

Annexe 8. B. 8. Retranscription PID1

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

1
2
3
4
5
6 “- **Interviewer** : Voilà, donc on est enregistrés. Donc dans un premier temps je vais juste
7 vous demander si vous pouvez vous présenter au niveau de votre formation, votre fonction ici
8 dans l'institution, ... ?

9
10 - **Infirmier** : Donc moi je suis infirmier, donc je travaille depuis, ça fait dix-neuf ans que
11 je travaille. J'ai travaillé dans le milieu hospitalier auparavant, et ici je travaille à mi-
12 temps, et je travaille aussi à mi-temps dans une autre maison de repos. Donc voilà, ça
13 c'est ma formation de base.

14
15 - **Int** : Ok, super. Et vous pouvez juste situer votre tranche d'âge ?

16
17 - **Inf** : J'ai 39 ans.

18
19 - **Int** : Ok. Super, parfait, merci beaucoup. Alors, pour vous mettre un peu dans le sujet,
20 je vais vous parler d'une situation : donc imaginons que vous avez un résident en face
21 de vous qui présente une dégradation de son état, donc il nécessite des soins, mais il
22 est dans l'incapacité de vous dire ce qu'il veut ou ce qu'il ne veut pas comme soins,
23 qu'est ce que vous faites pour connaître les volontés de ce patient en ce qui concerne
24 les soins qu'il veut ou qu'il ne veut pas ?

25
26 - **Inf** : Et bien c'est ça la plus grande difficulté, parce que quand le patient ne sait pas
27 nous dire ce qu'il veut on doit alors à ce moment là se diriger vers la famille. Donc on
28 va voir avec la famille s'ils en ont déjà discuté avant, et le médecin traitant
29 éventuellement, parce qu'éventuellement il connaît le patient depuis longtemps et il
30 sait aussi plus ou moins ce qu'il voulait, mais quand le résident lui-même ne sait pas
31 s'exprimer, généralement c'est la famille qui intervient dans ces choix.

32
33 - **Int** : Ok, donc c'est plutôt une discussion avec la famille alors ?

34
35 - **Inf** : Oui, une discussion avec la famille, avec le médecin traitant, donc à ce moment
36 là, et ça à notre niveau, c'est principalement les chefs infirmières avec le médecin, et
37 la famille ou le patient lui-même s'il sait ce qu'il veut. Nous, on parle entre nous, en
38 équipe, on intervient pas personnellement dans la discussion avec la famille, ça c'est
39 une réunion dans laquelle on intervient pas.

40
41 - **Int** : Ok, et quand vous en parlez en équipe c'est à quelle occasion ?

42

- 43 - **Inf** : Aux briefings, avec les aides-soignantes et les infirmiers de la journée, et chacun
44 peut discuter et dire éventuellement ce qu'il s'est passé avec certaines personnes, ...
45
- 46 - **Int** : Et c'est tous les jours ces briefings là ?
47
- 48 - **Inf** : C'est tous les jours.
49
- 50 - **Int** : Ok, donc c'est à ce moment là que vous transmettez ces informations alors ?
51
- 52 - **Inf** : Oui. Enfin, généralement on transmet directement à l'infirmière-chef quand on la
53 voit, mais dans le briefing on en parle directement avec tout l'équipe. Comme ça tout
54 le monde est au courant de la situation.
55
- 56 - **Int** : Ok. Donc là vous me parlez plutôt de discussion, est ce qu'il y a quelque chose
57 qui est mis en place dans l'institution ici, que vous mettez en place, pour connaître ces
58 souhaits, et bien justement avant cette situation qu'on vient d'aborder ?
59
- 60 - **Inf** : Oui. Ici, ils font ça avec les résidents avant. Donc on fait les demandes de
61 directives de fin de vie. Donc, moi, personnellement, je les fais pas. Donc c'est soit la
62 chef infirmière, soit la référente démence aussi, ou la psychologue je ne pense pas
63 qu'elle fait ça ?, et le médecin traitant. Donc on fait les directives de fin de vie
64 anticipées, à partir du moment où la personne, elle est encore bien, et là, je trouve,
65 c'est les situations les plus claires et les plus faciles. La personne peut dire avant, s'il
66 lui arrive quelque chose, si elle se dégrade, ce qu'elle souhaite qu'on fasse. Donc à ce
67 moment-là, elle signe le document et toute l'équipe est informée de la situation.
68
- 69 - **Int** : Donc c'est sous forme de document alors ?
70
- 71 - **Inf** : De document, oui. Signé par la personne.
72
- 73 - **Int** : Ok. Et donc la transmission à l'équipe se fait au moment des briefings alors ?
74
- 75 - **Inf** : Au moment des briefings et il y a un tableau où on marque les directives de fin
76 de vie des patients.
77
- 78 - **Int** : Ok, super. Donc c'est pas quelque chose que vous, en tant qu'infirmière, vous
79 abordez avec les patients ?
80
- 81 - **Inf** : Non.
82
- 83 - **Int** : Ok, ce n'est pas dans votre rôle ?
84
- 85 - **Inf** : Non, ce n'est pas à notre niveau.
86

