

## Annexe 8. C. Retranscription psychologue

### Présentation et explication du travail et des entretiens. Précisions sur l'anonymat.

#### Demande d'enregistrement.

- **Interviewer** : Voilà donc on est enregistrés.
- **Psychologue** : Donc à la base c'est tout un historique ici dans le suivi dans la maison de repos, il y avait une psychologue à temps plein qui a eu un arrêt maladie donc moi j'ai été engagé pendant son arrêt maladie à mi-temps. Ensuite elle est revenue et du coup elle a fait une spécialisation responsable dément.
- **I** : Ok
- **P** : Et la direction s'est dit "c'est très rare d'avoir une psychologue dans une maison de repos mais en plus ici j'en ai une et demi", et donc moi elle m'a un peu mis dans tout ce qui était soins palliatifs. Donc pour les maisons de repos je pense qu'il y a une obligation d'avoir un responsable soins palliatifs et ça aussi, c'était en collaboration avec le médecin coordinateur de l'époque, elle nous avait mis dans toutes ces formations là et dans ma formation en soins palliatifs j'ai pu voir la question des directives anticipées et même la question de Projet de Soins Personnel Anticipé, donc ça c'est vrai que c'est aussi quelque chose d'un peu de neuf. A côté de ça, il y avait d'autres psychologues et j'ai pu entendre que certaines, dans d'autres maison de repos, ne faisaient pas ça seules non plus, elles avaient créé un petit groupe et donc voilà ça ça a été l'une des premières actions concrètes, c'était de questionner le personnel, de voir qui était vraiment intéressé par les soins palliatifs et ici pour l'instant ça fait un an et il y avait le médecin coordinateur mais qui n'est plus là, mais il y a (x) l'adjointe de direction qui elle aussi est dans le groupe, il y a la kiné, enfin une kiné sur les trois kinés, la logopède, et l'infirmière qui est présente aujourd'hui qui est quand même spécialisée dans tout ce qui est soins palliatifs et accompagnement fin de vie. Donc voilà, on fait des réunions tous les deux mois, on essaye, et à chaque fois on se fixe des petits objectifs. Donc le dernier objectif c'était de faire venir les membres de la plateforme PalliaBru pour informer vraiment les résidents, leurs familles, pour bien répondre à leurs questions de manière générale pour savoir ce que c'est tous ces nouveaux termes.
- **I** : Donc, c'est un groupe de travail sur les soins palliatifs ou plus particulièrement sur les directives anticipées ?
- **P** : Non, sur les soins palliatifs. Mais il y a la question des directives anticipées, ici il y a une procédure je ne sais pas si l'adjointe vous en parlé ?
- **I** : Oui, elle m'en a parlé.

- 44
- 45 - **P** : Donc on a une feuille, qu'on met en évidence à l'avant du dossier, moi j'essaye de
- 46 le faire mais je pense que maintenant ça commence chez les autres aussi, et le médecin
- 47 traitant coche au niveau des directives si c'est niveau un, niveau deux, niveau trois, au
- 48 niveau des prises en charge.
- 49
- 50 - **I** : Est ce que c'est vraiment vous qui gérez un peu ce papier qu'il faut remplir au
- 51 niveau du dossier ? C'est le PSPA dont vous m'aviez parlé ce papier ?
- 52
- 53 - **P** : Non, le Projet de Soins Personnalisé Anticipé, le PSPA, ça c'est quelque chose que
- 54 j'essaye, et il n'y a pas beaucoup de résidents ici pour lesquels il y en a. C'est quand je
- 55 sens qu'il y a vraiment une inquiétude ou une envie pour le résident de préciser des
- 56 choses, quand je sens qu'il y a, en tout cas pour lui, un sens à parler de ça, pour que
- 57 tout soit bien compris. Mais je ne le fais pas encore de manière systématique puisque
- 58 la question c'est justement quand ? A l'admission c'est un document qui, je trouve, est
- 59 quand même assez délicat, et donc j'attends, je sens un peu, je vois... Il y a en a peut-
- 60 être dix ici dans la maison de repos pour lesquels j'ai rajouté dans le dossier ce petit
- 61 volet, c'est quand même dix feuilles, d'un PSPA. Mais quand on parle des directives
- 62 anticipées ici chez nous, c'est une feuille qui est dans tous les dossiers, et qui est sous
- 63 la responsabilité du médecin traitant puisque personne d'autre ne peut la compléter.
- 64
- 65 - **I** : Ok. Et quand vous dites que le PSPA vous le rajoutez un peu quand vous en sentez
- 66 l'opportunité, à quel moment vous sentez que vous pouvez aborder ce sujet avec
- 67 certains résidents ?
- 68
- 69 - **P** : Et bien c'est quand je les vois et qu'ils me disent qu'ils n'ont plus envie de vivre
- 70 ou des choses comme ça, alors je leur pose des questions en disant "bien, qu'est ce
- 71 que vous avez déjà peut-être préparé par rapport à votre fin de vie ?" et s'il n'y a pas
- 72 du tout d'autres démarches, je parle de ce papier là en disant que ça ne répond pas
- 73 directement à leur demande mais que ça leur permet en tout cas d'être accompagné
- 74 dans ce qu'ils souhaitent pour une fin de vie. Ils ne sont peut-être pas à ce niveau là,
- 75 déjà en fin de vie quand on en parle mais je leur explique bien qu'à mon niveau, c'est
- 76 un peu une des seules démarches que je peux mettre en place avec eux. Ca ne va pas
- 77 accélérer, ça ne va pas vraiment répondre à leur demande mais ça peut peut-être
- 78 soulager des angoisses, si ce sont des angoisses de ral-le-bol de la vie. Mais de savoir
- 79 que les choses sont sur un papier, qu'on peut en re-discuter, qu'on peut le changer,
- 80 parce que ça je le dis bien aussi, mais qu'on peut parler très clairement aussi. Donc ça,
- 81 moi je sais pas le faire par ce que je suis pas formée et j'essaye de ne pas rentrer trop
- 82 dans les autres disciplines mais tout ce qui est médical ça je leur dit qu'il peuvent
- 83 vraiment poser toutes leurs questions à leur médecin traitant. Une fois qu'on lit
- 84 ensemble le papier, si ce n'est pas clair, le médecin traitant a accès à leur dossier et ce
- 85 document reste dans leur dossier donc ils peuvent très bien plutôt demander à leur
- 86 médecin traitant.
- 87

