

Annexe 8. B. 5. Retranscription PIC1

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

« - **Interviewer** : Voilà, donc on est enregistrés. Ça va ? Donc, tout d'abord, une question un peu générale, je vais vous demander de vous présenter au niveau de votre formation, de votre parcours, de votre expérience, etc.

- **Infirmier** : Alors, mon parcours, donc moi j'ai fait mon chemin secondaire en Afrique. Je suis née dans le Rif. Alors, ici j'ai commencé ma secondaire générale. Jusqu'en 4^{ème} générale donc, puis là j'ai arrêté parce que je voulais déjà être infirmière. Donc je me suis dit : « Tiens, je ne vais pas rester en général alors qu'il y a déjà possibilité de faire les stages », je voulais vraiment déjà m'habituer à ce que c'est. Et donc, là je me suis dirigée en 5^{ème} / 6^{ème}, « je vais faire « sportenhancing » ou « aspirante en nursing » ».

- **Int** : Ok. Donc ça c'est en Afrique tout ça ?

- **Inf** : C'est ici. J'ai juste fait mes primaires en Afrique. Et après mes primaires, je suis arrivée ici. J'ai fait ma secondaire ici, en général. Donc, juste après mes secondaires et parce que l'« aspirante en nursing » que je voulais faire, ça commençait qu'en 5^{ème}.

- **Int** : Oui, tout à fait.

- **Inf** : Et donc, en 4^{ème}, après ma 4^{ème} générale, j'ai été faire « aspirante en nursing » et donc maintenant je sais que ça passe, que s'est passé jusqu'en 7^{ème}. Maintenant, quand tu termines « aspirante en nursing » en 6^{ème}, tu dois faire une 7^{ème} pour pouvoir continuer des études après. Mais moi, à mon époque, je fais infirmière depuis trois ans déjà, donc on rajoute donc je fais trois ans, j'ai terminé à 3 ans, j'ai deux en un en retard parce que j'ai essayé, j'étais malade donc j'avais commencé, j'avais arrêté. Donc ça fait 8 ans que j'ai fini ma 6^{ème} secondaire.

- **Int** : Ok.

- **Inf** : Donc voilà. Moi quand j'ai terminé « aspirante en nursing », après 6^{ème}, on pouvait directement faire ce que l'on voulait. On avait vraiment accès à tout. C'est juste qu'il fallait se remettre à niveau. Par exemple, s'il fallait faire médecine, il fallait se remettre à niveau pour les cours de math. Tout ça, parce qu'il y avait des cours qu'on n'avait plus, parce que c'était vraiment axé sur des cours de soins. On avait déjà commencé à faire des stages en crèche, à l'école maternelle. C'était vraiment chez l'individu sain en fait d'abord, avant d'attaquer tout ce qui est malade et tout.

42 - **Int** : Oui, ok.
43
44 - **Inf** : Voilà, ça j'ai fait en 5^{ème}. En 6^{ème} juste, j'ai dû faire, donc en fin de 6^{ème}, il y avait
45 la possibilité de faire un stage en pédiatrie où on voulait vraiment côtoyer le côté
46 hôpital. Et donc j'avais fait en pédiatrie... je crois que c'est de l'accouchement...
47 voilà, de l'accouchement, quelque chose comme ça. Donc j'ai fait pédiatrie et euh...
48 après là, directement, bah voilà, je me suis dirigée vers mes études d'infirmière, donc
49 j'étais déjà dans l'esprit.
50
51 - **Int** : Dans le bain, quoi...
52
53 - **Inf** : Dans le bain, voilà ! J'étais déjà habituée au stage parce qu'en 5^{ème}/6^{ème} j'avais
54 déjà plein de stages même si ce n'était pas avec les malades et tout mais... j'étais dans
55 le rythme, on va dire.
56
57 - **Int** : Et donc ici, dans cette maison de repos ici, ça fait trois ans que vous travaillez ?
58
59 - **Inf** : Ça fait trois ans, oui.
60
61 - **Int** : Ok. Donc, vous n'avez travaillé qu'ici alors ? Depuis que vous êtes diplômée.
62
63 - **Inf** : En fait, quand je faisais mes études d'infirmière, j'avais un job étudiant chez les
64 aides-soignantes dans une maison de repos. Et quand j'ai fini normalement je m'étais
65 déjà inscrite pour le juillet-août, comme je le faisais d'office chaque année. Et j'avais
66 réussi d'office en fin de 3^{ème}. Et donc là, ils m'ont proposé de remplacer une infirmière
67 qui venait d'accoucher ou quelque chose comme ça. Donc, là, j'ai travaillé là pendant
68 6 mois.
69
70 - **Int** : Ok. Et puis après vous êtes venue ici ?
71
72 - **Inf** : Oui. Et c'était à Anderlecht, donc c'était vraiment pour le trajet même que je
73 cherchais un peu plus près, parce qu'à l'époque j'habitais à Wezembeek-Oppem.
74 Donc, je cherchais vraiment aux alentours pour ne pas me taper jusqu'Anderlecht.
75
76 - **Int** : Je comprends.
77
78 - **Inf** : Et j'ai trouvé ici, et depuis, voilà, j'ai la chance de tomber sur un CDI direct. Je
79 me suis dit, ce n'est pas tous les jours et pour l'instant je m'y plais. L'année passée,
80 j'ai fait une formation en psycho-gériatrie à Erasme, et donc pour l'instant je suis là.
81 On verra bien jusqu'où ça va me mener, mais ce que j'aime bien dans le métier aussi,
82 c'est qu'il y a plein de portes ouvertes, donc je pourrais toujours aller ... C'est pour ça
83 que je l'ai fait d'ailleurs.
84

