



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes. 2, rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**Les stratégies de communication de l'infirmière dans la recherche de
consentement avec une personne atteinte de handicap mental**



Formateur référent : GUY Dominique

CORNU Laurie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
Date 02 mai 2022

**Les stratégies de communication de l'infirmière dans la recherche de
consentement avec une personne atteinte de handicap mental**



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Les stratégies de communication de l'infirmière dans la recherche de consentement avec une personne atteinte de handicap mental

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : CORNU Laurie

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Sophie BOR, ma référente pédagogique, pour sa disponibilité et son accompagnement durant ces trois années de formation ainsi que tous les autres formateurs.

Je remercie tout particulièrement Madame Dominique GUY, ma référente de mémoire, pour ses précieux conseils et son investissement qui m'ont permis de me guider tout au long de ce travail de fin d'études.

Aux professionnels de santé qui ont consacré de leur temps pour les entretiens et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Ainsi qu'à ma famille, mes proches et mes amis pour leur soutien dans ce mémoire et durant ces trois années de formation.

SOMMAIRE

Introduction :	1
1. Le cheminement vers la question de départ	2
1.1. Situations d'appels	2
1.1.1. Première situation d'appel	2
1.1.2. Deuxième situation d'appel	3
1.2 . Des questionnements à la question de départ	4
1.2.1. Questionnements	4
1.2.2. La question de départ	5
2. Cadre théorique :	5
2.1.1. Définitions	6
2.1.2. La classification des handicaps	7
2.1.3. Le droit des personnes atteintes de handicap mental	8
2.1.4. La relation de confiance auprès de la personne vulnérable	8
2.2. La communication dans le contexte des soins	9
2.2.1. Définition	9
2.2.2. La communication verbale	10
2.2.3. La communication non verbale	10
2.2.4. Compétence infirmière dans la communication	11
2.2.5. Les stratégies de communication	12
2.3. Qu'en ai-t'il de la recherche de consentement chez la personne vulnérable ?	12
2.3.1. Définition du consentement	12
2.3.2. Cadre législatif relatif au consentement du patient	13
2.3.3. Cadre législatif relatif au consentement du patient atteint de handicap mental	13
3. Le dispositif méthodologique	14
3.1. Dispositif	15
3.1.1 Les objectifs du guide d'entretien	15
3.1.2 La population interviewée	15
3.1.3 Le bilan du dispositif	16
4. Analyse descriptive	16
4.1 Population interrogée	16
4.2 Les spécificités des services de soins de chaque infirmier	17
4.3 Les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental	17
4.4 Les difficultés rencontrées lors de la recherche de consentement et la capacité des soignants à y faire face	18
4.5 La recherche de consentement des personnes atteintes de handicap mental	18
4.6 La façon de procéder entre le début de la profession et maintenant	19
4.7 Les stratégies de communication pour rechercher le consentement	20
4.8 Les stratégies de l'infirmier face à un refus de soin	21

5. Discussion	21
5.1 Le handicap mental, une pathologie complexe	21
5.2 De réelles difficultés dans la recherche de consentement	23
5.2.1 Compréhension du patient altérée, une limite à la recherche de consentement	24
5.2.2 Difficulté de communication, une limite à la recherche de consentement	24
5.2.3 Les méthodes pour rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental	25
5.3 Ces difficultés peuvent générer des refus de soin	25
5.4 Les stratégies de communication des soignants dans la recherche de consentement	26
5.4.1 La stratégie de communication non verbale	27
5.4.2 La stratégie de communication verbale	28
5.4.3 La connaissance de la personne soignée, une stratégie avant la communication	29
6. Question de recherche	29
7. Conclusion	30
8. Bibliographie	31
IX. Annexes	
Annexe I : Le guide d'entretien	
Annexe II : Entretien numéro 1	
Annexe III : Entretien numéro 2	
Annexe IV : Tableau de l'analyse descriptive	
X. Abstract	

“Celui qui ne parle pas est déconcertant car il ne dit rien de lui-même. Il vous laisse avec vos interrogations, vos suppositions, vos interprétations...”

Charles Leclerc

Introduction :

Actuellement en troisième année d'école d'infirmière, j'ai effectué mon mémoire de fin d'études en lien avec l'unité d'enseignement 3.4 "initiation à la démarche de recherche", et l'unité d'enseignement 5.6 "analyse de la qualité et traitement des données". L'élaboration de ce mémoire de fin d'études est dans un but de recherche, d'analyse et de traitement de données scientifiques afin d'enrichir notre future pratique professionnelle.

Ayant depuis le début de ma formation un réel intérêt pour les soins relationnels, la communication est apparue comme une évidence. J'ai été confronté à deux situations où la communication fut difficile, où je me suis sentie déstabilisée et sans ressource pour communiquer avec un patient atteint de handicap mental. J'ai choisi ce sujet, car pour moi, la communication a une place essentielle dans notre futur métier. En effet, elle peut paraître banale et simple, dans la majorité du temps c'est un automatisme auquel nous ne réfléchissons pas. Cependant, nous pouvons faire face à certaines situations où la communication peut être difficile pour plusieurs raisons (handicap, barrière de la langue, trouble de la parole...).

Ainsi, il était important pour moi de rechercher et d'approfondir mes connaissances afin d'améliorer la communication et globalement la prise en charge avec un patient atteint de handicap mental. En effet, c'est un point important à approfondir, car peu importe le lieu, le service d'exercice ; nous pouvons être amenés à prendre en soin un patient atteint de handicap mental.

J'ai donc fait le choix de partir de deux situations vécues en stage lors de ma première année de formation. De ces situations ont émergé des questionnements qui m'ont amené à préciser mon thème qui portera sur les mesures de stratégies de l'infirmière pour favoriser la communication et notamment la recherche du consentement chez un patient atteint de handicap mental.

Afin de mener à bien ce mémoire de fin d'études, je vais dans un premier temps exposer mon cheminement vers la question de départ à partir de deux situations d'appels qui m'ont interpellé et questionné. Dans un second temps, j'éclaircirai mon cadre conceptuel par des recherches théoriques. Par la suite, je présenterai ma méthode de recherche et ainsi, j'analyserai les résultats de mes entretiens pour en faire ma propre analyse. Viendra ensuite la discussion et de ce fait en découlera la question de recherche définitive. Pour finir, je conclurai.

I. Le cheminement vers la question de départ :

1.1. Situations d'appels

1.1.1. Première situation d'appel

Étudiante infirmière, j'ai effectué mon deuxième stage de quatre semaines de semestre 2 en unité d'admission de psychiatrie.

La situation s'est déroulée en fin de matinée avec un patient âgé de 68 ans atteint d'un retard mental infantile sévère qui vivait en maison d'accueil spécialisée avant de venir dans le service. C'est un patient schizophrène, avec des hallucinations visuelles et auditives. Patient qui ne communique que par des gestes ou des émotions, expressions faciales (pleure, sourire...).

Monsieur S était un de mes patients que je prenais en charge, deux jours après mon arrivée dans le service fin de matinée, je m'en vais l'accompagner pour l'aider à prendre sa douche. J'arrive dans sa chambre et je lui explique que je suis là pour l'accompagner pour sa douche, Monsieur S assis sur son lit, me regarde et me fait un signe de la tête (non). Je lui redemande et se met à s'énerver en fronçant les sourcils et fait "non" de la tête tout en gémissant. J'essaie de comprendre son refus mais, en vain, la communication est difficile pour nous deux. Je ne sais pas comment réagir face à ce refus. Désespérée et déstabilisée, je me dis que ce n'est peut-être pas le bon moment pour le patient et que je repasserai plus tard.

Un peu plus tard, je retourne voir Monsieur S qui était dans sa salle de bain devant son lavabo. À ce moment, je me dis que c'est sûrement le bon moment. Je l'aide à se déshabiller et celui-ci accepte, je commence à faire couler l'eau de la douche tout doucement puis il me montre son mécontentement et tape sur le mur. J'arrête l'eau de la douche et me recule par peur de son geste. Il s'assoit sur la chaise de douche et se calme, je lui propose de faire juste une petite toilette au lavabo. Sur le moment, je me dis qu'il n'aime pas les douches et que juste une toilette au lavabo sera sûrement plus accepté. Il me regarde et me sourit, je me dis que c'est sûrement cela qu'il voulait. Je commence par le haut de son corps tout en lui disant les zones par lesquelles je passe pour que celui-ci ne soit pas surpris, il rigole et à l'air d'apprécier le moment. Lors du moment de la petite toilette intime, je communique avec lui et je suis délicate dans mes gestes, c'est un soin intime et peut donc générer de la gêne surtout ne sachant pas comment peut réagir Monsieur S. Lorsque je commence à passer le gant sur ses parties intimes, celui-ci se met à pleurer, baisse le regard et me repousse. Je m'arrête, plusieurs questions me passent par la tête à ce moment-là : À t-il ressenti une douleur, une gêne ?

Celui-là, lui rappelle-t-il une mauvaise expérience ? Malheureusement, la communication étant difficile, cela met un frein important au moment, je ne sais pas comment réagir à part m'excuser et essayer de le rassurer. J'attends un moment, mais Monsieur S pleure toujours. Je décide de l'aider à se rhabiller.

1.1.2. Deuxième situation d'appel

J'ai effectué mon second stage de trois semaines du semestre 2 au CHU de Rennes en chirurgie hépatobiliaire et digestive.

La situation s'est déroulée le 2 juin 2020 vers 16h avec un patient âgé de 53 ans atteint d'un handicap mental qui vivait dans une structure adaptée avant son hospitalisation au CHU. Monsieur M, communique peu.

Monsieur M est arrivé dans le service le 30 mai 2020 pour un syndrome occlusif sur fécalome constaté par échographie abdominale, en effet lors de son arrivée le patient avait des douleurs abdominales, un abdomen ballonné avec un visage crispé et le regard vide.

Pour cela, un lavement a été effectué par une infirmière qui a eu du mal à le faire, car le patient refuse le soin. Il était crispé, gémissait en voyant le lavement venir vers lui, celui-ci a donné quelques selles.

Les jours suivant des laxatifs ont été administrés au patient et le résultat est peu concluant.

Le 02 juin 2020 l'interne de chirurgie est passé voir Monsieur M et a constaté un abdomen ballonné. Il prescrit un lavement pour le patient. L'infirmière qui m'encadre m'avait expliqué que c'était plus ou moins difficile d'effectuer un lavement sur Monsieur M, mais je me suis proposé de le faire, l'infirmière ajoute qu'elle prendrait le relais si besoin.

Avant de rentrer dans la chambre, plusieurs questions me sont passées par la tête dont une crainte. Ma crainte était plutôt communicationnelle, comment entrer en communication avec le patient pour obtenir le consentement qui d'habitude est difficile ? Mon attitude va t-elle être adaptée ? Le patient va t'il me comprendre et accepter le soin ?

Je frappe et entre dans la chambre de Monsieur M avec douceur, je mets ma présence et adopte une attitude calme, douce, c'est ainsi que je m'approche doucement de lui.

Je vais tout d'abord, me mettre face à lui et à hauteur du patient, celui-ci était crispé et recroqueviller dans son lit. Je lui explique qui je suis, pourquoi je suis là et en quoi consiste le soin tout en lui parlant, je pose ma main sur la sienne afin de le mettre en confiance.

Pour cela, je décide d'adopter un débit de voix calme et une voix douce sans hausser le ton tout en articulant bien pour qu'il comprenne l'intérêt et l'importance du soin. C'est-à-dire soulager le patient, et éviter les complications.

Lors de mon explication, je me suis demandé si mon attitude pour communiquer avec le patient était adaptée et si je n'infantilais pas Monsieur M par une explication simple, avec des mots simples et un ton de voix calme de ce que j'allais faire. Je lui explique que je vais devoir faire un lavement, car il n'a pas eu de selles depuis quelques jours ainsi, son ventre était gonflé. Je poursuis en lui disant que je vais introduire dans ses fesses un produit pour faire venir les selles, mais tout cela en le rassurant, j'affirme que cela ne fait pas mal et que le geste ne dure pas longtemps, que c'est pour son bien afin de le soulager et d'éviter les complications. Je prends le temps de tout lui expliquer et de le rassurer, car pour moi c'était une étape importante pour ne pas offenser le patient et ainsi qu'il refuse le soin. Par la suite, je demande à Monsieur M, s'il souhaite que je fasse le soin, il hoche la tête "oui" toujours recroquevillé sur lui-même.

Après avoir eu son consentement, je prépare le patient, lui demande de se détendre un petit peu et de se mettre avant tout à l'aise pour le soin afin de favoriser son bien-être. Par la suite, je mets mes gants et continue à parler au patient tout en adoptant une voix calme et douce afin de le rassurer. Je préviens le patient que j'introduis le lavement. À ce moment même, j'appréhendais sa réaction, et qu'il refuse le soin. Une fois le produit introduit, je dis au patient que le soin est terminé. J'ai pu constater que le patient finit détendu et me souriait.

A la fin, je n'oublie pas, de le valoriser en lui disant que c'était très bien ce qu'il a fait (rester dans la même position, détendu...).

1.2 . Des questionnements à la question de départ

1.2.1. Questionnements

Ces deux situations m'ont questionné et interpellé. En effet, dans ces deux cas, la communication fut difficile, car les deux patients sont atteints de handicap mental et communiquent peu. Le manque de communication m'a déstabilisé ainsi la recherche de consentement essentiel pour réaliser un soin fut compliqué à obtenir. De ce fait, j'ai pu émettre un questionnement.

