

## Annexe 8. A. 3. Retranscription PDC1

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

#### Demande d'enregistrement.

« - **Interviewer** : Voilà, donc, on est enregistrés. Est-ce, pour commencer, je pourrais vous demander de vous présenter brièvement, votre parcours, votre formation, votre fonction ici ?

- **Direction** : Donc, je suis X, maintenant je travaille ici depuis plus d'un an, d'abord en tant qu'adjointe à la direction, et puis, depuis décembre en tant que directrice. Donc, mon parcours : j'ai suivi une formation de diététicienne, ici à l'IPL; après ça, je me suis spécialisée en gériatrie et psychologie gériatrique à l'ISEI, et dans le cadre de cette année de spécialisation, il y avait l'octroi aussi du certificat de directeur de maison de repos, auquel je ne pensais pas du tout, en tout cas je ne pensais pas du tout à l'utiliser et à y faire appel. Puis finalement, au fur et à mesure, je me suis rendu compte que j'aimais bien tout ce qui était gestion et management, et donc j'ai poursuivi en faisant un master en santé publique et en gestion et management des institutions de soins.

- **I** : Ok.

- **D** : Voilà...

- **I** : Et vous voilà ici !

- **D** : Oui !

- **I** : Super ! Alors, pour introduire un peu le sujet, je vais vous parler d'un exemple de situation : donc, imaginons qu'on a un de vos résidents dont l'état de santé se détériore, et qui nécessite des soins urgents, mais qui est dans l'incapacité d'exprimer ses volontés. Comment vous, vous voudriez que votre personnel agisse pour savoir qu'est-ce que ce résident aurait voulu dans cette situation ?

- **D** : Mais donc, ici, on en a justement rediscuté, dans le comité exécutif, avec le médecin coordinateur, le directeur des établissements de soins et Monsieur Y, qui est le directeur nursing et donc l'idée c'est qu'il y a pour l'instant un document à compléter dans chaque dossier de résident. Maintenant, il est souvent vide, et en cas d'hospitalisation urgente, et bien, on n'a pas les informations souhaitées ou obtenues. On en avait déjà discuté avec l'assistante sociale. C'est toujours délicat d'en parler directement, à l'admission, mais nous, ce qu'on propose de faire, c'est, après un mois, quand le patient est arrivé, c'est que, soit une infirmière, une aide-soignante, soit l'assistante sociale, prenne le temps de revoir le résident pour aborder toute cette question...

- 42 - **I** : Ok.  
43
- 44 - **D** : Si en matière d'acharnement thérapeutique, s'il préfère rester au home ou être admis  
45 aux urgences. Enfin, ici on a encore eu le cas récemment, et après, on compléterait cette  
46 feuille et on va envoyer un courrier à l'ensemble des médecins traitants des résidents,  
47 parce que cette feuille doit être signée par ces médecins pour être, pour qu'on puisse la  
48 valider.  
49
- 50 - **I** : Ok. Donc là, vous êtes en train de repenser comment vous allez faire, donc dans l'idéal,  
51 ce que vous voulez mettre en place, c'est, si je comprends bien, de parler après un mois  
52 avec le résident, et donc ce serait plutôt vous, des gens de votre institution, qui abordez le  
53 sujet, et faire signer par après au médecin traitant, si je comprends bien ?  
54
- 55 - **D** : Oui, c'est ça, on a la fiche, et alors, l'idée c'est comme pour l'instant elle n'est pas  
56 complétée, normalement c'est le médecin traitant qui devrait, enfin, si j'ai bien cru  
57 comprendre. On va, déjà, vraiment pré-compléter la fiche et la mettre dans le dossier du  
58 résident, à l'endroit des prescriptions, comme ça, quand il signe tout, il le voit et  
59 normalement, le message devrait être passé.  
60
- 61 - **I** : Ok. Et alors, pour que vraiment toutes vos équipes soient au courant, c'est, l'idée c'est  
62 de mettre un document, alors, un document écrit ?  
63
- 64 - **D** : Oui, donc on a vraiment fait la lettre, elle est ici, je ne dois plus que la mettre en page,  
65 mais c'est vraiment une communication globale, donc chaque infirmier ou soignant qui est  
66 présent à l'étage, spontanément irait demander, poser les questions à chaque résident.  
67
- 68 - **I** : Ok. Ca va. Donc, là, c'est encore un peu en réflexion, en fait ?  
69
- 70 - **D** : Oui...  
71
- 72 - **I** : Ok. Et si vous demande pour vous, personnellement, qu'est-ce que c'est les directives  
73 anticipées, en fait ? Comment vous voyez ça ? Qu'est-ce que c'est les objectifs de ça ?  
74
- 75 - **D** : Donc moi je ne suis pas du tout dans le milieu médical, mais c'est vrai que ce n'est pas  
76 toujours évident. Maintenant, pour moi, c'est savoir si le résident qui est en fin de vie...  
77 On a eu une situation il y a à peu près quatre mois, où une résidente était vraiment en fin  
78 de vie, le médecin voulait injecter de la morphine ou quelque chose de plus spécifique,  
79 pour vraiment mettre fin à ses jours, mais il ne voulait pas le faire lui-même, et il voulait  
80 désigner une infirmière. Normalement, les infirmières ne peuvent pas le faire, sauf si le  
81 médecin est là et est présent, comme c'est un acte médical, donc on a dû hospitaliser la  
82 personne, alors que, finalement, est-ce que c'était l'idéal de la transférer dans un service  
83 d'urgence où elle n'avait plus ses repères ? Et son souhait et celui de la famille, c'était  
84 finalement de rester en maison de repos et qu'elle termine ses jours dans un endroit et un

