

Annexe 8. B. 2. Retranscription PIA2 & PIA3

Présentation et explication du travail et des entretiens. Précisions sur l'anonymat. Demande d'enregistrement.

«- **Interviewer** : Donc, voilà, donc déjà, je vais vous demander de vous présenter brièvement... Votre formation, votre fonction ici, votre tranche d'âge, vos années d'ancienneté.

- **IA2** : Je m'appelle X, j'ai 42 ans, je suis infirmière depuis 18 ans et j'ai un master en santé publique, sciences techniques d'infirmière.

- **Int** : Ah, bah voilà. Ok. Super. Et vous travaillez ici depuis ?

- **IA2** : Presque 5 ans maintenant.

- **Int** : 5 ans, ok. Ok. Super. Donc si je mets un peu en situation : lorsque vous êtes face à un patient, un résident dont l'état de santé se détériore, et qui nécessite des soins urgents mais qui est dans l'incapacité de vous dire ce que lui souhaite face à cette situation ; Comment est-ce que vous faites pour savoir ses souhaits dans ce genre de situation ?

- **IA2** : L'état de santé qui se détériore...(temps de réflexion) Déjà, on travaille en équipe.

- **IA3**: Toujours, hein !

- **IA2** : On se relaie. Quand il y a un problème de santé, déjà tu observes, tu vas voir la personne qui va pas bien. Tu sais observer : ou il y a un amaigrissement, ou le monsieur ne mange pas bien, la dame ne mange pas bien. Déjà ça, tu as des petites choses que tu peux observer. Mais là ça devient plus physique, somatique, pas de problème tension, fièvre ou autre chose. La première chose à faire c'est déjà appeler le médecin traitant, appeler le médecin traitant qui va venir évaluer la situation.

- **Int** : D'accord.

- **IA2** : Mais si le monsieur ne parle pas très bien, normalement, si c'est une fin de vie, on a ce qu'on appelle... comment on dit ça ?

- **IA3** : De quoi ?

- **IA2** : NTBR, on a les NTBR.

- 43 - **IA3** : NTBR, PME.
44
- 45 - **IA2** : Où on sait déjà quand ils entrent ici que la personne ne veut pas être réanimée,
46 ou n'est pas hospitalisée.
47
- 48 - **IA3** : On fait remplir un document, en général, avec la permission du patient, à la
49 famille et par le patient quand il a encore sa tête et qu'il est en droit de décider. Pour
50 que ce soit bien clair pour nous ; qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on peut hospitaliser ?
51 Est-ce qu'on peut réanimer ? Bon maintenant, c'est un sujet qui porte aussi un peu à
52 confusion parce que parfois, les médecins, ils ne veulent pas traiter par antibiotiques
53 ou mettre un « sonde vésicale » parce qu'ils disent que ce sont des mesures
54 extraordinaires alors que ça peut servir quand même en soins de confort sans que ça
55 soit quelque chose de curatif, c'est pour le confort de la personne. Mais certains
56 médecins pensent qu'un traitement par antibiotiques, c'est de l'acharnement.
57
- 58 - **Int** : Ok. Donc si je reprends un peu ce que vous me dites, donc vous avez un
59 document qui est écrit...
60
- 61 - **IA3** : Oui.
62
- 63 - **IA2** : Qui détermine les soins, est-ce que c'est palliatif ? Est-ce que c'est curatif ?
64 Jusqu'où il faut aller.
65
- 66 - **Int** : Ok. Donc ça, ce document, à l'entrée...
67
- 68 - **IA3** : Oui, c'est le secrétariat qui donne ça. Il y a le « PSPA », donc c'est le « Projet de
69 soins pour la personne âgée ».
70
- 71 - **IA2** : Projet de vie, projet de fin de vie ou projet de vie...
72
- 73 - **Int** : Et ça, vous en avez pour chaque résident, et c'est donné à l'entrée ?
74
- 75 - **IA3** : Oui.
76
- 77 - **Int** : Et donc c'est rempli par le résident alors ?
78
- 79 - **IA3** : Oui, et la famille.
80
- 81 - **Int** : Et la famille, ok.
82
- 83 - **IA2** : Donc, tout au départ, si le résident n'a pas toute sa tête, il n'y a la famille qui
84 peut dire ce qu'il veut vraiment.
85