Voici les questionnements issus de ces situations :

- En quoi la communication joue-t-elle un rôle important dans la relation soignant-soigné ?
- En quoi le manque de communication peut-être un frein dans la relation soignant-soigné ?

- Comment réagir face à l'opposition du patient avec un handicap mental concernant un soin ?
- Comment rechercher et comprendre l'adhésion au soin d'une personne atteinte d'un handicap mental ?
- Comment connaître ses craintes, ses appréhensions si celui-ci ne peut s'exprimer ?
- Comment communiquer avec un patient atteint d'un handicap mental ?
- De quelle manière rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental ?

Ayant déjà un attrait pour les soins relationnels, ces questionnements m'ont amené à cerner mon intérêt pour la communication. En effet, pour ma part, la communication a une place importante dans notre futur métier. Elle est essentielle pour une prise en charge optimale.

1.2.2. La question de départ

Ainsi, après différentes lectures réalisées, celles-ci ont clarifié la question de départ formulée en ces termes :

“Après d'un patient présentant un handicap mental, dans quelle mesure les stratégies de communication de l'infirmière favorisent la recherche de consentement ?”

2. Cadre théorique :

Afin d'aborder cette problématique, il est important de décliner ce cadre théorique en trois parties. Nous verrons dans un premier temps ce qu'est le handicap mental, la classification des handicaps, les droits des patients atteints de handicap mental ainsi que la relation de confiance avec une personne vulnérable. Dans un second temps, nous aborderons la communication dans le contexte de soin, avec la communication verbale et non verbale. Dans cette même partie, nous verrons les compétences infirmières dans la communication ainsi que les stratégies de communication. Puis pour finir, nous évoquerons la recherche de consentement chez un patient atteint de handicap mental avec le cadre législatif.

2.1. Le handicap mental

2.1.1. Définitions

Avant de parler du concept du handicap mental, il est utile pour la compréhension du sujet de s'intéresser à la définition du handicap. Le concept du handicap arrive tardivement et évolue avec le temps. Afin de mettre en lumière cette évolution, voici deux définitions à deux moments différents.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1980) « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouvent compromis. »

Quelques années plus tard, la définition proposée par la loi du 11 février (2005), pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, selon Christine Paillard (2021) « la personne handicapée, quelle que soit la nature de sa déficience, est d'abord une personne. Ordinaire parce qu'elle dispose des droits de tous et accomplit les obligations de chacun. Singulière parce qu'en plus de tous, elle en connaît d'autres, qui lui sont propres, qui résultent de son handicap et qui appellent d'être compensés.» (p. 253).

Après avoir pris connaissance de la définition du handicap, intéressons-nous au handicap mental. Le handicap mental est une notion principale de mon sujet de recherche. D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (2001), le handicap mental est défini par « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, pour Christine Paillard (2021), « La personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente de déficience intellectuelle dont l'origine peut-être très diverse. Cette déficience provoque un handicap car elle touche à différentes fonctions : la compréhension, la mémoire, l'analyse de situations, la prise de décision... » (p.254).

2.1.2. La classification des handicaps

En effet, il est nécessaire de savoir que les différents handicaps ont une classification. Les classifications du handicap sont le prolongement des classifications des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cela a pour but un classement, une vision générale des différents types de handicap et ainsi une reconnaissance des déficiences et des incapacités afin d'attribuer un statut et des droits relatifs à ce handicap.

Afin de garder le schéma précédent, nous allons mettre en évidence l'évolution de la classification des handicaps.

Selon, Philip Wood (1980) engagé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour rédiger une Classification Internationale du Handicap (CIH). Cette classification adopte trois niveaux liés à la présence d'une pathologie ou d'une altération de l'état de santé.

“-Déficience : toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. (paralysie des membres inférieurs, par exemple).”

“-Incapacité : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. (incapacité à monter des escaliers, par exemple).”

“-Désavantage : résulte d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. (impossibilité d'accéder à un bâtiment administratif, par exemple).” (Lespinet-Najib, 2013).

Quelques années plus tard, en 2001, cette classification va évoluer et va s'appeler Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). La CIF s'écarte des trois niveaux cités précédemment et va introduire : les fonctions organiques et structures anatomiques, les limitations d'activités et les restrictions de participations et ainsi les facteurs environnementaux et personnels. Les buts de cette classification sont les suivants :

- « fournir une base scientifique pour comprendre et étudier des états de santé et les conséquences qui en découlent, ainsi que leurs déterminants;

-« établir un langage commun pour décrire les états de santé et les conséquences qui en découlent...;

-« permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments;

-« fournir un mécanisme d'encodage systématique pour les systèmes d'information sanitaire ». (Véronique Lespinet-Najib, 2013).

2.1.3. Le droit des personnes atteintes de handicap mental

Après avoir abordé la classification des handicaps, il me paraissait important d'évoquer le droit des personnes atteintes de handicap mental. En effet, ils bénéficient des mêmes droits que tous ; c'est à dire le droit à l'accès aux soins, le droit à l'information, le droit de participer à la décision médicale au consentement, le droit au respect de la personne soignée et enfin la prise en charge de sa douleur, soins palliatifs et fin de vie.

Cependant, certains ne sont pas en capacité de prendre des décisions de par leur handicap. Ainsi, les personnes majeures atteintes de handicap mental peuvent être sous tutelle lorsqu'elles présentent une altération grave et prolongée de leurs capacités intellectuelles ou physiques. Et qui de ce fait sont dans l'incapacité d'exercer les actes de la vie civile et ont par conséquent besoin d'être représentés d'une manière continue. Selon le site officiel de l'administration française (2017), "La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile."

Pour Charles Leclerc (2018) "le majeur sous tutelle se voit confisquer une partie de ses droits sur ses données personnelles de santé. Le tuteur, outre le fait qu'il prend avec le professionnel de santé des décisions concernant le majeur protégé, exerce à sa place son droit à être informé sur son état de santé et à un accès de plein droit en sa qualité de tuteur aux dossiers médicaux comme à l'ensemble des informations concernant la santé du majeur protégé." (p. 38).

2.1.4. La relation de confiance auprès de la personne vulnérable

Tout d'abord, avant de parler de relation de confiance auprès d'une personne vulnérable, définissons ces termes.

La confiance est un sentiment qui se développe et s'instaure lors des soins avec le relationnel. La confiance est «la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle [...] d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence». (Patrick Sureau, 2018). Pour ce faire, la confiance suppose une réciprocité, en effet le soignant ne peut l'instaurer seul lors des soins. Ainsi la confiance est intimement liée à la relation, on va donc parler de relation de confiance.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015) « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants. Les catégories de personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée ».

La relation de confiance est primordiale lors des soins, mais encore plus avec une personne vulnérable, car celle-ci n'est pas toujours en capacité d'exprimer ses inquiétudes, ses peurs, ses appréhensions, ses douleurs etc. Néanmoins, cette relation de confiance peut s'avérer plus difficile avec une personne dite vulnérable, car le patient peut avoir une altération de compréhension ainsi cela peut freiner la communication et donc la relation de confiance.

2.2. La communication dans le contexte des soins

2.2.1. Définition

La communication provient du latin "communicare" qui signifie entrer en relation. D'après les quatorze besoins de Virginia Henderson (1947) appris lors de ma formation "communiquer avec ses semblables est un besoin vital pour l'être humain afin de se maintenir en vie et assurer son bien-être physique et mental".

La communication a pour but de faire passer un message, de transmettre quelque chose, d'être en rapport avec quelqu'un.

La communication est un concept mis en avant par Shannon et Weaver (1949). Ce concept a pour but de mettre en avant les éléments essentiels de la communication et a pour avantage de montrer que certains facteurs (environnementaux avec le bruit) peuvent perturber la transmission de l'information. Cependant, la limite de ce modèle est que celui-ci ne peut s'appliquer à toutes les situations, car il ne prend pas en compte les facteurs psychologiques, sociologiques etc..

Selon Christine Paillard (2018) la communication «D'un point de vue technique, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (mécanisme physique de la communication, par exemple téléphone, messagerie électronique...). Le récepteur répond, il devient l'émetteur et c'est ce que l'on appelle le feed back. Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation.» (p. 108).

La communication implique qu'il y ai au moins deux personnes (un émetteur et un récepteur). C'est un processus de transmission d'informations d'un émetteur vers un récepteur. Elle implique un codage puis un décodage, pour espérer déclencher la réaction recherchée chez le récepteur par l'émetteur annonceur. Lors d'un échange, l'environnement tel que des parasites sonores (bruit) ou environnementaux peuvent impacter la compréhension du message.

Le feed-back est un moyen utilisé montrant que le récepteur a bien reçu le message de l'émetteur.

Le but étant d'adapter sa communication au récepteur afin de s'assurer d'une compréhension réciproque.

Intéressons-nous maintenant à la composition de la communication : la communication verbale et non verbale.

2.2.2. La communication verbale

Selon B. Bathelot (2019) "La communication verbale désigne l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication." La communication verbale doit être claire et précise dans le but de faire passer un message et que celui-ci soit compris par le récepteur. Cependant, cette communication est bien souvent altérée chez un patient atteint de handicap mental.

Néanmoins, la parole n'est pas la seule manière de communiquer avec quelqu'un, en effet la communication dite non verbale représente une part importante de la communication entre deux personnes. Selon, l'ouvrage de Claudine Biland (2020) "Le non verbal est communicatif et contribue pleinement à l'échange, il lui est même indispensable" (p.45).

2.2.3. La communication non verbale

La communication non verbale aussi appelée langage du corps englobe, les mimiques, les gestes, les attitudes, les signes, les mouvements corporels et les silences que l'on peut faire. Selon le professeur de psychologie Albert Mehrabian (2017), une étude montre que "seulement 7% d'une communication est verbale (le sens des mots), que 38% de cette communication est vocale (l'intonation et le son de la voix), et 55% est visuelle (expression du visage et langage corporel). C'est donc 93% d'une communication qui serait non-verbale." Cette étude souligne donc que le non verbale prend une part importante dans la communication.

D'après Evelyne Terrat (2018), la communication non verbale stipule que «Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. Il peut y avoir une discordance entre ce que nous disons et ce que nous exprimons de façon verbale, car ce mode de communication est plus instinctif.» Elle ajoute que «Ce type de langage se compose des éléments suivants : la distance physique encore appelée proxémique, l'expression faciale (froncement de sourcils, clignement des paupières ...), le contact des yeux (fuyant, directif, menaçant...), le contact physique, la posture, les gestes (bras croisés, hochement de la tête...), ainsi que les odeurs.» (p. 110).

De plus, selon une formatrice de l'IFSI, "la communication non verbale est une composante essentielle dans le prendre soin, c'est elle qui va conditionner la qualité du soin." (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours]).

2.2.4. Compétence infirmière dans la communication

La notion de communication est inscrite dans le référentiel de compétences infirmières (2009), on retrouve la communication dans le contexte des soins mentionnés dans la compétence 6 :

"Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. [Il en découle les activités suivantes]:

3° Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale [...],

4° Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée [...] en vue d'une alliance thérapeutique,

5° Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement".

En effet, la communication de l'infirmière avec un patient atteint de handicap mental est importante, il apparaît nécessaire d'adapter sa communication aux ressources de la personne pour instaurer un climat de confiance. Pour ce faire, la communication verbale et non verbale est nécessaire afin de mettre en confiance le patient tant par les paroles que l'attitude et les gestes.

2.2.5. Les stratégies de communication

Néanmoins, il est nécessaire de mettre en place des stratégies de communication lorsque la communication est altérée. Selon Christine Paillard (2021) l'altération de la communication «S' agit d'une modification apportée à l'état d'une chose (Dict. Quillet). D'une modification des traits sous l'influence des émotions. Inaptitude ou difficulté, de façon momentanée ou définitive à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles. D'autres formes de communication peuvent alors pallier aux échanges verbaux.» (p. 109). La communication est très importante car d'après Lise Michaux (2017) «La particulièrement, le soin apporté à la communication est essentiel, une relation de soin de qualité nécessitant l'usage de tous les sens pour tenter de comprendre et de se faire comprendre et des échanges le plus harmonieux possible pour informer, expliquer, rassurer mais aussi partager, confier, exprimer les ressentis. Il s'agira également de savoir faire preuve de créativité pour entrer en communication avec des patients ayant des troubles cognitifs, ou dans toute situation où le niveau de conscience est altéré, ce qui requiert souvent l'emploi d'un langage non verbal.»

La communication verbale est souvent difficile pour les patients atteints de handicap mental, ils communiquent beaucoup avec le non verbal, comme par exemple l'agressivité ou encore la colère pour manifester une opposition, ou un refus de soin. Le cri peut exprimer une souffrance, une douleur ect. Le non verbal va nous permettre de mieux comprendre le patient malgré l'altération de la communication. Comprendre l'importance de la communication non verbale et savoir y donner une réponse est un facteur essentiel à la prise en soin.

Afin d'entrer en communication avec un patient atteint de handicap mental, il est nécessaire d'établir une relation de confiance. Cette relation peut s'établir en utilisant le non verbal (la proxémie, le regard, le toucher) cela va montrer au patient que nous "entendons" leurs difficultés à s'exprimer.