85 environnement connus, à être entourée des soignants qui la connaissaient bien.

86

87 - **I** : Ok.

88

89 - **D** : Donc, c'est vraiment ça, l'acharnement thérapeutique, aussi... Et je ne sais pas si ça  
90 rentre aussi en compte, mais toutes les questions d'incinération, enfin d'inhumation du  
91 corps, qu'on se pose aussi très souvent.

92

93 - **I** : Ok. Et qu'est-ce que vous pensez, en fait, de ces directives anticipées, de mettre sur le  
94 papier les choses ?

95

96 - **D** : Mais moi ça me semble primordial, parce que c'est vraiment... Enfin, en tant que  
97 directrice de maison de repos, et même l'ensemble du personnel, on est là pour le bien-  
98 être du résident, et on n'a pas envie d'imposer notre propre vision. Chaque personne a des  
99 croyances différentes et n'envisage peut-être pas, justement,... Enfin, on ne va pas  
100 décider, de la même façon, pour mettre en place pour notre vie, ou notre fin de vie, donc  
101 c'est vraiment pouvoir laisser la liberté de choix à chaque personne, à chaque résident. Et  
102 donc, impliquer aussi souvent les familles, tout en sachant que, voilà, il y a toujours le  
103 choix du résident, qui est là, et qu'on va essayer de faire respecter.

104

105 - **I** : Ok. Et qu'est-ce qui vous facilite actuellement, cette mise en place des directives  
106 anticipées ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous facilite la mise en place de ces  
107 directives anticipées, actuellement ? Ou a contrario, quelles sont les difficultés ?

108

109 - **D** : La difficulté, je pense, au niveau du personnel, c'est vraiment la communication, la  
110 liaison à faire avec l'hôpital et les ambulanciers qui arrivent, et finalement, il n'y a pas les  
111 informations qui sont là, donc ce serait bien d'avoir la plate-forme commune pour faire la  
112 liaison, et la communication entre les différentes institutions. Maintenant, je pense qu'il y  
113 a déjà des réflexions qui commencent à être mises en place, et c'est surtout aussi que les  
114 médecins traitants soient davantage peut-être conscientisés, et qu'ils en parlent peut-être  
115 aussi à leurs patients et à la famille, à l'entourage.

116

117 - **I** : Mmmh... Donc, pour vous, le médecin traitant a quand même un rôle central là-  
118 dedans ?