- 87 - **Int** : Ok. Et vous savez à quel moment on aborde, ici, ce sujet avec les résidents ?
88
- 89 - **Inf** : Personnellement, non. Je ne sais pas à quel moment, est ce que c'est à l'entrée ?
90 Mais je sais que ça se fait à un moment parce que j'ai l'information qui arrive. Pour
91 les patients qu'on a pas su faire ou qui sont incapables de nous dire eux-mêmes, ben
92 alors là je vous ai dit c'est avec la famille qu'on en discute. Ou si la personne s'est
93 dégradé fortement, alors là on en discute avec le médecin et on voit le bénéfice que la
94 personne peut encore tirer et on regarde le plus par rapport à son confort, sa qualité de
95 vie, et à son futur.
96
- 97 - **Int** : Et donc vous me parlez de médecin traitant, c'est quelqu'un qui intervient
98 beaucoup ?
99
- 100 - **Inf** : Oui. La première personne qui intervient aussi c'est le médecin traitant parce
101 qu'il la connaît. Le médecin coordinateur je pense qu'on le fait intervenir quand
102 parfois il y a des difficultés, mais c'est principalement le médecin traitant qui
103 intervient.
104
- 105 - **Int** : Ok, super. Et si je vous demande maintenant, pour vous, qu'est qui est les
106 difficultés principales à la mise en place de ces directives de fin de vie pour les
107 personnes âgées ici ? Vous m'avez dit "ça c'est la grosse difficulté" quand je parlais
108 du patient dans l'incapacité de dire ce qu'il voulait, avant ça, quand on est dans le
109 processus de mettre en place les directives sur le document, est ce qu'il y a des choses
110 qui sont difficiles ?
111
- 112 - **Inf** : Je pense que la plus grosse difficulté c'est d'apporter le sujet, quand la personne
113 n'est pas encore à un stade où voilà elle est en difficulté, elle se dégrade, parce que
114 c'est aborder une sujet qui , peut-être, pour eux, n'ont pas envie d'aborder à ce
115 moment là. Je pense que c'est le commencement, je pense que la difficulté c'est ça,
116 voir comment on peut aborder ce sujet sans les alarmer, sans qu'ils pensent que tout
117 de suite il va se passer quelque chose, je pense que la grosse difficulté ça doit être ça,
118 parce qu'après, une fois que la conversation, une fois qu'on a mis les choses en place,
119 ça se passe plutôt bien. Il peut ne pas y avoir de difficulté.
120
- 121 - **Int** : Ok.
122
- 123 - **Inf** : Après, ce qu'il peut y avoir comme autre grosse difficulté, c'est quand les
124 personnes âgées sont en pleine capacité et décident pour eux-mêmes, il y a les
125 familles, les enfants à côté de ça qui ne sont pas toujours d'accord avec ces décisions,
126 et quand la personne se dégrade, parfois on a la famille qui dit "ben oui, mais non, moi
127 je veux quand même qu'on fasse quelque chose". Ca je pense que c'est une autre
128 difficulté qu'on peut avoir, c'est entre ce que le patient lui a décidé et, quand il ne peut
129 plus rien dire, les enfants qui interviennent et qui disent " non moi je veux quand
130 même qu'on fasse quelque chose". On respecte la volonté de la personne, des enfants,

131 ... Je pense que là c'est encore une discussion qu'on doit avoir avec les enfants,
132 essayer de les prendre en charge, expliquer que c'est la volonté de leurs parents, et
133 expliquer que voilà, ce n'est pas pour autant qu'on ne fait rien pour eux. On les
134 accompagne jusqu'à la fin, on les accompagne jusqu'à la mort, et je pense que pour
135 les enfants c'est quand même une grosse difficulté, c'est de se dire "mais je ne fais
136 rien pour mon parent", mais ce n'est pas qu'on fait rien, c'est qu'on fait autrement.
137 Mais je pense aussi qu'on devrait avoir une discussion avant, avec les enfants aussi.

138
139 - **Int** : Ok, donc une discussion avant alors, au moment où on met le document en place
140 alors peut-être ?