2.3. Qu'en ai-t'il de la recherche de consentement chez la personne vulnérable ?

2.3.1. Définition du consentement

Le consentement provient du latin "*cum-sentire*" qui veut dire "sentir avec". Selon Merlier Philippe (2013) "le consentement désigne un accord, une conformité". Le consentement est un droit important pour le patient, comme le stipule la loi Kouchner du 04 mars (2002) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé «Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.»

2.3.2. Cadre législatif relatif au consentement du patient

Afin d'approfondir mes connaissances en termes de consentement chez un patient atteint de handicap mental, il est nécessaire d'aborder dans un premier temps le cadre législatif relatif au consentement du patient. En effet, plusieurs textes et lois énoncent les principes relatifs au consentement des patients. Tout d'abord, la charte du patient hospitalisé (1995) affirme "Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient" ainsi il est nécessaire de préciser que *"Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas."* Article du code de la santé publique : article R.4127-36 (Leclerc, 2018, p. 22)

Comme cité ci-dessus dans la charte du patient hospitalisé, le consentement du patient doit être libre et éclairé. Pour cela, le médecin joue un rôle important dans le consentement, car celui-ci va informer le patient, ainsi le code de déontologie médicale (2021) affirme que "Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension..."

Il est notamment important de préciser que le patient peut à tout moment retirer son consentement «Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » Article L1111-4 du code de la santé publique (2020).

2.3.3. Cadre législatif relatif au consentement du patient atteint de handicap mental

D'après les différentes lois sur le consentement vu précédemment, il est énoncé dans la charte du patient hospitalisé (1995) "Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient". En effet, cela m'interroge car pour donner son consentement libre et éclairé, il est nécessaire d'avoir l'aptitude de compréhension et la capacité à pouvoir déterminer librement tout en autonomie. Ainsi, comme l'évoque l'article R.4127-36 du code de la santé publique dans l'ouvrage de Charles Leclerc (2018) "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas." (p.27).

Pour tenter d'éclairer mon interrogation, j'ai pu lire et faire des recherches sur le cadre législatif relatif au consentement d'un patient atteint de handicap mental.

Pour ce faire, les personnes atteintes de handicap mental ont le droit d'avoir une personne ou une instance afin de les accompagner dans la compréhension de leurs droits. Comme l'évoque Pascal &

Hanon (2014), : “article 6 : information et assistance sur les droits des patients : les personnes traitées ou placées en relation avec des troubles mentaux devraient être informées individuellement de leurs droits en tant que patient et avoir accès à une personne ou une instance compétente, indépendante de service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans la compréhension à l’exercice de ses droits”. (p.25).

Après m’être interrogée sur les droits des patients pour l’accompagnement de la compréhension de leurs droits, je me penche ainsi sur la recherche de consentement lorsque la personne ne peut consentir. Lors d’une lecture de Charles Leclerc (2018) “Le patient handicapé mental a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés. S’il exprime clairement ce refus, son choix doit être respecté. Lorsque la personne semble dans l’incapacité de consentir, elle a le droit néanmoins à une information adaptée et de participer à la décision le concernant. Son “assentiment” est recherché. Il est relativement passif mais traduit l’adhésion à une proposition exposée et comprise, quand bien même le médecin ne l’obtiendrait qu’au travers d’un regard : la personne ne s’oppose pas à la proposition de soin.” (p.35).

Cependant, pour le majeur protégé, il est nécessaire de rechercher l’autorisation de soins auprès de la famille ou du tuteur. En effet, Charles Leclerc l’évoque dans son ouvrage (2018) “Pour le majeur protégé, une autorisation du protecteur, issu de la famille ou du tuteur, doit être recherchée (art. 459 du code civil). L’autorisation de soins est donnée après information orale et écrite au travers d’une fiche d’information.” (p.35).

Néanmoins, le contexte d’urgence est différent, le médecin prend des décisions dans l’avantage du patient. Dans son livre, l’auteur Charles Leclerc (2018) ajoute “Si des soins urgents sont indispensables, le médecin prend des décisions nécessaires dans l’intérêt du patient.” (p.35)

3. Le dispositif méthodologique

Après avoir évoqué les différentes composantes de mon cadre théorique, il est maintenant nécessaire d’aborder le dispositif méthodologique où je vais parler du dispositif, des objectifs de l’entretien, ainsi que les limites de celui-ci.

3.1. Dispositif

3.1.1 Les objectifs du guide d’entretien

Pour la réalisation du dispositif méthodologique, j'ai décidé de faire des entretiens semi-directifs, avec des questions ouvertes. L'entretien semi-directif va permettre de recueillir des informations de plusieurs types (des faits, des opinions, des points de vue, des analyses, des hypothèses...) et d'orienter les questions en fonction des objectifs de l'entretien. L'avantage de celui-ci est de laisser la parole et la possibilité de développer et d'orienter ses propos en fonction du sujet.

J'ai rédigé mon guide d'entretien en m'aidant de mon cadre théorique visant à répondre à des objectifs : connaître les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental, découvrir les stratégies de communication de l'infirmier avec un patient atteint de handicap mental, déterminer les méthodes, les difficultés pour rechercher l'adhésion/le consentement aux soins.

3.1.2 La population interviewée

Mon travail de recherche étant centré sur les patients atteints de handicap mental, j'ai souhaité interroger deux professionnels en soins infirmiers afin d'avoir un regard professionnel sur le sujet de recherche. Ces deux professionnels peuvent être en contact avec des patients atteints de handicap mental. Le premier contact est un infirmier qui a travaillé en maison d'accueil spécialisée pendant dix ans et le second contact est avec une infirmière travaillant en psychiatrie.

J'ai trouvé intéressant de questionner deux professionnels infirmiers prenant en soins tous les deux des patients atteints de handicap mental, mais dans des structures différentes. L'objectif étant de voir si les deux infirmiers utilisent des stratégies de communication communes ou différentes.

Pour respecter l'anonymat de ces infirmiers, j'ai fait le choix de les appeler Romain et Amandine. L'infirmière 1 Amandine est la première personne avec qui j'ai pu échanger. Cette infirmière est diplômée depuis 2017, elle a commencé par travailler en service de chirurgie pendant un an, puis a ensuite changé pour exercer en unité d'admission psychiatrique en Mayenne. Quant à Romain l'infirmier 2, il est infirmier depuis douze ans, il a travaillé pendant dix ans en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) puis est devenu expert médico-social dans une maison départementale des personnes handicapées depuis deux ans.

J'ai contacté Amandine qui est une connaissance par téléphone puis avec son accord, nous avons planifié une date pour s'entretenir. L'entretien s'est déroulé dans une pièce à deux chez elle. Quant à Romain, je l'ai contacté via les réseaux sociaux, puis nous avons fixé un créneau. Cependant, à cause de la distance, cet entretien s'est déroulé en distanciel via une application de visioconférence.

3.1.3 Le bilan du dispositif

Les entretiens se sont bien déroulés, les professionnels étaient motivés pour répondre à mes questions. Ils étaient aussi d'accord pour que j'enregistre les entretiens ce qui a pu faciliter l'échange et la retranscription, car j'ai pu avoir la totalité des informations tout en les écoutant.

Le point fort de ces entretiens est le fait que les professionnels viennent de structures différentes. L'infirmier était quotidiennement en contact avec des personnes atteintes de handicap mental tandis que l'infirmière est plus rarement en contact avec cette population. Cela permet d'avoir un retour diversifié.

Néanmoins, j'ai rencontré certaines difficultés afin de trouver un deuxième professionnel pour un entretien. En effet, j'ai envoyé plusieurs mails et appelé de nombreuses fois différents établissements qui m'ont répondu qu'ils n'étaient pas en capacité de répondre à ma demande suite à la charge de travail qu'il avait. Désespérée de ne pas trouver, j'ai fini par poster un message sur un réseau social qui a porté ses fruits, car quelques jours plus tard, l'infirmier m'avait contacté.

4. Analyse descriptive

4.1 Population interrogée

Les entretiens ont été réalisés auprès de deux infirmiers qui n'ont pas le même parcours professionnel ni la même expérience.

Amandine, la première infirmière interrogée, est diplômée depuis 2015. Elle exerce en unité d'admission psychiatrique depuis l'obtention de son diplôme.

Quant à Romain, le deuxième infirmier interrogé, lui est diplômé depuis 2010. Il a commencé par exercer en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pendant dix ans puis a fait une formation pour devenir expert médico-social dans une maison départementale.

Tous les deux ayant été en contact avec des patients atteints de handicap mental, ils ont eu la gentillesse de consacrer de leur temps pour répondre à mes interrogations.

4.2 Les spécificités des services de soins de chaque infirmier

La plupart du temps, les différents établissements de santé ont des spécificités. Il m'intéressait de découvrir notamment celle de la maison d'accueil spécialisée (MAS) n'y étant jamais allé en stage.

L'infirmier Romain ayant travaillé en MAS pendant dix ans me décrit l'établissement avec une équipe pluridisciplinaire. Il y a un infirmier pour environ soixante patients et généralement deux aides-soignantes pour onze patients. La journée s'organise comme la plupart des autres établissements : traitement, soins etc ...

Quant à Amandine, elle travaille en unité d'admission psychiatrique. Les principales spécificités de cette unité sont la chambre d'isolement, ainsi que les chambres et portes fermées à clé.

4.3 Les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental

Pour commencer, il me paraissait important de connaître les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental selon les professionnels interrogés.

Lorsque les deux professionnels évoquent le handicap mental, il parle d'une pathologie relativement compliquée, de par les nombreuses manifestations qu'elle peut présenter. Nous retrouvons dans un premier temps, des caractéristiques liées à la communication. Lors des deux entretiens, cela ressort beaucoup avec des notions de trouble de la parole et un langage verbal/oral perturbé. De ce fait, les professionnels évoquent une communication altérée, ce qui engendre des difficultés de communication.

Lors des entretiens, l'infirmier aborde le langage non verbal de façon assez générale.

De plus, des caractéristiques liées au comportement sont évoquées par les infirmiers, la notion de trouble du comportement ressort des deux entretiens. Romain l'infirmier ajoute qu'il peut y avoir des troubles obsessionnels du comportement.

Enfin, le dernier point abordé par les professionnels est la déficience intellectuelle.

La première infirmière interrogée, n'évoque pas exactement le terme de déficience intellectuelle, mais dit que les patients atteints de handicap mental n'ont pas la réalité des choses quant à l'infirmier qui le dit mot pour mot.

4.4 Les difficultés rencontrées lors de la recherche de consentement et la capacité des soignants à y faire face

Les soignants abordent qu'ils sont souvent confrontés à certaines difficultés pour obtenir le consentement des patients atteints de handicap mental. Comme le dit Amandine, ils n'ont pas tous la capacité de comprendre ce qu'on leur demande. De plus, notamment en psychiatrie les patients sont plus ou moins hospitalisés sous contraintes, et ainsi certains ne se voient pas malades.

Quant à Romain, pour lui le manque de communication peut-être un frein et engendre des difficultés pour obtenir le consentement.

Les deux professionnels sont tous les deux d'accord pour dire que ces difficultés entraînent des refus de soins.

Face à ces difficultés, les soignants nous ont fait part de leurs différents sentiments et émotions qu'ils ont pu ressentir. Amandine évoque un sentiment de culpabilité quand elle n'arrivait pas à avoir le consentement du patient. Lui Romain, exprime un sentiment de peur face à la charge de travail qu'il laissait derrière lui à la fin de sa journée. Les sentiments ressentis par les deux soignants interrogés sont plus ou moins en lien. En effet, la culpabilité et la peur sont des sentiments que l'on peut ressentir notamment en début de prise de poste comme l'affirment les professionnels. Puis avec l'évolution de la pratique infirmière, on apprend à faire face à ces difficultés, notamment avec l'adaptabilité.

4.5 La recherche de consentement des personnes atteintes de handicap mental

Faisant suite à ma question sur les méthodes utilisées pour rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental, les deux professionnels soulignent que la communication est primordiale pour tenter d'obtenir le consentement. Pour les professionnels interrogés, la communication passe notamment par le verbale avec l'explication des faits. En effet Amandine, l'infirmière interrogée affirme à plusieurs reprises, "on leur expose les faits" et "j'explique tout le soin en amont". Romain l'infirmier lui explique que pour communiquer avec les patients et expliquer un soin, en MAS ils peuvent utiliser Santé BD une application qui va permettre de montrer le soin ou l'examen à venir sous forme ludique. Cet outil de communication peut permettre d'obtenir le consentement du patient. De plus, Amandine ajoute que la communication non verbale est aussi importante dans la recherche de consentement avec la posture et la voix du soignant.

Dans la recherche de consentement, les deux professionnels analysent psychiquement le patient en amont du soin. Le but de l'analyse est de voir si le patient est en capacité de comprendre l'intérêt du soin. Comme le dit Romain, "c'est variable parce que y'en a, des patients qui ont des capacités cognitives donc ils vont très bien comprendre que c'est pour leur bien etc.", néanmoins il ajoute qu'"une partie de la population accueillis n'ont pas les capacités cognitives pour comprendre l'intérêt d'un soin". Amandine rajoute qu'il est important de voir l'état psychique, mais aussi l'état général du patient.

Après avoir analysé l'état psychique du patient et communiquer, les deux infirmiers appuient sur le fait de prendre son temps lors de cette recherche. La temporalité ressort de ces deux entretiens. Tout comme l'adaptabilité qui est importante pour Amandine l'infirmière.

