

Annexe 8. B. 7. Retranscription PIC3

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

“ – **Interviewer** : Voilà, donc on est enregistrés. Donc, juste pour commencer je vais vous demander de vous présenter brièvement, au niveau de votre fonction, de votre formation, de votre parcours ?

- **Infirmier** : D'accord. Et bien moi je suis infirmière brevetée, j'ai terminé en juin maintenant et je suis ici dans la maison depuis le mois de septembre. Je suis référent alimentaire, donc pour tout ce qui est trouble de la déglutition, depuis peu d'ailleurs. Et voilà, j'ai 35 ans.

- **Int** : Super, merci à vous.

- **Inf** : De rien.

- **Int** : Alors pour rentrer un peu dans le vif du sujet, je voudrais vous présenter un peu une situation; si vous êtes face, dans la maison de repos pendant vos soins, à un résident qui a une détérioration de son état mais qui est vraiment dans l'incapacité d'exprimer ce qu'il voudrait, ce qu'il ne voudrait pas dans les soins, qu'est ce que vous faites pour trouver les informations par rapport à ce qu'il voudrait ou non comme soins qu'il peut recevoir ?

- **Inf** : Bon d'abord on a son dossier, son dossier médical, dans lequel figure, normalement, le projet de vie qui est établi avec le médecin, le résident et la famille, sur ce qu'il souhaite dans le cas où, justement, sa situation se dégrade. Et donc, en général, soit on voit qu'il désirerait à ce moment une hospitalisation ou alors des soins de confort, donc on fait attention à ça, mais on fait aussi fort attention aux derniers jours auparavant aux dires du résident, à son état psychologique... On le ressent directement quand un résident décide de ne plus vivre ou de se laisser aller, c'est quelque chose que l'on ressent. Maintenant on ne prend pas la décision mais alors on essaye de guider un peu la famille en disant, voilà notre ressenti parce qu'effectivement c'est nous qui sommes avec eux tout le temps.

- **Int** : Ok, et donc là vous me parlez d'un document, d'une part. Et ça vous pouvez un peu m'expliquer comment ça marche ?

- **Inf** : Donc c'est ce que je vous disais, le résident quand il arrive dans la maison, donc il y a le médecin qui doit être là, la famille qui doit être là et le résident, et ils décident et ils nous font part des soins qu'il souhaite encore au moment où son état commence à se dégrader ou si on est face à une urgence. Donc dedans on a soit le désir de ne pas être réanimé, soit le désir d'être hospitalisé avec un maximum de thérapie, soit au

45 contraire on a les désirs plus de soins confort, pas d'hospitalisation, plus des soins
46 palliatifs. Et donc ça, ça doit être signé en accord avec la famille, le résident et le
47 médecin, et c'est une feuille qui est bleue justement pour que ce soit assez visible et
48 qui se trouve à l'avant du dossier médical, auquel on doit se référer avant de faire tout
49 acte d'urgence ou quand on voit qu'effectivement un patient se dégrade.

50

51 - **Int** : Ok. Et donc vous me dites que c'est au début que le résident est là ?

52

53 - **Inf** : Voilà, c'est ça.

54

55 - **Int** : Donc il y a quelque chose de systématique qui est mis en place ? Quand est ce
56 que ça se fait ?

57

58 - **Inf** : C'est quelque chose qui doit se faire automatiquement, maintenant c'est vrai
59 qu'il y a pas mal de dossiers, pas mal où il y a beaucoup de médecins qui ont peur de
60 remplir cette feuille, qui sont fort réticents, et qui disent "non, je ne vais pas le faire
61 maintenant, je ne vais pas le faire maintenant", et donc c'est vrai que souvent on se
62 retrouve face à des feuilles qui ne sont pas remplies et face à notre propre jugement
63 par rapport aux liens et à la connaissance qu'on a du résident. Donc voilà, ça ce que je
64 vous ai dit au départ c'est la théorie, ce qui normalement devrait se faire, maintenant
65 dans la pratique c'est vrai qu'effectivement il y a très peu de médecins qui acceptent,
66 qui prennent cette responsabilité finalement.

