



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

Dans le cadre d'un refus de soin, en quoi la posture IDE peut-elle influencer sur la prise en soins du patient?



Formateur référent mémoire : Le Bihan Christine

THEPAUT Inès
Formation Infirmière
Promotion 2020-2023

Date : 02/05/2023



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'Etat d' Infirmier 2023

Travaux de fin d'études :

***Dans le cadre d'un refus de soin, en quoi la posture IDE peut-elle
influer sur la prise en soins d'un patient ?***

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'Etat 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 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Thépaut Inès

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.

SOMMAIRE

Remerciements

INTRODUCTION.....2-3

1. CONTEXTUALISATION.....4

1.1 Les situations d'appels.....4-5

1.1.1 Première situation.....4-5

1.1.2 Deuxième situation.....5

1.2 Le cheminement et intérêt professionnel.....5-6

1.3 Du questionnement à la question de départ.....6

2. CADRE THÉORIQUE.....7

2.1 Le refus de soins.....7

2.1.1 Notion du soin et du prendre soin.....7-8

2.1.2 Le refus de soin et les droits du patient.....9-10

2.1.3 Les causes du refus de soin.....10-12

2.1.4 Le chemin vers le consentement au soin.....12-14

2.1.5 L'impact du refus de soin sur les soignants.....14-16

2.2 Le rôle et les compétences de l'infirmier(ère).....	16
2.2.1 Les valeurs soignantes dans le prendre soin du patient.....	16-18
2.2.2 La participation pluriprofessionnelle.....	18-19
2.3 La relation soignant-soignée.....	19
2.3.1 L'alliance thérapeutique.....	19-20
2.3.2 La démarche soignante.....	21-22
2.3.3 La communication.....	22-25
3. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES.....	26
3.1 Objectifs du guide d'entretien.....	26
3.2 Populations interviewées.....	26
3.3 Organisation des entretiens.....	26
3.4 Bilan des entretiens.....	27
4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS.....	27
4.1 Les professionnelles de santé interviewés.....	27
4.2 La connaissance du prendre soin selon les professionnelles.....	28
4.3 Les valeurs soignantes.....	28
4.4 Les droits du patient en terme de refus de soin.....	29
4.5 La recherche du consentement au soin auprès du patient.....	29

4.6 L'impact du refus de soin sur les soignants.....	29-30
4.7 Les causes du refus de soin.....	30
4.8 Les stratégies des soignants face au refus de soin.....	31
4.9 L'alliance thérapeutique.....	31-32
4.10 La communication dans les soins.....	32
5. DISCUSSION.....	32
5.1 Prendre soin de soi pour prendre soin des autres.....	32-34
5.2 Mettre à profit des patients, les compétences et les valeurs me représentant.....	34-36
5.3 Refus de soin du patient, c'est prendre en considération son choix et son droit.....	36-37
5.4 Amener le patient à reconsidérer son choix de départ.....	37-39
5.5 Le patient refuse, qu'est ce que je ressens en tant que soignant ?.....	39-41
5.6 N'abandonne pas, mais cherche à comprendre pourquoi.....	41-43
5.7 Que faire pour ne pas perturbé la continuité des soins ?.....	43-45
5.8 Créons ensemble une alliance de confiance.....	45-47
5.9 Communiquer ? Oui, mais de quelle manière ?.....	47-50
CONCLUSION.....	50-51

Bibliographie

Annexes

I - Guide d'entretien

II- Premier Entretien

III- Deuxième Entretien

IV- Tableau d'analyse des entretiens

ABSTRACT

Remerciements

A travers ce mémoire, j'aimerais remercier plusieurs personnes, ayant participé à maintenir ma motivation pour aller au bout de ce travail de recherche.

Tout à d'abord, merci à ma famille et mes amis les plus proches ayant cru en ma capacité à reprendre mes études et d'aller au bout de ce parcours, avec soutien et bienveillance.

Je remercie ma formatrice référente de mémoire, Christine Le Bihan, qui m'a accompagnée tout du long, avec sa disponibilité et l'apport de bons conseils, pour mener à bien cet écrit en le rendant plus personnalisé, notamment dans la dernière partie.

Enfin, je tiens à remercier les professionnelles interrogées sur cette thématique, s'étant toutes deux adaptées pour rendre possible ces échanges sur leur temps personnel.

“Bien sûr, dit le renard. Tu n’es encore pour moi qu’un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n’ai pas besoin de toi. Et tu n’as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu’un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m’apprivoises, nous aurons besoin l’un de l’autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serais pour toi unique au monde.”

“Le petit prince” Antoine de Saint-Exupéry

INTRODUCTION

Me voilà “enfin” arriver à la rédaction de mon mémoire de fin d'études, étape cruciale et enrichissante, me rappelant mon parcours personnel et la construction de mon identité professionnelle tout au long de ces trois années, riches en apprentissages et en humanité.

La recherche du sujet ne fût pas claire dans mon esprit dès le début, le thème du refus de soin m'est venu au détour de situations vécues en fin de stage de première et de deuxième année.

La première s'est déroulée en service de soin à l'hôpital et l'autre à domicile avec un cabinet libéral. Ayant eu une expérience en tant qu'aide soignante pendant 6 années, j'ai dû faire face au refus de soin à de nombreuses reprises. Cette recherche m'a semblé pertinente, car ce type d'évènement reste quelque chose à laquelle nous serons tous confrontés au cours de notre profession.

Cet écrit cible la population en générale, ayant toutes ses capacités cognitives, et la faculté d'émettre ses propres choix, je ne mentionnerai donc pas les patients atteints d'handicaps ou de démences.

D'après mon expérience d'étudiante infirmière, mon passif d'aide soignante, les témoignages et apports théoriques transmis, ce sujet demeure présent au sein du quotidien médicale.

Au fil d'expériences professionnelles vécues ainsi que dans la vie en générale, la communication représente une notion indispensable entre deux ou plusieurs sujets. Entre un soignant et un soigné, elle demeure un véritable pilier dans l'alliance thérapeutique, permettant l'acquisition ou non du consentement au soin.

Ce travail de recherche à pour but de m'éclairer sur le refus de soin, les droits des patients, mais aussi d'étayer la relation soignant soigné, qui peut aboutir au consentement, car d'après mes recherches le refus n'est pas toujours définitif, d'où l'importance du rôle infirmier et de l'équipe pluridisciplinaire.

Les valeurs soignantes que l'on se construit au fil du temps, ne s'identifient pas toujours à la situation à laquelle nous pouvons être confrontés. Nous ne sommes pas là pour décider à la place du patient, nous avons un rôle et des compétences à lui mettre à profit, pour l'éclairer dans sa prise de décision, l'objectif étant de l'acheminer vers la continuité des soins, nécessaire à son état de santé.

La recherche du consentement, entend qu'une personne peut et à le droit à tout moment de refuser un soin, le laissant encore libre d'émettre ses propres choix. Toutefois cette alternative au consentement peut avoir un impact sur les valeurs soignantes, c'est pourquoi il est primordial de chercher à en comprendre la raison.

La finalité de ce travail n'a pas pour objectif d'élucider la thématique, mais de permettre d'apporter des contenus sur les bonnes pratiques soignantes, sur l'importance du consentement, du prendre soin mais aussi de mettre en lumière que le refus de soin n'est pas synonyme d'échec médical. Il peut également me permettre d'aller plus loin dans ma réflexion de future soignante.

La première partie de ce mémoire parlera de la contextualisation du sujet, puis je cheminerai vers le cadre théorique en évoquant le soin et le refus de soin avec les droits du patient. Dans la continuité je m'intéresserai de manière plus approfondie sur le rôle et les compétences du soignant pour terminer avec la relation soignant-soigné.

1. CONTEXTUALISATION

1.1 Les situations d'appels

1.1.1 Première situation en service hospitalier

La première situation que j'ai choisie de rédiger est celle qui m'a le plus marquée, touchant en plein fouet les valeurs soignantes et les valeurs du patient.

Elle s'est déroulée au sein d'un service hospitalier, accueillant des patients pour des séjours de courte durée.

La veille de la fin de mon stage, un homme, monsieur D, âgé de 90 ans est accueilli dans le service pour chute, altération de l'état général avec un maintien à domicile difficile.

Ce dont je me souviens c'est qu'il avait de gros antécédents respiratoires. Il nécessite des soins, il a une voie veineuse périphérique, sur laquelle se trouve une hydratation et un antibiotique.

Le jeudi matin, au premier tour nous prenons les constantes et distribuons les médicaments par voie orale, jusqu'ici monsieur est consentant.

Au deuxième tour de la matinée, nous devons lui poser son antibiotique en voie veineuse. A notre passage monsieur exprime son envie de rentrer, de ne plus vouloir se soigner, mentionne à plusieurs reprises qu'on le laisse tranquille.

Premièrement, avec l'infirmière, nous essayons de lui expliquer l'intérêt de son hospitalisation et des soins qui lui sont prodigués. Malgré cela, Monsieur D reste dans une écoute passive et semble ne pas prendre en compte nos dires, et avoir déjà fait son choix.

Nous décidons de passer le relais à l'équipe médicale. L'interne vient en premier et rentre dans l'échange avec lui, en vain. Il décide donc d'appeler la sœur de Mr D avec qui il vit, pour essayer de lui faire entendre raison. Elle ne parvient pas à le faire changer d'avis, il reste campé sur ses positions.

Le médecin explique à l'infirmière du service la nécessité d'effectuer les soins prescrits, et décide de lui administrer en voie intraveineuse directe un anxiolytique pour pouvoir par la suite lui administrer les traitements prescrits. Malgré ses réticences, l'infirmière s'exécute contre avis du patient. Elle me demande de communiquer avec Mr D, de détourner son attention afin de lui permettre de faire le soin. Rapidement après l'administration du traitement, Mr D perd connaissance. Nous sommes surprises de cette réaction. Nous le mettons en position latérale de sécurité et appelons le médecin. Mr D reprendra ses esprits, mais décédera quelques jours plus tard.

J'ai mal vécu cette situation car face à ce patient démuni en capacité de faire ses choix, nous avons rompu l'alliance thérapeutique et la relation de confiance que nous aurions dû privilégier et mettre en place, l'objectif étant de dispenser le meilleur accompagnement possible et adapté au patient.

Nous avons un but commun chaque jour au sein de chaque service, mettre en place une relation de confiance soignant-soigné, avec comme priorité le consentement au soin.

1.1.2 Deuxième situation, chez le patient

Une autre situation qui a retenue mon attention, a été vécue au cours du second semestre.

Je me trouve en cabinet libéral, nous passons chaque jour à 18h chez un patient pour lui faire son injection d'insuline.

J'effectue depuis plusieurs jours consécutifs ce soin, jusqu'au soir ou monsieur m'exprime la douleur qu'il a ressentie à la suite de mon injection, et qu'il souhaite que je passe le relais à l'infirmière. J'entend ce qu'il me dit et laisse donc l'infirmière s'en occuper. Je me suis sentie déstabilisée sur le moment et n'ai pas essayé de chercher à comprendre les raisons de ce refus.

Les jours passent et la fin de semaine arrive, monsieur me demande pourquoi je ne lui fait plus son injection, je lui explique que selon son souhait évoqué en début de semaine, j'ai préféré laisser l'infirmière libérale le faire à ma place pour éviter de risquer de lui faire de nouveau mal; ce à quoi il me répond que l'on apprend de ses erreurs, et que je pourrais à partir du lendemain reprendre ses injections quotidiennes.

Dans cette expérience, j'ai eu l'impression que c'est lui qui menait "la danse" et prenait les décisions sur ce que je pouvais faire ou non.

Je choisis cette deuxième situation, l'ayant trouvée déstabilisante pour moi, mais ayant toutefois fait l'erreur de ne pas communiquer avec lui, dans le but de comprendre de manière plus approfondie la raison de son refus de soin.

Dans cette situation, qui diffère de la première, le patient fait le choix de poursuivre ses soins, mais avec un autre soignant.

1.2 Le cheminement et intérêt professionnel

A la suite du choix de mes deux situations, j'ai voulu travailler autour du refus de soin et de l'impact que peut avoir la posture infirmière face à ce type de vécus.

Un sujet pour le moins intéressant, car je vais débiter ma carrière professionnelle et le refus prendra place de nouveau au fil des patients que je rencontrerai, et que je devrais prendre en soin. A partir de Juillet 2023, je serais censé prendre un poste en tant que jeune diplômée infirmière, je n'aurais donc plus l'étiquette "étudiante", la responsabilité sera belle et bien présente, et je devrais être en capacité de m'adapter à chaque patient qui me seront confiés.

Au travers de mes différentes lectures, je prend en compte différents témoignages et analyses d'auteurs, poussant ma réflexivité, menant à une personnalisation de mon identité professionnelle qui m'est propre, et m'aidera je l'espère à adopter la meilleure posture possible face à ce type de situation.

1.3 Du questionnement à la question de départ

La première situation est celle qui m'a fait m'a le plus interrogée.

- Pourquoi le médecin n'a-t-il pas pris en compte le souhait du patient?
- L'infirmière aurait-elle dû contester la prescription médicale et ne pas injecter l'anxiolytique ?
- Pourquoi ne pas respecter les droits du patient pour le retour à domicile ?
- Pourquoi l'équipe médicale est-elle allée à l'encontre du souhait du patient ? Est-ce dans un but uniquement thérapeutique ?
- Pourquoi l'équipe soignante n'a-t-elle pas essayé de comprendre le pourquoi du refus de soin du patient ?
- Qu'est-ce que l'infirmière aurait-elle pu faire de plus pour accéder au consentement du patient ?
- Est-ce que le fait de passer le relais peut favoriser le consentement au soin?
- Est ce qu'une suite de soins aurait été envisageable au domicile du patient pour lui permettre de rentrer chez lui?
- Le refus de soin est-il considéré comme un échec thérapeutique?

Voici les questionnement que je me suis posé face à la deuxième situation :

- Est-ce mon statut d'étudiant qui fait que je ne me permet pas de l'interroger sur ce refus?
- Pourquoi refuse t-il le soin?
- Comment agir en cas de refus?
- Ne pas accéder à la demande du patient peut-il impacter l'alliance thérapeutique?

