l'hôpital, qu'elles sont importantes. Malheureusement je pense qu'on n'a peu cette culture-là en France. Avant le Covid, une cellule organisait des cafés éthiques, des discussions à la médiathèque de l'hôpital. Tout le monde peut y participer, patients et soignants. Récemment, une application AP-HP et une newsletter expliquaient le travail de cette commission au quotidien... Ces instances sont à notre disposition pour essayer de trancher, de donner un regard éclairé, extérieur, afin de faciliter le travail des équipes dans des cas de fin de vie, ou d'acharnement. Depuis mon master, je m'aperçois que ces considérations éthiques donnent une hauteur de vue nécessaire, car beaucoup de soignants sont en quête de sens au quotidien. J'ai financé quasiment l'intégralité de ma formation parce que je n'ai pas réussi à convaincre qu'il y avait une vraie nécessité dans le service de se pencher sur ces questions. Pourtant, j'avais proposé différentes choses pour améliorer la qualité de vie du patient dans son lit, la qualité des rapports avec les familles. Je me suis formée pour cela, avec le sentiment que ça allait servir. Malheureusement aujourd'hui, à part à l'échelle de mon équipe où l'on en a discuté, je constate que cela intéresse

**« Il est nécessaire d'établir un lien de confiance avec les familles, c'est fondamental, au quotidien comme au plus fort de la crise »**

peu les gens. Cela donne du sens, rend les choses acceptables. La structure hospitalière d'aujourd'hui nous écrase, nous abrutis presque, et essayer de trouver du sens dans les petites choses du quotidien auprès du patient rendrait les choses beaucoup plus acceptables. L'urgence de l'action réduit la réflexion, et c'est une réelle source de souffrances pour les soignants au quotidien.

**#hopitaldufutur : Il y a urgence à rendre l'hôpital de nouveau désirable pour les soignants ? Quel serait un vrai hôpital attractif ?**

**Nadège Rutter :** Peut-être penser à moins l'exclure du reste du monde, à l'intégrer plus à la ville, à le relier à la vraie vie du dehors. Essayer de relier l'extérieur et l'intérieur, végétaliser un hôpital en tenant compte des contraintes d'hygiène, cela permettrait peut-être de fidéliser les plus jeunes ? L'hôpital Pitié-Salpêtrière est plutôt assez joli avec sa rue hospitalière, et moderne, contrairement à Lariboisière, plus ancien. Il y a encore des services où la réanimation est au sous-sol !

J'ai une amie qui travaille dans un service de réanimation au Canada, et nous avons pu échanger sur son quotidien. J'ai pu comprendre que c'était beaucoup plus simple, la répartition du travail n'y est pas la même : auprès du patient, les infirmiers travaillent par spécialités. C'est plus simple pour l'organisation du matériel, par exemple, et cela leur permet de rester concentrés sur un aspect. Au final, leur journée a l'air moins fatigante. Le fait d'être hyper spécialiste permet d'acquérir une expertise qui au fil du temps facilite le travail. Quand on doit intervenir sur 13 aspects dans la journée, sur 3 patients, ce n'est pas tout à fait la même chose que de s'occuper d'un seul aspect sur 13 patients. Dans mon expérience de 12 ans en réanimation, j'aurais été extrêmement frustrée de travailler comme ça, car j'aime cette globalité. Mais il y aurait un juste milieu à mettre en place. Donc pourquoi ne pas garder notre polyvalence, mais diminuer le ratio ? Aujourd'hui dans les services de réanimation, il y a une technicité importante et réellement bénéfique pour les prises en charge. Mais elle n'est pas valorisée, alors que ce n'est pas le même degré de responsabilité, ni le même degré de performance technique que dans les autres services.

**#hopitaldufutur : Après 12 ans de ce métier, comment s'en éloigner ?**

**Nadège Rutter :** Je suis une passionnée, mais j'ai envie de trouver une activité avec un peu moins de déséquilibre. Je suis arrivée à un stade où je n'arrive plus à regarder les patients dans les yeux. Il n'est jamais trop tard, et il faut vraiment aider l'hôpital public et les soignants, mais pour moi ce n'est plus d'actualité tout ça. Je suis ravie d'avoir exercé ce métier, mais pour moi cela s'arrête là.

**« Essayer de trouver du sens dans les petites choses du quotidien auprès du patient rendrait les choses beaucoup plus acceptables. L'urgence de l'action réduit la réflexion, et c'est une réelle source de souffrances pour les soignants au quotidien »**

**« Penser à moins exclure l'hôpital du reste du monde, à l'intégrer plus à la ville »**