67

68 - **Int** : Et quand vous dites que c'est aussi face à votre ressenti, par rapport à ce qui se
69 passe les derniers jours, ect, comment est-ce que ça rentre en compte, votre ressenti ?
70 Si à ce moment-là vous vous dites, j'imagine vous êtes face à une situation où là la
71 personne est moins bien et qu'il faut soit appeler l'hôpital soit faire autre chose, c'est
72 vous qui vous dites "oh bien non hier je trouvais qu'il était..."

73

74 - **Inf** : Non non non. En fait, quand je parle de ressenti, c'est pas "moi je vais faire ça",
75 c'est pas comme ça. Il faut vraiment qu'on puisse rester avec notre côté empathique et
76 vraiment rester un maximum neutre aussi par rapport à nos valeurs, mais vraiment
77 pouvoir se dire, prendre deux minutes de recul et pouvoir se dire, "ben maintenant
78 c'est vrai que, par exemple, Madame ça fait une semaine qu'elle dit qu'elle veut
79 mourir, ça fait une semaine que Madame ne se lève plus, qu'elle refuse des soins,
80 qu'elle reste dans son lit, qu'elle ne mange plus", et effectivement c'est vrai qu'on
81 discute ensemble et on se dit "c'est vrai que ça fait une semaine que Madame
82 montre...", en plus de ses dires, il y a aussi la volonté de ne plus vouloir vivre. C'est
83 plus ça que je voulais dire quand je dis "par rapport à ce qu'on ressent", ce n'est pas
84 nous, notre coeur qui dit "non j'ai envie qu'elle vive", on ne peut pas non plus ignorer
85 ce que les résidents nous disent et ce que les résidents nous font remarquer. Je crois
86 que comme on est auprès d'eux tout le temps, on ne peut pas faire semblant de ne rien
87 avoir entendu ou faire semblant de ne rien avoir vu.

- 88 - **Int** : Ok. Mais donc vous me parlez de discussion dans lesquelles vous pouvez
89 vraiment parler de ça, de ce que vous avez vu, de ce que vous avez ressenti, c'est dans
90 quel cadre ces discussions ? Est ce que c'est quelque chose de fixe qui est organisé ?
91
- 92 - **Inf** : Alors, il faut savoir que tous les jours on a ce qu'on appelle des "briefings", on
93 en a autant en début de prise de service, donc le matin avec l'équipe de nuit, et on a un
94 briefing qui est en général un peu plus long sur le temps de midi, avant de prendre
95 notre pause. Et souvent, lorsqu'un résident se dégrade, on en discute et à ce moment là
96 on se dit "oui mais elle, ça fait vraiment un bout de temps qu'elle nous dit ça ne va
97 pas, qu'elle veut mourir", et là on s'interroge sur "ben tiens est ce que le plan de soins,
98 le plan de vie pour Madame est complété ? Est-ce que le médecin est averti ? Est-ce
99 que la famille est au courant que Madame se dégrade ?", je dis Madame mais c'est un
100 exemple (...)
101
- 102 - **Int** : Oui, oui tout à fait.
103
- 104 - **Inf** : (...) ou est-ce que la famille est au courant des derniers dires de Madame ? Et
105 donc tout ça on en discute et en général on se dit "oui," , soit la famille est au courant,
106 le médecin est au courant, et quand ils ne le sont pas, et bien là du coup on décide de
107 les avertir, donc ça c'est un premier pas. On prévient la famille, on prévient le
108 médecin, et alors là, à ce moment là, soit on réunit à nouveau le médecin, la famille et
109 l'infirmier pour voir ce qu'on met en place par rapport à cette dégradation de la santé,
110 soit ils sont déjà au courant et on s'en tient normalement à ce plan de soins qui est déjà
111 complété.
112
- 113 - **Int** : Ok. Et si vraiment c'est une situation où, là si je reprends l'exemple que vous
114 m'avez expliqué, vous en discutez en équipe mais il n'y a rien qui est complété au
115 niveau du dossier, vous devez quand même faire compléter ce document ? Ou vous
116 pouvez, vous, décider en équipe de faire des soins de confort ?
117
- 118 - **Inf** : Non, on peut guider et quand il y a cette réunion avec la famille et le médecin, on
119 va toujours dire et expliquer ce que nous on constate tous les jours.
120
- 121 - **Int** : Donc vous participez à cette réunion ?
122
- 123 - **Inf** : On participe. Et on dit, dans le respect des désirs de la famille bien sûr, on fait
124 quand même part des désirs de Madame, de ce qui a été dit, de ce qui a été observé, et
125 après on laisse quand même toujours en général un certain temps à la famille pour
126 réfléchir avec le médecin et pour décider, mais on ne joue pas au muet. On dit les
127 choses réelles comme elles le sont.
128
- 129 - **Int** : Ok. Et quand vous me parlez de ces réunions, vous parlez de la famille et du
130 médecin, le résident en lui-même ne vient pas à cette réunion ? Quand vous dites "Là

131 il faut changer le plan de vie” ect ?