Avec ces différents questionnements, j'ai voulu mettre l'accent sur la thématique du refus de soin, la posture professionnelle infirmière et l'impact qu'elle peut avoir sur la suite des soins. Puis d'éclaircir l'importance de la relation soignant soignée. De cette réflexion découle ma question de départ:

Dans le cadre d'un refus de soin, en quoi la posture IDE peut-elle influencer sur la prise en soins du patient?

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 Le refus de soin

2.1.1 Notion de soin et du prendre soin

Le soin fait partie intégrante du cœur de notre métier mais aussi de la vie en elle-même. On entend souvent dire que pour prendre soin des autres, il faut d'abord savoir prendre soin de soi. Mais que savons-nous exactement du soin et du prendre soin?

L'objectif de la santé pour les professionnels est d'élaborer le prendre soin, notion fondamentale dans le monde médical.

Le mot soin au singulier, désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui. (Walter Hesbeen "La qualité du soin infirmier" 1998)

D'après Walter Hesbeen "prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soin qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie".

Selon l'américaine Virginia Henderson, infirmière, chercheuse et théoricienne, l'homme dispose de quatorze besoins fondamentaux. Ces différents besoins fondamentaux constituent pour le soignant un guide, pour familiariser et adapter le soin à la personne soignée.

D'après les cours théoriques du premier semestre, nous avons étudié le prendre soin infirmier comme étant, "une mise en évidence de l'attitude de bienveillance qui accompagne les gestes techniques et qui donne tout son sens au soin. Il s'agit d'une présence physique, une disponibilité psychique, un engagement, une notion de responsabilité et de sollicitude, une démarche soignante qui repose sur une rencontre par laquelle seront tissés des liens de confiance".

Walter Hesbeen évoque une question dans ses écrits qui est "faut-il soigner les malades ou en prendre soin?" Il montre que soigner peut s'apparenter à la maladie en elle-même et en oublier le malade en tant qu'humain. D'après cet auteur, on peut soigner sans prendre soin, et on peut prendre soin sans soigner. "Prendre soin, c'est considérer l'autre d'abord comme un homme, une femme, un enfant qui présente, au moment où il vient nous voir, un symptôme; c'est essayer de lutter contre ce symptôme avec lui; c'est trouver une solution...Prendre soin, c'est ce qui fait les soignants humains".

Il explicite que le prendre soin ne concerne pas que les professionnels de santé mais tous ceux qui se veulent soignant envers une personne, dans le but de lui venir en aide dans une situation particulière et singulière. "Le soin procède de la rencontre et du cheminement entre une personne soignante,

professionnelle ou non, qui a pour intention d'être aidante et une personne soignée qui nécessite d'être aidée. Cette aide ne s'exerce pas à sens unique, la personne aidée pouvant elle-même devenir aidante pour celle qui lui apporte de l'aide". (Walter Hesbeen "La qualité du soin infirmier" 1998)

Le soignant est considéré comme un accompagnant du patient, "ayant le souci de l'autre, le souci de sa souffrance et plus globalement de sa personne". En effet, le soin peut être résumé comme un ensemble d'actes à mettre en œuvre pour soigner un malade, toutefois il ne faut pas oublier qu'en face de nous se trouve une personne, et une histoire singulière. (Jacky Merkling, "Les fondements de la relation de soin", P.25)

"Le but final des soins médicaux et infirmiers c'est accompagner l'autre, le soutenir sur son chemin. Soigner, c'est donc se mettre au service de l'autre, et, à partir d'une relation [...] lui permettre de satisfaire l'ensemble de ses besoins, de faire son chemin à lui, de s'adapter à un environnement qui change, de grandir, de vieillir..."(CADART Bruno, "L'accompagnement des mourants dans un service de gériatrie long-séjour", thèse citée p.121.)

Bernard Honoré dans son ouvrage "Soigner" explique que pour une partie significative des soignants, la pratique s'inscrit dans une double lignée, l'une va mettre plus le patient en valeur et l'autre sera plus accentuée sur le côté scientifique et pathologique de la personne. "Les pratiques soignantes ne prennent pas réellement soin des soignés, s'attachant uniquement à faire des actes de soins ou à participer à des actions pour guérir ou réparer un corps malade ou blessé".

Finalement pour être soignant, il faut savoir faire ressortir l'intention que l'on porte à l'autre de manière profonde et généreuse, "concrétisée par le souci du respect d'autrui et par des actions pensées et créées pour tenter de venir en aide à une personne ou à un groupe de personnes données". (Walter Hesbeen "La qualité du soin infirmier" 1998)

Afin d'entreprendre l'analyse de la question de départ, il me paraît essentiel d'approfondir ma recherche sur le refus de soin.

On ne peut vouloir prendre soin des patients qui nous sont confiés sans chercher dans un premier temps leurs consentements.

Si consentement il n'y a pas, on peut par conséquent être confronté au refus de soin.

2.1.2 Le refus de soin et les droits du patient

La compétence soignante se crée au travers des ses connaissances, et de ses aptitudes à faire des liens entre multiples éléments qui déterminent une situation. Cette compétence reflète ainsi le prendre soin d'un patient dans une situation qui se montre elle aussi unique, qui est celle de la personne soignée. (Walter Hesbeen "La qualité du soin infirmier" 1998)

Lorsque le patient exprime son refus de soin, qui n'est pas pour autant total ou définitif, le soignant est amené à reconsidérer sa relation de soin. Le patient doit être en capacité de pouvoir revenir vers l'équipe médicale pour la continuité des soins. "Arrêt des traitements ne signifie en aucun cas abandon du patient." (HAS adp N°105 décembre 2018 p.17)

Mes cours théorique de l'U.E 1.1 (psychologie, sociologie, anthropologie) du semestre 2, évoquent une définition concernant le refus de traitement du patient : "droit de dire non, de ne pas donner son consentement en connaissance de tous les éléments médicaux (intérêt du traitement, conséquences du refus, risques liés au traitement, les alternatives possibles...). Tout comme le consentement au soin, le refus de soin doit être libre et éclairé. Le refus de soin n'est pas définitif, le consentement non plus : le patient peut à tout moment revenir sur son choix. Il faut distinguer le refus de soins infirmiers (toilette) du refus de soins médicaux (opération, traitement)".

La personne soignée a des droits, et est libre d'émettre des choix et des décisions face à son état de santé; pour les mettre en lumière on peut citer plusieurs textes ou articles.

Ce droit est cité dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé " Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé."

"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables."

"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."

Chaque patient hospitalisé doit connaître ses droits et avoir accès à la charte de la personne hospitalisée, lui expliquant ainsi ses divers droits face à l'hospitalisation et son état de santé. D'après celle-ci, l'article 4 mentionne, "un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement."

Le code de la santé publique mentionne lui aussi les droits du patient concernant le refus de soin, d'après l'article L.1111-4, "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif".

Le malade reste une personne à part entière, il faut le considérer et ne pas se limiter à la maladie. André Crepet précise que "le malade a droit à la liberté, la dignité, la vérité, l'information aux soins, de ne pas souffrir, de refuser un traitement". "Puisque le malade est un être libre, il a le droit de savoir, de choisir, d'accepter ou de refuser, ce qui lui est proposé pour le bien de sa santé". (André Crepet "Améliorer les relations soignants-soigné" P.138-139)

La cause du refus de soin doit être recherchée par l'équipe médicale, dont l'objectif est de rechercher la raison éclairée du malade, et être sûr que ce choix ne s'est pas fait sur une incompréhension, sur une peur ou sur un manque d'informations. Nous devons mettre en lumière la compréhension du patient face à la situation et s'assurer que sa décision corresponde à sa volonté profonde.

2.1.3 Les causes du refus de soin

Il est primordial de chercher la signification du refus de soin, dans le but de maintenir la relation thérapeutique et de mettre le soignant et le soigné au même niveau. (Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient. 21 décembre 2018 Alexandra Luthereau)

"Le refus de soin c'est la condition de possibilité du consentement : si on ne peut pas refuser, on ne peut pas consentir. Mais le refus de soin n'est pas forcément total ni définitif. Il est donc important de comprendre sur quoi porte ce refus et son motif. Qu'est ce que le patient veut dire quand il refuse le soin? Est-ce qu'il refuse l'ensemble des soins ou bien certains des actes sont trop invasifs ou douloureux? Ou bien refuse-t-il des traitements dont les effets secondaires le gênent? Le refus peut également être donné par rapport à sa propre situation, à ce moment-là. Il est important de "décortiquer" ce refus". (Article sur le refus de soins avec les porpros de Sylvie Vandoolaege)

"Ce droit au consentement et au refus est essentiel du point de vue éthique dans une société issue d'une tradition philosophique de respect de la personne et de son autonomie. Mais il n'en demeure pas moins, que dans certaines situations, les soignants, médecins et non-médecins, se trouvent parfois confrontés à des situations de refus qui apparaissent contraires non seulement à la logique médicale, mais également à ce qu'ils estiment être l'intérêt des personnes. De plus, dans de nombreuses situations cliniques, le refus de soin n'est en fait qu'un point d'appel ou un signe clinique témoignant

de souffrance ou de désespoir, deux points que la médecine a justement pour mission de combattre afin que la personne aille mieux et vive mieux. (Dr Gregoire Moutel dans son article sur “Le refus de soins en question”)

Les causes du refus de soins peuvent être très diverses. Diane Floquet y mentionne un manque d’informations du patient, ou encore une écoute insuffisante du médecin ou des soignants. (“Le refus de soins. Manifestations et causes du refus de soins du patient. 2020 Diane Floquet)

“La crainte des soins”, est l’une des premières causes mentionnée par l’HAS, avec la notion de la douleur, de la peur de souffrir, toutefois on s’aperçoit d’une baisse dans les sondages avec les progrès scientifiques émergents, connues par la population en générale. Cette crainte va plus s’accentuer sur des patients qui peuvent se montrer méfiants et hostiles face à tous types de traitements, chose devenu médiatique comme par exemple les vaccins, dû à des convictions; c’est la que le soignant doit jouer le rôle d’émetteur d’informations, qui seront les plus bénéfiques pour le patient. Par la suite l’HAS mentionne “le sentiment d’invulnérabilité”, s’expliquant par un manque de consultations conduisant à la difficulté de faire confiance et d’adhérer aux soins. Cette catégorie de population est décrite comme pensant être intouchable, ne considérant pas nécessaire les conseils ou les soins face à leurs états de santé. Face à cette invulnérabilité, peut s’expliquer une phobie du monde médicale ou un comportement narcissique, ici la relation soignant-soigné demeure plus difficile à mettre en place, l’infirmier doit être en capacité d’avoir la bonne attitude en donnant son avis sur la situation de façon claire, en montrant sa disponibilité en restant à leur disposition selon le souhait du patient. L’HAS parle aussi de la précarité, en mentionnant “le syndrome d’auto exclusion”. Le sujet, en situation d’exclusion, et souffrant de cette exclusion, pour ne plus en souffrir, s’exclut de cette situation et ne “la pense plus”. Cette précarité va entraîner un repli sur soi, avec une vie sans affect, la personne ne se projetant plus dans l’avenir, et n’anticipant plus. Cette coupure du monde entraîne souvent le refus de soin (HAS adsp n°105 décembre 2018)

“Le refus de soin doit être analysé, qu’il se manifeste d’emblée ou secondairement, afin d’en comprendre la réalité et les raisons, voire les représentations irrationnelles de ces éléments. Cette analyse est le premier temps d’une reformulation de l’information initiale pour s’efforcer de le convaincre. Il peut s’agir d’une angoisse bien habituelle vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis des examens nécessaires, ou d’une appréhension tout à fait légitime vis-à-vis de la thérapeutique et de ses effets secondaires. Il peut s’agir aussi d’un épisode dépressif plus ou moins prolongé lors de l’annonce du diagnostic ou d’une sidération psychique qui ferme l’esprit à toute décision, d’un refus de traitement par choix personnel ou d’un recours à des thérapeutiques illusoire.” (Ordre National Des Médecins, Conseil National de l’Ordre “Du droit au consentement au droit au refus de soins”)

D'après l'ordre national des médecins, cette recherche sur la cause du refus de soin doit permettre d'émettre une relation d'orientation avec la personne soignée en mentionnant de nouveau les informations importantes, pertinentes, et en garantissant la compréhension du patient avec les conséquences qui en découlent si refus il y a.

2.1.4 Le chemin vers le consentement au soin

La majorité des textes de lois, mentionnent la notion de consentement, notion obligatoire, dans le but de prodiguer la bonne continuité des soins et ainsi de favoriser une alliance thérapeutique soignant-soigné, avec l'instauration de la relation de confiance.

Le refus de soin n'est pas considéré comme définitif, l'équipe pluridisciplinaire doit jouer un rôle fondamental, il faut essayer de comprendre la raison pour le patient, d'aller contre le soin.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé explique clairement qu'elle a pour but la mise en place d'une démarche respectueuse pour autonomiser le patient, restant une personne capable de faire ses propres choix et d'être acteur de sa santé, cette loi vise à empêcher l'infantilisation des patients.

L'HAS met en évidence la notion d'un consentement éclairé au patient, il ne peut pas consentir s'il n'a pas en sa possession toutes les informations indispensables à sa compréhension. Le patient reste maître de son corps et doit avoir le droit de décider sans être soumis à des pressions (HAS adp N°105 décembre 2018 P.17)

Le code de déontologie des infirmiers (décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016) d'après l'article R4312-14 dit "le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmière respecte ce refus, après l'avoir informé de ses conséquences et, avec accord, le médecin prescripteur."