- 88 - **I** : Donc vous remplissez ce document vraiment quand il y a une demande de leur part  
89 d'avancer quelque part, quand vous dites qu'ils parlent de ral le bol...
- 90
- 91 - **P** : Oui oui.
- 92
- 93 - **I** : C'est pas quelque chose que vous remplissez systématiquement?
- 94
- 95 - **P** : Non ils ne sont pas au courant de ce volet là, et c'est vrai qu'à l'entrée on ne parle  
96 pas de la fin de vie je pense ou vraiment très peu puisqu'on a refait la déclaration  
97 d'intention de maison de repos. Et ça, c'est un peu le truc systématique qui peut aussi  
98 être une porte d'entrée à la discussion, quelqu'un pourrait m'interpeller pour la  
99 compréhension, surtout que nous, on l'a fait sous forme de schéma, il y a des petites  
100 icônes, bon il y a un texte derrière mais on pourrait très bien partir de ce document là.  
101 Mais ici ça ne s'est pas fait comme ça. Ça se fait un petit peu parce que maintenant on  
102 commence à plus essayer de faire des actions, avec le petit groupe, on essaye aussi de  
103 pouvoir être identifiés par les résidents et par leurs familles comme étant les personnes  
104 un petit peu ressources par rapport à ça, donc voilà.
- 105
- 106 - **I** : Et qu'est ce qui, pour vous, vous semble les difficultés à la mise en place de ce  
107 projet ?
- 108
- 109 - **P** : Mais on parle bien du PSPA ?
- 110
- 111 - **I** : Oui. Parce que vous me dites qu'il n'y en a pas tellement finalement qui en ont, est  
112 ce que c'est quelque chose qui est difficile à mettre en place ou c'est pour d'autres  
113 raisons qu'il y en a moins ?
- 114
- 115 - **P** : Mais non, mais il y a plusieurs explications, je pense qu'il a déjà les résidents  
116 déments, avec lesquels, pour moi, cet outil est plus difficile à mettre en place. Je ne dis  
117 pas qu'il aurait fallu le faire avant mais c'est un peu ça l'idée aussi, le PSPA il est là  
118 aussi pour anticiper, pour le jour où on a peut-être plus la force, on a plus  
119 cognitivement la capacité de donner ses réponses. Donc déjà ça, ça enlève, on va dire,  
120 50% des personnes de la maison de repos parce qu'il y a une unité protégée, ça c'est  
121 un étage, mais il faut être conscient qu'il y a plein de résidents qui présentent des  
122 débuts de démence et qui sont dans des étages résidentiels et on les change pas et on le  
123 soutient comme ça. (temps de réflexion) Je pense qu'il faut aussi que le résident ait  
124 accès à cette partie, enfin qu'il permette qu'on accède à cette partie là de son intimité,  
125 parce que je pense que c'est quand même quelque chose de très intime de parler des  
126 choses qu'on a envie pour sa fin de vie. Quand on a fait la séance d'information, bon  
127 c'était un jour où il faisait beau, mais y avait vraiment quinze résidents, quelques  
128 familles, et c'était les résidents les plus ...
- 129
- 130 - **I** : Déments ?
- 131

- 132 - **P** : Non non, ceux qui sont dans toutes les activités, au top. Je pense que ceux qui ne  
133 savent déjà plus très bien se repérer dans le temps, parce qu'on avait mis des affiches,  
134 on avait vraiment fait de la publicité pour qu'il y ait un maximum de monde, on  
135 trouvait que c'était vraiment une belle porte, nous on allait se présenter officiellement  
136 devant tout le monde aussi, enfin c'était vraiment une occasion. Et dans les familles,  
137 c'était deux familles où les parents étaient en fin de vie, qui étaient vraiment touchés  
138 par ce sujet. L'anticiper, à la fois ça semble nécessaire, mais à la fois ce n'est pas  
139 facile, ça demande une énergie énorme, en terme de temps notamment.  
140
- 141 - **I** : Vous diriez que c'est un manque que vous avez ?  
142
- 143 - **P** : Oui. Je pourrai le systématiser ou essayer régulièrement de faire des tours, déjà  
144 j'essaie quand j'ai des stagiaires pour qu'ils revoient les directives anticipées, j'ai fait  
145 un tableau ici et on essaye quand on se promène de voir...  
146
- 147 - **I** : Donc avec vos stagiaires vous allez revoir les résidents voir si ces directives  
148 anticipées sont toujours d'actualité ?  
149
- 150 - **P** : Non, les directives anticipées c'est dans le dossier et donc les niveaux sont  
151 indiqués ici (montre un document), si jamais il y a quoi que ce soit, on sait assez vite  
152 mais il faut vérifier dans le dossier. Vous voyez qu'il y en a quand même pas mal qui  
153 ne sont pas complétés. Moi, à chaque fois j'insiste et je ré-inscris un mot dans le  
154 dossier à l'attention du médecin traitant, mais malgré tout ça reste parfois des  
155 documents qu'ils ne vont pas compléter. Donc là on sent que parfois le rôle du  
156 médecin est important aussi et ça peut parfois être un (temps de réflexion). Enfin, vous  
157 demandiez quelles étaient les difficultés de mise en place, ça je pense que ça peut en  
158 faire partie, un médecin qui ne remplit pas le document. Après je peux le faire, c'est  
159 arrivé ici dans une situation qu'on a eue avec un couple qui n'a pas d'enfant et dont le  
160 médecin est un enfant ou leur meilleur ami, enfin on sent qu'il y a vraiment une  
161 relation. Et eux, ils ont souhaité parler clairement de leur fin de vie, c'était très  
162 intéressant parce qu'en plus c'est un couple donc c'était vraiment, je trouve, bien de  
163 savoir que toutes leurs réponses dépendaient de si l'autre était encore bien ou pas,  
164 donc ça je trouve que ça valait la peine. Il y a eu quelques petites demandes de leur part  
165 mais le médecin traitant ne veut pas remplir la directive anticipée parce que soit c'est  
166 trop difficile, soit c'est (temps de réflexion).  
167
- 168 - **I** : Mais alors du coup, ces directives anticipées que vous avez dans les dossiers  
169 systématiquement, ça ça doit être rempli d'office par le médecin alors ? Puisque vous  
170 me dites que vous faites un mot au médecin mais que parfois ça n'est pas rempli ?  
171
- 172 - **P** : Oui.  
173
- 174 - **I** : C'est pas quelque chose dans l'institution que vous...  
175