132

133 - **Int** : Non, enfin moi ça ne m’est jamais arrivé en tout cas, en général on discute dans
134 le bureau, puis après la famille va voir le résident avec le médecin ...

135

136 - **Int** : Et ils en discutent à ce moment là alors ?

137

138 - **Inf** : Oui, voilà c’est ça, ils en discutent à ce moment là et ils voient un petit peu
139 ensemble, puis après ils reviennent et on complète la feuille. Et nous on ne fait que
140 respecter ce qu’ils ont décidé, même si malgré la dégradation ou un résident qui veut
141 des soins de confort, et qu’au retour la famille dit “non, on va quand même tout faire”,
142 on respecte et on complète cette feuille.

143

144 - **Int** : Ok. Donc c’est vraiment au niveau de cette feuille que vous voyez ce qui a été
145 décidé j’imagine ? Si il y a eu cette discussion un jour mais que vous n’étiez pas là, le
146 lendemain vous êtes au courant grâce à la feuille alors ?

147

148 - **Inf** : Voilà, c’est ça. On doit s’y tenir de toutes façons, et comme je vous ai dit, avant
149 toutes interventions urgentes, on doit aller voir ce document qui est quand même un
150 document qui est officiel et qui a été complété de manière réfléchie, donc on doit le
151 respecter pour respecter les souhaits du résident.

152

153 - **Int** : D’accord. Donc quand moi je vous parle de directives anticipées, pour vous c’est
154 quoi les directives anticipées ? Quelle est votre définition pour vous ?

155

156 - **Inf** : Justement ça va être, par exemple le cas de la dégradation du résident, où cette
157 feuille est complétée mais qu’on se dit aussi que ça peut évoluer, que le choix et les
158 désirs du résident ont pu changer si ça été complété dès son arrivée où le patient était
159 tout à fait autonome, tout à fait bien, et puis qu’il s’est dégradé parce qu’il a déjà eu
160 plusieurs hospitalisations, on se dit “ben tiens cette feuille, il faudrait peut-être la
161 remettre un petit peu à jour ?”, peut-être que depuis les attentes de Mr ou de Mme ont
162 changé face à la vie, et donc là à ce moment à on va rappeler le médecin, dire “tiens
163 est ce que vous ne pensez pas qu’il faudrait peut-être revoir avec votre patient ce qu’il
164 souhaite réellement ?”, donc ça ça va faire partie d’une anticipation. Et alors autre
165 chose, c’est que si maintenant, imaginons, ce plan de soins n’est pas du tout complété,
166 et qu’on se retrouve face à une urgence vitale pour un résident, là on va tout à fait
167 anticiper et on va pas prendre de risque, on appellera par exemple le 112 ou quelque
168 chose.

169

170 - **Int** : Et vous me parlez de ré-évaluation aussi, quand vous faites vos débriefings alors
171 j’imagine que vous en discutez ?

172

173 - **Inf** : Oui, voilà c’est ça.