Lors de la recherche de consentement, les professionnels interrogés sont attentifs à plusieurs points. Ce qui ressort le plus des entretiens est la compréhension du patient, voir ce que le patient est capable de comprendre. Néanmoins Romain ancien infirmier en Maison d'Accueil Spécialisée affirme que les patients ont une certaine intelligence émotionnelle, ils comprennent bien la posture que le soignant essaye d'adopter notamment avec la voix.

De plus, les deux professionnels sont très attentifs à l'observation du patient pour rechercher le consentement. En effet, Romain accentue sur le fait de "regarder, beaucoup regarder", quant à Amandine elle évoque le verbe "observer".

Enfin, en lien avec l'observation, les soignants évoquent que la connaissance infirmière du patient est importante. En effet, pour rechercher le consentement, il est important pour les professionnels de connaître son patient en se référant aux ressources possibles comme l'évoque Amandine.

4.6 La façon de procéder entre le début de la profession et maintenant

Amandine évoque que sa façon de faire a évolué entre le début de sa profession et maintenant. En effet, elle souligne que lors de ces débuts, elle souhaitait toujours obtenir le consentement des patients, puis au fil des années, elle a appris à connaître les patients et ainsi à s'adapter aux différentes situations.

Quant à Romain, pour lui sa façon de procéder a évolué, mais n'a pas changé de par son expérience lors de sa formation. Comme Amandine, Romain souligne le fait que l'on apprend au fil du temps à connaître les patients et à détecter des problèmes, douleur etc.

4.7 Les stratégies de communication pour rechercher le consentement

Afin de rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental, les professionnels utilisent différents outils de communication. Ce qui ressort le plus des deux entretiens est la communication non verbale. Amandine, sa technique est d'observer le patient et de montrer ce qu'elle va faire en amont du soin pour que le patient puisse visualiser le soin à venir. Quant à Romain, lui utilise une application qui s'intitule Santé BD, comme dit précédemment, c'est une application qui va permettre au patient de visualiser de manière simple et ludique un soin ou un examen à venir. Ils soulignent que selon eux lors de la recherche de consentement, la communication non verbale est aussi importante que la communication verbale.

Néanmoins, la communication verbale garde toujours une place importante lors de la recherche de consentement. Selon les professionnels, les outils de communication verbale pour rechercher le consentement sont l'explication du soin avec un langage adapté, c'est-à-dire des phrases simples et courtes pour faciliter la compréhension du patient. Romain ajoute qu'il est nécessaire de faire reformuler les patients qui en sont capables pour évaluer la compréhension.

Puis enfin, tous deux rapportent que la connaissance du patient est aussi importante avant de rechercher le consentement. En effet, plusieurs outils existent pour les professionnels comme l'évoque Amandine : le dossier du patient, les transmissions avec l'équipe pluridisciplinaire vont permettre de connaître l'histoire du patient, ses habitudes afin de mieux aborder la recherche de consentement. Romain affirme que notamment en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), on connaît les patients ce qui peut faciliter la recherche de consentement contrairement à un service de soins ordinaire.

4.8 Les stratégies de l'infirmier face à un refus de soin

Pour finir, les soignants interrogés vont nous décrire quelles sont leurs stratégies face à un refus de soin. Ce qui est ressorti le plus des deux entretiens est le fait de passer le relai à un quelqu'un d'autre lorsque la situation en est possible. En effet, les deux professionnels évoquent que comme dans tous les établissements de santé, certains patients s'entendent mieux avec certains professionnels que d'autres, car des liens se créent. Dans ces cas-là, ils affirment qu'il faut passer la

main aux autres membres de l'équipe. Amandine ajoute que lors d'un refus de soin, selon elle la famille peut-être une éventuelle ressource quand la situation est trop compliquée.

Sinon les soignants sont aussi d'accord pour dire que face à un refus de soin, la stratégie peut être de reporter le soin à un autre moment. Dans ces cas-là, l'infirmier Romain appuie sur le fait d'en informer l'équipe soignante (dossier du patient et transmission orale et écrite).

Amandine énonce que la négociation peut-être une autre stratégie face à un refus de soin tout comme l'adaptabilité pour Romain.

5. Discussion

Afin d'achever ce travail de fin d'étude, je vais à présent confronter les éléments de mon cadre théorique avec les différents points de vue des soignants ainsi que le mien. Le but étant d'étendre ma réflexion autour de ma question de départ, qui est : *“Après d'un patient présentant un handicap mental, dans quelle mesure les stratégies de communication de l'infirmière favorisent la recherche de consentement ?”*

5.1 Le handicap mental, une pathologie complexe

Avant toute chose, rappelons brièvement, ce qu'est le handicap. La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées stipule :

Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Il me paraissait important de réintégrer cette définition, car le handicap est une notion principale de mon sujet de recherche.

Maintenant, intéressons-nous plus précisément au handicap mental. Au début de mes entretiens, j'avais pour but de connaître les différentes représentations que pouvaient avoir les professionnels interrogés sur le handicap mental. L'objectif principal de ces recherches étant d'acquérir des connaissances précises sur ce handicap dans le but d'adapter sa posture soignante pour optimiser une meilleure prise en charge.

Les soignants ont commencé par évoquer la complexité du handicap mental de par la multitude des manifestations qu'elle peut présenter. En effet, Monsieur Lacau (2015), affirme que le handicap mental est “un handicap complexe, intellectuel et souvent moteur”.

Même si les deux infirmiers ne m'ont pas donné une définition théorique du handicap mental, ils m'ont évoqué leur représentation ainsi que leur propre observation qu'ils ont pu se faire de ce handicap. De cette analyse, ressort en majorité des caractéristiques liées à la communication avec des notions de "trouble de la parole" et une "communication altérée" pour Amandine l'infirmière. Quant à Romain qui lui évoque des notions de "difficulté de communication", et un "langage oral perturbé". Les deux soignants sont d'accord pour dire que tout ce qui est en lien avec la communication est bien souvent compliqué pour les patients atteints de handicap mental. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (2001), définit le handicap mental par une insuffisance des facultés du "langage". L'insuffisance de langage est étroitement liée à la communication. Ainsi, je suis en accord avec les dires des professionnels et de l'Organisation Mondiale de la Santé, car pour moi, le manque de communication avec un patient atteint de handicap mental était ma principale difficulté lors de mes situations vécues en stage.

De plus, ils ajoutent tous les deux qu'un patient atteint de handicap mental peut avoir "des troubles du comportement", Romain évoque même "des troubles du comportement obsessionnel pour certains patients". La notion de trouble du comportement n'a pas été évoquée dans mon cadre théorique contrairement à ce qu'on pu nous dire les soignants. Néanmoins, je reste d'accord avec les professionnels sur le fait qu'un patient atteint de handicap mental peut avoir des troubles du comportement en lien avec la déficience intellectuelle. Ma curiosité m'a amenée à faire des recherches supplémentaires sur les troubles du comportement dans le handicap mental. Un rapport rédigé par Monsieur Lacau (2018) affirme que "les personnes ayant un handicap mental sévère présentent plus de risques de connaître des troubles du comportement ou psychiatriques comparativement à la population générale".

Le dernier point dont nous ont fait part les professionnels est "la déficience intellectuelle" comme le dit Romain mot pour mot. Amandine dit que les patients atteints de handicap mental "n'ont pas la réalité des choses". En effet, dans la définition du handicap mental, pour Christine Paillard (2021), "La personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente de déficience intellectuelle dont l'origine peut-être très diverse." (p.254).

Étonnamment, les mêmes thèmes ont été abordés par les deux professionnels, pour ma part, j'aurai été tenté de parler des difficultés de compréhension. En effet, la compréhension du patient n'a pas été évoquée par les soignants, cependant pour moi, les patients atteints de handicap mental peuvent avoir un manque de compréhension en lien avec la déficience intellectuelle. Ce manque de compréhension peut être une limite sur de nombreux points, notamment sur la communication et

donc la recherche de consentement, notions principales de mon sujet de recherche. Pour Christine Paillard (2021), «La personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente de déficience intellectuelle dont l'origine peut-être très diverse. Cette déficience provoque un handicap car elle touche à différentes fonctions : la compréhension, la mémoire, l'analyse de situations, la prise de décision...» (p.254). J'ai repris cette définition de mon cadre théorique car je la trouve explicite. La notion de compréhension ressort de cette définition comme j'ai pu l'évoquer précédemment. Selon Christine Paillard (2021), la déficience provoque un handicap, car elle touche à différentes fonctions telles que la prise de décision. La notion de prise de décision n'est pas intervenue dans la discussion avec les professionnels, cependant je la trouve importante. Comme vu dans le cadre théorique, les patients atteints de handicap mental bénéficient des mêmes droits que tous, notamment la prise de décision concernant leur santé. Cependant, cette prise de décision peut être compliquée, car il y a une déficience intellectuelle. Néanmoins, des stratégies sont mises en place pour aider les patients à prendre des décisions concernant leur santé.

5.2 De réelles difficultés dans la recherche de consentement

Pour tenter de répondre à ma question de départ, il me paraissait important d'aborder la recherche de consentement chez un patient atteint de handicap mental. Rappelons que le consentement est un droit fondamental, il doit être recherché dans tous les cas. Comme abordé dans mon cadre théorique, selon Merlier Philippe (2013) "le consentement désigne un accord, une conformité". Le consentement est un droit fondamental pour tous les citoyens, la loi Kouchner du 04 mars 2002 stipule qu' «aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.» Cependant, cela m'interroge car pour donner son consentement libre et éclairé, il est nécessaire d'avoir l'aptitude de compréhension et la capacité à pouvoir déterminer librement tout en autonomie. Comme vu précédemment, les patients atteints de handicap mental n'ont malheureusement pas tous cette capacité de compréhension. De plus, lors de mes stages, j'ai été confronté à ces situations où la recherche de consentement fut compliquée lorsque le patient ne communique pas ou très peu. Les professionnels interrogés sont d'accord avec moi pour dire que la recherche de consentement n'est pas si simple. Je me suis donc interrogée en premier lieu sur les éventuelles difficultés ainsi que les limites qu'éprouvent les soignants dans la recherche de consentement chez un patient atteint de handicap mental. Le but étant de pouvoir faire face à cela et ainsi mettre en place des stratégies pour rechercher ce consentement.

5.2.1 Compréhension du patient altérée, une limite à la recherche de consentement

Amandine, sa difficulté est le manque de compréhension des patients, elle cite “ils n’ont pas forcément la capacité de comprendre ce qu’on leur demande”. En effet, je suis d’accord avec Amandine, car comme je l’avais évoqué dans la première partie de ma discussion, le manque de compréhension du patient est un frein à la recherche de consentement. Comme vu précédemment les patients atteints de handicap mental ont une altération de la compréhension, Christine Paillard (2021) souligne que cette déficience touche à différentes fonctions dont la compréhension « Cette déficience provoque un handicap car elle touche à différentes fonctions : la compréhension, la mémoire, l’analyse de situations, la prise de décision... » (p.254).

Thorez Delphine (2009) ajoute que :

Ces altérations sont d’installation lente et progressive ; elles suivent l’évolution de la maladie et rendent de plus en plus difficile la possibilité d’effectuer un choix : comment choisir quand on ne se souvient plus de ce qu’il y a à choisir ou que les éléments du choix ne prennent pas sens ?”

5.2.2 Difficulté de communication, une limite à la recherche de consentement

Romain nous dit que lorsque la communication avec un patient atteint de handicap mental est compliquée cela lui pose problème dans la recherche de consentement. Je suis d’accord avec Romain, car pendant mes stages, ce qui me mettait en difficulté pour rechercher ce consentement, c’était aussi le manque de communication, c’est d’ailleurs ainsi que j’en suis venu à ma question de départ. Cependant selon le Dr Touraine (2021) :

Il faut se mettre à la place de la personne, c’est-à-dire prendre en compte ses difficultés de communication et donc de s’y conformer en adaptant notamment la communication qui lui convient le mieux, à partir de gestes ou de pictogrammes par exemple.

5.2.3 Les méthodes pour rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental

Pour ce faire, je me suis renseignée auprès des soignants pour savoir comment ils recherchaient le consentement. Celui-ci doit quand même être recherché même si le patient n’a pas

forcément la capacité de consentir. En effet, selon Charles Leclerc (2018) "Son "assentiment" est recherché. Il est relativement passif mais traduit l'adhésion à une proposition exposée et comprise, quand bien même le médecin ne l'obtiendrait qu'au travers d'un regard : la personne ne s'oppose pas à la proposition de soin." (p.25).

Les soignants sont avant tout attentifs aux patients en amont de la recherche du consentement, ils "observent le patient", ils sont attentifs à "leur compréhension", c'est-à-dire voir ce que le patient est capable de comprendre afin de pouvoir adapter sa communication. Amandine ajoute que pour elle la connaissance du patient est importante, savoir si le patient est sous protection (tutelle ou curatelle), en effet je n'avais pas notion de cela, mais comme vu dans le cadre théorique, on peut se référer au tuteur. Pour le majeur protégé, il est nécessaire de rechercher l'autorisation de soins auprès de la famille ou du tuteur. Selon Charles Leclerc (2018) "Pour le majeur protégé, une autorisation du protecteur, issu de la famille ou du tuteur, doit être recherchée (art. 459 du code civil). L'autorisation de soins est donnée après information orale et écrite au travers d'une fiche d'information." (p.35).