- 85 - **Int** : Ça va, et votre fonction ici ? Vous êtes infirmière ?
86
- 87 - **Inf** : Infirmière, oui.
88
- 89 - **Int** : Infirmière, ok. Super, et vous pouvez juste me préciser votre tranche d'âge ?
90
- 91 - **Inf** : J'ai 27 ans.
92 - **Int** : Ok. Vous avez 27 ans, super. Alors, pour entrer un peu dans le vif du sujet, je
93 vais vous faire part d'une petite situation. Donc, lorsque vous êtes face à un résident
94 qui a une dégradation de son état et qui nécessite des soins urgents, mais qu'il est dans
95 l'incapacité d'exprimer ses souhaits, qu'est-ce que vous faites pour connaître ses
96 souhaits ? Face à ce genre de situation ?
97
- 98 - **Inf** : Pffou, c'est une question un peu (temps de réflexion) c'est un peu compliqué
99 parce que c'est vraiment l'habitude qui nous fait aussi... Parce qu'il y a des patients,
100 surtout en maison de repos, l'avantage qu'on a, c'est que ces gens, ils vivent ici. Et
101 donc, petit à petit, on apprend d'habitude... Par exemple, c'est le 0, c'est un service où
102 sont concentrés les gens qui ont l'Alzheimer et tout ça. Qui sont vraiment désorientés.
103 Dans le temps, dans l'espace. Alors, maintenant c'est très facile pour moi parce que je
104 connais déjà ces patients donc je sais vraiment comment les approcher, tout ça. Et
105 quand il y a un problème, on le voit mais avec l'habitude, parce qu'on connaît la
106 personne. On connaît par les mimiques, on voit bien qu'il n'est pas comme d'habitude.
107 Et donc là, même les aides-soignantes, on a besoin de l'aide des aides-soignantes
108 parce qu'eux lavent les gens, donc ils le voient aussi. Le matin même, ils disent :
109 « Ecoutez, cette dame, elle a vraiment l'air, elle n'a pas l'air bien... ». Je ne sais pas
110 vraiment expliquer parce qu'ils savent pas parfois expliquer, mais ils disent : « Je vois
111 que ça ne va pas ». Donc, je m'appuie beaucoup sur mes paramètres, je prends des
112 paramètres et par rapport aux paramètres, je vois comment il est d'habitude et là je
113 sais dire que voilà. Il y a un truc qui ne va pas vraiment bien.
114
- 115 - **Int** : Ok. Et qu'est-ce qui va vous faire vous orienter vers une décision plutôt qu'une
116 autre ? Je ne sais pas, j'appelle le « SMUR » ou alors, bah non, cette personne-là, elle
117 est plutôt dans un projet de soins, de soins palliatifs ou quelque chose comme ça. Je
118 vous donne les exemples les plus extrêmes pour voir qu'est-ce qui va vous orienter...
119 Voilà, maintenant vous voyez que le patient, avec vos paramètres, avec l'avis des
120 aides-soignantes, etc, il est moins bien. Et là, qu'est-ce que vous faites ? Comment est-
121 ce que vous trouvez ?
122
- 123 - **Inf** : Oui, en fait, on s'appuie, vraiment le paramètre c'est le protocole. Donc, moi je
124 prends mes paramètres, le paramètre est pas bon, donc j'ai plein de patients parfois ce
125 n'est pas bon mais ça dépend combien pas bon. Je vais dire quelqu'un qui
126 « désature », qui a 93, enfin 92, voilà. J'essaye d'évaluer, voir comment ça va aller
127 dans la journée, mais il y a des cas dans lesquels la personne, elle a 85, il n'y a rien à
128 faire. Je dois appeler le 112 direct. Donc c'est vraiment cas par cas. Et pour répondre à