- 86 - **Int** : Ok. Vous parliez aussi de médecin traitant, il a une place importante là-dedans ?
87
- 88 - **IA3** : C'est quand même lui qui décide de toute façon au final hein. C'est lui qui
89 donne les directives médicales à suivre, quoi. Là, ici, actuellement, il y a trois patients
90 qu'on ne peut pas hospitaliser. Qu'on ne peut pas réanimer. Et voilà, on les a notés là,
91 discrètement (me montre un document sur un tableau dans leur bureau).
92
- 93 - **IA2** : Pour les trois-là, pas d'hospitalisation.
94
- 95 - **IA3** : On le sait. S'il y a un malaise, on fait ce qu'on peut, on met une perfusion. Ça,
96 ils sont d'accord, et la famille et le médecin traitant, mais en tout cas, on ne s'acharne
97 pas.
98
- 99 - **Int** : Et donc, ça c'est votre moyen à vous pour transmettre à toute l'équipe : « Tiens,
100 il y a ces trois résidents-là... »
101
- 102 - **IA3** : Oui.
103
- 104 - **Int** : Ok.
105
- 106 - **IA2** : Oralement, on le transmet à l'équipe. On sait... On n'est pas oublié.
107
- 108 - **IA3** : Tout le monde le sait. Mais parfois, dans le feu de l'action, tu ne penses plus à...
109 voilà.
110
- 111 - **Int** : Tout à fait.
112
- 113 - **IA3** : De toute façon, dans le pire des cas, dans la pire des situations, même si on
114 devait appeler l'ambulance et hospitaliser, ce n'est pas une erreur en soi. A notre
115 niveau, ce n'est pas une erreur.
116
- 117 - **Int** : Tout à fait. Ok.
118
- 119 - **IA2** : Et puis, tu vérifies comme elle l'a dit, il y a des papiers. Moi, je travaille deux
120 fois, la semaine et le week-end, les après-midis. Quand j'arrive et que par exemple, je
121 ne connais pas quelque chose sur un patient, s'il y a une forte urgence, la première
122 chose que je fais c'est : j'ouvre le dossier.
123
- 124 - **Int** : Ok.
125
- 126 - **IA2** : J'ouvre le dossier pour voir c'est quoi le projet de vie. Très rapidement, ça prend
127 2 à 5 minutes. Tu regardes qu'est-ce que tu peux faire, jusqu'où tu peux aller.
128