- 176 - **P** : C'est comme la mise en place du statut.  
177
- 178 - **I** : Oui.
- 179 - **P** : C'est un peu le même genre de procédure. Le PSPA il peut être complété, il y a  
180 tout un volet personne de confiance, représentant légal, tout un volet beaucoup plus  
181 administratif, et en fait c'est à la jonction de plusieurs disciplines, je pense que c'est  
182 pour ça aussi que c'est aussi difficile de s'approprier cet outil. Je trouve que c'est  
183 vraiment un bel outil, mais qu'on touche parfois au domaine du légal, on touche  
184 parfois au domaine administratif, on touche un peu au domaine de la médecine puis  
185 voilà, il y a tout le côté philosophique, choix de vie, donc c'est peut-être difficile de  
186 savoir qui porte ça, parce que c'est quand même quelque chose qu'il faut porter. Donc  
187 voilà, moi quand j'ai des stagiaires aussi, parfois j'essaye de les faire réfléchir sur la  
188 fin de vie. C'est marrant parce que ce stagiaire là, j'ai été comment on appelle ça,  
189 maître de son mémoire ...  
190
- 191 - **I** : Promoteur ?  
192
- 193 - **P** : Promoteur de son mémoire, donc j'ai été à la défense dans son école et c'était des  
194 psychologues mais qui donnent cours donc des enseignants, et c'est vrai que, quand il  
195 a un peu aborder ça...  
196
- 197 - **I** : C'était aussi sur ce sujet là ?  
198
- 199 - **P** : Donc lui il reprenait le fait de faire des histoires de vie, mais déjà d'introduire du  
200 coup le PSPA. Je lui avais demandé tiens quand tu fais tes entretiens, pourquoi ne pas  
201 l'introduire et comme ça ça rentre déjà dans un dispositif où les gens on ne les cible  
202 pas non plus que pour ça et en même temps on a déjà les informations de voir s'ils  
203 sont à l'aise d'en parler ou pas. Et je sais qu'une des remarques qui a tout de suite été  
204 faite à son mémoire c'était un peu la question de parler de la mort à des personnes  
205 âgées et je disais qu'il faut pas entrer dans ce débat "en parler ou pas en parler", le  
206 vrai débat c'est quel dispositif qui permette que si quelqu'un souhaite en parler, il sait  
207 qu'il peut en parler tout simplement. Mais ça c'est vraiment tout un travail de fond...  
208
- 209 - **I** : Vous diriez que c'est un sujet encore un peu tabou ?  
210
- 211 - **P** : Non mais je pense que tout le monde a vite le mauvais réflexe de dire "est ce qu'on  
212 en parle ou on en parle pas ? nous, en tant qu'intervenant?" mais moi je disais que ce  
213 n'est pas à nous d'effectivement d'en parler ou non mais qu'il faut qu'on travaille  
214 vraiment en deça à mettre des choses, où le résident sait qu'il est aussi pensé dans  
215 cette difficulté là. Ici il est pensé en terme de soins, il est parfois pensé en terme de  
216 problèmes liés à la démence, il est pensé en terme d'isolement, on met plein de chose  
217 pour essayer de lutter contre l'isolement dans les maisons de repos. Mais est ce qu'il  
218 est pensé concernant sa fin de vie ? Et s'il le sait, enfin s'il le sent, c'est un dispositif  
219 qui pour moi a tout gagné parce que ça veut dire qu'il sait qu'il est pensé aussi dans

cette difficulté là qu'il rencontrera peut-être un jour et quand il voudra en parler, il saura s'adresser aux bonnes personnes. L'idée d'aller chez les résidents "aller, on va parler de votre fin de vie ?", pour moi c'est le débat dans lequel je veux pas rentrer, bien sûr il y a des gens qui vont dire oui, bien sûr il y a des gens qui vont dire non, ça c'est avec notre propre perception de comment on se sent à l'aise avec la mort, je pense.

- **I** : Et comment vous pensez qu'on pourrait, dans l'amélioration, faire pour que le résident se sente pensé dans cette optique là comme vous le disiez ?

- **P** : Et bien donc vraiment penser.

- **I** : Et par des informations ? Des .. ?

- **P** : Je pense que ça doit faire un peu à chaque fois des allers-retours, que dans le staff, dans l'équipe un peu pensante, on se questionne sur la fin de vie et on essaye, c'est ce qu'on fait un peu en fait, d'insuffler des choses au niveau théorique, on regarde le PSPA, on se renseigne sur les outils, sur ce qui existe, sur comment on peut essayer de mettre des choses concrètes en place et que ça, ça soit dans des moments de réunions où on réfléchit sur des problématiques propres aux maisons de repos. Mais personnellement, après je veux pas saper votre mémoire, mais je trouve que c'est vraiment ce qu'il manque dans les maisons de repos, c'est qu'on ne prend pas le temps de penser les problématiques que l'on va rencontrer en maison de repos. On sait que c'est là, mais on ne prend pas ce temps dans le concret, on est plutôt toujours en train de courir derrière l'urgence alors qu'en maison de repos on est censés, je pense, ne pas être confrontés à l'urgence, on est censés connaître les gens qu'on va accueillir, on est censés savoir leur problématique et on est censés justement, anticiper nous aussi et mettre des choses en place. Pour certains domaines c'est fait, mais je trouve que pour la fin de vie... Par exemple si moi, peut-être que c'est prétentieux, mais si moi je n'étais pas là je ne sais pas ce qui serait mis en place. Moi, je sens pas des personnes qui ont envie de se former... Alors, oui, on est obligés de se former avec les petites formations trois fois par an chez Y (groupe de la maison de repos), on a effectivement l'accompagnement en fin de vie comme possibilité de formation mais c'est vrai que pour moi c'est pas suffisant.