129 la question, pour savoir... on fait signer au médecin des papiers pour des gens qui sont
130 en soins de confort ou des choses comme ça. Quelqu'un qui est déjà, il y a un papier
131 signé du médecin qui dit : « Voilà, cette patiente c'est un soin de confort, il n'y a rien
132 à faire » ; mais quand ça s'aggrave, tout ce que je fais donc c'est appeler le médecin,
133 mettre au courant la famille, mais tout le monde sait que la patiente... il faut la laisser
134 tranquille. Parce qu'en maison de repos, on n'aime pas trop (temps de réflexion).
135 Récemment, on a eu une patiente qui était pas bien, ça nous embêtait un peu de
136 l'envoyer à l'hôpital parce qu'on voit bien qu'ils ne vont pas faire grand-chose. Alors
137 c'est plus sécurisant, pour ces gens-là, de mourir dans l'endroit où ils sont habitués, ça
138 sert à rien de l'emmener dans un hôpital. Il y a déjà le stress de « il ne connaît pas, il
139 est où ? » parce qu'ils sont désorientés, il ne sait pas où il est, il ne sait pas qu'est-ce
140 qu'il se passe. Alors qu'ici, c'est leur chambre, c'est leur environnement, ils meurent
141 en paix. Donc ça c'est vraiment (temps de réflexion). On ne prend pas la décision
142 comme ça, c'est vraiment tous les points qui rentrent en fonction. C'est par rapport à
143 ça qu'on va décider, je ne peux pas prendre la décision comme ça. Je décide en
144 passant, elle est nouvelle, elle vient d'arriver, c'est clair que c'est un peu comme à
145 l'hôpital, alors on agit un peu, voilà. Elle n'est pas bien, on va appeler l'hôpital, on va
146 appeler le médecin, mais il y a des patients qu'on connaît. Tu sais que le médecin, il
147 ne va rien faire, il est tranquille, il faut la laisser tranquille. Juste soigner, que le
148 patient, le plus important, c'est que la personne parte sans douleur en fait. Essayer de
149 vraiment soigner, qu'il soit le plus en confort possible, voilà. Le confort, vraiment, du
150 patient. Pour assumer ça, c'est vraiment cas par cas. Ce qui est dans le dossier, ce qui
151 est signé ou pas.

152

153 - **Int** : Donc c'est surtout au niveau du dossier, des documents qui sont...

154

155 - **Inf** : Voilà, si on sait déjà que le patient, il ne faut pas le déranger, il faut la laisser
156 tranquille... C'est un peu comme les NTBR, tu sais que la personne, il faut réanimer
157 ou pas. C'est pareil en fait, il y a des gens, voilà, ils ont déjà eu un épisode où voilà, ils
158 n'étaient pas bien, on les avait mis en soins de confort et, tout d'un coup...

159 **Interruption de l'entretien**

160 - **Inf** : Et donc je disais, oui, c'est un peu comme un patient qui est en NTBR donc c'est
161 voilà, quand tu ouvres le dossier, tu vois qu'il ne faut pas le réanimer. Et bien quand
162 ça ne va pas, tu ne réanimas pas. Mais là c'est pareil, il y a des patients qui sont passés
163 par un moment où ils étaient vraiment mal en point, où toutes les décisions étaient
164 prises, la famille, le patient, le médecin, et voilà cette personne, il faut la laisser
165 tranquille, qu'elle parte tranquillement en soins de confort. Mais tout ça, ça reste dans
166 le dossier. Imaginons que ça va un peu mieux, c'est tant mieux pour la personne, mais,
167 si un mois après, deux mois, il y a encore un souci, et bien, on sait toujours se référer à
168 ces dossiers-là. Savoir que cette patiente-là, la famille ne veut pas qu'on s'acharne,
169 que le médecin ne veut pas et là, on va agir doucement. On va pouvoir commencer par
170 la morphine pour pas qu'il ait mal mais on va le laisser partir en paix.