- 129 - **Int** : Ok. Et donc chaque patient, dans son dossier, il y a un projet de vie qui est
130 complété à l'admission ?
131
- 132 - **IA2** : Oui.
133
- 134 - **IA3** : Oui. Avec l'hôpital qui est spécifié aussi. Parce qu'il y a des hôpitaux où les
135 familles ne veulent pas qu'ils soient hospitalisés, par exemple, à St-Luc, mais ils
136 préfèrent St-Michel ou St-Elisabeth alors on a ça spécifié aussi, quoi.
137
- 138 - **Int** : Ah oui, ok.
139
- 140 - **IA3** : Tout en sachant, et en leur disant que quand c'est un « SMUR » qu'on appelle,
141 c'est eux qui décident de l'endroit où on hospitalise, quoi.
142
- 143 - **Int** : Ok. Tout à fait. Ça va.
144
- 145 - **IA2** : Parfois ça dépend d'où ils habitent, s'ils habitent ici, à Woluwé, ils ne voudront
146 pas qu'on hospitalise à Ste-Elisabeth ou peut-être St-Michel qui est plus loin, ou
147 Ixelles, quoi. Ils vont préférer là où ils sont... où ils ont plus facile pour eux.
148
- 149 - **Int** : Plus près, tout à fait. Et qu'est-ce que, pour vous, les directives anticipées ? Une
150 définition, pour vous, votre opinion, qu'est-ce que vous en pensez en fait ?
151
- 152 - **IA2** : Directive anticipée... Quand je vois directive anticipée, je ne pense pas par
153 personne, je pense qu'un projet, pour tous les résidents. C'est plutôt dans les
154 observations, quoi.
155
- 156 - **Int** : Ok.
157
- 158 - **IA2** : C'est plutôt dans les observations. Pour voir, quel risque concernant un résident,
159 par exemple, quels sont les risques, qu'est-ce qu'il faut déjà mettre en place pour
160 éviter que ça arrive ?
161
- 162 - **Int** : Ok.
163
- 164 - **IA2** : Déjà, par exemple, on a un résident qui... qui a un problème, qui se détériore un
165 peu ou qui ne sait pas bien marcher ou qui se lève souvent, on voit qu'il n'y a pas
166 beaucoup d'équilibre. Bah, on peut déjà passer un message pour dire que voilà :
167 « Attention, ici, il y a déjà un risque ». Donc on va voir avec la famille, qu'est-ce qu'il
168 faut mettre en place ? Est-ce qu'il faut une « contention » ou pas... Comment il faut
169 l'installer ?
170
- 171 - **Int** : Ok. Et si je reprends un peu vos projets de vie que vous avez dans chaque
172 dossier, qu'est-ce que vous pensez en fait de ce projet de vie ? De mettre en place ces

173 documents, etc. ?

174

175 - **IA3** : Bah, pour nous, c'est bien, parce que pour nous c'est bien clair pour tout le

176 monde. Mais maintenant, c'est vrai que quand c'est un résident qui a encore toute sa

177 tête qui est bien autonome et qui rentre en maison de repos... lui remettre tout le

178 questionnaire à remplir, parfois, eux-mêmes n'ont même pas réfléchi à l'éventualité

179 d'avoir un AVC ou une hospitalisation grave ou au décès, à la mort. Il y en a, tout est

180 clair et il y en a d'autres... Donc c'est pour ça que nous, c'est le secrétariat qui

181 transmet le document à remplir et parfois on l'a pas tout de suite de retour.

182

183 - **IA2** : Et puis, si on raisonne bien, ce projet de vie, c'est une directive anticipée.

184

185 - **Int** : Tout à fait.

186

187 - **IA2** : C'est une directive anticipée. Quand la personne arrive, qu'est-ce qu'on doit

188 faire s'il y a quelque chose ?

189

190 - **Int** : Ok.

191

192 - **IA2** : Voilà. Comme ça, en général, après c'est vraiment les choses les plus pratiques

193 quand tout le monde est malade, tu vas chez le médecin traitant. Nous on a un petit

194 problème de santé, on appelle le médecin traitant qui évalue, qui donne le

195 médicament. Mais, globalement, il y a ces projets de vie là où tout est détaillé ; qu'est-

196 ce qu'il faut faire pour cette personne ect.

197

198 - **Int** : Tout à fait. Et quand vous donnez le document à l'accueil, est-ce que c'est un

199 sujet que vous, vous allez aborder avec les résidents ? Ou est-ce que vous attendez

200 d'abord le papier en retour ?

201

202 - **IA2** : Non, l'infirmière en chef, elle, elle insiste. Elle insiste pour qu'on... On doit

203 savoir qu'est-ce qu'on fait. Parce qu'une fois que la personne est ici, c'est notre

204 responsabilité, mais il faut que ça soit bien clair dès le départ.

205

206 - **IA3** : On dit aux familles, que tant qu'on n'a pas les documents remplis, s'il arrive

207 quelque chose, on appelle l'ambulance.

208

209 - **Int** : Ok.

210

211 - **IA2** : Voilà. S'il faut qu'on réanime, on réanime. Tant qu'on ne nous dit rien...