141
142 - **Inf** : Oui, parce que je pense que tout le monde ne le fait pas.

143
144 - **Int** : Ok. Donc ça ça serait une amélioration que vous pourriez avoir comme idée pour
145 améliorer le processus ?

146
147 - **Inf** : On pourrait. En fait, en général, parce que moi je travaille aussi ailleurs donc je
148 vois aussi ailleurs qu'il y a des difficultés, donc je me dis que c'est là aussi qu'on a
149 peur quand on aborde le sujet des directives anticipées, on l'aborde déjà avec les
150 personnes eux-mêmes, mais si y a des enfants qui interviennent dans la prise en
151 charge, de les inclure peut-être pas de prime abord mais de les inclure ou de les
152 informer, avec l'accord des résidents, de les informer de ces directives là. Pour qu'ils
153 ne soient pas surpris quand bon voilà nous on décide de ne pas hospitaliser mais c'est
154 pas parce que nous on ne veut pas, c'est parce que la personne a décidé ça avant.

155
156 - **Int** : Ok. Il y a d'autres choses que vous pensez qu'on pourrait améliorer ?

157
158 - **Inf** : Non, parce que je pense que la mise en place elle est bien faite.

159
160 - **Int** : Ok, ça va. Et si je vous demande, pour vous, vraiment, qu'est ce que c'est les
161 directives anticipées ? C'est quoi leur définition ? C'est quoi l'objectif ?

162
163 - **Inf** : Pour moi les directives anticipées, c'est que la personne puisse déjà décider, à
164 partir du moment où elle est en pleine conscience, ce qu'on peut faire pour elle quand
165 elle est dans une situation où elle ne peut plus donner son avis. Que ce soit en fin de
166 vie, où quand il y a une réa à faire, ou si elle veut qu'on la réanime, qu'on fasse de
167 l'acharnement thérapeutique ou pas, pour moi c'est ça les directives anticipées.

168
169 - **Int** : Ok. Et ça a quelle importance pour vous ?

170
171 - **Inf** : Pour moi ça a de l'importance, c'est de savoir qu'on fait ce que le patient a
172 demandé. Voilà c'est ses choix, c'est sa décision qu'on respecte. Et je pense que c'est
173 important parce que parfois quand il n'y a pas de directive et pas de famille, et on se
174 retrouve dans des situations où on hospitalise toujours, on fait le traitement, et à un

175 moment donné, moi pour ma part, quand je vois certains patients qui finissent leur vie,
176 je me dis à un moment donné on aurait du s'arrêter à un moment et faire des soins de
177 confort simplement. Mais comme il n'y a pas de directives anticipées, et que les
178 médecins aussi, les médecins traitants sont parfois, certains, frileux par rapport aux
179 soins palliatifs et tout, donc on continue à traiter traiter, et voilà, il y a un moment
180 donné où il faut savoir voir "il est où le bénéfice qu'il en retire?" et "est ce qu'on lui
181 fait pas plus de mal que de bien?".

182 -
183 - **Int** : Ok. Et donc là, il y a quand même une difficulté avec le médecin traitant ?

184 -
185 - **Inf** : Avec certains. Tous ne sont pas à l'aise avec les soins palliatifs ou supportifs, ça
186 on le voit. Quand on parle avec certains médecins en disant "Bien cette patiente là il
187 faudrait pas la passer en soins palliatifs ?" et bien même, si ce n'est pas pour le mettre
188 en place dans la semaine hein, c'est aussi pour les remboursements, pour la deuxième
189 ligne qui vient et tout, ils ont des difficultés à remplir les documents.

190 -
191 - **Int** : Ok. Et quand vous dites "on discute", c'est parfois vous qui discutez avec le
192 médecin où ça se passe aussi dans un cadre précis ?

193 -
194 - **Inf** : Pas moi parce que je ne les cotoie pas beaucoup ici, mais on en discute avec
195 l'équipe et les chefs. Et c'est souvent les chefs qui ont un contact direct avec les
196 médecins. Ici, j'ai deux-trois médecins avec qui j'ai des contacts assez faciles, mais la
197 plupart je les vois pas souvent. C'est souvent les chefs infirmières qui les voient.

198 -
199 - **Int** : Ok. Bien super, on a déjà fait le tour.

200 -
201 - **Inf** : Et bien j'espère que j'ai été complète !

202 -
203 - **Int** : C'était parfait."

204
205 **Proposition de relecture de l'entretien une fois re-transcrit, échanges de coordonnées de**
206 **mails pour ce faire et remerciements.**
207