Romain est très attentif à sa posture soignante, mais aussi à la parole "le son de la voix, l'intonation, ou si on a un ton grave (dans ces cas-là ils savent souvent très bien qu'ils vont se faire rouspéter) ou si on a un ton bienveillant", je suis totalement d'accord avec lui, car notre première approche est très importante surtout auprès des patients atteints de handicap mental. Pour ma part, il faut faire attention à sa posture, mais surtout à son ton, son débit de parole, le but étant de mettre en confiance les patients. Lors de mes stages, je me suis rendu compte que la posture soignante était nécessaire dans cette recherche afin de mettre en confiance le patient. La confiance est un sentiment qui se développe et s'instaure lors des soins avec le relationnel.

Si je devais ajouter quelque chose en accord avec les soignants, je dirai qu'il faut faire preuve de temps et d'adaptabilité avec le patient pour rechercher le consentement.

5.3 Ces difficultés peuvent générer des refus de soin

Malheureusement, les soignants le confirment tous les deux, ces difficultés entraînent souvent des refus de soins de la part du patient. Ces refus de soins engendrent chez les soignants divers sentiments et émotions tels que de la "culpabilité" pour Amandine et de la "peur d'en laisser trop aux collègues" pour Romain. Pour ma part, lors d'un refus de soin, je suis comme Amandine, je culpabilise et je me sens déstabilisée face à cette situation. Néanmoins, comme vu dans l'ouvrage de Charles Leclerc (2018) :

Le patient handicapé mental a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés. S'il exprime clairement ce refus, son choix doit être respecté. Lorsque la personne semble dans l'incapacité de consentir, elle a le droit néanmoins à une information adaptée et de participer à la décision le concernant. (p.35).

5.4 Les stratégies de communication des soignants dans la recherche de consentement

Après avoir abordé les difficultés des soignants pour rechercher le consentement aux soins, nous pouvons maintenant discuter des stratégies de communication mises en place pour favoriser cette recherche de consentement. Pour ce faire, rappelons rapidement à l'aide du cadre théorique la troisième notion principale du sujet : la communication. Selon Christine Paillard (2018) la communication :

D'un point de vue technique, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (mécanisme physique de la communication, par exemple téléphone, messagerie électronique...). Le récepteur répond, il devient l'émetteur et c'est ce que l'on appelle le feed back. Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation. (p. 108).

Pour moi, la communication est indispensable, elle est primordiale dans un soin, mais encore plus avant celui-ci afin de rechercher le consentement. Cependant cette communication peut-être altérée. Selon Christine Paillard (2021) l'altération de la communication :

Il s'agit d'une modification apportée à l'état d'une chose (Dict. Quillet). D'une modification des traits sous l'influence des émotions. Inaptitude ou difficulté, de façon momentanée ou définitive à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles. D'autres formes de communication peuvent alors pallier aux échanges verbaux. (p. 109).

En effet, les patients atteints de handicap mental ne sont pas tous en capacité d'utiliser ou de comprendre le langage.

Les expériences que j'ai pu vivre en stage auprès de patients atteints de handicap mental, m'ont fait prendre conscience que la communication était relativement difficile. Cette limite à la communication entraîne souvent des incompréhensions de la part du patient, et donc des refus de soins comme vu précédemment. En effet, lors des entretiens, les deux soignants parlent de refus de

soin réguliers. Afin de diminuer ces refus de soin, selon moi, la clé est d'avoir une communication adaptée.

Ne perdant pas de vue ma question de départ, je me suis donc interrogée sur les stratégies, les outils que les professionnels pouvaient mettre en place dans le but de communiquer pour rechercher le consentement et éviter un refus de soin.

5.4.1 La stratégie de communication non verbale

Pour les deux soignants interrogés, la communication non verbale est ressortie en majorité. Avant de communiquer verbalement avec le patient, Amandine nous explique qu'elle observe beaucoup le patient, car comme Romain le dit "on connaît ce que leur regard veut dire, leur gestuel". En effet, le regard et la gestuelle sont des composantes indéniables du langage non verbal pour ma part. Dans le regard d'un patient, nous pouvons voir beaucoup de choses, notamment des émotions (peur, tristesse, colère etc...) qui vont nous donner des indices sur l'état actuel du patient, tout comme la gestuelle, si celui-ci est assis, allongé, bras croisés etc. Christine Paillard (2021) détaille plus précisément ce qui fait partie du langage non verbal selon elle :

Ce type de langage se compose des éléments suivants : la distance physique encore appelée proxémique, l'expression faciale (froncement de sourcils, clignement des paupières ...), le contact des yeux (fuyant, directif, menaçant...), le contact physique, la posture, les gestes (bras croisés, hochement de la tête...), ainsi que les odeurs. (p. 110).

Tous ces éléments me semblent importants avant de vouloir entrer en communication verbale avec le patient, comme dit précédemment cela va nous permettre d'avoir une première vision de l'état du patient pour mieux adapter sa posture par la suite. Puis même si le patient ne communique pas verbalement, le patient peut communiquer avec le non verbale, selon Charles Leclerc (2018) :

Tout individu handicapé mental à quelque choses à faire savoir, à "dire", à partager. Les manifestations peuvent être discrètes au travers d'un regard, d'un sourire, d'un changement de mimique, d'un hochement de la tête, d'un mouvement soudain du corps, ou d'un changement du rythme respiratoire que seul l'accompagnant comprend. Parfois, il s'agit de manifestations plus expressives avec des pleurs, des vocalises, des gémissements ou des cris. (p.22).

Romain souligne que pour lui la communication non verbale est très importante. Pour ma part, je suis totalement d'accord avec lui, j'ai pu constater lors de ma formation que le langage non verbal prenait une place importante sans forcément sans rendre compte. Comme le dit si bien une de nos formatrices de l'école "La communication non verbale est une composante essentielle dans le

prendre soin, c'est elle qui va conditionner la qualité du soin" (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours]).

L'infirmier Romain, nous fait part d'un outil de communication qu'il utilisait lorsqu'il travaillait en maison d'accueil spécialisée pour tenter de rechercher le consentement, cela s'intitule Santé BD. Celui-ci m'explique que c'est une application qui va permettre au patient de visualiser de manière simple et ludique un soin ou un examen à venir. Curieuse d'en découvrir plus sur cet outil, je me suis informée. C'est un outil pédagogique pour comprendre et prendre soin de sa santé à l'aide d'images et de mots simples. Elle peut être utilisée pour les patients étrangers, mais aussi pour accompagner un patient avec un handicap. Cette application peut-être utilisée par des soignants, mais aussi des parents pour leur enfant. Je trouve cette idée très intéressante afin d'annoncer et de montrer un soin à un patient de manière simple et ludique dans le but toujours d'essayer d'obtenir un consentement. De plus, cet outil s'inscrit dans l'air de notre temps avec l'avancée de la technologie et donc accessible pour la plupart des personnes.

5.4.2 La stratégie de communication verbale

D'autre part, n'oublions pas la communication verbale qui est la base de notre communication.

Selon B.Bathelot (2019) "La communication verbale désigne l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication.". Selon les professionnels, la communication verbale garde toujours une place importante notamment pour tenter de rechercher un consentement. Pour ma part, la communication verbale est presque indispensable pour rechercher le consentement, comme pour Amandine qui nous dit que sa manière est "d'expliquer le soin" à venir avec un langage adapté au handicap du patient. Par exemple, utiliser des mots simples et des phrases courtes pour faciliter la compréhension du patient. Charles Leclerc (2018) dit :

Communiquer même si la compréhension semble incertaine : toujours s'adresser d'abord au patient; toujours intégrer le patient dans la communication, même s'il semble indifférent; l'absence de réponse ou de réaction n'exclut pas la compréhension; sa compréhension est toujours plus importante qu'il n'y paraît ect ... (p.65)

Enfin, nous pouvons voir que la communication verbale et non verbale sont plus ou moins complémentaires. Les soignants et les auteurs se rejoignent sur certains points. En tout cas, ce qui est sûr est que la communication est essentielle pour rechercher un consentement. Comme vu dans le cadre théorique d'après Lise Michaux (2017) :

La particulièrement, le soin apporté à la communication est essentiel, une relation de soin de qualité nécessitant l'usage de tous les sens pour tenter de comprendre et de se faire comprendre et des échanges le plus harmonieux possible pour informer, expliquer, rassurer mais aussi partager, confier, exprimer les ressentis. Il s'agira également de savoir faire preuve de créativité pour entrer en communication avec des patients ayant des troubles cognitifs, ou dans toute situation où le niveau de conscience est altéré, ce qui requiert souvent l'emploi d'un langage non verbal.

En effet, je vais rebondir sur cette citation "il s'agira également de savoir faire preuve de créativité pour entrer en communication avec des patients ayant des troubles cognitifs, ou dans toute situation où le niveau de conscience est altéré, ce qui requiert souvent l'emploi d'un langage non verbal." Je trouve que le mot "créatif" est très approprié, il faut faire appel à sa créativité pour tenter de communiquer avec un patient atteint de handicap mental, ce qui n'est pas toujours simple. Cependant, ce que nous a présenté Romain avec l'application Santé BD est une stratégie de communication qui me paraît très intéressante et peu connue.

5.4.3 La connaissance de la personne soignée, une stratégie avant la communication

Dans mon cadre théorique, nous avons pu voir que la communication permet d'avoir une connaissance sur la personne soignée. Mais lorsque cette communication est altérée, Amandine nous a donné des astuces pour avoir une connaissance sur la personne soignée.

Il faut savoir que les collègues, le dossier du patient sont des ressources qui vont nous permettre de connaître le patient, ses habitudes etc. Un point qui me semble important avant d'entrer en communication et rechercher ce consentement.

6. Question de recherche

L'ensemble de ce travail de recherche et en particulier la discussion m'a permis d'étendre ma réflexion autour de ma question de départ. L'ensemble des apports abordés, m'ont amené à comprendre l'importance du non verbale lors de la communication avec un patient atteint de handicap mental. En effet, les soignants ont évoqué que leur stratégie de communication pour rechercher le consentement était majoritairement le non verbale.

Suite à ça, j'en suis arrivée à ma question de recherche définitive : "En quoi la communication non verbale favorise-t-elle la recherche de consentement avec un patient atteint de handicap mental ?"

7. Conclusion

Ce travail de recherche marque la fin de mes trois années de formation en soins infirmiers. L'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche a permis de développer ma réflexion sur les stratégies de communication avec un patient atteint de handicap mental. Au cours de mes stages, deux situations m'ont inspiré et questionné c'est pourquoi j'ai décidé de développer mon thème autour du handicap mental. Ces nombreux questionnements m'ont amené à ma question de départ : *“Après d'un patient présentant un handicap mental, dans quelle mesure les stratégies de communication de l'infirmière favorisent la recherche de consentement ?”*

Dans un premier temps, j'ai réalisé mon cadre théorique afin de savoir ce qu'expriment les auteurs sur mon sujet et les notions qui composent ma question de départ. Ces différentes recherches m'ont permis d'enrichir mes connaissances sur les notions évoquées tel que le handicap mental, la communication et le consentement. Par la suite, j'ai réalisé deux entretiens avec deux infirmiers dans le but d'avoir le point de vue de chaque professionnel sur les différentes questions que je me posais. De ces entretiens, j'ai analysé puis confronté les différents apports empiriques avec mon cadre théorique ainsi qu'en y donnant mon point de vue.

De cette discussion, j'ai pris conscience de la complexité du handicap mental et de toutes ses caractéristiques auxquelles il est important d'avoir connaissance pour adapter sa communication.

En lien avec ma question de départ, je me suis rendu compte de l'importance de la place du non verbale dans la recherche de consentement. Les professionnels évoquent à de nombreuses reprises des stratégies, des outils de communication non verbale, tout comme dans mon cadre théorique où nous avons vu que le non verbale représente 93 % de la communication. Je ne pensais pas que le non verbale prenait une place aussi importante dans la communication avec un patient atteint de handicap mental.

J'ai également pris conscience des réelles difficultés auxquelles pouvaient faire face les soignants lors de ce manque de communication, de compréhension pour rechercher le consentement aux soins. Et ce que ces difficultés pouvaient engendrer.

Ce travail de recherche m'a apporté beaucoup de positif et de connaissances que ce soit sur le plan professionnel mais aussi personnel malgré quelques difficultés rencontrées pour son écriture.

La prise en charge d'un patient atteint de handicap mental n'est pas facile cependant elle est présente dans la plupart des établissements de santé. Ainsi, lors de ce travail, j'ai pu acquérir des

connaissances sur le handicap mental que je n'avais pas, et dont il me paraît important d'avoir pour adapter sa communication. Ces connaissances me serviront aussi bien dans ma vie personnelle que professionnelle.

Par ailleurs, j'y ai découvert l'importance du non verbal dans la communication avec un patient atteint de handicap mental mais aussi dans la recherche de consentement, ainsi je vais y être davantage attentive notamment lors de mon futur métier.

Pour terminer, nous avons pu voir que les soignants expriment de réelles difficultés lors de la recherche de consentement ce qui entraîne des refus de soins assez réguliers. Ayant peu abordé le refus de soins lors de ce travail de recherche, il me semblerait intéressant de pouvoir développer le sujet si l'occasion se présente.