Sylvie Vandoolaeghe dit que "le refus de soin permet de saisir les limites et les faiblesses du consentement, de comprendre que tout comme on ne refuse pas tout et tout le temps, on ne consent pas de manière définitive. Il faut régulièrement réexpliquer, revenir sur des points mal compris. Parce que quand on est malade, tout n'est pas forcément entendu, compris ou retenu à tout moment. C'est ce que le refus met en lumière" (Article : Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient. Alexandra Luthereau 21 décembre 2018)

Le consentement est décrit comme une "co-construction" entre le patients et l'équipe médicale et paramédicale, chacun à son rôle à jouer, pour cheminer toutes les informations qui permettront ou non

au patient d'adhérer aux soins, il ne doit en aucun cas manquer une informations semblant comme indispensable à sa compréhension sur son état de santé. Ce qui peut sembler parfois difficile pour l'équipe soignante, c'est d'entendre comme motif de refus, des motivations hors champ médical. Il faut toujours s'assurer de la bonne compréhension des informations transmises aux patients. (HAS adsp N°105 décembre 2018 p.17)

En prenant en considération le choix du patient, le soignant doit adopter un attitude de non jugement, et essayer de faire face au sentiment d'échec, en tentant d'adopter une attitude d'apaisement, qui lui permettra d'analyser la situation dans son ensemble. Lorsque la situation sera éclairée, des actions pourront être mises en place face à l'objectif de soin et à la personne soignée. En prenant en considération la réalité des sentiments du patient, on le fait devenir partenaire dans la stratégie de soins. (Claudine Carillo - Être un soignant heureux 2002 p.44-45)

Plusieurs actions peuvent être mises en place pour amener le patient vers le consentement au soin. Claudine Carillo (Être soignant heureux - 2002 p45-46) en évoque plusieurs. Elle parle d'abord de "créer une relation de partenariat avec le patient", le partenariat fait obstacle à une relation de type dominant-dominé. En devenant partenaire avec le patient, on cherche à connaître ses connaissances face à sa pathologie, ses ressenties, son vécu face aux différentes étapes de sa maladie, et les attitudes d'adaptations qu'il a dû engendrer face aux difficultés. Cette relation de partenariat, synonyme d'alliance tend vers l'objectif que le patient adhère aux soins, "il participe au processus de guérison".

Une autre action est celle de "susciter une relation de confiance avec le patient", qui peut faire suite à la mise en place de la relation de partenariat, la confiance soignant-soigné "passe par le respect réciproque, celui de la liberté et de l'intégrité de cette personne face à soi. Sa dignité est totale".

Pour comprendre l'utilité de la continuité thérapeutique, le soignant doit "informer, expliquer, éduquer et accompagner le patient". Claudine Carillo explique que le processus éducatif passe par trois canaux, en premier les explications, les savoirs faire et les savoirs êtres.

Le chemin vers le consentement aux soins, est "un travail en équipe autour du patient", cette collaboration en équipe va permettre de mettre au point des objectifs communs.

Une autre stratégie face au refus de soin, peut être la mise en place d'une communication adaptée, en adoptant l'attitude appropriée face au malade. Le soignant doit être clair et précis dans son discours et montrer au patient sa connaissance face à son état de santé, en adaptant son vocabulaire pour une meilleure compréhension possible. Certains patients "ne se contenteront pas de réponses floues", d'autres voudront avoir des réponses dans la transparence, en cherchant la vérité; "mais paradoxalement ils ne demanderont pas à voir le médecin, ne poseront pas de questions lors de sa visite et accepterons le traitement sans discuter". Il y a aussi des patients qui ne veulent pas savoir ou encore ceux qui croient savoir.

L'objectif du soignant est de prendre en considération la demande de la personne soignée et de l'entendre, en mettant avec lui en place une stratégie se révélant la plus efficace pour l'accompagner au mieux dans une démarche qui se veut respectueuse et bienveillante.

Dans la continuité des propositions d'actions pour consentir au soin, Claudine Carillo, évoque comme explication du refus, le mauvais moment. Il faut savoir trouver le moment propice au patient pour effectuer le début d'un soin ou d'un traitement. Elle évoque également l'importance d'apporter un "cadre rassurant, structurant", au patient. Une personne en souffrance, en colère à besoin d'être rassurée, c'est ce que le soignant doit tenter de faire en tentant de comprendre les émotions du patient. En donnant l'autorisation à la personne d'être en colère, Claudine Carillo appuie sur le fait qu'il ne s'agit pas de l'encourager, mais de laisser le patient avoir la liberté d'expression.

Claudine Carillo sur la partie du refus de soin dans son ouvrage "Être un soignant heureux" évoque en résumé plusieurs clés pour faire face à une situation de refus de soins. Le soignant doit faire entrer le patient comme acteur et partenaire de sa prise en soin, créer une relation de confiance, avec l'apport d'informations et d'explications en tenant compte des connaissances et attentes du patient sur sa pathologie et son traitement. Il faut savoir accepter les émotions du patient et le laisser les extérioriser, avoir une attitude d'écoute, et chercher à comprendre les raisons de son choix. Faire des choix en équipe et dans un but commun, offrir au patient un cadre rassurant et parfois impliquer l'entourage. En dernier recours, le soignant doit savoir accepter la décision ou les comportements de la personne soignée, "accepter ses propres limites en tant que soignant et être humain".

2.1.5 L'impact du refus de soin sur les soignants

Dans son exercice professionnel, face au refus de soin, le soignant doit être habilité à rester ouvert. Ouvert dans son attitude à prendre en compte ce qu'est le patient, mais aussi en prenant compte la réalité du soignant. Plusieurs émotions peuvent émerger d'un refus de soin chez le soignant, comme la colère et l'irritation, qui provoquent la sensation de ne pas avoir trouvé les mots justes face à la situation. L'important sera l'attitude à avoir quand à la possibilité de ressentir un jour ces sentiments de culpabilité ou d'échec, car c'est la réalité du terrain. (Claudine Carillo - Être un soignant heureux (2002))

Diane Floquet, psychologue, dit que le refus de soin concerne les soignants à titre individuel mais aussi à titre collectif. Elle appuie sur l'importance pour les soignants d'avoir une attitude adaptée et de mettre en avant un travail en équipe, pour que les soignants comme les patients soient reconnus et respectés. Un refus de soin, pour le professionnel de santé peut être ressenti comme un échec dans son accompagnement soignant-soigné. D'où l'importance de remettre en question sa pratique et d'éclairer

le sens du refus de soin, par une communication interprofessionnelle, avec comme objectif, d'aller vers l'acceptation de la volonté des patients et le respect de leur autonomie. (Dossier sur Le refus de soins. Manifestations et causes du refus de soins du patient. 2020)

Dans les propos émis par Sylvie Vandoolaeghe (coordinatrice adjointe de l'Espace éthique hospitalier universitaire (EEHU)), elle stipule que le soignant doit persister et ne pas rentrer dans l'abandon, ni se déresponsabiliser, mais au contraire entrevoir au moment voulu une nouvelle rencontre avec le patient, avec des échanges et un éclaircissement des informations; sans pour autant rentrer dans une attitude harcelante ou malveillante. Le refus du malade peut laisser penser au soignant qu'il n'est pas aller au bout de son objectif de soin, toutefois des solutions existent et ne laisse pas penser à un accompagnement synonyme de soigner moins bien. Mais plutôt de mettre en place des thérapeutiques ou des accompagnements différents, mieux adaptés aux volontés du patient. Toutefois ces adaptations peuvent être sources contraires aux attentes de l'équipe soignante, représentant ainsi un dilemme ou un conflit de valeurs. (Article : Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient. Alexandra Luthereau. 2020)

Le refus de soin fait partie des possibilités du quotidien des infirmiers. Ce refus peut procurer un sentiment d'échec de la continuité des soins pour l'équipe soignante.

Alexandra Luthereau dans son article sur 'le refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient' du 21 décembre 2018, montre que le soignant peut éprouver un sentiment d'échec, pour autant l'infirmier ne doit pas abandonner, mais doit entreprendre des échanges afin d'éclairer le patient sur l'importance des soins. Ces échanges ne doivent pas impacter la relation de départ entre le soignant et le soigné, il s'agit de discuter sans harceler en restant dans la bienveillance.

Le soignant se retrouve face à un dilemme, car le refus de soin vient perturber la bonne continuité de la prise en soin du patient. Le devoir de soigner est alors perturbé, mais n'est pas pour autant représentatif d'échec. Toutefois des soins peuvent être mis en place pour combler ce refus, pouvant mettre le soignant face à un dilemme, allant à l'encontre des valeurs inscrites dans sa représentation.

Walter Hesbeen (La qualité du soin infirmier, 1998), explique "qu'en fonction d'événements, de prise de conscience qui surviennent dans la situation de vie de la personne, il peut faire l'objet, progressivement ou brutalement, d'une ou plusieurs réorientations qui ne vont pas toujours dans le sens espéré par le soignant. Une telle démarche nécessite parfois beaucoup de patience, et peut susciter la déception et le découragement. C'est à ce moment là, qu'il est important de ne pas avoir de ruptures dans la relation de confiance, même si la personne soignée ne se conforme pas au meilleur chemin objectif pour elle".

Des erreurs sont à éviter face au refus de soin d'un patient, le soignant ne doit pas simplement argumenter avec des explications rationnelles, ou ne pas prendre en compte les capacités du patient à comprendre et à décider ce qui concerne son état de santé, ou seulement se demander ce que va penser l'équipe soignante, car ce type de comportement, tend vers l'échec thérapeutique. Si le soignant emploie une attitude d'infantilisation ou engendre la culpabilité du patient, cela est voué à émerger sur le refus.

D'autres comportements sont à éviter, tel que le jugement de la personne, qui peut rompre la relation de soin. Le soignant qui s'en veut de ne pas avoir réussi à convaincre le patient de faire le soin, de prendre son traitement, ou encore de ne pas prendre en considération son refus et "l'abandonner à son choix", "laisser la personne malade face à ses responsabilités", résultent d'actes à éviter pour le bien du patient. (Claudine Carillo - Être un soignant heureux p.55 (2002))

2.2 Le rôle et les compétences de l'infirmier

2.2.1 Les valeurs soignantes dans le prendre soin du patient

Les valeurs soignantes peuvent avoir un impact sur les critères de qualité des soins. Elles ont pour but de donner un sens commun au métier. L'acquisition de ces valeurs permet l'engagement des professionnels face aux patients qui leurs seront confiés, en préservant l'image et la crédibilité de la profession. (Conseil d'administration de l'OIIQ en décembre 2014)

Dominique Rispaïl dans son ouvrage "Mieux se connaître pour mieux soigner", évoque les valeurs comme notions philosophiques, "sans valeurs il ne peut y avoir de morale, d'éthique, de règle d'action. Elles sont le reflet de nos conceptions personnelles. Elles s'inscrivent dans le cadre plus large des valeurs d'un groupe d'appartenance, familiale, professionnelle [...]."

Le petit robert dit "une valeur c'est donc ce qui est vrai, beau, bien selon un jugement personnel plus ou moins en accord avec celui de l'époque".

Pour Florence Langendorff (Docteur en psychologie et psychologue clinicienne) "tout être humain est guidé dans ses actes, de façon consciente ou inconsciente par des valeurs qu'il porte en lui : valeurs traditionnelles ou innovantes, issues de son éducation familiale ou, sélectionnées par l'individu en fonction de ses choix personnels, renforcées par le contexte social et culturelle" (Cours U.E 1.3 S1 - Les valeurs soignantes)

Une des principales valeurs est le respect de l'autre, d'après le Larousse le respect est défini comme "un sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers".

Le respect permet d'entretenir la relation de confiance, en reconnaissant chaque personne comme étant unique, en préservant sa vie privée ainsi que sa capacité à faire des choix, et son droit d'être informé. Il faut prendre en compte le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité de la personne soignée. (Conseil d'administration de l'OIIQ en décembre 2014)

D'après le code de déontologie des infirmiers (décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016), l'article R4312-3 concernant le respect de la vie humaine, la dignité l'intimité du patient, stipule "l'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort".

Une autre valeur soignante est celle de l'intégrité. Chaque soignant doit être en capacité de se montrer franc et honnête. (Conseil d'administration de l'OIIQ en décembre 2014)

L'humanité prend en compte l'empathie et l'attention portée aux autres dans leurs unicités. Cette humanité doit apparaître dans les soins, avec tolérance et générosité. Les soignants sont amenés chaque jour à pratiquer des soins techniques, avec des procédures et protocoles stricts à respecter, sans oublier qu'ils le font sur des être humains avant tout, c'est pourquoi ils doivent agir de manière bienveillante avec un grand sens de compassion. (Les valeurs infirmières et leur importance, équipe éditoriale d'Indeed, mis à jour le 27 mars 2023)

La collaboration professionnelle est omniprésente dans la prise en soins des patients. Il faut savoir être en capacité de collaborer avec d'autres professionnelles dont le métier est différent mais complémentaire. Cette collaboration semble indispensable pour appréhender au mieux la prise en soins de personnes, dont parfois les situations peuvent demeurer complexes. "Agir en partenariat avec des personnes compétentes et complémentaires est essentiel. Chacun doit être conscient des limites de ses compétences et capacités." (Les valeurs infirmières et leur importance, équipe éditoriale d'Indeed, mis à jour le 27 mars 2023)

Dans la profession infirmière, il faut être habile et pratiquer l'excellence des soins, valeur montrant l'importance que l'on accorde à l'autre et à sa vie, elle vise le bien-être et la sécurité des patients.

La compétence professionnelle se veut dans l'acquisition des connaissances et la faculté à les développer tout au long de sa carrière face aux progrès et avancées de la médecine, en tenant compte des bonnes pratiques.

L'autonomie professionnelle reflète la capacité du professionnel à s'adapter et "prendre les décisions dans l'intérêt du patient". (Les valeurs infirmières et leur importance, équipe éditoriale d'Indeed, mis à jour le 27 mars 2023)

Gilbert Gasparutto dans son ouvrage l'infirmière et la communication de 1992, appuie sur l'écoute, il explique que l'écoute est accompagnée d'une attitude empathique et de bienveillance au patient, il cite "par mon attitude réceptive et ouverte, je montre que je prends en compte ce que tu me dis, et que dans tous les cas, cela est digne d'attention et d'intérêt" (P.67). L'attitude d'écoute va permettre au

soignant de garder en mémoire les dires du patients, en adoptant une attitude calme, un état de quiétude et de recul; attitude qui pour lui semble la plus adaptée pour ne rien oublier.