171

- 172 - **Int** : Donc si vous trouvez un document dans le dossier, qui prend la décision de dire :
173 « Ah bah voilà, c'est écrit dans le dossier... » ?
174
- 175 - **Inf** : C'est la famille et le médecin.
176
- 177 - **Int** : Mais, quand vous vous êtes face au patient, vous trouvez le document, est-ce que
178 vous, en temps qu'infirmière, vous pouvez dire : « Eh bien voilà, le document est
179 signé, je ne fais rien. » Ou est-ce que vous devez rappeler le médecin traitant ? Qui va
180 prendre la décision finale ?
181
- 182 - **Inf** : L'infirmière. Je vais dire, moi je suis responsable, voilà, si le matin je travaille
183 pour ce couloir là, tout ce qui se passe, c'est d'abord moi la responsable. Mais s'il y a
184 un problème, je peux référer plus haut donc d'abord les décisions c'est moi qui les
185 prends. Même si ma décision c'est d'abord d'appeler ma chef, mais c'est quand même
186 une décision. Donc voilà, c'est moi qui suis en premier lieu, donc moi je regarde le
187 cas. Je dis : « Ecoutez, on va d'abord regarder dans le dossier qu'est-ce qu'il y a dans
188 le dossier ». La patiente est pas bien, parfois j'appelle 112, il l'envoie à l'hôpital mais
189 on sait que la dame est peut-être en fin de vie, je sais pas moi, elle a peut-être déjà 100
190 ans ou quoi... Ecoutez je vais écouter le patient, s'il n'y a rien dans le dossier, on
191 appelle d'office le médecin. Parfois il y a quand même dans le dossier mais j'appelle
192 quand même parce que je me dis quand elle est en face, que ce soit la famille ou le
193 médecin, ils veulent toujours savoir le suivi de leur patient. Même si le dossier te dit,
194 voilà, la dame il faut rien faire et bien, ça ne nous empêche pas d'appeler quand même
195 son médecin, de prévenir et d'appeler la famille. Mais généralement, quand un papier
196 comme ça est fait, ce n'est pas dans un mois qu'ils vont changer d'avis... Ils ne vont
197 pas te dire, un mois après : « Non, finalement non, acharnez-vous, faites ça... ».
198 Généralement, c'est des décisions bien réfléchies, ils ont bien pris la décision. Et que
199 ça restera comme ça, quoi.
200
- 201 - **Int** : Et donc il y a quand même un certain rôle du médecin traitant là-dedans ?
202
- 203 - **Inf** : Le médecin traitant a un rôle très très important parce que c'est lui qui signe le
204 papier, en accord avec la famille donc il est plus important même. Voilà, nous on peut
205 parfois dire: « Oui, cette dame, il faut peut-être la soigner, l'envoyer à l'hôpital ».
206 Mais si le médecin traitant et la famille exigent que non... il faut la laisser tranquille,
207 nous on va suivre.
208
- 209 - **Int** : Ok.
210
- 211 - **Inf** : On est vraiment derrière la décision du médecin traitant et quoi qu'on fasse, on
212 l'appelle souvent, d'office même je peux dire, le médecin pour le patient, parce qu'il
213 doit savoir ce qui se passe et la famille aussi.
214

215 - **Int** : Donc, si je résume un peu, donc, face à cette situation, vous regardez le dossier,
216 s'il y a un document, vous appelez quand même la famille et le médecin traitant pour
217 prévenir mais vous pouvez prendre la décision de ne rien faire.
218

219 - **Inf** : Oui, parce que c'est déjà écrit.
220

221 - **Int** : Parce que c'est déjà écrit. Et s'il n'y a pas de papier, alors là ?
222

223 - **Inf** : Là, il faut faire tout bien sûr.
224

225 - **Int** : Ok.
226

227 - **Inf** : Mais il faut faire tout, donc on va appeler un médecin, il faut qu'il passe et qu'il
228 nous dise quoi. Au cas où il y aurait un problème. Même s'il n'y avait pas le problème
229 jusqu'au point de, mais, on va profiter du problème pour qu'il remplisse les papiers
230 justement au cas où quelque chose arrive, qu'est-ce qu'on doit faire. C'est dans des
231 situations comme ça qu'on profite de faire remplir les papiers. Surtout qu'on voit que
232 la personne se dégrade, donc tout peut arriver d'un jour à l'autre, donc autant remplir
233 tous les dossiers, que tout soit en ordre, comme ça le jour où quelque chose arrive, et
234 bien, on a déjà tout en main.
235

236 - **Int** : Et donc, ce papier que vous me dites justement que c'est à des moments que la
237 personne se dégrade qu'on pense à le faire remplir ?
238

239 - **Inf** : Oui.
240

241 - **Int** : Est-ce que vous avez une procédure un peu systématique ? Comment est-ce que
242 vous abordez ces directives anticipées ici, au sein de l'institution ?
243

244 - **Inf** : On n'en a pas, c'est comme je dis, nous, personnellement en temps
245 qu'infirmières ici, on n'a pas vraiment de directives de papiers, c'est déjà pré-fait. Il y
246 a des papiers, tout le monde va voir dans le dossier, mais c'est vraiment par rapport à
247 l'état de la patiente. Il y a ici des gens qui entrent qui sont bien. Donc, c'est clair qu'on
248 discute pas d'office de ce papier. Ni le médecin, on n'y pense pas d'office. Il y aussi
249 des gens qui viennent de leur maison, par exemple, pour les NTBR : « Moi, je suis
250 conscient de mon truc, je ne veux déjà pas ! Quoi qu'il arrive, foutez-moi la paix.
251 Laissez-moi tranquille. » Voilà, il y a des gens, déjà chez eux, ils se préparent à ça
252 mais il y a d'autres gens, ils ne se préparent pas tous. Ils viennent avec, il n'y a rien
253 qui est signé, aucun papier, on ne sait rien. C'est déjà arrivé aussi quelqu'un est en
254 train de... on ne sait pas si je dois réanimer, on doit faire quoi ? Donc, nous on essaie
255 de prendre de l'avance, mais c'est vraiment quelque chose comme j'ai dit, plus quand
256 la situation commence à se dégrader. C'est là, qu'il y a question de ce papier-là.
257