212

213 - **IA3** : Parce que tout ce qui est verbal, nous... par expérience ça n'a pas beaucoup de

214 valeur.

215

- 216 - **IA2** : Non, pas du tout.
217
- 218 - **IA3** : Tant qu'on n'a pas un papier écrit qui dit : « Pas d'acharnement, pas
219 d'hospitalisation... ». S'il arrive quelque chose, on hospitalise.
220
- 221 - **Int** : Ok. Donc, ça c'est quelque chose qui est dit aux familles dès l'entrée ?
222
- 223 - **IA3** : Oui. Comme ça c'est clair, et vis-à-vis du personnel.
224
- 225 - **Int** : Ok. Et qu'est-ce qui, pour vous, facilite la mise en place de ces projets de vie
226 auprès de chaque patient ?
- 227 - **IA2** : La collaboration de tout le monde. La collaboration au sein de l'équipe. Parce
228 qu'assez souvent, on en discute quand il y a une entrée... elle évalue la personne,
229 quand nous on arrive, on dit : « Voilà, cette personne, je pense qu'il y a ci, il y a ça...
230 Qu'est-ce que la personne a besoin comme aide ? » Infirmier, aide-soignant ou, en
231 général, et puis il y a la famille qui collabore à ça, il y a la famille, qui vient pour
232 discuter. Ils sont très présents, ici, la prise en charge c'est vraiment des résidents mais
233 aussi de la famille, quoi. Moralement et pour ce qui est des papiers.
234
- 235 - **Int** : Une bonne collaboration et concertation, c'est ça ?
236
- 237 - **IA2** : La famille, le résident lui-même, s'il est bien et puis le tout.
238
- 239 - **Int** : Ok. Et, a contrario, quelles sont les difficultés à la mise en place de ce projet de
240 soins pour chaque résident ? S'il y en a. S'il n'y en a pas, c'est parfait.
241
- 242 - **IA2** : Normalement, quand tout est clair, il n'y a pas beaucoup de difficultés. Mais ça
243 arrive assez souvent que voilà... Par rapport à une situation...
244
- 245 - **IA3** : Il y a des familles qui chipotent.
246
- 247 - **IA2** : Il y a des familles qui chipotent, voilà, comme elle le dit.
248
- 249 - **IA3** : Parfois, ils ne s'entendent pas entre eux, les enfants, et l'un veut qu'on
250 hospitalise, l'autre ne veut pas...
251
- 252 - **IA2** : Exactement.
253
- 254 - **IA3** : Oui mais il y en a un qui a été désigné pour tuteur je vais dire. Il gère, c'est lui
255 qui a le droit de décision. Et là-dessus, on est un petit peu mal à l'aise sur la démarche
256 qu'on doit suivre. Oui, on doit suivre ce qui est écrit mais bon... vis-à-vis de l'autre
257 fils ou fille du patient, c'est toujours délicat, quoi.
258