L'infirmier démontre son professionnalisme via ses compétences personnelles et professionnelles acquises, qui reflètent son comportement, et sa communication envers l'autre. Il faut être en capacité d'avoir une maîtrise de soi, de se remettre en question, d'avoir des aptitudes relationnelles, avoir un sens de l'humanité et un respect pour l'autre. Dans son travail il faut se rendre disponible, faire preuve de discrétion, avec de la rigueur et du sérieux sans oublier la ponctualité. Le soignant doit savoir s'adapter, acquérir de la dextérité, savoir travailler en équipe, et chercher sans cesse à développer ses connaissances et les actualiser au fil des avancées du monde médical. (Les valeurs infirmières et leur importance, équipe éditoriale d'Indeed, mis à jour le 27 mars 2023)

Devenir infirmier(e) n'est pas un métier que l'on pratique sans véritable vocation, c'est pourquoi certaines valeurs soignantes sont indispensables pour pratiquer cette profession. La maladie fait partie du quotidien, c'est être en contact permanent avec la peur ou certaines problématiques. Toutefois ce métier reste beau et exigeant, permettant aux soignants "un contact humain inégalé". (Conseil d'administration de l'OIIQ en décembre 2014)

2.2.2 La participation pluriprofessionnelle

Une équipe est un ensemble de personnes travaillant à une même tâche. (Larousse, Web)

D'après l'APMSL (Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de La Loire) "une équipe pluriprofessionnelle se rassemble autour d'engagements communs figurant dans le projet de santé. La pluriprofessionnalité s'exprime sous différentes formes : structuration de l'organisation, modalités de prise en charge des patients, mise en œuvre d'actions."

Cette association, dit que cette pluriprofessionnalité permet l'intervention de plusieurs métiers différents visant à améliorer la qualité du parcours et de la prise en soin de la personne soignée.

L'HAS (module 4 - être un membre efficace en équipe), explique que le travail en équipe peut avoir des répercussions positives sur l'accompagnement et la sécurité du patient. L'HAS démontre qu'avec l'augmentation du nombre de patients, le développement de pathologies chroniques, la pénurie de soignants, la complexité des soins et d'autres encore, doivent pouvoir mettre en évidence qu'il est primordial d'avoir des équipes dites efficaces. La personne soignée doit elle aussi, être considérée comme un membre de l'équipe, on peut aussi y inclure la famille. La participation du patient au sein de cette équipe peut jouer un rôle sur la prise de décision et ainsi sur le consentement dans le but

d'améliorer la qualité et la sécurité de ses soins. Le patient est la personne qui connaît le mieux ses émotions et ses ressentis face à la maladie. (HAS Module 4 - être un membre efficace en équipe)

Un équipe soignante s'organise sur un objectif commun avec "une responsabilité partagée" et avec des "objectifs mesurables". Elle doit être en capacité d'établir une communication efficace, permettant à chacun de pouvoir s'exprimer et donner les diverses informations nécessaires dans l'accompagnement du patient. Pour que l'équipe perdure dans le temps, on doit y retrouver de la cohésion, un respect entre chaque membre, le respect de chaque discipline participant aux soins du patient. (HAS Module 4)

La participation pluriprofessionnelle a un impact sur la continuité des soins du patient, en effet il faut mettre en place un travail en équipe autour de la personne soignée. Chacun des membres a son rôle à jouer, Claudine Carillo prend en exemple un patient atteint de maladie chronique, et exploite ce que l'équipe peut apporter. Elle mentionne l'aide-soignante comme personne pouvant récupérer des informations lors d'un soins quotidien tel que la toilette ou l'accompagnement d'un repas, des renseignements qu'elle peut transmettre au médecin ou l'infirmière pour que ces derniers puissent entrevoir l'état d'esprit du patient face à la maladie et au traitement. Avec ces informations, ils peuvent adapter aussi leur accompagnement et dans le besoin faire appel à d'autres membres de l'équipe, tels que le kinésithérapeute, la diététicienne, le psychologue ou autre; la collaboration y prend tout son sens. (Être un soignant heureux - Claudine Carillo (2002) p.46)

"L'interdisciplinarité se définit, pour une équipe, par un travail ensemble, dans un but commun autour du patient, avec un rôle déterminé de chaque professionnel, beaucoup d'échanges, une culture commune, un pouvoir partagé et reconnu et des décisions communes". (Être un soignant heureux - Claudine Carillo (2002) p.46)

Chaque membre d'une équipe va jouer son rôle et mettre en place une relation soignant-soigné.

2.3 La relation soignant-soigné

2.3.1 L'alliance thérapeutique

FREUD a été le premier à employer le terme d'alliance thérapeutique, entre le thérapeute et le patient. Carl Roger, psychologue humaniste américain, est celui qui rendra l'alliance thérapeutique adaptable aux soins infirmiers. Il tend vers une approche qui cible la personne soignée ou il montre que la qualité de la relation avec le patient est fondamentale, en donnant naissance à la relation d'aide dans laquelle on retrouve des qualités comme l'écoute, le non-jugement, la considération positive et

l'empathie. (Article "L'alliance thérapeutique comme instrument de soins" Margot Phaneuf, Mars 2016).

D'après mes cours théoriques, concernant l'U.E 1.1 du semestre 2, l'alliance thérapeutique est définie comme, "une collaboration active entre le soignant et le soigné dans un but thérapeutique nécessaire pour toute démarche soignante. Cette relation requiert des attitudes plus exigeantes que le seul fait de répondre à des techniques de soins, et met en jeu des qualités tels que : empathie, authenticité, humilité, respect et la chaleur humaine. Elle se présente dans toute relation de soin aussi bien dans le secteur psychiatrique que dans les soins palliatifs. Le savoir être doit primer sur le savoir faire sans l'occulter".

Dans l'article "l'alliance thérapeutique comme instrument de soins" de Margot Phaneuf apparu en Mars 2016, elle explique que l'infirmière est l'une des soignante de l'équipe pluriprofessionnel qui aura une importance et une présence fondamentale auprès de la personne soignée avec une influence optimale pour mettre en place une alliance thérapeutique, de par la qualité de sa relation pouvant émaner une progression vers "un mieux-être" du patient. Elle mentionne le psychologue Carl Rogers, attestant que, pour mener à bien la relation d'aide avec la personne soignée, "il lui faut la compréhension empathique, la force motivationnelle et le soutien de la soignante, qui, dans une alliance bienveillante travaille avec elle à devenir meilleur". De par cette démarche, l'alliance thérapeutique permet l'accomplissement d'un lien entre le professionnel soignant et le patient favorisant un projet de soins commun.

Le processus de l'alliance thérapeutique peut se faire en différentes étapes. La première cible l'accueil avec une relation d'aide et empathique, procurant au patient les qualités du soignant avec l'écoute, l'accueil, le non jugement, le soutien et la communication. La deuxième étape va être celle de l'acceptation de cette relation par le patient avec la mise en place d'une confiance et d'un engagement mutuel. La participation du patient favorise son implication dans son devenir qui va cheminer sur l'étape de la progression, car en se sentant en confiance le patient permet l'amélioration de son état.

Cette relation thérapeutique et autrement dit relation de confiance paraît fondamentale lors du refus de soin. Sylvie Vandoolaege (coordinatrice adjointe de l'Espace éthique hospitalier universitaire) explique que pour pallier au refus le soignant peut, avec le patient, personnaliser sa démarche soignante, en tenant compte de l'histoire du patient de son identité, reflétant comme ci dessus la mention de Margot Phaneuf, avec la mise en commun d'un projet de soins.

2.3.2 La démarche soignante

Dans son ouvrage (Améliorer les relations soignant-soigné), André Crepet explique que la relation avec le patient est une nécessité, pour tout personnel médical, chacun doit écouter le malade, répondre à ses interrogations et ne pas lui mentir. Le but de cette relation est de montrer au patient, l'importance que l'on accorde à son histoire, et de montrer notre disponibilité, de façon à ne jamais interrompre le lien créé pour être toujours disposé à l'aider.

Walter Hesbeen explique l'importance de fonder une démarche dans sa pratique soignante. Une démarche associant deux étapes indispensables, celle de la rencontre et de l'accompagnement. "Prendre soin dans une perspective de santé c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de la santé".(La qualité du soin infirmier)

La rencontre entre la personne soignante et la personne soignée permet la création d'un début de relation, "elle poursuit un objectif bien précis, celui de réussir cette rencontre, c'est-à-dire de tisser des liens de confiance. Il s'agit bien pour le soignant d'être capable d'aller à la rencontre d'une personne ou d'accueillir celle qui vient à sa rencontre, en mettant en œuvre différents moyens qui vont permettre l'émergence d'un sentiment de confiance. Un tel sentiment n'est pas acquis d'emblée, ni de façon définitive et, d'autre part, nécessite des qualités humaines, et des compétences professionnelles, qu'il convient d'adapter, d'ajuster à chaque rencontre, à chaque nouvelle situation" (Walter Hesbeen "La qualité du soin infirmier" 1998).

Dans cette étape de rencontre, W.Hesbeen, soutient l'importance de l'accueil, comme étant chaleureux, avec des propos apaisants en important ensuite les diverses informations. Dans un premier temps, il faut savoir aller à la recherche des attentes de la personne soignée, qui ne sont pas toujours révélatrice directe d'informations propres à la pathologie. Après ce premier contact, W.hesbeen dit que le soignant peut procéder à la collecte des informations nécessaire pour prendre soin de la personne et agir dans un contexte favorable à la suite de la prise en soin; "ce qui est ainsi convoqué chez le professionnel soignant, c'est sa capacité de voir la personne au-delà de ce que son corps, sa pathologie, ses caractéristiques donnent à voir".

La confiance est un premier pas indispensable pour la prise en soin de la personne soignée, mais elle ne se limite pas au premier contact. En fonction de l'évolution de la pathologie, des soins, du vécu du patient, il faut repartir à la rencontre de la personne pour retisser les liens de confiance ou alors les renforcer.

La deuxième étape de la démarche soignante est celle de l'accompagnement. Après la rencontre, et la relation de confiance établie, "le soignant peut alors aborder la deuxième partie de sa démarche, celle de faire un bout de chemin avec la personne. Il s'agit de l'accompagner sur le chemin qui est le sien".

Le soignant rentre dans une démarche d'informations et d'explications, et non pas d'imposition et de reproche. "C'est là qu'intervient véritablement le professionnalisme subtil du soignant qui, tout en accompagnant, suggère telle ou telle orientation ou cherche avec le malade le chemin qui prend du sens pour lui, sur lequel il deviendra autonome". (La qualité du soin infirmier)

La démarche soignante établie, permet également la mise en place de la relation d'aide. Cette relation en soins infirmiers est "un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné". (Alexandre Manoukian - La relation soignant-soigné, 3ème édition 2008, p.57)

Alexandre Manoukian nous dit que la relation d'aide doit permettre d'acquérir un soulagement émotionnel pour la patient, car le soignant doit être une source d'écoute, de soutien et d'accompagnement dans le questionnement du patient, mais aussi dans son évolution au cours de sa pathologie.

2.3.3 La communication

La communication fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmier. Outil indispensable pour entreprendre le consentement et mener à bien le soin.

Un des fils conducteurs avec le patient dans la communication, est l'écoute active, l'intérêt étant de montrer sa disponibilité à l'autre.

Carl Rogers, psychologue américain, définit l'écoute active comme "écouter l'autre attentivement et de façon non directive, instaurer confiance, respect et empathie avec son interlocuteur, afin que ce dernier s'exprime en toute liberté, sans crainte de jugement hâtif et sans pression"

Gilbert Gasparutto dans son ouvrage L'infirmière et la communication de 1992 dit (page 63) "il y a entendre et il y a écouter". Il essaye de mettre en évidence que le simple fait d'écouter avec nos oreilles ne suffit pas. En effet, cette écoute doit amener les soignants à décoder le message émis. "Entendre est un phénomène passif qui met seulement en jeu le sens de l'ouïe". Il distingue entendre de l'écoute, en appuyant sur l'écoute active, qui élabore un ensemble de sens et de capacités de perception. Cette démarche active permet de déceler des découvertes avec les yeux et non pas qu'avec l'ouïe.

Gilbert Gasparutto appuie aussi sur l'importance de la proxémie (P.65), il mentionne que les règles de la proxémie sont bousculées dû aux soins effectués, qui peuvent amener le soignant à rentrer dans le cercle intime du patient, avec une participation verbale et non verbale, nécessaire à la continuité des

soins. Avec cette nécessité de soin, il explique également que lorsque celui-ci vient à sa fin, la proxémie naturelle revient, pouvant expliquer pour certains patients un mal vécu, en ayant laissé le soignant entrer dans sa sphère intime.

Dans la communication, on distingue le type verbal du type non verbal. Les deux peuvent se rendre complémentaires.

Constantino Iandolo définit le langage comme “la faculté qu’ont les être humains de s’exprimer et de communiquer entre eux au moyen de sons articulés organisés en mots”. (Communication avec le patient (2001) p.23) Dans son ouvrage il nous montre qu’une phrase émise peut avoir des répercussions et des significations différentes selon la prononciation. Cette différence peut s’apparenter au ton employé selon l’émotion vécue, le timbre de voix, la prononciation et l’accent qui peut être révélatrice d’informations sur la classe sociale, la région d’origine de celui qui communique; l’intonation de la voix en identifiant s’il s’agit d’une affirmation ou d’une interrogation par exemple, l’accentuation de certains mots peut également entrevoir la signification des paroles.

Des sons peuvent s’accompagner d’un message verbal, il s’agit de vocalisations dites non verbales. Constantino Iandolo y mentionne, le rire, les larmes, les bâillements, les soupirs, les chuchotements, les grognements. Dans le domaine de la santé, les professionnels font souvent face aux larmes, ces dernières extériorisées montrent “une forte charge émotive”, elles peuvent avoir plusieurs significations comme la joie, mais dans la plupart des cas elles décrivent une douleur qui peut être physique ou psychique. Ces différentes vocalisations donnent des indices sur la personne, l’auteur cite quatre catégories, une dite “interpersonnelle” correspondant à l’attitude de celui qui s’exprime vers un autre sujet, une autre concerne “l’état émotionnel de l’être parlant”, ces vocalisations peuvent aussi indiquer la personnalité de la personne, ou encore “l’appartenance de l’être parlant à un groupe social déterminé”.

Dans la communication on peut retrouver des moments de silence lors d’un échange entre plusieurs individus. Le silence est une communication, qui peut traduire différentes émotions ou messages. Il peut être vécu comme quelque chose d’agréable ou gênant. Ces pauses de silence permettent à l’émetteur d’entrevoir l’effet de ses paroles sur le destinataire, l’objectif étant d’avoir un “feed-back”, dans l’attente d’un retour pour permettre la continuité de l’échange. Laisser un temps de silence c’est permettre à la personne un temps pour s’exprimer. Parfois les silences ne sont pas comblés par une réponse, qui peut s’expliquer par une distraction, une personne n’ayant pas reçu le message, ou alors le message n’était pas clair. Se taire peut décrire une incertitude sur la réponse à donner, ou alors “une hostilité à l’émetteur” (Constantino Iandolo-Guide pratique de la communication avec le patient 2001 p.32,33,34)

La communication non verbale possède un rôle primordial dans le comportement social d'un être humain, elle permet de transférer des messages de manière inconsciente, et s'identifie par les expressions du visage, le regard, et la gestuelle.