- 258 - **Int** : Ok.
259
- 260 - **Inf** : Parce qu'on se rend compte dans l'équipe, on en parle : « Tiens ! Cette dame, elle
261 n'est plus bien, elle dégrade vraiment, ça pourrait arriver qu'elle meure dans peu de
262 temps ou tout peut arriver, est-ce que le papier est déjà rempli ? ». Là, on commence à
263 penser. Mais, généralement, quand la personne est bien quand elle est rentrée chez
264 nous, que tout va bien, non, on ne pense pas d'office.
265
- 266 - **Int** : Ok.
267
- 268 - **Inf** : On essaye de profiter des dernières soins bien qui lui reste. Voilà, sauf si elle-
269 même, elle aborde le sujet ou bien elle l'avait fait avec son médecin, parfois ça arrive
270 aussi. Ils ont déjà tout réglé avec son médecin. Et nous on arrive, il y a déjà un papier,
271 un dossier rempli. Mais c'est vraiment les cas où il n'y a rien comme papier que nous
272 on y pense vraiment à partir de la dégradation.
273
- 274 - **Int** : Ok.
275
- 276 - **Inf** : Qu'on se rend compte qu'il y a une dégradation et il faut qu'on mette le papier en
277 ordre quoi.
278
- 279 - **Int** : Et vous parlez beaucoup de « nous » ? De réunion(s) ? Vous faites beaucoup de
280 réunion(s) à ce sujet ?
281
- 282 - **Inf** : Il y a des briefings et on discute beaucoup comme je vous l'ai dit, on ne prend
283 jamais vraiment de décisions nous-mêmes. Quand on sait quelque chose, on le partage
284 au briefing parce qu'on aime bien avoir l'avis de nos chefs, ce qu'ils en pensent, tout
285 ça. Dans l'immédiat, s'il y a quelque chose qui arrive, c'est clair que je décide, je vais
286 appeler mon chef pour prévenir ce que j'ai fait, mais je décide. Mais généralement,
287 quand il n'y a pas quelque chose dans l'immédiat, on en discute. En tout cas, moi, j'en
288 discute. Je parle en briefing : « Qu'est-ce que vous pensez, vous pensez ça et je
289 pensais même faire ça... ». Là, mes chefs vont me dire : « Tiens, là tu peux diriger là
290 ou faire comme ça... ». Donc voilà, dans l'urgence, je décide d'office, mais sinon je
291 discute d'abord et je donne mon point de vue, c'est pour ça que je parle de nous. Parce
292 que, moi, je prends beaucoup l'avis de mes chefs, de mes collègues. C'est vraiment un
293 travail en équipe, c'est rare que je décide moi-même. Je prends la décision, je le dis à
294 mes collègues, non. Généralement, au briefing, j'en ai parlé, je dis « Voilà : telle
295 dame, il y a ça, je vais faire ça, je pense faire ça ». Et là, chacun échange. Parfois, tu es
296 bien étonné, tu pensais à un truc et ton collègue va te sortir un autre truc plus
297 intéressant et tu te dis : « Oh finalement, on va essayer comme ça. ». Donc d'où
298 l'avantage toujours de discuter quoi.
299
- 300 - **Int** : Ces briefings, c'est quelque chose de journalier ?
301

302 - **Inf** : De collectif. Tous les jours, tous les jours. Donc, le matin, à huit heures, on a un
303 briefing pour l'équipe de nuit qui vont céder le travail à l'équipe de jour. Et là,
304 maintenant à 13 heures, on vient d'avoir un briefing pour l'équipe de l'après-midi,
305 donc dans tous les cas, tu expliques et ils sauront du nouveau, le soir pour l'équipe et
306 ainsi de suite. Et c'est tous les jours et vraiment, on profite de ce moment là parce
307 qu'on a vraiment toute l'équipe. On profite pour parler, discuter si à ce moment-là, tu
308 as quelque chose à suggérer, pour moi en tout cas c'est souvent le bon moment pour ce
309 genre de chose. Et là, il y a nos chefs, donc il y a vraiment tout le monde pour mettre
310 les choses en place. Pour avoir les avis de tout le monde aussi, en fait, voilà.
311

312 - **Int** : Super, donc vous abordez surtout le sujet des directives anticipées avec les
313 personnes quand il y a une détérioration de l'état ?
314