- 259 - **Int** : Donc, c'est plutôt les familles la grosse difficulté alors ?
260
- 261 - **IA3** : Oui. Souvent.
262
- 263 - **Int** : Ok.
264
- 265 - **IA3** : Souvent, le patient en lui-même, non. Mais la famille...
266
- 267 - **IA2** : La famille, et puis tu as aussi l'interaction famille-médecin. On a souvent le
268 problème d'interaction famille-médecin, la famille veut A, le médecin veut B... donc,
269 ils ne s'arrangent pas, ils veulent changer de médecin...
270
- 271 - **IA3** : Et puis les patients qui changent de médecin tout le temps parce que voilà ils
272 sont pas contents, le médecin n'est pas en accord avec la demande de la famille. Alors,
273 on a le cas, on a une patiente qui a déjà changé deux, trois fois, de médecin.
274
- 275 - **Int** : Donc, à chaque fois, il faut recommencer tout le projet alors ?
276
- 277 - **IA3** : Non, le projet est là, il est écrit mais bon pour donner, administrer des anti-
278 douleurs morphiniques, des stupéfiants et tout ça, il faut quand même que le patient ait
279 déjà une pathologie. Ce n'est pas parce que la famille dit : « Elle est en souffrance »,
280 que le médecin va dire : « On donne de la morphine ». Il faut quand même qu'il y ait,
281 au niveau pathologique, un critère qui dit qu'on peut donner ça, quoi. Donc, il n'y a
282 pas beaucoup de médecins qui vont accepter de... C'est comme une euthanasie, en
283 gros... Et ça, les médecins ne veulent pas parce que je comprends très bien, nous on
284 ne veut pas non plus et donc ça ne convient pas aux familles. Le médecin ne répond
285 pas à la demande et à l'attente de la famille et donc ils changent de médecin. En
286 espérant que le prochain médecin va accepter, mais aucun médecin ne va accepter.
287
- 288 - **Int** : Ok. Donc, il y a quand même une grosse difficulté aussi avec les familles d'un
289 côté mais aussi avec les changements de médecins réguliers, etc. ?
290
- 291 - **IA3** : Oui. Parce qu'à chaque fois, le médecin, il ne connaît pas tous les antécédents de
292 la patiente, mais surtout familial, et alors, à chaque fois bon, ils essaient, ils essaient
293 quoi...
294
- 295 - **IA2** : Pour ce qui est du médecin, chacun a son expérience, tous n'ont pas toujours le
296 même avis.
297
- 298 - **Int** : Oui.
299
- 300 - **IA2** : Tu as un qui pensait autre chose, l'autre peut arriver : « Non, moi je pense plutôt
301 qu'on aborde dans un autre sens »...
302

- 303 - **Int** : Ok. Et qu'est-ce que, pour vous, dans un monde idéal, on pourrait mettre en place
304 pour améliorer ces projets de soins, ces directives ? S'il y a des choses à améliorer. Si
305 vous me dites que tout est parfait c'est bien aussi (rires).
306
- 307 - **IA2** : Moi je pense que tout est clair.
308
- 309 - **IA3** : Ce n'est pas parfait, mais si le questionnaire est bien rempli, on sait vers quoi on
310 doit se diriger.
311
- 312 - **IA2** : La question, ce ne sera pas d'améliorer, moi, je dirais que la question c'est de
313 « s'adapter ». Il y a une adaptation, c'est-à-dire que, voilà, comme on l'a dit, il y a un
314 projet de vie qui est mis en place. Tu as la famille qui ne s'entend pas, qui vient poser
315 problème, et bien vous essayez de parler avec la famille, vous parlez avec la direction,
316 pour voir comment réadapter le projet pour que tout le monde soit d'accord.
317
- 318 - **Int** : Ok.
319 - **IA2** : Si entre les médecins ça ne marche pas, ou, d'abord avec le même médecin,
320 nous discutons avec le médecin pour voir qu'est-ce qu'il faut adapter, changer et si ça
321 ne marche toujours pas, bah, il faut changer de médecin. Recommencer l'adaptation
322 avec un autre médecin, en fait, le projet est bon, il est en place, il faut à chaque fois
323 l'adapter par rapport à l'état de santé de la personne, par rapport à l'avis de la famille,
324 par rapport à ce que pense le médecin.
325
- 326 - **Int** : Et quand vous me dites : « Adapter par rapport à l'état de santé de la personne »,
327 c'est quelque chose que vous faites régulièrement ?
328
- 329 - **IA2** : C'est-à-dire que l'état de santé ça peut être très bon à un moment et se dégrader
330 assez vite. Une personne qui était venue en projet de vie, voilà, la personne doit être en
331 bonne santé, c'est vraiment une fin de vie tranquille, elle mène sa petite vie, ici dans la
332 résidence, et du jour au lendemain, ou bien, il y a une chute qui dégrade l'état général,
333 ou une pathologie qui se déclare et qui dégrade l'état général, et la personne qui a été
334 placée en soins curatifs, passe en palliatifs...
335
- 336 - **Int** : Ok, et donc ça c'est quelque chose que vous faites régulièrement ?
337
- 338 - **IA2** : Ca arrive. Dans les deux sens. Il y a une personne, il y a ici beaucoup de
339 placements, un des résidents qui arrive ici, on se dit : « Ouh la la, elle ne va pas rester
340 ici longtemps... » et puis ici c'est palliatif, un mois au maximum. Et non, 5 ans elle est
341 là. 3 ans et elle est en bonne santé, elle remonte, elle remonte...
342
- 343 - **Int** : Oui.
344