Dans la majorité des échanges entre sujets, la communication verbale s'accompagne avec la communication non verbale avec des changements d'expressions, de regard et de gestuelles de tout le corps.

Les mots ne peuvent pas tout exprimer, et la gestuelle va au contraire se montrer plus efficace. Les éléments non verbaux apportent des significations et des éléments pour la compréhension d'un message transmis. Comme pour la communication verbal, le non verbal suppose que deux sujets aient le même code, "c'est-à-dire l'attribution de la même signification à un signe donné".

Cette communication n'est pas toujours dans la volonté d'un émetteur de faire passer un message, car il le fait de manière inconsciente, ce qui diffère du verbal. Mais le récepteur peut toutefois s'emparer des éléments pour les interpréter et l'aider à comprendre ce que l'autre tente de lui transmettre.

Les mimiques du visages sont considérées "comme la partie la plus expressive de notre corps". "C'est précisément notre visage qui parvient à exprimer...les sept affects primaires : la joie, la surprise, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût et l'intérêt".

L'être humain a aussi la faculté de contrôler ou modifier ses émotions. Cette faculté peut s'expliquer par une autre manière pour certaines personnes de les exprimer, en fonction de leurs cultures.

Dans les signes non verbaux, on retrouve le regard, Constantino Iandolo prend plusieurs exemples, il explique que les personnes extravertis vont avoir plus tendance à regarder l'autre que les introvertis. Les femmes auraient une faculté du regard plus intense que celle des hommes s'expliquant par une plus forte motivation. "Il est important de noter que celui qui écoute regarde environ deux fois plus que celui qui parle". La personne qui parle regarde son récepteur pour chercher à recueillir le feed-back de ses paroles. La personne qui écoute observe celui qui parle pour avoir des informations qui complètent les mots. Le regard est synonyme d'intérêt envers l'autre.

Les parties de notre corps qui participent le plus à la gestuelle sont les mains, la tête et les pieds. La gestuelle permet l'envoi de signaux qui accompagne l'expression verbale.

Le contact physique peut être divisé en deux parties, l'autocontact ou l'allocontact. Les gestes d'autocontact sont réalisés de manière inconsciente, comme se toucher les cheveux, mettre la main sur sa joue, se toucher le nez ou la bouche, mettre sa main sur sa tempe, appuyer le menton sur sa main etc. Les gestes d'allo-contact représente le contact physique sur l'autre, envoyant des signaux importants sur l'état émotionnel. "Toucher et être touché est probablement un besoin fondamental de l'homme".

Dans la communication non verbale on retrouve la posture. Elle concerne notre façon de se tenir, de positionner notre corps dans l'espace. Les changements de postures peuvent expliquer en complément de la gestuelle, des émotions ou des significations dans un message. (Constantino Iandolo)

La proximité émise lors d'un échange fait référence à notre comportement dans l'espace.

De par les attitudes de Porter (regroupant les comportements de notre système de valeurs) on peut en mettre certaines en place.

On peut mentionner les attitudes dites "positives" en citant la "compréhension", d'après le cours sur les soins relationnels (U.E 4.2) la compréhension est le contraire de l'interprétation "ne pas juger à travers ses propres références, j'exprime ce que j'ai perçu des sentiments et des idées de l'autre". Cette attitude peut avoir des effets positifs comme des effets négatifs sur l'autre, soit le patient comprend que le soignant cherche à comprendre ce qu'il ressent et donc renforce la confiance de la relation; ou alors le patient peut avoir le sentiment de ne pas être compris si le soignant n'a pas su être convaincant, en montrant peu d'empathie et un manque d'engagement.

Une autre attitude paraît indispensable pour aller dans la compréhension du refus de soin: il s'agit de "l'enquête" permettant d'accéder à plus d'information, pour comprendre au mieux le fond de la pensée du patient, permettant la clarification de cette décision, sans tomber dans l'interrogatoire.

Une autre attitude dite "neutre" peut être efficace dans la relation soignant soignée, il s'agit du "conseil", "dire à l'autre ce qu'il devrait faire ou ne pas faire. Je propose des solutions, je suis constructif."

Une des règles de base est de laisser le patient prendre la parole, pour qu'ensuite le soignant puisse lui montrer sa compréhension. (Robert Buckman - S'asseoir pour parler 1994)

L'entretien médical entre le soignant et la personne soignée doit se composer de plusieurs étapes. La première étape consiste en "la préparation à l'écoute". Dans cette préparation on retrouve la présentation devant permettre au patient de savoir qui se trouve en face de lui, se présenter c'est prendre le temps avec le patient, c'est une étape qui montre la disponibilité du soignant. Le contexte physique doit permettre de poser un cadre de confiance, par exemple en s'asseyant face au patient, se mettre à la même hauteur, laissant transparaître la volonté du soignant d'être dans une attitude d'écoute. L'attitude du corps prend son sens, car elle doit permettre la mise en place d'une relation de confiance entre les deux sujets. Après la préparation à l'écoute vient l'étape de "l'interrogation", avec la possibilité de faire des questions fermées ou des questions ouvertes. S'en suit l'étape de "l'écoute active", le soignant doit laisser le patient s'exprimer et ne jamais lui couper la parole. Les moments de silence sont aussi essentiels, et peuvent être évocateurs d'émotions et de sentiments nécessaires pour continuer l'échange. Le soignant doit montrer des "signes de compréhension". Ces signes peuvent se traduire par de la répétition, de la reformulation, et de la réflexion. L'ultime étape est "la réponse". Le soignant n'est pas toujours habilité à avoir toutes les réponses, toutefois il doit savoir réagir aux messages reçus. (Robert Buckman - S'asseoir pour parler p.35 à 50- 1994)

3. Méthodologie du recueil de données

3.1 Objectif du guide d'entretien

J'ai organisé cet entretien autour de trois points essentiels, faisant référence à mon cadre théorique. La première partie est ciblée sur le prendre soin et les valeurs soignantes, la deuxième partie s'appuie sur le refus de soin avec les droits du patient, la recherche du consentement au soin, les causes et les stratégies pour faire face au refus, ainsi que les émotions du soignant face à ce type de situation. Pour finir, cet entretien s'intéresse à l'alliance thérapeutique et l'importance de la communication dans les soins.

3.2 Populations interviewées

La thématique de mon travail de recherche étant portée sur le refus de soin, je souhaitais avoir deux profils de professionnels différents, pouvant m'apporter des similitudes sur leurs accompagnements ou alors des différences pouvant être percutantes.

La première infirmière que j'ai questionnée, ayant plus d'expérience professionnelle que la deuxième, pratique aux urgences dans un centre hospitalier des Côtes d'Armor, accueillant tous types et tous âges de patients, qui la en général, font le choix d'être pris en soins aux urgences.

La deuxième infirmière, diplômée plus récemment, depuis 2 ans, se trouve toujours dans sa première prise de poste, en médecine aiguë gériatrique, dans un autre centre hospitalier des Côtes d'Armor.

L'objectif d'avoir deux infirmières d'expériences différentes, sur le nombre d'années d'expériences et de pratique professionnelle différentes, était de savoir quelles étaient leurs concordances ou leurs différences face à leurs connaissances, leurs compétences et leurs pratiques soignantes, concernant les trois points questionnés lors de ces entretiens.

3.3 Organisation des entretiens

Originaire des côtes d'armor, et ayant travaillé en tant qu'aide-soignante auparavant, cela m'a été plus facile et accessible d'aller vers des professionnels travaillant dans ce département.

J'ai contacté par téléphone la première infirmière, via une connaissance, nous avons réalisé cet entretien chez elle sur son temps personnel.

La deuxième infirmière était une aide-soignante que je connaissais auparavant de par ma profession, elle a été diplômée en 2021, et je trouvais cela intéressant et opportun d'aller vers une jeune diplômée, ayant le même parcours professionnel que moi-même. Ce deuxième entretien s'est réalisé en distanciel au téléphone sur son temps libre également.

3.4 Bilan des entretiens

Les deux entretiens se sont bien déroulés, avec des professionnelles bienveillantes, se montrant accueillantes et disponibles. Toutes les deux ont répondu positivement à ma demande, et ont accepté d'être enregistrés.

Malgré des complexités pour réaliser le deuxième entretien, s'expliquant par un agenda complet de la deuxième soignante, elle a accepté de le réaliser en distanciel, chose moins évidente de son côté comme du mien.

Les réponses de la première infirmière semblaient plus fluides qu'avec la deuxième professionnelle, toutefois dans leurs discours ressortent des similitudes, mais aussi des différences qui alimentent ma recherche et mes entretiens.

La réalisation de ces entretiens fut une partie plaisante à réaliser. Avoir le positionnement de professionnelles soignantes, en dehors d'un stage ou du cadre médicale, s'est révélé facilitateur, car elles n'ont pas eu besoin d'être sollicitées durant ces entrevues.

Ces entretiens ajoutent une note personnalisée à mon travail de recherche, et sollicite ma curiosité, ainsi que mon positionnement de future professionnelle.

4. Analyse descriptive des entretiens

4.1 Les professionnelles de santé interviewées

Pour débiter mon entretien, il me semblait pertinent de demander à chaque soignante, leurs parcours professionnels.

La première infirmière est diplômée depuis 7 ans, elle a pratiqué son début de carrière en cardiologie en soins intensifs, elle a acquis une expérience en pneumologie avant d'entreprendre un an après son diplôme, un poste aux urgences jusqu'à ce jour.

La seconde est une jeune diplômée de 2021, elle a commencé sa carrière en médecine aiguë gériatrique et y est encore à ce jour. Elle présente également un diplôme d'aide soignante, métier qu'elle a pratiqué 3 ans en maison de retraite, avant la reprise de ses études pour devenir infirmière.

Les parcours professionnels de ces deux infirmières diffèrent, de par leur temps de pratique et leurs expériences, l'une peut faire face à tout type de population dans sa prise en soin, alors que l'autre est ciblée sur la prise en soin de la population âgée. Chacunes se trouvent dans un service qui correspond à leurs attentes professionnelles.

4.2 La connaissance du prendre soin selon les professionnelles

Il me paraissait important de porter une attention sur le prendre soin, avant d'amener ces professionnelles sur la thématique plus approfondie qu'est le refus de soin. Ainsi je leur ai demandé ce que représentait pour elle, cette notion fondamentale pour un accompagnement optimal de leurs patients.

Marie évoque plusieurs qualités et notions essentielles pour décrire le prendre soin, elle précise également qu'elle s'appuie sur son expérience aux urgences. La première notion qu'elle mentionne, est le respect de l'autre en prenant en compte les ressentis du patient, elle dit aussi que pour prendre soin, il faut savoir écouter et entendre. Elle cite une autre notion importante, celle de l'empathie. Pour finaliser son ressenti sur la question, elle précisera que pour prendre soin il ne s'agit pas seulement d'émettre des soins techniques prescrits, mais d'accompagner la personne au niveau psychologique avec de l'écoute et de la réassurance.

Léa nomme l'importance de la bienveillance, c'est la notion qu'elle citera le plus dans sa représentation du prendre soin. Elle attache aussi une importance sur les explications données à la personne soignée, pour une meilleure compréhension de la prise en soin.

Étant dans un service de gériatrie, elle fait aussi une comparaison dans l'accompagnement du prendre soin entre une personne cohérente et une personne ayant des altérations cognitives, en soulignant qu'au vu des capacités de chaque patient, le prendre soin doit être adapté et personnalisé.

Au regard des deux réponses de ces professionnelles de santé, on peut voir des réponses différentes en terme de concepts ou notions cités, mais aussi des similitudes, car toutes les deux s'accordent sur l'importance d'un accompagnement dans la bienveillance et le respect de l'autre, l'objectif étant de soulager le patient, dans une démarche soignante adaptée à chaque situation.

4.3 Les valeurs soignantes

Cette approche suscite des réponses identiques entre les deux soignantes. Les deux s'accordent à dire qu'il faut faire preuve d'empathie et d'écoute.

Marie accentue sa réponse en mentionnant l'écoute active, avec le savoir écouter l'autre et le savoir entendre; en y associant le respect.

Ces valeurs soignantes qui se rejoignent entre les deux professionnelles, prouvent que pour des services qui n'accueillent pas les mêmes populations, les mêmes soins, ou encore la même capacité de temps d'accompagnement; que les valeurs des ces soignantes restent les mêmes pour chaque situation rencontrée.

4.4 Les droits du patients en terme de refus de soin

Pour accompagner ces deux soignantes sur la thématique du refus de soin, je décide de débiter cet échange en recherchant leur savoir sur les droits du patient et le refus de soin. Toutes les deux s'accordent à me citer la loi du 4 mars 2002, Léa va plus loin en me nommant cette loi, la loi Kouchner.

Toutes les deux consentent en l'importance du patient d'avoir le choix de refuser les soins. Marie, IDE aux urgences, explique que le patient peut refuser les soins, mais doit alors signer une décharge médicale pour pouvoir sortir du service, couvrant les professionnels de santé face au choix du patient.

Léa met l'accent sur la demande du consentement au soin, le droit du patient d'avoir accès à son dossier médical à n'importe quel moment, et le droit de refuser les soins.

Marie pointille sur la responsabilité du patient, et la protection des professionnels face à la signature d'une décharge, dû certainement à son expérience aux urgences. Léa donne davantage d'exemples sur les droits du patient au sein d'un établissement hospitalier.

4.5 La recherche du consentement au soin auprès du patient

Dans la continuité, je les emmène sur la recherche du consentement au soin auprès du patient. Dans ma démarche, je cherche à savoir si le consentement est effectué et approuvé avant chaque début de soin.