8. Bibliographie

Ouvrages :

- Biland, C. (2020). *Ce que votre corps révèle vraiment de vous. Communication non verbale.* Odile Jacob.
- Ceccotto, R., Fiche, G., Maçon, H. et Zribi, G. (2007). *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques.* ENSP.
- Duchêne, J., Mercier, M., Delville, J., Delfosse, M-L., Mattys, M. et Witdouck, O (1997). *Éthique et handicap mental.* Presses universitaires de Namur.
- Leclerc, C. (2018). *Soins et handicap mental, relation soignante et prise en charge.* Rueil-Malmaison : Amette.
- Michaud, L. (2017). *Les mots du prendre soin.* Seli Arslan
- Pascal, J-C. et Hanon, C. (2014). *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie.* Rueil-Malmaison : Doin.

Textes législatifs :

- Légifrance. *Art. L. 114. de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>
- Légifrance. *Article L1111-4 du code de la santé publique.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
- Légifrance. *Article R.4127-36 du code de la santé publique.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588188

Pages/PDF WEB :

- Albert Mehrabian (2017). Dans *wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Albert_Mehrabian
- Bathelot, B. (2019). *Communication verbale*.
<https://www.definitions-marketing.com/definition/communication-verbale/>
- Berrier, S. (2015). *Vulnérabilité une notion plurielle*.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2015-11/MEDECINS-Personnes-vulnerables.pdf>
- Bonin, B. (2012). *Le consentement et la prise de décision*.
<https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychologie-medicale--9782100570157-page-271.htm>
- Camberlein, P. (2015). 2. *Les définitions du handicap*.
<https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-page-4.htm>
- Delamarre, C. (2014). Chapitre 2. Communication verbale et non verbale. Dans : , C. Delamarre, *Alzheimer et communication non verbale: Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*
<https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100554362-page-29.htm>
- Lacau, J-M. (2015). *Le handicap mental sévère*.
<https://www.reseau-lucioles.org/definition-handicap/>
- Lespinet-Najib, V. & Belio, C. (2013). *Classification des handicaps : enjeux et controverses*.
<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-104.htm?ref=doi>
- Merlier, P. (2013). *Le consentement*.
<https://www.cairn.info/philosophie-et-ethique-en-travail-social--9782810901326-page-55.htm>
- Ministère chargé de la justice (2017). *Tutelle d'une personne majeure*.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2120>
- Ministère de la santé (2006). *Charte de la personne hospitalisée*
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
- THOREZ, D., Noël, J., de Montgolfier, S. & Le Dastumer, B. (2009). *Le libre choix du patient dément en institution*.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2009-4-page-131.htm>

Cours :

- Le Bihan, C. (2020). *Théorie sur la communication*. PFPS Rennes.

Dictionnaire :

- Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (5ème édition). Setes.

Image page de garde :

<https://www.piqsels.com/fr/search?q=doigt&page=2>

IX. Annexes

Annexe I : Le guide d'entretien

Questions pour l'entretien semi-directif :

- 1) Dans mon travail, je m'intéresse à la communication avec des personnes en situation de handicap mental. Pour commencer, quel est votre parcours professionnel ?
- 2) Quelles sont les caractéristiques du service et de l'exercice dans lequel vous exercez (staff, équipe pluriprofessionnel) ?
- 3) Selon vous, quelles sont les caractéristiques des personnes en situation de handicap mental que vous accueillez ?
- 4) Avez-vous eu dans votre pratique d'infirmière des difficultés pour obtenir le consentement du patient en situation de handicap mental ? Avez-vous des exemples marquants (quelles sont les difficultés, les questionnements, le sentiment, le ressenti, les émotions que vous avez-pu ressentir) ? Est-ce que cela à changé des choses dans votre pratique ?
- 5) Pouvez-vous m'expliquer dans votre pratique comment recherchez-vous l'adhésion aux soins/consentement auprès de ces personnes ? Avez-vous des exemples pour illustrer ? Comment faites-vous ? A quoi êtes-vous attentif ?
- 6) Votre façon de faire est-elle toujours la même depuis le début de votre profession ? Avec le regard que vous portez sur votre expérience, qu'est qui vous paraît important ? Y a t-il eu une évolution dans votre façon de procéder ?
- 7) Dans les situations évoquées lors de la recherche d'adhésion aux soins quels outils de communication adoptez-vous ?
- 8) Vous arrive-t-il de vous retrouver face à des patients qui refusent les soins ? Que faites-vous lorsque les patients sont dans le refus ? Comment le vivez-vous ?

Annexe II : Entretien numéro 1

ESI : Bonjour, avant de commencer pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

Amandine : Bonjour, oui je suis infirmière depuis 5 ans en psychiatrie, je suis actuellement en unité d'admission.

ESI : Quelles sont les caractéristiques du service dans lequel vous travaillez et comment cela s'organise ?

Amandine : Je travaille dans un service d'admission de psychiatrie... les caractéristiques... je dirai la chambre d'isolement, des chambres/ des pièces qu'on peut fermer à clé. Sinon c'est organisé comme un service lambda avec une équipe pluridisciplinaire. Il y a des entretiens médecin/patients assez réguliers...

ESI : Très bien, alors dans mon travail de mémoire je m'intéresse à la communication avec des personnes en situation de handicap mental et donc la première question de cet entretien est pour vous quelles sont les caractéristiques des personnes en situation de handicap mental que vous accueillez ? De façon assez générale.

Amandine : Le handicap mental c'est relativement compliqué. Les caractéristiques des personnes en situation de handicap mental ce sont des personnes qui ... n'ont pas la réalité des choses. Le handicap mental, c'est une personne qui a besoin d'être secondé au niveau psychique. Des troubles du comportement, de la parole dans ces cas là, la communication est altérée.

ESI : D'accord, la deuxième question est, est-ce que dans votre pratique d'infirmière vous avez des difficultés pour obtenir le consentement du patient en situation de handicap mental ?

Amandine : Oh oui, souvent, régulièrement même car les personnes qui sont atteintes de handicap mental n'ont pas toujours la capacité de pouvoir comprendre ce que l'on peut leur demander. Ce sont souvent des personnes qui sont sous protection (curatelle, tutelle, judiciaire) faut pouvoir contacter ces personnes ressources ou par un tiers la famille.

ESI : D'accord, avez-vous des situations marquantes que vous avez vécues ?

Amandine : Marquante ... je vais te parler notamment en santé mentale à partir de 16 ans, ce sont souvent des gens qui rentrent, sont hospitalisés sous contraintes. En plus de leur handicap, en psychiatrie ce sont des personnes qui refusent encore plus car pour eux ils ne sont pas malades, ils ne se voient pas plus malades. Les consentements se font donc soit par la famille, la curatelle, la tutelle comme je te disais. Les familles peuvent aussi refuser dans ces cas-là, c'est souvent les juges des tutelles qui s'en chargent.

ESI : Lors de ces moments là quels étaient vos ressentis ? sentiments ?

Amandine : Aujourd'hui j'ai appris à faire face à ces difficultés, au début je culpabilisais et je faisais tout pour que le patient accepte le soin, puis à force on lâche un peu prise.

ESI : Ah oui, d'accord en effet ce n'est pas toujours facile ... Pouvez-vous m'expliquer comment vous faites pour rechercher l'adhésion aux soins auprès de ces personnes ? Si vous avez des exemples n'hésitez pas.

Amandine : On communique avec eux, on leur expose les faits. En santé mentale lorsqu'ils arrivent ils ont un entretien souvent ils passent par l'UMP, avec une infirmière et le psychiatre et on leur expose les faits. Et puis de là il faut voir comment est l'état psychique du patient, l'état général aussi, on s'adapte au patient. Quand ils arrivent dans un service de psychiatrie notamment, on prend le temps car c'est un endroit particulier et différent pour eux, il faut prendre le temps et la recherche d'adhésion aux soins se fait plus tard cependant comme je l'ai dit on leur expose les faits à leur arrivée.

Sinon, j'explique tout le soin en amont, toujours expliquer ce que tu fais c'est très important. Parler beaucoup avec le patient et le mettre en confiance aussi avec le non verbale, ta posture, ta voix etc ... Puis avec le temps tu connais les habitudes de vie des patients et c'est donc plus simple.

ESI : Et pour cela dans la recherche d'adhésion aux soins vous êtes attentifs à quoi particulièrement ?

Amandine : ... Il faut déjà analyser et voir ce que le patient est capable de comprendre, puis si celui là n'est pas adhérent ne jamais insister car au niveau psychique il peut se braquer. C'est sur le terrain que tu vas apprendre à connaître les patients, à les observer et à jauger.

Les patients atteints de handicap mental sont souvent sous tutelle ou curatelle, ils peuvent être en foyer, on peut donc se référer aussi à eux pour connaître plus le patient, faut pas hésiter à les contacter.

ESI : D'accord en effet j'avais pas pensé aux protections comme la tutelle et la curatelle c'est intéressant de pouvoir avoir des ressources. Votre façon de faire a-t-elle toujours été la même ?

Amandine : Non, moi au début je voulais toujours avoir le consentement, l'adhésion aux soins pour faire les choses bien, mêmes par rapport aux collègues. Et puis par la suite, tu finis par apprendre et t'adapter. Tu vas apprendre quels sont les signes qui montrent que ton patient est énervé, que ce n'est pas le moment, qu'il ne veut pas entendre ce que tu as à lui dire. Ça s'apprend dans la pratique, au début tu verras tu voudras tout faire tout bien, remplir tes "objectifs". En psychiatrie, il faut beaucoup s'adapter au patient.

ESI : Oui je vois, quand on commence on veut tout faire bien mais ce n'est pas toujours possible car on s'adapte le plus possible au patient. Ducoup dans les situations évoquées dans la recherche d'adhésion aux soins, quels outils de communication utilisés vous ?

Amandine : Le verbal mais beaucoup le non verbale, on observe beaucoup le patient et puis faut faire attention surtout de ne pas brusquer car le patient est souvent dans le déni de sa venue lorsqu'il arrive en psychiatrie et dans c'est cas là, brusquer le patient, la prise en charge peut-être compliqué par la suite. Mais oui on observe beaucoup, puis lorsque le patient à un handicap mental ce qu'on fait souvent avant d'aller chercher l'adhésion aux soins c'est se renseigner notamment auprès des collègues qui l'on déjà vu, se renseigner sur son handicap mental, son histoire de vie. L'entretien d'entrée donne souvent beaucoup d'informations sur le patient car il est accompagné, ne pas hésiter à aller chercher dans son dossier des informations qui vont te permettre de connaître le patient ainsi pouvoir l'aborder plus sereinement. Mais sinon, le verbale, dire tout ce que je vais faire en amont, expliquer avec des mots simples et ne pas hésiter à montrer aussi ce que je vais faire pour que le patient visualise et appréhende moins.

ESI : Très bien, je retiens que le non verbale et aussi important que le verbale. Après la recherche d'adhésion aux soins et consentement, cela vous arrive t'il d'avoir des patients qui refusent les soins ? Et si oui, que faites-vous dans ces cas-là ?

Amandine : Des patients qui refusent les soins oui, par exemple on a un patient Monsieur F qui est atteint de handicap mental et il est schizophrène, il est là depuis 2 mois et ils refusent les traitements. On a essayé beaucoup de choses mais rien n'y fait. On lui a donc jamais donné de traitement et la psychiatre non plus donc son état psychique n'évolue pas ... Mais on a réussi à négocier une injection retard après deux mois. Dans ce cas là lors d'un refus de soin, on s'adapte à la situation, c'est vraiment cas par cas.

ESI : D'accord par exemple lors du refus de prendre un traitement, vous retentez à un autre moment ?

Amandine : Oui ça on le fait souvent retentez à un autre moment ou alors on passe la main à quelqu'un d'autre qui tente car comme dans tous les services les patients ont plus ou moins une relation spéciale avec certains soignants. Où je travaillais avant y'avait un patient où on était très peu à le comprendre, par exemple lors de son injection c'était les mêmes collègues à chaque fois qui allaient la faire pour comprendre le patient, il ne faut pas hésiter à passer le relais à l'équipe. Si même avec le reste de l'équipe c'est compliqué, on peut passer par le biais de la famille qui peuvent-être une ressource après bien sûr en connaissance de l'histoire de vie. On travaille beaucoup avec les partenaires aussi les médecins généraux qui peuvent nous aiguiller sur l'état général de la patiente, le foyer où vit le patient etc ...

ESI : Très bien, en effet il faut penser à toutes les ressources qui sont disponibles autour du patient. Très bien merci beaucoup d'avoir pris le temps. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Amandine : Non je ne pense pas. Merci

Annexe III : Entretien numéro 2

ESI : Bonjour, je suis étudiante infirmière c'est moi qui vous ai contacté pour l'entretien du mémoire.

Romain : Bonjour, moi c'est R infirmier enchanté

ESI : Merci en tout cas de prendre temps pour répondre à mes interrogations, c'est gentil

Romain : Pas de soucis

ESI : Alors pouvez-vous vous présenter votre parcours professionnel ?

Romain : Ouais, moi je suis infirmier, j'ai travaillé 10 ans en maison d'accueil spécialisé avec un public polyhandicapé, lourdement handicapé. Avant ça j'ai travaillé dans un FAM, et pendant mes études j'étais aide-soignant de nuit dans une MAS.