119

120 - **D** : Oui, parce que c'est vraiment... enfin nous, on le remarque aussi, c'est vraiment une  
121 personne de confiance pour les résidents et les familles. On essaie de les impliquer autant  
122 que possible. Maintenant, on se rend compte qu'il y a certains médecins qu'on ne voit pas  
123 assez souvent en maison de repos, ou ce sont les enfants qui vont en consultation, et le  
124 résident reste ici à la maison de repos, donc finalement le médecin traitant ne voit pas la  
125 personne en face et il y a des décisions qui sont prises sans vraiment impliquer le résident  
126 en tant que tel.

127

- 128 - **I** : Ok. Donc pour vous, la principale difficulté, alors, c'est plutôt la communication ?  
129
- 130 - **D** : La communication, oui. Oui. Et je pense aussi qu'il y a peut-être une difficulté, au sein  
131 même du personnel en fonction des différentes cultures. Parce que, (temps de réflexion) je  
132 ne sais pas si je suis vraiment dans le thème ou pas ? C'est ça ?  
133
- 134 - **I** : Si, si, tout à fait !  
135
- 136 - **D** : On avait remarqué une résidente aussi plus ou moins en fin de vie, et on demande au  
137 personnel soignant : « Tiens, comment va Madame ? Qu'est-ce que vous en pensez ? Il y a  
138 la moitié du personnel qui dit : « Ah ! mais non, elle était vraiment bien, elle nous a fait  
139 signe de la main ! » Là, c'était plutôt les infirmières et les aides-soignantes de culture  
140 africaine, et celles plutôt d'origine européenne et nord Afrique, elles étaient vraiment  
141 inquiètes quant à l'état de Madame, et au traitement mis en place, pour essayer de  
142 soulager sa douleur, et donc il y a avait vraiment deux visions différentes au sein même de  
143 l'équipe, qui n'étaient pas vraiment en accord. Donc on leur a demandé, pour les fois  
144 suivantes, de vraiment se baser sur les échelles de la douleur et une grille d'analyse plus  
145 objective.  
146
- 147 - **I** : Donc, ça, c'est aussi une difficulté que vous rencontrez, c'est les cultures et les valeurs  
148 de chacun ?  
149
- 150 - **D** : C'est ça.  
151
- 152 - **I** : Ok. Et qu'est-ce que, dans un monde idéal, quelles seraient les améliorations que vous  
153 voudriez porter à ces directives anticipées, pour que ce soit mieux dans votre propre  
154 imagination ?  
155
- 156 - **D** : Ce serait aussi sensibiliser déjà, de manière générale, le grand public. Je pense que  
157 pour le don d'organes, maintenant, il y a quand même davantage de personnes qui font les  
158 démarches d'elles-mêmes aussi, donc, pour ces démarches-là, ça pourrait aussi être mis en  
159 place avant parce que c'est souvent en dernière minute et on ne sait pas, ou la personne  
160 n'est plus dans la capacité de répondre. Ça, et vraiment la communication entre les  
161 différentes organisations de soins de santé.  
162
- 163 - **I** : Et comment vous verriez l'amélioration de la communication entre les différentes  
164 personnes de santé ? Qu'est-ce qu'on pourrait imaginer ?  
165
- 166 - **D** : Je pense que s'il y a un logiciel unique, où on peut sécuriser aussi les données, et  
167 pouvoir directement, en un clic aussi, faire passer le message, ce serait vraiment génial,  
168 avec la signature, parce que pour le moment, dans les faits, soit les médecins traitants,  
169 nous on a vraiment des difficultés, ils ne sont pas très présents et peu impliqués, donc on  
170 soit souvent revenir à la charge pour faire signer même, les prescriptions et ce genre de  
171 document. Et pourquoi pas, je ne sais pas, sur la carte d'identité ? Ce serait pas mal, parce

172 que la carte d'identité, on l'a vraiment tout le temps, et je pense que c'est une donnée  
173 importante. La carte SIS est bien placée là-dessus.

174

175 - **I** : Donc, vraiment, trouver un moyen d'avoir cette information rapidement, pour tout le  
176 monde ?

177

178 - **D** : Oui, c'est ça, et qui ne nécessite pas vraiment beaucoup de « clics » ou de recherches.  
179 Oui, vraiment, la communication.

180

181 - **I** : Super. Et bien je pense qu'on a déjà fait le tour de mes questions. Merci beaucoup, en  
182 tout cas !

183

184 - **D** : Avec plaisir ! »

185

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