Marie et Léa ont des approches similaires pour amener le patient à consentir aux soins, ce qui me permet de comprendre que malgré la différence de services et de soins, la pratique reste identique. Elles apportent les informations qui leur paraissent essentielles pour permettre au patient de consentir ou non à la suite de la prise en soin. Elles ne vont pas poser une question fermée dans l'attente d'un oui ou d'un non, mais cherche à expliciter le soin et son but, amenant le patient à se faire à l'idée de l'utilité des soins prescrits pour l'aider ou le soulager.

Marie parle aussi du travail en binôme soignant, avec son ou sa collègue aide-soignant(e), qui peut aider dans le consentement.

Là encore, ces deux professionnelles s'accordent à prouver que la communication reste indispensable dans l'approche du consentement au soin.

4.6 L'impact du refus de soin sur les soignants

Être soignant, c'est aussi vouloir soulager le patient et faire en sorte qu'il soit dans un "mieux-être", alors lorsque la personne soignée refuse les soins, que pensent les soignants? Que ressentent-ils?

Marie évoque le sentiment de ne pas avoir bien fait son travail, d'avoir le sentiment que le patient n'a pas compris l'intérêt du soin, et se remet en question sur ses capacités d'explications et de compréhension données. Au niveau personnel, elle émet le mot échec, laissant penser à l'échec thérapeutique, elle évoque aussi le fait de se sentir démuni et mauvaise professionnelle.

Léa prend un exemple de refus de soin vécu récemment et explique avoir été heurtée, dit se comparer à ses collègues et se sentir moins efficace. Le refus de soin lui laisse entendre qu'elle n'a pas été au bout de sa démarche soignante et ainsi de ne pas bien faire son travail. Face au refus, elle dit chercher à se mettre à la place du patient pour essayer d'en comprendre la ou les raisons. Elle se sent aussi démunie, "tu t'en veux... ça m'affecte"; et remet en question son approche soignante. Elle évoque également un sentiment d'agacement parfois lorsque le patient est dans le refus.

Avec ces deux témoignages, on met l'accent là aussi sur des similitudes. Toutes deux semblent se remettre en question sur leur accompagnement soignant lorsque refus il y a. Elles disent se sentir démunies, et s'identifient comme mauvaises professionnelles.

Léa, qui a le moins d'expérience mentionne le fait d'être moins performante que ses collègues, est-ce le fait d'avoir moins d'expérience et donc peut-être moins confiance en soi, qui peut l'amener à se remettre en question sur ses capacités à accompagner un patient vers le consentement au soin? Toutefois elle précise dans son discours, qu'elle sait passer le relais à ses collègues, ou alors elle peut être amenée à aller à la rencontre du médecin pour tenter une autre approche, dans le but d'amener le patient à consentir au soin et l'aider à en comprendre l'intérêt et la nécessité. Elle ne reste donc pas sur son "échec" mais cherche des solutions, toujours dans l'objectif d'aider le patient dans les meilleures conditions possibles.

4.7 Les causes du refus de soin

Qu'en est-il des causes de refus de soin? Pour chercher à pallier à un refus, il faut chercher à comprendre la ou les raisons qui poussent la personne soignée à prendre ce type de décision. En questionnant ces soignantes, elles pointent la peur des soins et la peur de la douleur pour les patients. Marie parle aussi de l'incompréhension des soins pour certaines personnes, la peur du diagnostic, elle met l'accent sur un détail spécifique aux urgences favorisant le refus de soin, il s'agit de l'attente.

Léa parle du syndrome des blouses blanches et de la peur des soignants pour les personnes soignées. Propre à son service en médecine gériatrique, elle évoque pour la population âgée, chose fréquente, le fait de ne plus vouloir, et d'avoir juste envie qu'on les laisse tranquilles, sentiment d'avoir été au bout de leurs capacités personnelles.

4.8 Les stratégies des soignants face au refus de soin

Pour pallier au refus de soin, j'ai cherché à savoir, quelles stratégies peuvent être mises en place. Marie parle de négociation en première intention. Marie et Léa utilisent comme stratégie, la reformulation pour permettre une meilleure compréhension pour le patient, en combinaison avec la réassurance.

Marie et Léa expliquent aussi qu'une autre solution serait peut-être de passer le relais à son binôme ou à une autre soignante, car il ou elle, peut avoir une approche différente et employer les choses d'une autre manière, parfois plus adaptée, pouvant faciliter le chemin vers le consentement et permettre la continuité des soins.

Léa évoque que parfois la solution la plus simple reste de décaler le soin, permettant au patient de se faire à l'idée, de réfléchir, et de repenser le soin à un autre moment.

Toutes les deux s'accordent aussi, sur le discours du médecin, qui peut avoir un impact sur la décision du patient.

4.9 L'alliance thérapeutique

Après avoir parlé du prendre soin, et du refus de soin de manière générale, je décide d'évoquer l'importance de l'alliance thérapeutique. Pour ce faire, j'ai cherché à savoir ce que cela représentait pour elles.

L'alliance thérapeutique pour Marie fait écho à la relation soignant-soignée et à la relation de confiance, pour elle si cette alliance n'est pas aboutie, c'est la que le refus de soin prend sa place. Elle évoque l'importance de la communication, avec le verbal et le non verbal. Sans alliance thérapeutique, elle dit qu'il ne peut y avoir une confiance établie, et donc un patient en manque de confiance sera en incapacité de se confier, d'exprimer ses inquiétudes et ses attentes. Elle dit que lorsque l'alliance est mise en place, c'est là que le patient peut trouver sa place à l'hôpital.

Pour revenir aux urgences, elle pointe justement la difficulté de la mise en place de cette alliance, au vu du peu de temps que le patient restera dans son service (quelques heures), elle doit donc s'installer très rapidement. Elle estime que le soignant doit être ainsi en capacité de s'adapter et de se montrer disponible, à chaque patient et à chaque personnalité qui lui seront confiés.

Léa met également l'accent sur l'importance de la relation soignant-soignée mais emploie le terme "cohésion entre le soignant et le patient" et le terme "accord commun". Le but étant pour elle, de ne jamais obliger le patient, de lui laisser le choix, car le risque est de ne pas mettre la personne en

confiance et d'échouer sur l'alliance thérapeutique. Elle dit que cette relation est indispensable pour assurer la continuité des soins.

Avec ces deux réponses, on voit de la cohésion et de la similitude dans le fait de dire que l'alliance thérapeutique est indispensable pour acquérir la confiance du patient, et entretenir la relation soignant soigné tout au long des soins.

4.10 La communication dans les soins

Lorsqu'il y a alliance thérapeutique, il y a communication, mais quelle place a-t-elle pour ces soignantes?

Les deux professionnelles s'accordent sur l'importance de la communication dans les soins et l'accompagnement d'une personne, elles mettent toutes deux l'accent sur le verbal et le non verbal et adaptent leur posture et leur démarche soignante selon le patient avec sa personnalité et ses capacités.

Marie dit que la communication est omniprésente, qu'il s'agit de la première approche du patient, elle dit que "l'alliance thérapeutique commence avec un sourire".

Léa appuie sur la notion du langage et dit qu'il doit être adapté à chaque patient.

5. La discussion

5.1 Prend soin de soi pour prendre soin des autres

Nous sommes jeudi, il est 9h du matin dans une maison de retraite des côtes d'armor. Je commence ma journée à 7h30, je lis les transmissions, je fais les prises de sang prévues, les glycémies et la distribution de médicaments.

A 9h, j'ai un peu de temps et décide d'apporter mon aide aux aides-soignants. Ces derniers me disent de me rendre dans la chambre de Madame M.Léonie. Elle nécessite une toilette complète dû à une incapacité à la faire seule, elle a cependant toutes ses facultés cognitives. Je me dirige vers sa chambre pour la prendre en soin. L'avantage qui s'offre à moi lors de la réalisation d'un soin d'hygiène est une opportunité d'échanger avec la résidente, et de développer la relation d'aide.

Comme le dit Walter Hesbeen "le soin désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui." Il dit aussi que pour prendre soin de quelqu'un, il faut savoir personnaliser le soin à la personne qui vit une situation qui lui est propre, dont l'objectif est de favoriser son bien-être et son autonomie.

Le soin que je dois apporter à Léonie est un soin du rôle propre infirmier, qui ne relève pas des soins techniques médicales. J'ai choisi de mettre en exemple une situation d'accompagnement à la toilette, car ce soin représente pour moi l'un des plus compliqué, et pouvant être vécu comme l'un des plus douloureux pour la personne soignée, touchant son intimité, et pouvant générer de la gêne et de l'appréhension. C'est un soin long, qui parfois peut nous donner l'opportunité d'appréhender au mieux la personne, d'apprendre à la connaître, la communication y prend tout son sens. Malgré la barrière intime franchie c'est souvent dans ce type d'aide quotidienne que la personne est amenée à se confier. C'est pourquoi il est indispensable d'individualiser notre approche dans la réalisation de la toilette en la rendant personnalisée.

Marie et Léa lors de nos échanges, centrent le prendre soin avec des valeurs soignantes primordiales dans l'accompagnement d'une personne, avec de la bienveillance, de l'empathie et une communication adaptée. Marie précise que pour prendre soin, il faut "savoir écouter" et "savoir entendre", en prenant la personne dans sa globalité, en y incluant l'entourage. Elle dit aussi que prendre soin ne se limite pas à ce qui peut nous être prescrit pour le patient, mais se centre sur l'importance de l'accompagnement psychologique, avec écoute et réassurance.

Léa m'explique que prendre soin prend son sens lorsque "la personne soignée trouve sa place".

L'auteur Jacky Merklings précise que le soignant est l'accompagnant du patient, Bruno Cadart identifie le soignant également comme accompagnateur de l'autre mais aussi comme source de soutien tout au long de son parcours. Jacky Merklings appuie sur l'importance de procurer les soins au malade mais de ne pas omettre qu'en face de nous se trouve une personne avec une histoire de vie. (Jacky Merklings, "Les fondements de la relation de soin" p.25)

Ayant eu, une expérience professionnelle auparavant en tant qu'aide soignante, les soins relationnels étaient omniprésents dans mon quotidien. Une phrase m'est resté en tête tout au long de ma profession mais aussi pendant mes études; pour prendre soin des autres il faut d'abord savoir prendre soin de soi. A travers mes différents stages, et ma construction d'identité en tant que future infirmière, je remarque que pour prendre soin de quelqu'un, il faut avant tout avoir une approche respectueuse de l'autre, être en capacité de se montrer à l'écoute, et être dans le non jugement. Prendre soin est une notion qui pour moi doit rester présente tout au long de l'accompagnement de chaque patient, de manière individualisé et personnalisé, car chaque être humain possède son identité et sa propre histoire. Au fil d'expériences vécues, je pense que l'une des choses les plus importantes est de rester centrée sur l'humanité et pas seulement sur le côté scientifique. Chaque patient rencontré est une opportunité pour prendre soin, c'est une nouvelle histoire avec un nouveau parcours de vie qui se présente à nous, la construction d'une nouvelle relation soignant-soigné qui voit le jour et qu'il faut savoir adaptée au mieux au patient pour lui venir en aide dans les meilleures conditions possibles. Nous sommes là

pour prodiguer des soins, relevant du rôle propre et du rôle prescrit, mais le déroulement doit toujours se faire dans le prendre soin, en considérant la personne à tout moment.

7h30 et c'est l'heure à laquelle commencent les premières toilettes, chaque jour dans cet établissement, la routine s'est installée mettant en place une organisation quotidienne ritualisée. Cette procédure m'interpelle et me laisse penser que nous ne sommes pas ancrés dans le prendre soin, ni dans l'individualisation du soin de cette résidente, mettant en première ligne l'intérêt de l'organisation du service plutôt que le bien être des personnes. Hors ici nous ne sommes pas dans un hôpital, mais dans un lieu de vie, chose différente, l'accompagnement n'est pas le même en service hospitalier qu'en hébergement. Alors cet horaire est-il adapté à Léonie selon son souhait ou est-ce le côté organisationnel qui prend le dessus?

De mon point de vue, le prendre soin n'est pas toujours pris en compte. Cela peut parfois s'expliquer pour différentes raisons, ne dépendant pas toujours de la volonté du soignant. Certains services ne sont pas adaptés, avec un environnement restreint, un manque de personnel, un manque de moyens. Ces manques de ressources peuvent être vécus à mon sens comme une frustration pour les soignants, toutefois comme le disent les auteurs, le prendre soin ne se limite pas au côté technique, on peut avec nos qualités relationnelles et nos valeurs communes agir pour le bien être du patient et mettre en place le prendre en soin.

Je veux prendre soin de quelqu'un, oui mais comment ? Je me suis toujours dit que je devais prendre soin de quelqu'un comme j'aimerais que l'on prenne soin de moi ou des mes proches.

5.2 Mettre à profit des patients, les compétences et les valeurs me représentant

La toilette de Léonie est un accompagnement qui fait entrer le soignant dans l'intimité de la personne, une étape qui peut laisser place à de l'anxiété, de l'appréhension pour la résidente, mais elle sait qu'elle a besoin d'aide. Moi, en tant que professionnelle, je dois être en capacité de lui prodiguer mes valeurs et mes qualités de soignantes pour laisser place à la construction d'un début de relation de confiance, et d'une relation d'aide.

Les deux soignantes, Marie et Léa se rejoignent sur des valeurs communes telles que le respect, l'empathie, et l'écoute.

L'équipe éditoriale d'Indeed concernant les valeurs infirmières et leur importance, explique que le professionnel de santé va avoir des compétences et des valeurs s'appuyant sur le comportement et la communication qu'il aura envers une personne. Des compétences primordiales ressortent, comme la

maîtrise de soi, la faculté de pouvoir se remettre en question, l'acquisition d'aptitudes relationnelles, le sens de l'humanité, le respect, une disponibilité, de la discrétion professionnelle, savoir collaborer et travailler en équipe, et développer ses connaissances selon l'avancée médicale.

De mon côté, je rejoins également les professionnelles et les auteurs. Je pense que les qualités et valeurs nous représentant au sein de notre accompagnement, montre notre faculté à être bon soignant. Toutefois, mes valeurs représentatives ne seront peut-être pas toujours adaptés à la vision de chaque patient rencontré, c'est pourquoi je dois faire preuve d'adaptabilité et d'ouverture d'esprit, toujours dans la volonté d'accompagner le patient avec respect, non jugement, en me montrant disponible à son égard, et avec une capacité d'écoute et de savoir être.