315 - **Inf** : Mmmh, oui.
316

317 - **Int** : Et comment est-ce que vous abordez ce sujet ? C'est un sujet avec lequel vous
318 vous sentez à l'aise ? Qui est-ce qui va aborder ça avec le patient ?
319

320 - **Inf** : Le patient, c'est difficile parce que... C'est pour ça que je donne l'exemple de
321 « C 0 ». Elle est complètement elle est détériorée, donc elle se rend même plus compte
322 en fait. Pour ce patient, là c'est plus l'aggravation qu'on parle parce qu'ils sont déjà...
323 Donc quand tu vas au « C 0 », c'est tous des patients, la majorité, ils ont l'Alzheimer,
324 ils se rappellent déjà plus, donc il n'y a pas vraiment de moyen de discuter avec eux,
325 de leur faire comprendre qu'il y a un souci ou quoi, non. C'est plus avec la famille et
326 nous on se rend compte parce qu'il y a des stades aussi. Ils arrivent, moi il y a 3 ans, il
327 y a des patients que j'ai connus qui avaient déjà Alzheimer. Mais que tu vois
328 maintenant ça a flanché quoi... C'est catastrophique. C'est de là que moi, j'interviens
329 parce que je vais parler je dis : « Tiens, vous ne remarquez pas que monsieur, il a...
330 Est-ce qu'on ne peut pas appeler le médecin ? Peut-être revoir les traitements ? ». Des
331 discussions comme ça, on en a souvent mais c'est rare que ça parle de quelqu'un qui
332 n'avait rien du tout, qui vraiment se détériore. Donc, on a des patients vraiment bien,
333 généralement, bien ciblés. Pour des patients qui sont bien, c'est plus des moments de
334 confusion, mais généralement, ils ne passent pas des personnes qui sait à des
335 personnes qui sait rien du tout. On a rarement des patients qui passent de rien à dire
336 directement Alzheimer. En tout cas, moi je n'en ai pas encore vu souvent, ils sont
337 Alzheimer. Mais alors, ça commence à s'aggraver. Et là, d'office, on le constate. Parce
338 que dans la vie de tous les jours, il y a des choses qu'ils arrivent à faire ou qu'ils
339 arrivent plus, ils comprennent plus des petites choses qu'ils comprenaient très bien. La
340 discussion aussi donc nous on passe du temps comme je l'ai... la défense à l'hôpital
341 c'est chez eux. Donc voilà, il y a des patients, tu discutes beaucoup avec eux et tout
342 d'un coup tu vois qu'ils sont plus cohérents, qu'ils suivent plus. Mais nous, on va voir
343 qu'il y a une aggravation de la maladie. Donc là, directement on parle entre nous, on
344 fait venir le médecin, on revoit le traitement, on essaye de voir si on peut faire quelque

345 chose ...

346

347 - **Int** : Ok.

348

349 - **Inf** : Mais parfois, il arrive que le médecin arrive et dise : « Ecoutez, Monsieur, la
350 maladie est tellement avancée que c'est un peu des soins de confort, mais au niveau
351 physique même, il n'y a plus rien vraiment à faire, hein. » On ne va pas commencer à
352 donner plus de médicaments ou quoi, on va le laisser tranquille, il faut juste un peu de
353 confort à ce niveau-là.

354

355 - **Int** : Ok. Donc c'est vraiment surtout avec le médecin traitant et les familles.

356

357 - **Inf** : Oui, on travaille surtout avec le médecin et la famille.

358

359 - **Int** : Ok.

360

361 - **Inf** : Des discussions parce que de toute façon, c'est au médecin traitant que revient la
362 décision finale, en accord avec la famille.

363

364 - **Int** : Ok.

365

366 - **Inf** : D'office, parce que si le médecin veut et que la famille ne veut pas, ils doivent
367 être en accord tous les deux. Parce que souvent nous on est avec eux donc, nous on
368 ramène le problème mais c'est à eux finalement de prendre la décision finale et nous
369 on suit le protocole. Et quand ça ne va pas, ça marche pas, on rappelle et on dit :
370 « Voilà, on a essayé ça, ça va pas ». Donc tout le monde est important finalement.
371 Tout le monde est important dans ce cercle, que ce soit le soignant, le médecin et la
372 famille, c'est vraiment un cercle qui travaille ensemble pour le patient quoi.

373

374 - **Int** : Ok.

375

376 - **Inf** : Et tous les trois doivent être en accord.

377

378 - **Int** : Et donc, lorsque cette décision est prise, pour que l'ensemble de l'équipe soit au
379 courant ici, au sein de la maison de repos, c'est surtout via le dossier alors ?

380

381 - **Inf** : C'est via le dossier, mais maintenant on fait beaucoup d'informatisation aussi
382 maintenant, ça a commencé. Donc c'est les mails. On envoie beaucoup de mails et là
383 d'office on envoie le mail à tout le monde, il suffit juste de rentrer dans le mail et là tu
384 peux voir s'il y a quelque chose d'important, une information importante comme je le
385 disais. Le briefing tous les jours donc on en reparle plus les mails qui sont envoyés.