- 345 - **IA2** : Elle prend goût à la vie, elle relit, elle monte manger avec les autres, elle fait des
346 activités, tout change.
347
- 348 - **Int** : Ok. Et à ce moment-là, le projet de vie change ou... ?
349
- 350 - **IA2** : Evidemment.
351
- 352 - **IA3** : C'est déjà arrivé, oui. Oui, que la famille avait dit : « Pas d'acharnement, pas
353 d'hospitalisation », parce qu'elle est rentrée ici, dans un état... oui, on se
354 demandait... si elle allait rester. Après, elle a repris goût à la vie. Bon, on essaie quand
355 même de donner une qualité de soins, je ne dis pas qu'on est les meilleurs mais en tout
356 cas, on fait ce qu'on peut et on a tout de même de très bons résultats. Et puis donc,
357 après, au final, la famille a demandé à changer, donc on a repris, donné un formulaire
358 et rempli.
359
- 360 - **Int** : Ok. Et donc, les réévaluations comme ça, c'est plutôt à la demande de la
361 famille ?
362
- 363 - **IA3** : Oui, ou le patient lui-même parce qu'il y a des patients qui disent : « Non, moi je
364 ne veux pas d'acharnement, d'hospitalisation. » Ils remplissent les papiers pour
365 l'euthanasie anticipée au cas où il arriverait quelque chose, qu'il devienne inconscient
366 et que tout soit bien clair. Et puis, après, au final, il change d'avis. Ça arrive aussi,
367 quoi. Mais de toute façon, c'est toujours avec le médecin traitant... il a toujours un
368 droit de regard là-dessus !
369
- 370 - **Int** : Ça ne va jamais être vous qui allez revenir vers les patients ?
371
- 372 - **IA3** : Non.
373
- 374 - **Int** : Pour reposer la question ? C'est eux qui demandent à réévaluer ?
375
- 376 - **IA3** : Oui. Nous, on ne peut pas juger, on ne peut pas imposer, on peut écouter ou
377 autre, lui donner un avis mais en tout cas, on ne peut pas avoir un droit de décision ou
378 de leur suggérer, quoi. On est là, on les écoute, s'ils veulent nous en parler, ils nous en
379 parlent, on peut donner notre avis, mais on doit garder nos convictions pour nous,
380 hein. Il ne faut pas qu'ils se sentent frustrés ou mal à l'aise parce qu'ils demandent tel
381 ou tel soin, quoi.
382
- 383 - **IA2** : Tout ce qu'on fait, c'est, comme elle dit : « transmettre nos observations ».
384 Quand le médecin passe en visite, on dit : « voilà, comment ça se passe ? » Parce que,
385 souvent, c'est nous, d'abord, on le dit entre le médecin et la résidente. « Comment ça
386 se passe ? » Et voilà, « la résidente va bien, il y a ci, il y a ça. » Les familles aussi
387 souvent. Ils posent la même question, « comment ça se passe ici ? » Par rapport à tout

388 ça, ils regardent comment faire évoluer le projet de vie aussi.

389

390 - **Int** : Ok. Super, donc la grosse amélioration, c'est plutôt l'adaptation ?

391

392 - **IA2** : Exactement.

393

394 - **IA3** : Ouais.

395

396 - **Int** : Ok.