ESI : D'accord donc vous connaissiez déjà le domaine et le public avant d'y travailler en tant qu'infirmier.

Romain : Et aujourd'hui je suis expert médico-social dans une maison départementale des personnes handicapées.

ESI : D'accord et ça consiste en quoi ?

Romain : Ça consiste à évaluer leur dossier et leur attribuer des prestations sociales comme l'allocation adulte handicapée, ça peut-être des aides à domiciles, des aides techniques, des choses comme ça.

ESI : D'accord, c'est pour savoir un peu toutes les aides, les droits auxquels ils peuvent être éligible en fait.

Romain : C'est ça

ESI : D'accord très bien. Ducoup, lorsque vous travaillez en MAS, c'était quoi les caractéristiques du service et comment cela s'organisé ?

Romain : On travaille pas en binôme déjà, généralement on était un seul infirmier par poste pour 60 patients que ce soit de jour comme de nuit et généralement deux aides-soignants ou AMP pour 11 patients. Et aussi un éducateur pour 11 patients. Sinon pour l'organisation d'une journée type pour un infirmier c'est en premier les médicaments notamment pour ceux qu'on des gastrostomies, puis les autres patients, ensuite les soins tout ce qui est pansement, injection etc ... Sinon les traitements sont aussi donnés par les aides-soignants après que nous les avons préparés et vérifiés...

ESI : D'accord et je suppose qu'il y a une équipe pluridisciplinaire ?

Romain : Oui, effectivement ergothérapeute, kiné libérale, un médecin coordinateur ... enfin non il a pas l'étiquette de médecin coordinateur mais il est médecin traitant de quasiment tous les patients. Il y a aussi un médecin psychiatre, et un psychologue aussi.

ESI : Pouvez-vous me dire les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental avec vos mots ?

Romain : Ouais ... la pathologie est relativement complexe car y'a plusieurs choses qui peuvent entrer en jeu. Souvent il y a une déficience intellectuelle, le langage oral peut-être perturbée, il peut y avoir des troubles du comportement, et des pathologies psychiques mais aussi psychiatrique sous jacente. Il peut aussi y avoir des TOC, des difficultés de communication très souvent avec du langage verbale et non verbale.

ESI : D'accord, aviez-vous des difficultés pour obtenir le consentement des patients ? Si oui, avez-vous des situations marquantes ?

Romain : Oui souvent, par exemple des bilans sanguins qui n'étaient pas du tout acceptés par les résidents, c'était compliqué même en expliquant et en prenant le temps même dans des temps calmes. C'est vrai que c'était difficile de faire accepter les bilans sanguins. Puis après c'était le questionnement, de savoir jusqu'où on va, la limite pour faire accepter ou non le soin. Si vraiment c'était trop galère, on posait le pour et le contre, le bénéfice risque de le faire ou pas. Si c'était une simple surveillance par exemple, on pouvait par exemple se permettre de peut-être décaler cette prise de sang mais si y'avait vraiment un intérêt médical où on pensait que y'avait peut-être une pathologie sous jacente ou des choses comme ça, et bien on le faisait quand même en s'y mettant à plusieurs.

ESI : Lors de ces moments là quels étaient vos ressentis ? sentiments ?

Romain : Mon ressenti face à ces difficultés ?

ESI : Oui

Romain : ... On fait avec, au début de notre carrière on a plus de mal à laisser des soins non fait puis par la suite on relativise et on s'adapte à la situation.

ESI : Et vous, vous procédez comment pour rechercher l'adhésion aux soins/ le consentement ?

Romain : Et ben ... on va dire que c'est variable parce que y'en a, des patients qui ont des capacités cognitives donc ils vont très bien comprendre que c'est pour leur bien ect et par contre, ouais je dirais que vu qu' il y a une population qui est assez hétérogène notamment dans une MAS, y a une partie de la population accueillis qui n'ont pas les capacités cognitives pour comprendre l'intérêt d'un soin, d'un pansement etc. Donc oui, la ducoup il faut ... on le fait mais je suis pas sûr que, je suis pas persuadé que le patient comprennent bien les enjeux ect... Donc ce qu'on fait pour rechercher le consentement, on explique d'abord le déroulé et l'enjeu du soin. Sinon on utilise aussi une application qui s'appelle, santé BD, je sais pas si vous connaissez ?

ESI : Ah non je ne connais pas, cela consiste en quoi ?

Romain : En fait, c'est une application, un site internet, y a des ... des situations par exemple, je sais pas, je vais prendre par exemple la situation d'une consultation chez le dentiste, et c'est sous forme de BD très simple où ça va être expliqué, ça nous sort souvent de support. Donc sur internet, y a le site internet donc ça permet d'imprimer la BD mais aussi par exemple quand on est chez le professionnel, on peut avoir l'application sur notre téléphone, c'est gratuit et on peut revoir la BD, la ré expliquer etc ... C'était plutôt efficace comme technique, après je sais qu'à Amiens y a ... smituted et c'est un centre on va dire qui essaye de simuler par exemple des examens comme un scanner, un IRM etc. La personne va donc venir plusieurs fois voir afin de la conditionner.

ESI : Ah effet je ne connaissais pas ces différentes méthodes, c'est très intéressant. Et à quoi êtes-vous attentif lorsque vous recherchez cela ?

Romain : On regarde, on regarde beaucoup, l'observation après quand on pose des questions simples de type fermé avec oui ou non souvent ils comprennent plus ou moins. Et aussi, on sait qu'ils ont une certaine intelligence émotionnelle, c'est à dire qu'ils comprennent très bien le son de la voix, l'intonation, ou si on a un ton grave (dans ces cas là ils savent souvent très bien qu'ils vont se faire rouspéter) ou si on a un ton bienveillant c'est des choses qu'ils comprennent même s' ils comprennent pas tout le sens derrière les phrases.

ESI : D'accord, et votre façon de procéder est t-elle la même depuis toujours ou cela a évolué au fil des années ?

Romain : Ouais ça à évolué, c'est l'expérience qui fait que, qu'on est plus habile ou bien que ... maintenant sinon la manière de procéder a toujours été la même depuis le début pour moi après j'avais déjà un peu d'expérience dans le domaine avant de devenir infirmier, notamment lors de ma formation. Puis après, au fil du temps ça évolue, on arrive à détecter des choses comme la douleur, le mal-être des choses comme ça avec le non verbale du patient (le faciès, la posture ect...). Après pour une petite partie c'est très difficile de savoir et de détecter les choses.

ESI : Avec le regard que vous portez sur votre expérience, pour vous qu'est-ce qui vous paraît important dans la manière de procéder ?

Romain : Ben, de ... essayer de réfléchir à ce que les soins ne soient pas disproportionnés, ça engendre trop de contrainte, il faut se poser la question de est-ce que c'est utile ou pas... je vais donner un exemple. Par exemple, si un patient se fait une petite plaie, en service de soins on a tendance à mettre un petit pansement etc alors que vous allez avoir des résidents qui vont vous l'enlever 10 fois quoi, vous allez le remettre etc, alors au bout d'un moment ... puis on serait chez nous on mettrait pas forcément un pansement et les résidents sont aussi chez eux là. Pour faire simple, juste désinfecter et surveiller quoi.

En gros, essayer de faire des soins proportionnés.

ESI : Très bien, sinon dans les situations de soins évoqués dans la recherche d'adhésion aux soins, quels sont les outils de communication que vous utilisez le plus ?

Romain : Ouais comme dit plus précédemment, on utilise santé BD une application ou sinon des questions simples, courtes et fermées. Et pour les résidents qui sont capables de formuler, justement s' ils ont compris, essayé de faire reformuler derrière. Après la communication non verbale est aussi très important, après quand on travaille en structure, en MAS par exemple, on connaît bien nos résidents. On les connaît, on connaît ce que leur regard veut dire, leur gestuel.

ESI : Ça vous arrivait de vous retrouver face à des refus de soins ? Et qu'est ce que vous faites dans ces cas là et comment le vivez-vous ?

Romain : Oui ça arrive souvent, dans ces cas là on trace dans le dossier de soin du résident, on le dit aux transmissions, on essaye très souvent aussi de passer le relais à un collègue. Au fur et à mesure y'a des filing qui se crée, y'a des personnes avec qui ça passe mieux que d'autres voilà pour réessayer. Et puis après sinon, on peut essayer d'élaborer des différentes alternatives si c'est possible comme par exemple reporter le soin à un autre moment. Sinon moi comment je le vis ? Je le vis bien car c'est comme ça et puis on n'y peut pas grand chose.

ESI : Voilà c'est tout pour moi, avez-vous des questions ?

Romain : Non

ESI : Merci beaucoup encore, au revoir

Romain : Merci, bonne continuation, au revoir

Annexe IV : Tableau de l'analyse descriptive

Objectif n°1 : Nommer les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental selon un infirmier.

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
<p>Selon vous, quelles sont les caractéristiques des personnes en situation de handicap mental que vous accueillez ?</p>	<p><i>Les caractéristiques de la personne atteinte de handicap mental :</i></p> <p>Caractéristiques liée à la déficience intellectuelle</p> <p>Caractéristiques liée à la communication</p> <p>Caractéristiques liée au comportement</p>	<p>-Pas la réalité des choses</p> <p>-Secondé au niveau psychique</p> <p>-Trouble du comportement</p> <p>-Trouble de la parole</p> <p>-Communication altérée</p>	<p>-Déficience intellectuelle</p> <p>-Peut avoir des pathologies psychiques mais aussi psychiatriques</p> <p>-TOC</p> <p>-Langage non verbal</p> <p>-Langage oral perturbé</p> <p>-Langage verbal</p> <p>-Trouble du comportement</p> <p>-Difficulté de communication</p>

Les caractéristiques des personnes atteintes de handicap mental

Caractéristiques liées à la déficience intellectuelle	Caractéristiques liées à la communication	Caractéristiques liées au comportement
"Pas la réalité des choses" "Déficience intellectuel"	"Trouble de la parole" "Communication altérée" "Langage non verbal" "Langage oral perturbée" "Langage verbal" "Difficulté de communication"	"Trouble du comportement" "TOC" "Trouble du comportement"
2	5	3

Objectif n°2 : Identifier les difficultés rencontrées pour obtenir le consentement des personnes atteintes de handicap mental.

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
Avez-vous eu dans votre pratique d'infirmière des difficultés pour obtenir le consentement du patient en situation de handicap mental ?	Les difficultés : -Les causes liées aux difficultés -Refus de soin	"Oui car ils n'ont pas forcément la capacité de comprendre ce qu'on leur demande" "ils ne se voient pas plus malades." "Ils sont hospitalisés sous contraintes" "des personnes qui refusent"	Oui souvent "Des bilans sanguins qui n'étaient pas du tout acceptés par les résidents, c'était compliqué même en expliquant et en prenant le temps même dans des temps calmes." "la communication compliquée"

<p>Avez-vous des exemples marquants (quelles sont les difficultés, les questionnements, le sentiment, le ressenti, les émotions que vous avez-pu ressentir) ? Est-ce que cela à changé des choses dans votre pratique ?</p>	<p><i>Les sentiments ressentis face aux difficultés :</i></p> <p>Ressenti et évolution des soignants face aux difficultés</p> <p>Émotion des soignants face aux difficultés</p>	<p>“Au début je culpabilisais, je faisais tout pour que le patient accepte le soin, puis à force on lâche un peu prise.”</p>	<p>“Au début de notre carrière on a plus de mal à laisser des soins par peur d’en laisser trop aux collègues puis par la suite on relativise et on s’adapte à la situation”</p>
--	---	--	---

Les difficultés pour obtenir le consentement chez des personnes atteintes de handicap mental

Les causes	Refus de soin
<p>“ils n’ont pas forcément la capacité de comprendre ce qu’on leur demande” “hospitalisés sous contraintes” “la communication compliquée” “ils ne se voient pas plus malades.”</p>	<p>“personnes qui refusent” “Des bilans sanguins qui n’étaient pas du tout acceptés”</p>
4	2

Les sentiments des soignants face à ces difficultés et l’évolution dans la pratique infirmière

Ressenti et évolution des soignants face aux difficultés	Émotion des soignants face aux difficultés
<p>“je faisais tout pour que le patient accepte le soin, puis à force on lâche un peu prise.” “Au début de notre carrière on a plus de mal à laisser des soins ... puis par la suite on relativise et on s’adapte à la situation”</p>	<p>“Au début je culpabilisais” “peur d’en laisser trop aux collègues”</p>
2	2

Objectif n°3 : Décrire la façon de rechercher l'adhésion aux soins/consentement des personnes atteintes de handicap mental.