- **I** : Et quand vous dites que vous avez l'impression qu'on ne pense pas assez à ces problèmes, qu'on est toujours dans l'urgence, vous parlez surtout au niveau de la maison de repos ou vous parlez plutôt en général, au niveau des politiques ou quelque chose comme ça ?

- **P** : (réflexion) Je pense que ça ne dépend pas effectivement que de l'organisation de la maison de repos, parce que je pense que c'est un peu partout, mais c'est dommage parce que je trouve qu'il y a vraiment des personnes qui ont un vrai plaisir pour leur travail. Alors ça ne résoudrait pas tout mais ça pourrait vraiment soulager en terme

d'énergie, parce qu'en soit sinon ça paraît vraiment écrasant de se dire je vais faire le tour de toutes les chambres et présenter le PSPA, sincèrement avec mon mi-temps ce n'est pas possible. Ça pourrait être aussi en terme d'énergie, ou alors on court les problèmes, encore un cas de fin de vie et ça chamboule toute la famille, on sent que rien n'a été préparé en là c'est de nouveau toute une énergie qu'il faut mettre là maintenant et je trouve que c'est ce qui est un peu parfois la limite à la collaboration, que ce soit même à l'intérieur d'une même équipe, et alors avec les réseaux, et les familles, c'est ce qui n'aide pas à être dans une dynamique de collaboration. Mais les politiques je n'avais jamais pensé jusque là, ici c'est plutôt une maison de repos privée.

- **I** : Vous n'avez pas une idée de quelque chose de concret qu'on pourrait mettre en place pour améliorer tout ça ?

- **P** : On a toujours des pistes mais pour moi déjà avoir une constance au niveau d'une ligne de conduite au niveau de soins. Enfin, je dis ça parce qu'on a changé plusieurs fois de médecin coordinateur, et que ça fait un petit temps qu'on en a pas, et donc on sent qu'il n'y a rien qui supporte des réflexions comme celle-là, plus profondes. On nous dit aussi qu'il faut commencer à penser aux grands dépendants, oui, c'est vrai pensons aux grands dépendants, mais ça veut dire que qui prend les lignes directrices, qui prend un peu le truc en main? Parce que je pense qu'il y aurait vraiment des personnes qui suivraient mais c'est comme s'il manquait un peu des meneurs...

- **I** : Un chef de projet alors ?

- **P** : Oui des personnes qui insufflent des lignes directrices, qu'il y ait de temps en temps des points sur lesquels on peut s'arrêter et penser, ça je pense que ce serait déjà des premières bonnes pistes.

- **I** : L'absence de médecin coordinateur ici vous trouvez que ça vous touche au niveau de la gestion de projet ?

- **P** : Moi personnellement oui. J'ai l'impression que, bon tout ne doit pas venir du médecin coordinateur, mais que c'est parfois ces personnes là aussi avec leurs différentes sensibilités qui organisent et justement se disent un peu "Tiens, moi je suis médecin coordinateur, je fais partie de la plateforme des responsables en soins palliatifs, du coup je vois un peu avec l'infirmerie si elle pourrait voir pour la démence", enfin un peu se répartir pour que ce ne soit pas une seule tête non plus qui porte tout, que ce soit un peu équilibrée aussi au sein de la maison de repos et que tout le monde puisse trouver ce pourquoi il est finalement le plus outillé, ou le plus touché, le plus adéquat. Je suis sûre que dans les aides-soignantes aussi, il y a des points forts qui sont pas spécialement exploités tout simplement parce qu'on a pas remis ça à la lumière d'autres choses. Alors finalement on leur demande d'être adéquates sur toutes les problématiques et je trouve que c'est pas facile non plus.

308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350

- **I** : Et quand vous aviez un médecin coordinateur, vous sentiez la différence, vous sentiez une énergie différente ?
- **P** : Bien là, personnellement, elle était un peu avec moi dans tout ce qui était le projet palliatif, donc c'est vrai qu'elle me soutenait. Maintenant ça fait un petit temps et ce projet continue à tenir donc je me dis chouette c'est que finalement on y arrive aussi sans le médecin coordinateur. Donc ce n'est pas que je sens un manque à ce niveau là mais peut-être que du coup, moi je suis sur le palliatif et pour l'instant je sens que je ne peux pas mettre de l'énergie ailleurs. Par exemple, si on me demandait de mettre quelque chose en place par rapport aux grands dépendants ou, c'est vrai, comme pour les déments où a aussi un peu réfléchi à quelque chose pour l'unité protégée, avec l'ergothérapeute. On a quand même continué à mettre des choses en place pour cette unité là, ce qui était difficile. Parce que, comme ça vous voyez en terme de dispositif pour moi, la psy on pourrait se dire "le psy il peut aller partout" mais aller partout franchement c'est épuisant ! Donc voilà avec les déments j'aide au repas, ou je fais des choses très concrètes, je fais une activité par semaine donc je fais un peu mais je suis pas spécialisée dans la démence. Et à côté de ça ce que je trouve qui est vraiment difficile c'est que ça touche, à partir d'un certain niveau, beaucoup plus les proches que les déments eux-mêmes. Et donc avec l'ergo qui s'est engagé et qui a accepté, on s'est dit pourquoi on essaierait pas de chaque fois, anticiper, parce que pendant tout un temps on avait pas mal de reproches des familles qui ne comprennent pas pourquoi et qui sont effectivement très touchés par rapport à ce qui se passe pour leurs parents. Alors on s'est dit on va essayer de mettre tous les trois mois un dîner en place pour les familles et c'est l'occasion pour nous de devancer, d'expliquer ce qu'on observe, et d'expliquer ce que l'on fait avec leurs parents et que eux aussi nous partagent ce qu'ils connaissent de leurs parents. Je trouve que ce truc là, ça a été pensé, alors c'est peut-être pas le meilleur des dispositifs mais l'idée c'est si les parents sont plus apaisés, je suis sûr que le résident aussi, même dans sa démence. Enfin c'est le genre de dispositif qui sont pensés et on gagne du temps mais il faut le penser, il faut quand même avoir des personnes qui s'interrogent, qui sont dans le domaine. On pourrait faire plein, peut-être d'autres petites choses faciles et puis ça marche ! Et pour les soins, pour les PSPA, c'est peut-être qu'on a pas encore trouvé la bonne manière de faire, mais on pourrait vraiment trouver aussi quelque chose qui va faire que pour les résidents il y aura une porte clairement ouverte mais voilà on a pas encore pensé.
- **I** : J'ai l'impression dans tout ça, qu'il y a quand même un peu un manque de temps peut-être pour penser à tout ça, dans tout ce que vous mettez en place, pour cibler les problèmes et agir par après ?
- **P** : Il manque une structure.
- **I** : Et peut-être du personnel, je ne sais pas ?