386

387 - **Int** : Il y a plusieurs moyens de communication.

388

389 - **Inf** : Voilà.
390

391 - **Int** : Ok. Super. Alors, si je vous pose un peu, pour vous, personnellement, quelle est
392 la définition de directive anticipée ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?
393

394 - **Inf** : (Temps de réflexion) Franchement, je n'en savais pas grand-chose avant que
395 vous ne veniez m'en parler. Je me suis dit mais « de quoi on va parler ? ». Donc du
396 coup, je résume comme ça, je me suis dit elle va venir me voir pour me parler, pour
397 que je dise des décisions qu'on peut prendre nous, seuls ou avec en appui avec
398 d'autres gens ou quoi. Donc, pour moi ça résume un peu ça en fait.
399

400 - **Int** : Ok. Ça va.
401

402 - **Inf** : Ce sont les décisions que je peux prendre seule ou avec l'appui de médecins ou
403 de machin ou de nos chefs ou avec l'équipe justement. Ce que je sais que je peux
404 prendre spécialement moi mais vous voyez que je prends les décisions sans vraiment
405 prendre les décisions. Je prends parce que je suis l'infirmière du service au moment
406 même et que c'est moi qui ai évalué, qui ai constaté la chose donc je l'amène vers
407 mes collègues mais finalement, si on regarde bien, je ne prends pas la décision toute
408 seule. Parce qu'il y a toujours une discussion et voilà. Donc, moi je résume comme ça
409 mais peut-être que je me trompe hein, je n'en sais rien.
410

411 - **Int** : Non, moi je demande juste d'avoir votre définition à vous, donc c'est parfait.
412

413 - **Inf** : Oui, voilà. Pour moi, je l'ai vraiment pris comme ça.
414

415 - **Int** : Ça va. Alors pour vous, qu'est ce qui facilite la mise en place de ces directives
416 anticipées en maison de repos ici ?
417

418 - **Inf** : La mise en place parce qu'on avait un gros problème de communication et là ça
419 vient d'arriver via internet donc ça va beaucoup mieux. Et j'espère que ça va continuer
420 comme ça, maintenant on a toutes les infos. Parce qu'on avait un gros problème de
421 communication mais il suffit juste, voilà, je parle d'un patient aujourd'hui, on a le
422 briefing aujourd'hui, on en parle, peut-être demain on en parle mais peut-être que
423 vendredi, on ne va plus en parler. Puisque c'est dans le dossier, donc la personne qui
424 vient vendredi et qui n'était pas là de toute la semaine, bah, il a zappé ce truc. Donc on
425 avait des dossiers de transmission ciblés où il fallait à chaque fois noter mais...
426 comme partout, il y a des collègues qui le font... y en d'autres qui ne le font pas.
427 Parfois, pour avoir une info, c'était tout un bazar, donc tu apprenais par hasard... Mais
428 maintenant avec internet, il n'y a plus moyen parce que maintenant il y a déjà des
429 anciens trucs donc transmission ciblée tout ça mais aussi internet. Donc maintenant,
430 on envoie le mail à tout le monde et tout le monde est au courant normalement ; ça se
431 passe... pour l'instant ça se passe bien.
432