Jeune diplômée, je m'adapte à l'organisation du service et vais à la rencontre de Léonie. Je frappe à sa porte dans l'attente d'une réponse. Je rentre, et m'approche de son lit. Je n'allume pas la lumière, et lui laisse le temps de se réveiller, je me présente et lui explique ma venue, mais elle semble déjà savoir la cause, "ah oui c'est l'heure de la toilette quotidienne". Ma démarche se veut bienveillante et respectueuse, j'essaye de prendre le temps avec elle pour la laisser émerger de son sommeil, une ou deux heures de plus dans son lit lui aurait sûrement convenu.

La collaboration professionnelle est une valeur également centrale dans l'accompagnement. Je pense qu'il est impératif que chaque membre d'une équipe puisse échanger librement sur ses pratiques, et selon le besoin, être en capacité de se réajuster à tout moment. Notre objectif commun tourne autour des personnes que nous prenons en soins. Si quelque chose ne nous semble pas adapté à la personne au moment venu, je pense qu'il paraît essentiel d'en faire part, pour éviter dans un premier temps la frustration du malade mais également celle du personnel soignant.

Nous n'avons pas tous les mêmes facultés dans l'approche que l'on apporte aux autres. Je pense toutefois que dans une équipe soignante, chacun se veut complémentaire de l'autre, par sa personnalité, sa posture, et l'image que l'on renvoie. Que ce soit au sein d'un lieu de vie, d'un service hospitalier, d'un accompagnement en fin de vie, ou autre, le malade face à nous est dans l'attente d'une approche bienveillante, respectueuse et se veut à l'écoute. Le monde médical est source d'angoisse pour les autres, nous avons des compétences acquises, à nous de les partager aux personnes dans le besoin pour qu'ils trouvent leur place dans cet environnement médical.

La difficulté que j'ai pu rencontrer dans certains services, est la grande charge de travail qui peut parfois empiéter sur certaines compétences professionnelles, comme le sens de l'humanité, et les aptitudes relationnelles qui peuvent être fragilisées vis-à-vis du peu de temps que le soignant peut accorder au patient.

Mettons nous en tête que nous partons tous avec la volonté de vouloir bien faire, d'aider les autres, et de les soulager; on se veut tous bon soignant. Le temps et l'expérience vont m'apprendre à m'améliorer et à acquérir de nouvelles compétences qui, je l'espère, tendront à devenir chaque jour meilleure soignante. Les diverses situations que je vivrais m'aiderons à grandir et à appréhender chaque nouvelle relation soignant-soigné.

5.3 Refus de soin du patient, c'est prendre en considération son choix et son droit

Je débute ma carrière et donc ma découverte au sein de cet institut. J'apprends à découvrir cette résidente Léonie, les soignantes me disent d'elle du bien, quelqu'un d'attachante, qui se montre conciliante et bienveillante envers le personnel soignant et les autres résidents.

Aujourd'hui, c'est la première fois que je prends en soin Léonie pour la toilette, nous nous sommes déjà rencontrées pour la distribution des médicaments ou pour une prise de sang.

En entrant dans sa chambre, elle me dit clairement qu'elle sait que je viens pour la toilette. Je lui laisse le temps de réaliser qu'il est l'heure de se lever. Pourtant malgré sa gentillesse, je ressens à travers sa position et son regard qu'elle ne semble pas vouloir se lever. Je me mets à genoux à côté d'elle pour être à sa hauteur, je la regarde, elle me dit "je suis fatiguée, j'aimerais rester au lit pour une fois, et faire la toilette plus tard."

Ces paroles et ce regard insistant, cherchant à attirer mon attention, me touchent, mais je ne sais que faire. Je me retrouve confronté à une remise en question, je sais pertinemment que les aides-soignants sont débordés par les toilettes, et d'un autre côté je vois une résidente fatiguée, voulant simplement plus de repos, et de la considération. Dois-je prendre en compte une organisation de service ou plutôt essayer d'adapter mon soin selon le souhait de la résidente ?

Marie et Léa s'accordent sur les droits du patient en se référant à la loi Kouchner, du 4 mars 2002, en précisant que le patient peut à tout moment refuser les soins, Marie précise qu'aux urgences pour pouvoir partir du service ils doivent signer une décharge médicale. Léa mentionne le droit d'accès au patient à son dossier médical à tout moment, ainsi que l'obligation pour la personne soignée de consentir au soin avant que le soignant puisse le réaliser.

La loi du 4 mars 2002 nous dit que "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé". (Art. L. 111-4). "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". (Art. L. 1111-4)

L'HAS précise que le refus de soin n'est pas considéré comme étant total ou définitif, et qu'il ne faut pas considérer un refus comme un abandon par le patient. (HAS adp N°105 2018 p.147)

On est tous confronté un jour ou l'autre au refus de soin. En tant que soignant ou futur soignant en apprentissage, on apprend dès le début de nos études l'importance de la législation, avec les grands principes concernant les droits des patients. Le cheminement de notre identité en tant que soignant, montre l'importance de connaître les droits du patient, pour pouvoir adapter notre démarche soignante, il faut toujours prendre en compte la parole du patient.

Je pense que pour mieux appréhender la relation soignant-soignée, il faut savoir respecter la décision du patient. Comme l'écrit André Crepet, le patient est quelqu'un de libre, libre dans sa prise de décision, libre d'être digne et d'avoir le droit à la vérité et aux informations concernant sa santé, le droit de ne pas vouloir souffrir et de refuser un traitement. (André Crepet "Améliorer les relations soignant-soigné" p.138-139).

Dans le domaine du droit au refus de soins, je pense que là encore, on peut de nouveau parler des valeurs soignantes, en respectant le choix du patient, en l'écoutant, en prenant en considération sa volonté. Cela ne veut pas dire que le choix du patient restera définitif, comme on a pu voir dans nos cours de l'U.E 1.1 (psychologie, sociologie, anthropologie), il peut à tout moment revenir sur sa décision. C'est là que notre rôle de soignant peut aussi jouer sur le choix de la personne soignée, nous devons être en capacité d'adhérer à la volonté du patient, mais il ne faut pas pour autant abandonner l'objectif de la continuité des soins. Il doit perdurer en s'assurant que le patient ait reçu toutes les informations essentielles et indispensables concernant son état de santé, et l'utilité des soins qui s'y prête.

En me mettant à la hauteur de Léonie, je cherche à lui transmettre ma volonté de l'écouter, et de me montrer bienveillante. Je prends le temps de considérer sa parole, je ne rentre pas encore dans la négociation ou dans la recherche d'un compromis. Premièrement je la laisse parler, je lui laisse le choix de pouvoir s'exprimer librement, je cherche à maintenir la relation soignant soigné. Dans ses paroles et dans sa posture, je constate que Léonie a fait un choix, je connais les droits du patient, je dois prendre en compte la décision de la résidente.

D'après mes recherches, et mon expérience, le refus de soin peut être transitoire. En tant que soignant j'ai donc un rôle à jouer, mais alors comment amener le patient à réorienter sa décision?

5.4 Amener le patient à reconsidérer son choix de départ

Je regarde Léonie, je laisse un temps de silence, le ton de sa voix, sa posture, son regard me font comprendre qu'elle espère que j'entende sa demande.

Après tout, nous sommes dans un lieu de vie, lorsque je sors de cet établissement, je suis libre de mes faits et gestes, j'ai le pouvoir de faire mes propres choix, de manger, dormir, sortir. Alors pourquoi Léonie, résidente dans un lieu de vie, n'aurait-elle pas le droit de faire un choix?

Elle a besoin d'aide dans l'accompagnement de sa vie quotidienne, mais si ce matin elle exprime sa volonté de vouloir se lever plus tard, ne pourrais-je pas lui répondre favorablement? Finalement le seul point qui m'inquiète, c'est, que va penser l'équipe soignante si je chamboule l'organisation de la matinée ?

Quand j'analyse sa demande, elle refuse le soin au moment dédié, mais dans sa formulation émise, elle ne semble pas contre l'idée de décaler le soin, c'est même elle qui le suggère.

Marie et Léa dans leurs entretiens sur le cheminement au consentement, s'harmonisent à dire qu'elles n'appliquent pas une question fermée. Elles expliquent le but des soins, et leurs déroulés, elles cherchent la compréhension du patient, à travers les explications données, et savent si le patient acquiesce ou non au soin.

Le code de déontologie précise que "le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmière respecte ce refus, après l'avoir informé de ses conséquences et, avec accord, le médecin prescripteur". (Art. R4312-14)

L'HAS décrit le consentement comme une "co-construction" entre un patient et l'équipe soignante, le rôle de chacun à son importance, l'objectif étant d'apporter au patient les éléments indispensables qui lui permettront d'adhérer ou non à la prise en soin.

Au fil de mes trois années d'études, et des différents stages effectués, j'observe que malgré les services qui diffèrent, la charge de travail reste intense, les soignants n'ont pas toujours le temps souhaité et adapter pour prendre en soins les patients qui leurs sont confiés, palliant sur la bonne continuité de l'accompagnement.

J'ai acquis de l'expérience dans chacun de mes stages, et j'ai aussi fait face en tant qu'observatrice mais aussi actrice au refus de soin. Un refus pour moi peut être amené de façon verbale et bien éclairé de la part du patient, mais peut aussi se manifester de manière non verbale, avec la position, le regard, la gestuelle. Nous avons un rôle d'observateur, d'écoute et d'empathie, je pense qu'il ne faut pas oublier qu'en face de nous se trouve quelqu'un d'unique, montrant que chaque personne est différente, et la différence doit être prise en compte. Nous devons respecter le choix du patient, mais être sûr, en tant que soignant, d'avoir fait le nécessaire pour pallier ce refus, sans devenir insistant dans notre démarche. Le refus est quelque chose qui reste omniprésent dans les services, peu importe le soin, il faut savoir l'appréhender, mais je pense que c'est avec l'expérience du terrain, que nous apprenons à nous adapter au mieux à chaque situation.

La patiente refuse, je prends en considération son choix, je n'émet pas de jugement, mais mon rôle de soignant doit perdurer. La encore pour moi la communication est le meilleur moyen d'amener le patient à comprendre l'utilité des soins, à essayer de savoir ce qu'il en a compris, j'ai besoin d'être sûr que toutes les informations transmises ont bien été déchiffrées par le patient. Parfois un simple échange, en apportant de la clarté, peut amener le patient à reconsidérer son choix.

5.5 Le patient refuse, qu'est ce que je ressens en tant que soignant ?

Après avoir extériorisé sa demande, je peux supposer que Léonie a réussi à exprimer sa volonté, peut-être parce qu'elle se trouvait en confiance face à moi? Avant de ressentir quelque chose sur ma personne, j'essaie déjà de comprendre ce que Léonie ressent. Je vois quelqu'un de fatiguée, quelqu'un qui se veut écouter, quelqu'un qui aimerait qu'on respecte sa décision, celle de la laisser tranquille encore quelque temps avant le soin.

J'essaie de me mettre à sa place, il y a le côté humain qui prend le dessus, qu'est ce que moi je souhaiterais si j'étais à la place de Léonie ? Et puis il y a le sentiment en tant que professionnel et les soins à prodiguer, car nous voulons assurer la continuité des soins, pour le bien être de la personne. Ici nous faisons face à un soin qui relève du quotidien de la personne, qui, pour ma part est un soin qui peut se dérouler ultérieurement, mais face à un soin technique par exemple qui serait indispensable dans la suite de la prise en charge, notre réaction en tant que soignant serait-elle la même? Aurions-nous le même ressenti?

Plusieurs questions autour des émotions des soignants peuvent subsister, mais quel est le bon comportement finalement à adopter? Chaque situation diffère, et chacune peut avoir son importance sur le devenir et la continuité des soins d'un patient.

Plusieurs auteurs lors de mes recherches expriment que le soignant face au refus de soins des patients, peut avoir la sensation d'avoir échoué, laissant place à un sentiment de déception et de découragement. Une auteur Alexandra Luthereau parle d'un dilemme pour le soignant, car l'objectif d'assurer la continuité des soins, se retrouve perturbé, pourtant elle insiste pour dire que le refus n'est pas pour autant représentatif d'échec. Face au refus, Walter Hesbeen lui montre que le soignant doit s'armer de patience et surtout ne pas interrompre la relation de confiance construite avec le malade.

Une psychologue, Diane Floquet, appuie sur le fait que le refus de soin concerne autant le soignant à titre individuel qu'à titre collectif. C'est-à-dire que l'approche vers le chemin au consentement au soin peut se faire en équipe, c'est un travail de collaboration, le but commun étant d'assurer la continuité des soins ou un accompagnement adapté à la situation.

Marie et Léa s'accordent à dire qu'elles ont déjà ressentie cette situation comme un échec et se sentir toutes deux démunies. Marie s'est déjà identifiée comme mauvaise professionnelle avec le sentiment

de ne pas avoir fait correctement son travail, et évoque une notion forte, avec le sentiment d'échec thérapeutique. Léa, jeune diplômée depuis 2 ans, s'identifie comme moins efficace face à ses collègues plus expérimentées, elle à l'impression de ne pas aller au bout du soin et de ne pas avoir les mêmes capacités que ses collègues avec la sensation comme Marie, de ne pas bien faire son travail.

Je me suis déjà retrouvée dans plusieurs situations de refus de soins. Pour chacune d'entre elles, je remarque que mes sentiments étaient distincts. C'est là que je me rends compte que chaque personne peut avoir un impact dissemblable sur nous, selon la personnalité, l'histoire, la maladie, le devenir, ou encore l'entourage. Nos émotions diffèrent et prouvent encore une fois l'importance de l'humanité dans notre métier en considérant chaque personne à titre individuel.

En me projetant en tant que jeune diplômée, j'arrive à comprendre la position de Léa face à la sensation d'être moins performante que ses collègues. Dans une volonté de bien vouloir faire, et dans un idéal, j'espère réussir à faire consentir le soin à la personne, hors je sais pertinemment que je ferai face, et pas qu'une fois, au refus d'un patient, et parfois la solution sera de passer le relais à une collègue.