- 351 - **P** : Le personnel je sais pas non plus, j'essaye vraiment de pas rentrer dans ce sujet là,  
352 parce que c'est toujours "il y a assez/il a pas assez". Mais en tout cas du temps pour  
353 prendre ces réunions, et après vérifier que ça se suive. Ce truc des repas tous les trois  
354 mois, ça va ce n'est pas trop pesant, c'est un samedi midi tous les trois mois et c'est  
355 chouette parce que j'avais dit que si on s'engageait, il fallait vraiment que ça soit sur  
356 la durée, que les familles le sentent aussi, qu'on les invite, qu'elles se sentent  
357 régulièrement interpellées et prises en considération. Mais oui manque du temps  
358 certainement. Et de la stabilité et une certaine cohérence avec tout ça, je trouve.  
359
- 360 - **I** : Au niveau du plan de la maison de repos, au niveau du personnel la stabilité ? Ca  
361 rejoint aussi l'absence de médecin coordinateur ?  
362
- 363 - **P** : Une stabilité dans les énergies. Parce que je parlais du médecin coordinateur, je  
364 sais pas si c'est comme ça dans toutes les maisons de repos, mais ici il y a eu quand  
365 même pas mal de changement à tous les postes, infirmiers-chefs, direction,... Moi ça  
366 fait 4 ans que je suis là et ça se ressent clairement. Pour chacun certainement  
367 différemment et encore, je fais partie de ceux qui travaillent à mi-temps et qui peuvent  
368 un peu s'extérioriser de temps en temps. Je me dis que pour les infirmiers c'est clair  
369 que ça doit changer, c'est des effets boules de neige, pour les collègues de  
370 l'administration ça doit changer certainement aussi. Et le PSPA aussi en plus, c'est  
371 quelque chose qui a été lancé par la plateforme PalliaBru, en tout cas moi l'exemplaire  
372 que j'ai. Et on est encore une fois de nouveau dans, enfin ici il n'y a pas eu de soucis,  
373 mais c'est pas le papier par exemple Y (nom du groupe de la maison de repos). Parce  
374 qu'Y s'approprie vraiment pas mal de procédures, on est aussi dans quelque chose de  
375 très compliqué en terme de procédures. On est à la fois entre le dossier informatisé et  
376 le dossier papier, on est à la fois entre la directive anticipée et qui là est un papier Y.  
377 L'histoire de vie, enfin Y avait déjà mis pas mal de procédures là dessus, je sais pas si  
378 y a une question sur les choix de fin de vie dans l'histoire de vie, mais certainement et  
379 comme le PSPA moi je l'introduis dans certains dossiers, mais je me dis le jour où Y  
380 se l'appropriera, il sera peut-être mis d'office dans les dossiers, j'aurais peut-être une  
381 obligation de la direction de le remplir pour tous les résidents. Parfois c'est bien de  
382 normaliser aussi les choses, mais c'est vrai que moi, personnellement, par rapport à  
383 ma conception de l'accompagnement d'un résident dans sa dignité et son intégrité,  
384 obliger des résidents à venir parler de cela tous les 6 mois par exemple ça n'a pas de  
385 sens.  
386
- 387 - **I** : Quelque chose d'obligatoire pour vous, ça n'a pas de sens ?  
388
- 389 - **P** : Bien, parfois de régulariser certaines choses ça a du bon, mais c'est vrai qu'il y a le  
390 "quand?", "comment on s'inscrit ?", "comment on présente les choses?" encore une  
391 fois. Si on décide que la maison de repos c'est une maison de soins médicale et que les  
392 résidents sont des patients c'est une chose, si on présente le projet et qu'on est plus  
393 dans l'optique que c'est un lieu de vie et qu'on essaye de re-crée vraiment leur petite  
394 intimité, leur chambre, leur confort, pour moi, on est dans autre chose. De toutes

395 façons les deux ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais qu'on sache et qu'on  
396 soit cohérents par rapport à cela, simplement, ça nous aiderait beaucoup. Mais ça  
397 encore une fois, on ne sent pas que c'est vraiment transmis d'en haut. Finalement,  
398 c'est un peu facile, je pourrais dire que je fais un peu ce que je veux, j'ai pas à me  
399 plaindre, je n'ai pas trop de personnes qui viennent regarder ce que je fais, mais à côté  
400 de ça, si moi je transmets comme message au résident, ici c'est votre maison c'est  
401 encore un peu ma décision donc ce serait bien que je sache un peu au dessus comment  
402 les choses sont pensées, mais voilà ça je ne le sais pas.

403  
404 - **I** : Et le fait que certains documents, comme vous le disiez avec l'histoire de vie et les  
405 directives anticipées dans le dossier, que ces documents soient vraiment quelque chose  
406 normalisé pour chaque résident, vous pensez que c'est une bonne chose pour vous ?  
407 C'est quelque chose qui est aidant ?