397

398 - **IA3** : Oui, et aussi, on peut quand même le dire, justement garder ses convictions pour

399 soi. Parce que, parfois les cultures différentes du personnel, je parle en général,

400 parfois, ils ont une certaine culture, une certaine religion, ils ont certains principes qui

401 sont inculqués bien à eux, et ils n'arrivent pas encore à faire la part des choses.

402 Parfois, l'émotionnel prend le dessus et quand un patient demande à être soulagé ou

403 remplit des papiers, une demande d'euthanasie. Parfois, il y a quand même certains

404 personnels qui ont difficile avec ça.

405

406 - **Int** : Ok.

407

408 - **IA3** : Mais ça, c'est plutôt au niveau culturel, voilà, ça je pense que ça c'est un travail

409 sur nous qu'on doit faire, une formation pour bien pouvoir dissocier... chaque

410 personne est en droit de décider.

411 - **Int** : Donc, une formation, pour vous, ça pourrait être quelque chose de bénéfique ?

412

413 - **IA3** : Oui, mais bon, on a déjà fait avec le médecin coordinateur, on en parle. On a

414 « Palliabru » qui vient et on en parle mais voilà ça s'est ancré au fond d'eux. Je pense

415 que n'importe quelle formation... c'est des convictions personnelles, ça.

416

417 - **IA2** : Mais ce n'est pas nous qui décidons, notre rôle c'est d'accompagner...

418 Accompagner, en fait, les personnes qui sont là choisissent leur chemin, nous, on les

419 aide chacun dans sa singularité à entrer dans son chemin. Donc je ne suis pas là pour

420 dire qui va là, par rapport à ta situation, tu vas là ou... Chaque personne est singulière,

421 et notre rôle c'est de respecter la singularité de chacun.

422

423 - **IA3** : On doit rester neutre.

424

425 - **IA2** : Et de l'accompagner dans son chemin qu'il s'est choisi.

426

427 - **IA3** : Oui.

428

429 - **Int** : D'accord, ça va. Donc, les améliorations alors : l'adaptation et prendre un peu du

430 recul, je dirais ?

431

432 - **IA3** : Oui.
433
434 - **IA2** : Toujours.
435
436 - **Int** : Ok. Bah, super, je pense que vous avez déjà répondu à mes questions. Sauf peut-
437 être pour la présentation pour vous (s'adresse à IA3).
438
439 - **IA3** : Oui donc, moi je m'appelle Y, je suis infirmière en chef. J'ai fait un bachelier en
440 infirmière, et je suis ici depuis 6 ans. Et je suis infirmière chef depuis 5 ans, presque...
441
442 - **IA2** : Je ne sais plus.
443
444 - **IA3** : 4, 5 ans... ?
445
446 - **IA2** : Le temps passe vite...
447
448 - **IA3** : Oui, au moins 4 ans. Ça va ?
449
450 - **Int** : Ça va. Si vous pouviez juste me préciser aussi votre tranche d'âge ?
451
452 - **IA3** : Moi j'ai 41 ans.
453
454 - **Int** : Ok. Super.
455
456 - **IA3** : Et ça fait 20 ans que je travaille mais ça ne fait pas 20 ans que je travaille
457 comme infirmière.
458
459 - **Int** : Ah oui.
460
461 - **IA3** : Non, non ça fait euh... presque 8 ans.
462
463 - **Int** : Ah oui, et vous faisiez quoi avant ?
464
465 - **IA3** : Aide-soignante.
466
467 - **Int** : Ah oui. Ca n'est pas un changement radical de cap.
468
469 - **IA3** : Non moi j'étais aide-soignante, j'ai fait des études d'aide-soignante, 2-3 ans. J'ai
470 fait aide-soignante puis j'ai repris. J'ai travaillé comme infirmière puis après j'ai eu
471 une opportunité d'infirmière chef.
472
473 - **IA2** : C'est une super chef.
474

475 - **Int** : Ah bah, super ! Tant mieux, tant mieux pour vous. »

476 **Proposition de relecture de l'entretien une fois re-transcrit, échanges de coordonnées de mails**
477 **pour ce faire et remerciements.**