174

- 175 - **Int** : Et quand vous décidez d'appeler le médecin traitant pour demander s'il ne
176 faudrait pas ré-évaluer, ce n'est jamais vous qui allez vers le résident pour en re-
177 discuter une fois avec lui ?
178
- 179 - **Inf** : En général, on le laisse communiquer, et souvent ils parlent d'eux-mêmes. Parce
180 que souvent c'est d'eux-mêmes que cela vient, ça arrive très souvent qu'ils nous
181 disent "ah je vais bientôt mourir, c'est bientôt la fin, je sens que ça arrive", et alors à
182 ce moment, on leur demande effectivement "et qu'est ce que vous voudriez ?" ect,
183 mais c'est jamais nous qui allons compléter cette feuille. Ca reste un document
184 officiel, nous on va faire que récolter les informations et les transmettre.
185
- 186 - **Int** : Ok. Et ces transmissions là, c'est vraiment des transmissions orales lors de vos
187 briefings ?
188
- 189 - **Inf** : On a aussi à ce moment là, quand on a des informations comme ça, on doit nous
190 mettre une démarche écrite dans le dossier infirmier. Pareil quand on décide de
191 contacter le médecin suite à une dégradation et tout ça, nous on a en parallèle notre
192 dossier infirmier dans lequel on doit quand même transmettre toute nos observations,
193 toutes nos décisions, et toutes nos actions par rapport à ça.
194
- 195 - **Int** : Ok. Est ce que vous trouvez qu'il y a des éléments qui vous facilitent la mise en
196 place de ce document ? Est ce qu'il y a des choses qui vous facilitent ?
197
- 198 - **Inf** : (temps de réflexion) Non. Non. Je suis claire : non. Non, au contraire, je trouve
199 qu'on doit vraiment courir beaucoup derrière, on doit vraiment être très insistants et
200 c'est même parfois embarrassants. Donc, non, il n'y a rien qui facilite. De ce côté là, au
201 niveau médical, au niveau des médecins ça reste vraiment très compliqué, et c'est
202 vraiment un obstacle pour nous.
203
- 204 - **Int** : Ok. Et si je vous demande, à contrario, les difficultés, c'est ça la grande difficulté
205 ?
206
- 207 - **Inf** : Voilà, c'est le fait qu'effectivement il y a beaucoup de médecins qui ne
208 complètent pas la feuille et ça c'est vraiment une grosse difficulté pour nous parce
209 qu'effectivement nous ça arrive souvent qu'on se retrouve face à des résidents en
210 détresse et que cette feuille n'est pas complétée et alors là on se dit "ben qu'est ce que
211 j'ai le droit de faire ? Qu'est ce que je n'ai pas le droit de faire ? Qu'est ce que le
212 résident voulait réellement?" si par exemple c'est un résident qui ne communique que
213 très peu, "qu'est ce qu'il voulait réellement ? Est ce que je vais bien faire de
214 m'acharner dessus?". Donc voilà, ça reste très compliqué quand ce n'est pas complété,
215 effectivement.
216
- 217 - **Int** : Ok. Et est ce que vous voyez d'autres difficultés ?
218

- 219 - **Inf** : Après, il y a effectivement la difficulté, mais bon normalement on est pas trop
220 censés..., mais émotionnelle et relationnelle. Quand effectivement on est attachés à
221 certains résidents, et que ça fait beaucoup de temps, et que la dégradation est très
222 rapide, parfois ce n'est pas toujours facile d'accepter. D'accepter si c'est "ne pas
223 réanimer", ou d'accepter si ce sont des soins palliatifs, là on essaye de faire le
224 maximum mais voilà ça reste difficile.
225
- 226 - **Int** : Et face à toutes ces difficultés, est ce que vous voyez quelque chose qu'on
227 pourrait améliorer ? Est ce que vous avez une piste d'amélioration qu'on pourrait
228 mettre en place pour améliorer ce processus ?
229
- 230 - **Inf** : Moi je pense qu'il devrait y avoir au minimum deux fois par an, une discussion
231 automatique sur les remises à jour de ces plans de soins, ça je pense que c'est vraiment
232 très utile et très nécessaire. Et si c'est pas sur les plans de soins, sur l'approche en tout
233 cas qu'on a avec le résident et qu'on a du résident.
234
- 235 - **Int** : Ok, donc ré-évaluer ?
236
- 237 - **Inf** : Oui, voilà.
238
- 239 - **Int** : Et est ce que c'est fort important ça pour vous ? Cette amélioration là ?
240
- 241 - **Inf** : Oui. Je pense que c'est très important sachant que ça peut aller très rapidement
242 en maison de repos. Les dégradations vont aller très rapidement, en une semaine on
243 peut voir partir quelqu'un qui semblait tout à fait très bien, donc je trouve que c'est
244 très important.
245
- 246 - **Int** : Ok, super. Et bien voilà, on a déjà balayé tout mon sujet."
247
- 248 **Proposition de relecture de l'entretien une fois re-transcrit, échanges de coordonnées de**
249 **mails pour ce faire et remerciements.**