408  
409 - **P** : (Réflexion). Et bien pour la directive anticipée, on est vraiment dans quelque  
410 chose qui est médical et puis je vois que de toutes façons il y a quand même une règle  
411 en dessous en maison de repos : si c'est pas complété et en gros on réanime la  
412 personne. C'est peut être dommage de réanimer un résident qui ne le souhaite pas.  
413 Mais c'est vrai que pour certains documents je vois pas spécialement le mal, dans  
414 toutes les institutions il faut quand même penser les moments où on prend les  
415 décisions. Ça doit être prévu dans une institution. Ici on a une réunion avec ceux qui  
416 viennent mais c'est du temps. Temps de réflexion, temps de mise en place, il y a la  
417 réunion que j'ai mise en place avec le groupe palliatif mais c'est vraiment ces choses  
418 là qui manquent vraiment. Peut-être ça paraît une perte de temps pour ceux qui  
419 managent ou qui gèrent. Mais y a rien à faire, pour qu'un système soit quand même  
420 un peu sain et que chacun vienne avec plaisir à son boulot, il faut des va et vient entre  
421 les décisions qui viennent d'en haut et celles qui viennent du terrain. Si tout vient d'en  
422 haut et qu'on se rend pas compte de ce qui se passe sur le terrain, c'est un peu  
423 dommage.

424  
425 - **I** : Quand vous m'aviez parlé du cas spécial où il y avait un couple pour lequel vous  
426 aviez fait un PSPA. A ce moment-là comment ça marche ? Parce que vous me disiez  
427 qu'il y avait une règle en dessous, quand les directives ne sont pas complétées, on  
428 réanime, là il y a un PSPA, qu'est ce qui va se passer si jamais ?

429  
430 - **P** : La réponse on va l'imaginer très vite, c'est les infirmiers qui seront présents le  
431 jour même et en fonction de celles qui sauront ce que c'est un PSPA et qui le verront,  
432 ils verront peut-être qu'il y avait des souhaits. Et le fait d'aller directement à la  
433 première page pour voir la directive anticipée, on va dire qu'il y a 65% de chance que  
434 la directive anticipée ne soit pas complétée et donc les personnes seront réanimées.

435  
436 - **I** : Si j' imagine le dossier de ces personnes, il y a la directive anticipée au-dessus et le  
437 PSPA est juste en-dessous ?  
438

- 439 - **P** : Non la directive anticipée, comme c'est quelque-chose qu'on nous a un peu  
440 imposé et là pour lequel je dis que c'est une bonne mesure de toutes façons, mais pour  
441 que ce soit vraiment visible, c'est une feuille, on peut pas la loucher, elle est jaune et  
442 elle est collée sur le verso de la farde. Le PSPA, il est dans le dossier dans la partie  
443 "psy", ou peut-être dans la partie "soins" quand je demande au médecin de le  
444 compléter.
- 445
- 446 - **I** : Il faudrait alors une sensibilisation pour penser aller voir là?
- 447
- 448 - **P** : Il faut une connaissance. C'est pour ça que tout le travail de se présenter et  
449 d'expliquer un peu ce que l'on fait est important. Mais je ne sais même pas ici avoir  
450 accès à tous les membres du personnel. Déjà ceux de la nuit je ne les vois pas.
- 451
- 452 - **I** : C'est des équipes fixes qui font les horaires de nuit?
- 453
- 454 - **P** : Souvent. Donc on est les croise pas. On a essayé avec avec le papillon, c'est aussi  
455 un mini film de la plateforme PalliaBru, "un papillon sur le bras", on l'a diffusé  
456 pendant 3 séances, 3 vendredi, pour essayer qu'un maximum des membres du  
457 personnel le voient, mais pour tout le monde, du personnel de cuisine à toute l'équipe,  
458 mais pour ceux de la nuit c'était compliqué. Je ne me souviens même plus, on avait  
459 dit que quelqu'un allait rester une fois plus tard mais je ne sais pas si ça été fait.
- 460
- 461 - **I** : Donc il y a une difficulté de sensibiliser tout l'ensemble du personnel?
- 462
- 463 - **P** : Oui et il faut encore une fois que ça tienne. Parce que je pense qu'une fois qu'on  
464 sensibilise tout le personnel et qu'après éventuellement ça change, enfin c'est repris  
465 par quelqu'un d'autre et que ça change, ce n'est pas évident. Il y a des trucs qui  
466 tiennent et je pense qu'il faut regarder vraiment ce qui tient dans les maisons de repos.  
467 Je pense qu'il y a eu peut-être toute une période où les politiques étaient plus derrière  
468 et maintenant on est peut-être dans un creux.
- 469
- 470 - **I** : Quand vous parlez de politique, vous parlez plus de politique de l'institution ou de  
471 politique au sens général?
- 472
- 473 - **P** : Non, de politique générale. Plus derrière justement toutes ces personnes pour  
474 lesquelles on ne trouvait pas d'hébergement adapté, moi je pense aux déments. A un  
475 moment donné ça a pris un peu plus d'ampleur dans la société, il a fallu y penser.  
476 Maintenant ça c'est plus ou moins régularisé, et vient petit à petit d'autres trucs. Mais  
477 c'est vrai que pour les maisons de repos qui ont uniquement des unités protégées, moi  
478 j'ai déjà des collègues psy qui m'expliquaient que vraiment il y avait parfois des  
479 résidents où sens que ce n'est pas une démence, c'est un trouble psychiatrique, c'est  
480 un handicap. Mais il n'y a pas beaucoup de structures qui sont prévues pour ces  
481 personnes vieillissant avec ces problématiques là. Il y aura encore des choses à faire  
482 donc. Ca ce sont des choses pour lesquelles je me sens aussi un peu nécessaire dans

une maison de repos c'est quand il y a des diagnostics différentiels avec des troubles vraiment psychiatriques, afin d'apaiser le personnel et aussi pour voir avec le réseau, soit on réoriente soit on arrive à apaiser et à s'en occuper. Je trouve que voilà, ça pour un psychologue qui travaille en maison de repos, c'est intéressant d'être là. Mais après pour porter tous les projets ou être appelé dès qu'il y a quelqu'un qui va pas bien, c'est un peu illusoire de se dire qu'on a un psy qui va tout régler. Et même pour le personnel, je travaille un peu à tous les niveaux ici. J'essaye vraiment de travailler pour la maison de repos dans le sens pour qu'elle puisse bien accompagner les résidents mais pour ça il faut mettre des dispositifs en place. Et ça, dans les idées que tout le monde se fait de la fonction de psy, ce n'est pas ce qui sort en premier. Parce que je ne crois pas non plus spécialement que c'est au psy faire ça. Il peut accompagner, il peut peut-être donner un point de vue mais pour moi, c'est vraiment au niveau médical qu'il doit y avoir des bonnes décisions qui soient prises.