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
<p>Pouvez-vous m'expliquer dans votre pratique comment recherchez-vous l'adhésion aux soins/consentement auprès de ces personnes ? Avez-vous des exemples pour illustrer ? Comment faites-vous ?</p>	<p><i>Méthode pour rechercher le consentement :</i></p> <p>Communication/ Explication du soin</p> <p>Temporalité</p> <p>Adaptabilité</p> <p>Évaluer l'état psychique du patient</p>	<p>"On communique avec eux, on leur expose les faits."</p> <p>"j'explique tout le soin en amont"</p> <p>"toujours expliquer ce que tu fais c'est très important."</p> <p>"Parler beaucoup avec le patient"</p> <p>"Il faut voir comment est l'état psychique du patient, l'état général aussi, on s'adapte au patient."</p> <p>" on prend le temps car c'est un endroit particulier et différent pour eux"</p> <p>"il faut prendre le temps"</p> <p>"on leur expose les faits à leur arrivée."</p> <p>"mettre en confiance"</p> <p>"le non verbale, ta posture, ta voix"</p> <p>"tu connais les habitudes de vie des patients et c'est donc plus simple."</p>	<p>"c'est variable parce que y'en a, des patients qui ont des capacités cognitives donc ils vont très bien comprendre que c'est pour leur bien etc"</p> <p>"une partie de la population accueillis qui n'ont pas les capacités cognitives pour comprendre l'intérêt d'un soin, d'un pansement etc."</p> <p>"On explique d'abord le déroulé et l'enjeu du soin. Sinon on utilise aussi une application qui s'appelle, santé BD"</p>

<p>A quoi êtes-vous attentif ?</p>	<p><i>En lien avec le patient :</i> Connaissance du patient Observation du patient Compréhension du patient</p> <p><i>En lien avec le soignant :</i> Manière de faire Compréhension de leur intelligence</p>	<p>“ voir ce que le patient est capable de comprendre”</p> <p>“C’est sur le terrain que tu vas apprendre à connaître les patients, à les observer”</p> <p>“Les patients atteints de handicap mental sont souvent sous tutelle ou curatelle, ils peuvent être en foyer, on peut donc se référer aussi à eux pour connaître plus le patient, faut pas hésiter à les contacter.”</p>	<p>“On regarde, on regarde beaucoup, l’observation”</p> <p>“ils ont une certaine intelligence émotionnelle, c’est à dire qu’ils comprennent très bien le son de la voix, l’intonation, ou si on a un ton grave (dans ces cas là ils savent souvent très bien qu’ils vont se faire rouspéter) ou si on a un ton bienveillant c’est des choses qu’ils comprennent même s’ils comprennent pas tout le sens derrière les phrases.”</p>
------------------------------------	---	---	--

Méthodes pour rechercher le consentement chez un patient atteint de handicap mental

Évaluer l'état psychique du patient	Communication	Temporalité	Adaptabilité
<p>“Il faut voir comment est l'état psychique du patient, l'état général aussi”</p> <p>“des patients qui ont des capacités cognitives”</p> <p>“y a une partie de la population accueillis qui n'ont pas les capacités cognitives pour comprendre l'intérêt d'un soin”</p>	<p>“On communique avec eux, on leur expose les faits.”</p> <p>“on leur expose les faits”</p> <p>“On explique d'abord le déroulé et l'enjeu du soin.”</p> <p>“Sinon on utilise aussi une application qui s'appelle, santé BD”</p> <p>“j'explique tout le soin en amont”</p> <p>“toujours expliquer ce</p>	<p>“on prend le temps”</p> <p>“il faut prendre le temps”</p>	<p>“on s'adapte au patient.”</p>

	<p>que tu fais c'est très important."</p> <p>"Parler beaucoup avec le patient"</p> <p>"le non verbale, ta posture, ta voix"</p>		
3	8	2	1

Être attentif au patient

Connaissance du patient	Observation du patient	Compréhension du patient
<p>"apprendre à connaître les patients"</p> <p>"Les patients atteints de handicap mental sont souvent sous tutelle ou curatelle, ils peuvent être en foyer, on peut donc se référer aussi à eux pour connaître plus le patient, faut pas hésiter à les contacter."</p>	<p>"observer"</p> <p>"On regarde, on regarde beaucoup, l'observation"</p>	<p>"voir ce que le patient est capable de comprendre"</p> <p>"ils ont une certaine intelligence émotionnelle, c'est-à-dire qu'ils comprennent très bien le son de la voix etc ..."</p> <p>"c'est des choses qu'ils comprennent même s'ils comprennent pas tout le sens derrière les phrases."</p>
2	2	3

Être attentif à la posture du soignant

Tonalité de la voix
<p>"le son de la voix"</p> <p>"l'intonation"</p> <p>"ton bienveillant"</p>

Objectif n°4 : Comparer sa façon de procéder entre le début de la profession et maintenant

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
<p>Votre façon de faire est-elle toujours la même depuis le début de votre profession ?</p>		<p>Non, moi au début je voulais toujours avoir le consentement, l'adhésion aux soins pour faire les choses bien, mêmes par rapport aux collègues. Et puis par la suite, tu finis par apprendre et t'adapter. Tu vas apprendre quels sont les signes qui montrent que ton patient est énervé, que ce n'est pas le moment, qu'il ne veut pas entendre ce que tu as à lui dire. Ça s'apprend dans la pratique, au début tu verras tu voudras tout faire tout bien, remplir tes "objectifs". En psychiatrie, il faut beaucoup s'adapter au patient.</p>	<p>Ouais ça à évolué, c'est l'expérience qui fait que, qu'on est plus habile ou bien que ... maintenant sinon la manière de procéder a toujours été la même depuis le début pour moi après j'avais déjà un peu d'expérience dans le domaine avant de devenir infirmier, notamment lors de ma formation. Puis après, au fil du temps ça évolue, on arrive à détecter des choses comme la douleur, le mal-être des choses comme ça avec le non verbale du patient (le faciès, la posture etc...). Après pour une petite partie c'est très difficile de savoir et de détecter les choses.</p>
<p>Avec le regard que vous portez sur votre expérience, qu'est qui vous paraît important ? Y a t-il eu une évolution dans votre façon de procéder ?</p>			<p>"essayer de réfléchir à ce que les soins ne soient pas disproportionnés, ça engendre trop de contrainte, faut se poser la question de est-ce que c'est utile ou pas"</p> <p>"Essayer de faire des soins proportionnés."</p>

Objectif n°5 : Identifier les différents outils de communication lors de la recherche d'adhésion aux soins.

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
Dans les situations évoqués lors de la recherche d'adhésion aux soins quels outils de communication adoptez-vous ?	<p>Communication verbale</p> <p>Communication non verbale</p> <p>Connaissance du patient</p>	<p>“Le verbal mais beaucoup le non verbal, on observe beaucoup”</p> <p>“observe beaucoup”</p> <p>“se renseigner notamment auprès des collègues qui l'on déjà vu, se renseigner sur son handicap mental, son histoire de vie.”</p> <p>“ne pas hésiter à aller chercher dans son dossier des informations qui vont te permettre de connaître le patient “</p> <p>“le verbal, dire tout ce que je vais faire en amont, expliquer avec des mots simples et ne pas hésiter à montrer aussi ce que je vais faire pour que le patient visualise et appréhende moins. “</p>	<p>“on utilise santé BD une application “</p> <p>“des questions simples, courtes et fermées.”</p> <p>“pour les résidents qui sont capables de formuler, justement s' ils ont compris, essayé de faire reformuler derrière.”</p> <p>“la communication non verbale est aussi très importante”</p> <p>“En MAS par exemple, on connaît bien nos résidents”</p> <p>“On les connaît, on connaît ce que leur regard veut dire, leur gestuel.”</p>

La communication verbale	La communication non verbale	Connaissance du patient
<p>“Le verbal mais beaucoup”</p> <p>“le verbal, dire tout ce que je vais faire en amont, expliquer avec des mots simples”</p> <p>“des questions simples, courtes et fermées.”</p> <p>“pour les résidents qui sont capables de formuler, justement s' ils ont compris,</p>	<p>“le non verbal, on observe beaucoup”</p> <p>“observe beaucoup”</p> <p>“ne pas hésiter à montrer aussi ce que je vais faire pour que le patient visualise”</p> <p>“on utilise santé BD une application “</p>	<p>“se renseigner notamment auprès des collègues qui l'on déjà vu, se renseigner sur son handicap mental, son histoire de vie.”</p> <p>“ne pas hésiter à aller chercher dans son dossier des informations qui vont te permettre de connaître le patient “</p>

essayé de faire reformuler derrière.”	“la communication non verbale est aussi très importante” “on connaît ce que leur regard veut dire, leur gestuel.”	“En MAS par exemple, on connaît bien nos résidents” “On les connaît”
4	6	4

Objectif n°6 : Déterminer les stratégies et le ressenti de l'infirmier face à un refus de soin

Question	Thème	IDE 1	IDE 2
Vous arrive-t-il de vous retrouver face à des patients qui refusent les soins ? Que faites-vous lorsque les patients sont dans le refus ?	Conseils : Négociation Adaptabilité Passer le relai Reporter le soin Informer	“oui” "ils refusent les traitements.” “négocier” “on s’adapte à la situation, c’est vraiment cas par cas.” "retentez à un autre moment” “on passe la main à quelqu’un d’autre” “comme dans tous les services les patients ont plus ou moins une relation spéciale avec certains soignants.” “les mêmes collègues à chaque fois qui allait la faire pour comprendre le patient” “pas hésiter à passer le relais à l’équipe.” “passer par le biais de la famille”	“Oui ça arrive souvent” “on trace dans le dossier de soin du résident,” “on le dit aux transmissions” “passer le relais à un collègue” “y’a des filing qui se crée, y’a des personnes avec qui ça passe mieux que d’autres voilà pour réessayer.” “essayer d’élaborer des différentes alternatives” “reporter le soin à un autre moment”

Comment le vivez-vous ?			"Je le vis bien car c'est comme ça et puis on n'y peut pas grand chose."
-------------------------	--	--	--

Les stratégies de l'infirmier face à un refus de soin

Négociation	Adaptabilité	Passer le relai	Reporter le soin	Informier
"négociier"	"on s'adapte à la situation, c'est vraiment cas par cas."	<p>"on passe la main à quelqu'un d'autre"</p> <p>"passer le relais à un collègue"</p> <p>"pas hésiter à passer le relais à l'équipe."</p> <p>"passer par le biais de la famille"</p> <p>"comme dans tous les services les patients ont plus ou moins une relation spéciale avec certains soignants."</p> <p>"les mêmes collègues à chaque fois qui allait la faire pour comprendre le patient"</p> <p>"y'a des filing qui se crée, y'a des personnes avec qui ça passe mieux que d'autres voilà pour réessayer."</p>	<p>"retentez à un autre moment"</p> <p>"reporter le soin à un autre moment"</p>	<p>"on trace dans le dossier de soin du résident,"</p> <p>"on le dit aux transmissions"</p>

1	1	8	2	2
---	---	---	---	---

X. Abstract

NOM : CORNU
PRÉNOM : Laurie

TITRE DU MÉMOIRE : Les stratégies de communication de l'infirmière dans la recherche de consentement avec une personne atteinte de handicap mental

ABSTRACT :

During my training in nursing, more specifically during my internships, I was confronted with communication difficulties, especially with mentally disabled patients. In my opinion, communication is paramount in the nursing profession. By asking me about two situations experienced during internship, this research work aims to understand the different communication strategies of nurses in seeking consent. In other words, "With a patient with a mental disability, to what extent do the nurse's communication strategies promote the seeking of consent?"

I began my work with theoretical research to try to define the three main notions of my subject: mental disability, communication in care and the search for consent in the vulnerable person. Subsequently, I conducted exploratory surveys with two nurses to find out how professionals seek consent to care. In addition, I analysed these two interviews and confronted them with my theoretical framework by giving my point of view. This confrontation allowed me to develop my introduction to nursing research and to bring out the important elements. Indeed, I became aware of the importance of non-verbal communication in the search for consent in a patient with mental disability.

In conclusion, this research work allows me today to better understand this subject by having acquired new knowledge on non-verbal communication in order to seek consent to care for a mentally handicapped patient in my future profession.

RÉSUMÉ :

Lors de ma formation en soins infirmiers plus précisément pendant mes stages, j'ai été confronté à des difficultés de communication notamment avec des patients atteints de handicap mental. Selon moi, la communication est primordiale dans le métier d'infirmier. En me questionnant sur deux situations vécues en stage, ce travail de recherche a pour but de connaître les différentes stratégies de communication de l'infirmière dans la recherche de consentement. En clair, "*Auprès d'un patient présentant un handicap mental, dans quelle mesure les stratégies de communication de l'infirmière favorisent la recherche de consentement ?*"

J'ai commencé mon travail par des recherches théoriques pour tenter de définir les trois notions principales de mon sujet : le handicap mental, la communication dans les soins et la recherche de consentement chez la personne vulnérable. Par la suite, j'ai réalisé des enquêtes exploratoires auprès de deux infirmiers dans le but de savoir comment procède les professionnels pour rechercher ce consentement aux soins. De plus, j'ai réalisé l'analyse de ces deux entretiens puis je les ai confrontés avec mon cadre théorique en donnant mon point de vue. Cette confrontation m'a permise de développer mon travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers et d'en ressortir

les éléments importants. En effet, j'ai pris conscience de l'importance de la communication non verbale dans la recherche de consentement chez un patient atteint de handicap mental. Pour conclure, ce travail de recherche me permet aujourd'hui de mieux appréhender ce sujet en ayant acquis de nouvelles connaissances sur la communication non verbale pour rechercher le consentement aux soins chez un patient atteint de handicap mental dans le cadre de mon futur métier.

KEY WORD : MENTAL DISABILITY, COMMUNICATION, CONSENT, STRATEGY, NON-VERBAL COMMUNICATION

MOTS CLÉS : HANDICAP MENTAL, COMMUNICATION, CONSENTEMENT, STRATÉGIE, COMMUNICATION NON-VERBALE

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022