- 433 - **Int** : Ok.
434
- 435 - **Inf** : Donc c'est plus facile maintenant d'envoyer l'info à tout le monde, je parle juste
436 entre nous, mais aussi les kinés, les ergos, ... Tout ça aussi était très difficile pour
437 nous. Il y a aussi la cuisine, la pharmacie, il y a tous les gens. Parfois l'information, elle
438 ne passait pas d'office, on avait vraiment un gros problème de communication.
439
- 440 - **Int** : Ok. Donc c'est surtout la communication le problème principal.
441
- 442 - **Inf** : Voilà.
443
- 444 - **Int** : Si je vous demande les difficultés à la mise en place ?
445
- 446 - **Inf** : C'est plus la communication, ça ne passait pas toujours. Mais bon, maintenant,
447 on met des outils pour que ça se facilite mais on attend. On vient de commencer donc
448 on se laisse un peu de temps, mais voilà. Mais, depuis que ça a commencé, je trouve
449 que c'est un bon point. Il y a plein de choses que je n'étais pas d'office au courant, bah
450 je reviens, j'ouvre mon mail, j'ai plein d'infos. Et je me dis : « Tiens ! ça fait
451 plaisir ! ». Parce que je ne les avais pas toujours quand j'arrivais. Il fallait que j'aille
452 chercher ou bien venir aller le lire une semaine plus tard ce qu'il y avait... Mais il n'y
453 a pas toujours tout donc... C'est plus la communication le gros problème.
454
- 455 - **Int** : Et c'est tout type d'information que vous recevez par mail ?
456
- 457 - **Inf** : Tout type. Tout le monde peut donner l'info, je veux dire, l'ergo peut écrire
458 quelque chose et l'envoyer à ... Tu peux cibler aussi à qui tu envoies. Donc si tu veux
459 que toutes les infirmières soient au courant, et bien, tu n'as qu'à appuyer pour que
460 toutes les infirmières soient au courant. Et d'office elles sont au courant. Donc
461 maintenant, tout peut partir par là. Et c'est le but d'ailleurs, plus tard, c'est que tout
462 passe par là.
463
- 464 - **Int** : Mais c'est vraiment les e-mails ?
465
- 466 - **Inf** : Oui c'est les e-mails.
467
- 468 - **Int** : Ce n'est pas un dossier informatisé ou quelque chose ?
469
- 470 - **Inf** : Non. Non, maintenant il y a aussi les dossiers du patient, donc maintenant on a
471 commencé lundi et maintenant ils sont en train d'encoder les traitements dans leur ordi
472 et il y a aussi les transmissions ciblées par patient qui est fait dans l'ordi mais tout ça
473 c'est nouveau. Je crois que ça fait 4 jours que je fais ça... Ça fait 4 jours que j'ai appris
474 à faire une transmission ciblée d'un patient dans l'ordi, c'est pour ça que je ne vous en
475 parle pas beaucoup. C'est tout nouveau. Mais à mon avis, si vous... j'espère que vous
476 vous allez réussir et ce sera bien, mais bon, si un jour vous revenez, ce sera déjà mieux

- 477 les réponses.
- 478
- 479 - **Int** : Ça va, et vous me parlez surtout de communication comme grande difficulté, est-ce qu'il y a une autre difficulté que vous voyez ?
- 480
- 481
- 482 - **Inf** : Difficulté... je ne sais pas pour les autres mais pour les infirmiers même c'est
- 483 toujours la même chose comme partout, il y a l'histoire de personnel. Il y a des jours
- 484 où il a... mais ça c'est d'un jour à l'autre. C'est d'un jour à un autre, aujourd'hui je ne
- 485 peux pas me plaindre, je suis avec une étudiante, donc il y a bien quelqu'un qui a pas
- 486 bossé. C'est des difficultés comme ça mais plus des difficultés qu'on retrouve partout.
- 487
- 488 - **Int** : Donc c'est plutôt, sur le travail, un manque de temps, un manque de personnel ?
- 489
- 490 - **Inf** : Manque de personnel parfois. Mais je n'en parle pas parce que c'est vraiment
- 491 partout où vous irez ce sera le même problème. C'est toujours mieux d'avoir un
- 492 personnel en plus, qu'il y a quelqu'un partout mais bon ça... il n'y a pas toujours.
- 493
- 494 - **Int** : J'ai juste une dernière question, ce serait pour savoir si vous deviez améliorer
- 495 quelque chose ? Dans une directive anticipée, qu'est-ce que vous feriez ?
- 496
- 497 - **Inf** : Moi personnellement, vous seriez venue vers moi, je vous aurait dit la
- 498 communication, c'est de ça qu'on se plaignait, c'était le gros problème et il l'a
- 499 remarqué lui-même. On lui disait : « Ecoutez, on ne sait pas quoi faire parce qu'il y a
- 500 des choses importantes, pour nous, en temps qu'infirmière ». Quand tu arrives après
- 501 une semaine, il y a des infos importantes qu'on avait pas. Donc c'était vraiment le gros
- 502 problème, il fallait vraiment de l'organisation, bien organiser les choses, qui fait quoi
- 503 et machin. Et c'est pour ça, tout est nouveau maintenant, je vais vous dire, pour le
- 504 moment j'ai l'impression que ça va mieux. Mais je laisse encore le temps de voir
- 505 vraiment. Si je devais changer quelque chose il y a quelques mois, c'est ça que
- 506 j'attaquerais. Organiser, auprès des collègues, savoir quoi et plus de personnel donc
- 507 les mêmes problèmes et la communication.
- 508
- 509 - **Int** : Donc c'est parfait finalement, il y a des solutions qui se sont mises en place.
- 510
- 511 - **Inf** : Il y a des solutions qui se sont mises en place donc maintenant on attend de voir
- 512 que tout ça fonctionnent.
- 513
- 514 - **Int** : Ok.
- 515
- 516 - **Inf** : Ça va ?
- 517
- 518 - **Int** : Bah super, et bien voilà, merci beaucoup en tout cas !
- 519

520 - **Inf** : De rien, avec plaisir. Mais ça vous a aidé les réponses ?

521

522 - **Int** : Oui, bien sûr ! Toutes les réponses sont toujours aidantes.

523

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