- **I** : Et dans le même ordre d'idée, si je reprends ce que vous me dites, vous pensez que le PSPA c'est quelque chose qui devrait aussi aller vers une autre discipline pour qu'il soit complété? Ou vous pensez que c'est pertinent de le laisser entre vos mains?
- **P** : Moi déjà, je ne le vois pas entre mes mains spécialement. Puisque quand on se présente un peu ici, on explique qu'on est cinq dans le groupe de travail et qu'effectivement, je pense qu'en fonction du moment, en fonction des affinités, en fonction de ce qui a pu se créer parfois entre certaines personnes, ça pourrait être très bien complété par la kiné qui a senti que la personne voulait en parler. Nous on sait où se trouvent ces documents et souvent je pense qu'elle va plutôt me faire le relais en me disant "voilà ce résident là est vraiment inquiet, est ce que tu ne pourrais pas aller le voir?". Pour le moment je fais encore le relais, mais je pense que c'est un outil qui pourrait être complété par tous. Et c'est ce qu'on se dit, si quelqu'un apprend quelque chose il peut aller le noter dans ce dossier-là. C'est vrai que ça ne doit pas être que parce que c'est la mort que c'est seulement la psy qui gère. Moi, je ne vais rien savoir faire par rapport à la mort de toutes façons.
- **I** : Ca pourrait être quelque chose que chacun du coup pourrait remplir à sa manière ? Enfin, en fonction de la relation qu'il a avec le résident ?
- **P** : Oui, en fonction des affinités. C'est pour ça que je trouvais ça intéressant de voir dans les membres du personnel qui était plus particulièrement touché. Mais c'est comme ça ici aussi dans la maison il n'y a pas vraiment de valorisation si on exprime certaines affinités. Je sens que parfois au niveau des aides-soignantes, et encore je participe même pas à toutes ces réflexions donc je ne sais pas tout, que certaines aides soignantes ont vraiment, je vais pas dire un don mais, une certaine facilité avec des déments, et c'est un étage où on est plus ou moins désigné mais sinon je crois qu'ici dans cette maison de repos la politique c'est de pouvoir justement les faire tourner pour qu'elles puissent le jour où il y a un absent, connaître au moins chaque résident. Mais du coup, voilà, si on essaye de penser la maison en disant tel étage les fins de

527 vie, enfin c'est pas tout à fait ça mais, de nouveau, on est un peu coincés avec, je  
528 trouve, le potentiel des personnes qui travaillent et le fait qu'on ne prenne pas le temps  
529 au dessus de se dire "on va fonctionner comme ci comme ça". Ou alors c'est ma faute  
530 de pas assez me renseigner mais j'ai l'impression que cette communication là ne passe  
531 pas. Alors on se plaint que dans les maisons de repos il n'y a pas de communication, et  
532 c'est vrai qu'une information doit être transmise, et on a vraiment pas mal d'outils,  
533 mais moi, ce que je trouve, c'est qu'il manque vraiment une communication d'esprit  
534 du travail. Et de se dire un peu les points forts de chacun, moi parfois déjà, après c'est  
535 parce que je suis un bon professionnel je pense, on m'a dit comme l'autre psychologue  
536 revient, elle récupère la fonction dément, toi tu fais la fin de vie. Ok, je l'ai fait et je  
537 suis contente aujourd'hui mais bon la psychologue est repartie en arrêt depuis un an et  
538 demi et donc il n'y a plus personne pour les déments par exemple.

539  
540 - **I** : Quand vous parlez qu'il manque peut-être de communication autour du travail, et  
541 vous m'avez parlé tantôt de réunions multi-disciplinaire, ces réunions, elles sont  
542 systématique ?

543  
544 - **P** : On essaye, mais encore une fois, ceux qui essaye c'est ceux du terrain... Parce  
545 qu'on a pas de médecin coordinateur donc lui il est pas là, on a pas d'infirmerie, donc  
546 voilà, il reste l'infirmerie et le personnel. Mais on a pas justement cet échange sur qu'est ce  
547 qu'il faut insufler comme réflexion, à quoi il faut être vigilant, qui viendrait à la  
548 rencontre des problèmes de terrain. Mais les problèmes de terrain on sait qu'on va  
549 faire face et qu'on va y arriver, on sait mais, je trouve que c'est beaucoup plus malin  
550 de prendre un temps et d'anticiper, plutôt que d'encore une fois être dans la gestion  
551 des reproches, on a l'impression de tourner que dans ce cercle vicieux là. Comme par  
552 exemple dans l'unité protégée, ce que moi j'ai voulu faire c'est sortir de ce cercle là,  
553 parce qu'on avait souvent des reproches des familles et c'est vrai, parce que prendre  
554 soin d'une personne démente et réussir à ce que l'autre qui n'est pas présente  
555 comprenne, ça ne va pas se faire par magie s'il n'y a pas de communication. Mais  
556 pour l'instant ce truc là, ça été repris, donc ça aussi j'ai pu heureusement faire  
557 confiance à l'ergo, ça a été repris parce que moi, je pense que je n'aurais pas pu faire  
558 ça aussi, puis sans savoir, je ne voulais pas non plus empiéter sur le travail de ma  
559 collègue qui est en arrêt, si elle revient il faut qu'elle retrouve sa place dans la maison  
560 de repos. Mais je ne travaille pas que dans les maisons de repos, j'ai un autre mi-  
561 temps dans l'aide à la jeunesse et ça aide pas mal non plus en fait.

562  
563 - **I** : Vous avez les deux extrêmes en fait ? (rires)

564  
565 - **P** : Oui, mais ça c'est très bien pour tenir, je trouve.

566  
567 - **I** : C'est varié, c'est chouette.

568  
569 - **P** : Mais l'aide à la jeunesse ça fait dix ans, j'ai commencé là dedans. Mais ici le  
570 milieu des soins c'est un milieu que je découvrais, ça va faire quatre ans que je

travaille ici à mi-temps et voilà, il y a du positif mais il y aussi pas mal de choses que je trouve inquiétantes.

- **I** : Je me permets de peut-être interpréter vos propos, mais j'ai l'impression que du coup, il y a quand même une politique soufflée de l'institution qui ne correspond pas, pour vous, à la réalité du terrain peut-être ? Ou à la réalité que vous voudriez donner à votre travail de terrain ?

- **P** : Ou on ne connaît pas vraiment cette politique, et du coup on fait, comme je vous l'ai dit, de la gestion ? Et on est sujets à des reproches et j'ai l'impression que le travail, il n'y a rien à faire ne sera jamais assez bien fait, et je crois que ça doit être frustrant pour en haut aussi parce que je pense qu'il y a plein de choses qui essayent d'être faites pour que ça soit bien, mais on est pas au courant. Enfin ça, peut-être que c'est moi, mais j'ai l'impression que d'une manière générale comme il n'y a pas de directives, on est un peu à gérer au jour le jour. Alors effectivement, d'office il va y avoir des quacks, d'office, je pense que ça sera dommage quand ça tombera sur la tête de quelqu'un, après y a peut-être des mauvais travailleurs aussi mais ça je pense aussi que c'est un peu facile de penser comme ça. Oui cette énergie là qui ne passe pas entre la direction... Et puis ça va loin, je trouve, dans les deux sens, dans la maisons de repos il y a des absentéismes, ça c'est un phénomène quand même assez connu, c'est passé aux infos, en maisons de repos il y a énormément de turnover, d'absentéisme... Il y a même des résidents qui disent eux-mêmes que, ça doit être anxiogène pour eux aussi, ils disent eux même que, je ne saurais pas le re-dire avec les mots de cette dame mais, qu'elle sent que c'est un peu les moins bons infirmiers de leur promotion, les moins bons médecins qui se retrouvent à travailler en maison de repos. Qu'on met les meilleurs, ça ce n'est pas mes propos, mais qu'on met les meilleurs chez les bébés, qu'il y a une certaine gradation. Il doit y avoir des exceptions, mais pour en arriver à voir les choses comme ça, on se rend compte du coup qu'il y a de l'angoisse aussi pour les résidents là derrière. Et on en arrive à des trucs très fort comme l'absentéisme. Ici, le médecin de contrôle, il y a toute une période quand on était malade où on l'avait d'office.

- **I** : Parce que eux cherchent aussi à trouver des solutions dans leur réalité je suppose.

- **P** : Oui voilà.

**(pause- interruption de l'entretien)**

- **P** : Mais donc j'ai parlé plusieurs fois de transmission et de pensée mais c'est justement essayer de trouver du sens quand on est une personne âgée qui rentre dans une maison de repos, quel sens on peut mettre là derrière. Que ce soit le sens de prendre en charge différentes problématiques, je pense que souvent c'est quand même ça, mais parfois il y a quand d'autres choses et c'est vrai que ça, encore une fois, on peut se retrouver psychologue dans une maison de repos et ne pas avoir de

spécialisation en démence ou dans un domaine ciblé. Moi j'ai fait une spécialisation en ethno-psychologie et pourtant ça a beaucoup de sens. Parce qu'autant dans mon autre mi-temps c'est facile, les enfants placés, adoptés, issus de la migration, de couples mixtes, enfin il y en a partout de l'ethno-psy, mais ici c'est pas spécialement pour accompagner les résidents qui sont d'autres origines mais c'est justement de se dire, on est face un peu à la même théorie, c'est de comprendre quelqu'un dans tout ce qu'il a construit, dans tous ses repères et tout son univers, et on lui demande d'intégrer un tout autre milieu, presque comme quelqu'un qu'on déracine, ou quelqu'un qui migre, ou comme quelqu'un qui pourrait être confronté à une culture d'accueil en quittant une culture d'origine, on est vraiment là dedans. Et du coup, de ma formation ethno-psy, très bizarrement je trouve pas mal d'outils pour aider les résidents à arriver dans une maison de repos, ou en tout cas à essayer de les accueillir parce que oui la fin de vie, les directives anticipées, quand est-ce qu'on en parle ? On essaye de soigner l'accueil quand même.

- **I** : Et quand vous parlez de recherche de sens, c'est quelque chose qui ...

- **P** : Ca manque.

- **I** : Oui et comment on pourrait pallier à ça ? Je sais que je suis très factuelle dans mes questions mais...

- **P** : Bien c'est réfléchir, comme je disais, sur les grandes lignes, qui peuvent traverser une personne qui arrive en maison de repos. Tous ensemble on peut réfléchir sur l'accueil, tous ensemble on peut réfléchir sur la solitude ou l'isolement, ou tous ensemble on réfléchit sur la dépression. Et ça je trouve qu'un médecin, voilà réfléchir sur la dépression, c'est le domaine de la psychologue certainement, mais le médecin a tout à fait sa place. C'est pour ça que je dis ça aussi, tous ensemble on réfléchit sur les grands dépendants, c'est vrai que c'est intéressant pour la psychologue aussi parce qu'ils sont censés être conscients aussi de tout ce qu'il leur arrive, et comme je le disais la démence il y a aussi des psychologues qui se forment et je pense qu'il y a plein de choses à faire aussi et je pense qu'il y a surtout beaucoup d'accompagnement de proches. Mais c'est mon point de vue personnel.

- **I** : Oui bien sûr. Ca va, et bien je pense qu'on a pas mal fait le tour de la question. Merci beaucoup. (fin de l'enregistrement).

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