Comme cité par les auteurs mais aussi par les deux professionnelles interrogées, j'ai moi aussi dû faire face au sentiment d'échec, sentiment vécu en tant qu'aide soignante mais aussi en tant qu'étudiante. J'ai comme tout le monde la volonté de vouloir aller au bout des soins et des actes qui me sont confiés. Hors je remarque que tout n'est pas forcément aussi simple, la personne en face de moi n'a pas choisie d'être malade, n'a pas choisie de vivre dans une institution, n'a pas choisi son état de santé, mais moi j'ai choisi de pratiquer ce métier. Le choix d'un patient, doit nous amener à reconsidérer notre projet d'accompagnement. Nous faisons tous des choix dans la vie et parfois nous nous retrouvons confronté à quelque chose de plus fort que nous, quelque chose que l'on ne choisit pas, nous écrivons chacun notre propre histoire, et notre route peut parfois être semé d'embûches. En tant que professionnels de santé, nous faisons souvent face à des personnes dont la maladie vient chambouler pour une durée indéterminée leur parcours de vie. La pathologie nécessite un temps d'acceptation, il faut savoir se montrer patient, je pense que la personne n'est pas dans l'automatisme d'être contre les soins, mais il faut lui laisser le temps d'accepter et d'avancer avec sa maladie.

Se sentir démunie face au refus, cela m'est aussi arrivé, et souvent j'ai eu l'impression d'avoir failli à mon devoir de soignante, d'avoir mal entrepris mon approche vers la personne, ou alors de m'être remise en question sur mon attitude. Était-elle adaptée ? Ai-je employé les choses de la bonne manière ? Ont-ils appréhendé mon manque d'expérience ? J'ai aussi remarqué que pour certains patients l'étiquette "élève infirmière" leur faisait peur, de ce côté là je me mettais à leur place et pouvais totalement entendre leur appréhension, et ne le prenais pas comme échec, mais j'adoptais une attitude compréhensive envers la peur de la personne face à quelqu'un en apprentissage.

Je vais maintenant vers un avenir de soignante infirmière, c'est à dire que d'ici quelques mois, je serais responsable de ma propre personne, je ne pourrais plus compter sur l'infirmière ou l'infirmier qui m'accompagnait au quotidien et qui pouvait m'aider dans ma démarche au consentement au soin. Toutefois à ma portée se trouvera une équipe, c'est pourquoi je rejoins les auteurs sur l'importance du travail en collaboration, nous sommes tous complémentaires, nous faisons tous face un jour ou l'autre au refus de soin, l'équipe soignante pour moi doit être une ressource dans ce type de situation délicate. Une ressource autant dans la démarche soignante, mais aussi entre soignant. Se sentir à l'écoute et respecter par son équipe est aussi quelque chose de rassurant et réconfortant, qui je pense peut aider lorsqu'on se sent démunis, ou mauvais professionnel lors d'un accompagnement.

L'arrivée dans un stage est source d'appréhension, l'approche de l'équipe joue pour moi sur la réussite de notre apprentissage, et donc sur l'amélioration de notre qualité d'approche auprès des personnes soignées.

Aujourd'hui Léonie fait un choix, j'entends sa demande, je l'écoute et la regarde. Je sais ce qu'elle ne veut pas. Je me sens dans un premier temps démunie face à une résidente fatiguée, l'abandonner en refusant son choix, serait pour moi à l'encontre du devoir soignant. Dans notre échange et avec une attitude d'écoute, j'essaie de comprendre les motivations de son choix. La comprendre, et considérer sa position, est pour moi une source de solution pour la suite de l'accompagnement, je me montre disponible et j'entreprend d'adapter son projet d'accompagnement, toujours dans le but de maintenir un accompagnement bienveillant.

5.6 N'abandonne pas, mais cherche à comprendre pourquoi

Léonie, ma résidente ne veut pas. Oui mais pourquoi? Sans paraître insistante, je maintiens une démarche respectueuse et bienveillante, d'où mon approche vers elle, et ma position à sa hauteur. Je suis à côté du lit, face à elle, je communique d'abord avec le regard, je veux qu'elle comprenne que sa parole est prise en compte. Par mon attitude, je veux la mettre en confiance et j'essaie de la laisser se confier davantage sur son choix, et surtout je lui laisse la libre parole; avant d'émettre la possibilité de rentrer dans une attitude d'enquête pour mieux la comprendre.

Elle me regarde, et me touche la main, elle me dit "je suis fatiguée, j'ai mal dormi, vos collègues ne vous l'ont-elles pas dit ?" J'aimerais qu'on me laisse tranquille, ne serait-ce qu'une bonne heure. D'elle même, et sans questions de ma part, elle se livre sur les raisons de son choix.

En lieu de vie, on sait qu'en généralité des rituels d'organisation sont instaurés, même si l'on tend vers l'humanité.

La toilette est un geste de soin quotidien, ce n'est pas parce qu'il est ritualisé, qu'il est plus facilement accepté chaque jour pour chaque personne.

Léa et Marie, travaillant dans deux services distincts, peuvent faire face à des causes de refus différentes. Elles s'accordent toutefois sur la peur des soins et la peur de la douleur. Marie aux urgences parle de la peur du diagnostic, mais une autre cause récurrente du refus de soins aux urgences est l'attente. Léa dans son service gériatrique parle de la peur des soignants avec "le syndrome des blouses blanches", elle parle aussi de la volonté des personnes âgées de les laisser tranquille, et expriment le sentiment de ne plus avoir envie.

D'après mes recherches et les dires des auteurs, plusieurs causes explicatives voient le jour, comme le manque d'informations transmises au patient, une écoute insuffisante de la part des soignants, on y retrouve comme Léa et Marie le disent, la peur de souffrir et la douleur. L'HAS évoque également le refus de soins plus présent chez les personnes plus vulnérables accentuant le manque de confiance au domaine médical, ou encore les personnes en situation de précarité qui tendent elles aussi vers le refus de soin.

J'écoute Léonie, je lui tiens en retour la main, montrant mon empathie et ma compréhension. Elle évoque aussi la difficulté pour elle chaque jour de se mettre à nu, devant des personnes différentes. Elle me dit aussi, que chaque jour la toilette est vécue différemment, pouvant générer du réconfort mais parfois de la douleur ou encore le rappel constant d'une dépendance participant à la perte de confiance en soi. Mon attitude face à elle, lui a-t-elle permis de se livrer face aux inquiétudes que lui procure la toilette? Est ce le fait de lui donner du temps qui lui permet de se confier ? Sommes-nous ici face à une résidente qui veut vraiment qu'on la laisse se reposer, ou sommes-nous face à quelqu'un qui est fatiguée d'appréhender chaque jour l'accompagnement au quotidien? Léonie à toutes ses capacités cognitives, elle est en faculté de faire ces choix, le rituel de la toilette, lui rappelle chaque jour qu'elle ne peut plus se débrouiller seule.

L'importance pour moi face à cette résidente est de la rassurer, de lui montrer qu'elle est entendue, qu'elle est considérée comme personne à part entière, et non pas comme un soin de plus dans le quotidien d'un soignant. Il faut que je puisse lui redonner confiance, la dépendance s'installant, peut générer une baisse dans la confiance en soi, il faut trouver un compromis pour justement qu'elle ne la perde pas davantage.

Je pense qu'en tant que soignant, et dans un but de continuité des soins, lorsque le refus du patient est manifesté, l'importance de la relation d'aide entre en ligne de compte. Si l'on se montre disponible, à l'écoute, en cherchant à comprendre, le chemin vers le consentement peut encore être envisageable. Quelqu'un qui n'est pas entendu, pas écouté, et non pris en considération ne voudra pas réactualiser son choix ou sa position, du moins avec le soignant actuel. Notre rôle ne se résume pas seulement en l'exécution du geste, nous ne sommes pas face à une machine, nous sommes face à un être humain,

pour moi le premier des soins est le contact relationnelle avec la personne, et de par mon attitude verbale et non verbale, le début de confiance peut se créer.

J'ai rencontré en tant qu'actrice ou observatrice de refus soins, différentes causes explicatives. Je tombe en accord avec les professionnels de santé sur la peur du soin et la peur de la douleur, c'est pour moi deux des causes les plus nombreuses. Il y a aussi la fatigue, avec pour certains, des soins trop répétitifs, qui jouent sur le moral. J'ai aussi observer des refus selon le sexe du soignant ou de soignants en apprentissages. J'ai aussi fait face à un refus de soin d'un patient atteint de cancer s'expliquant par un manque d'informations et de connaissances de ce dernier. Chaque cause est à prendre en compte, nous devons nous adapter, savoir prendre sur soi, savoir se remettre en question, faire preuve de respect et toujours entreprendre une solution dans la bienveillance. D'après mon vécu de soignante, une appréhension peut être vécue sur nous si l'on sait qu'avec les soins émis, la douleur est inévitable, on peut alors se sentir responsable et aller à reculons vers le patient, si cette douleur n'est pas soulager. La douleur favorise pour moi la peur du patient.

Je m'accorde à rejoindre les auteurs sur l'importance de ne jamais interrompre la relation soignant soigné, car en tant que future soignante, je suis amener à me sentir démunis, à me sentir mauvaise professionnelle si la continuité des soins est perturbé, mais je ne dois en aucun cas abandonner le patient, je dois être en capacité de prendre sur moi, et de trouver des alternatives. Je dois pouvoir évaluer la prise en soin à tout moment, et ne rien omettre au patient. Je pense que notre démarche soignante doit tendre chaque jour sur l'amélioration et sur la progression.

Pour moi il est important de chercher à comprendre le choix du patient, la compréhension passe par la communication, sans compréhension du choix de départ, il me paraît difficile d'entreprendre la suite de l'accompagnement.

Dans chaque étape de l'accompagnement, l'importance de l'équipe me fait échos. Les propos de Léonie concernant le changement trop récurrent de personnel soignant face à son intimité m'interpelle. On a beau être dans un lieu de vie, le nombre de soignant demeure important, la relation de confiance avec chaque soignant pour le résident est indispensable. Toutefois, nous ne sommes pas toujours dans l'idéalisation, et tout le monde ne peut s'entendre. Nous avons la cause, alors quelle est la solution?

5.7 Que faire pour ne pas perturbé la continuité des soins ?

Je décide de prendre en compte le choix de Léonie. J'échange avec elle et tente de savoir ce qu'elle voudrait, ce qui serait le plus adaptée pour elle. Je lui propose de la laisser une heure et de revenir pour 10h. Dans ma démarche je lui demande si cela lui convient si elle veut que ce soit moi qui

réalise sa toilette, étant donné son discours auparavant sur le changement trop récurrent de soignant. Je recherche son accord, en la rendant actrice de son propre accompagnement. Elle accepte. Elle me sourit, et lui renvoie un sourire, je lui précise évidemment qu'elle peut nous appeler à tout moment pour quoi que ce soit.

Malgré qu'à 10h, je serais dans le début de la réalisation des pansements, je fais le choix de ne pas empiéter sur l'organisation des aides-soignantes et leur transmet avoir décalée le soin de Léonie pour 10 h et que je m'en occuperais.

Je suis consciente que chaque service ne peut pas forcément adapter son organisation chaque jour, je fais le choix de tenter, mon objectif étant d'établir une relation de confiance avec Léonie et de lui permettre de souffler un peu des conditions de vie collective.

Je reste aussi consciente que je ne serais pas toujours habilitée à m'organiser de cette manière tous les jours.

Aujourd'hui je m'adapte aux besoins de Léonie, et je ne m'adapte pas aux habitudes de l'établissement, je me dit que même si demain l'horaire de la toilette se veut identique à l'organisation habituelle, je lui donne ce jour l'opportunité de se sentir écoutée, aidée, entourée durant cette journée. Prendre en compte le patient, c'est permettre de maintenir la confiance créée, je l'espère pour le reste de la journée et pour les jours suivants.

Comme dans mes recherches théoriques, la majorité d'articles ou livres lus, mettent en lumière que le refus de soins n'est pas total ou définitif. Ici la solution a été de décaler le soin, mais dans une démarche qui se veut respectueuse, en adoptant l'écoute active et le savoir entendre. Le but d'organiser le soin ultérieurement est de le rendre réalisable dans un autre temps définis, assurant la continuité de l'accompagnement de la résidente.

Léa et Marie ont leurs méthodes, ou stratégies pour tenter de pallier au refus de soin. Marie évoque la négociation et la reformulation. Léa parle d'explications avec une adaptation dans sa communication et sa posture. En effet, l'auteur s'accorde à dire qu'il faut s'assurer d'avoir émis toutes les informations au patient et que ce dernier ai bien compris tout ce qui lui a été transmis.

Marie parle aussi de réassurance et de soulagement. Léa évoque comme solution de décaler le soin. Elles s'accordent toutes les deux sur l'alternative de passer le relais à un autre soignant ou au médecin.

Avec Léonie, je fais comme peut le faire Léa, je décale le soin, ici cette solution fonctionne. Mais ce n'est pas toujours le cas, il faut savoir faire face à chaque situation, et tenter de trouver les alternatives adaptées pour tenter d'amener le patient à poursuivre son accompagnement, ou alors d'en organiser un différent, répondant aux attentes du patient, avec un parcours de soin qui concorde.

En tant que soignante, je pense que nous n'avons pas tous les mêmes démarches pour trouver des stratégies. Nous avons tous des tempéraments différents, et selon chacun, une solution peut être trouver ou alors comme le disent Léa et Marie, il faut être en capacité de savoir passer le relais, pour le bien du patient mais aussi du soignant.

Je rejoins Marie sur la reformulation, en échangeant avec le patient, parfois on se rend compte que ce dernier n'a pas compris l'utilité des soins. Le patient peut avoir besoin qu'on reformule notre démarche, le langage médical étant parfois complexe, reformuler le contexte avec une parole adaptée peut suffire au patient à reconsidérer son positionnement.

Comme vu auparavant, le refus fait souvent penser à l'échec pour le soignant, abandonner pour moi ne veut pas dire passer le relais, bien au contraire, si la solution est de changer de soignant, c'est alors par là qu'il faut se diriger. Même si je passe le relais, je le fait avec bienveillance pour permettre au patient sa prise en soin, je ne m'occupe plus de lui mais quelqu'un d'autre le fait, le patient n'est pas laisser de côté, et n'est pas abandonné, la maladie n'est pas accepter de la même manière pour tous les patients, et différentes étapes doivent voir le jour.

Pour moi passer le relais ne veut pas non plus dire que l'on ne s'occupera plus de la personne, à ce moment le patient accepte avec un soignant différent, il faut lui laisser le temps, et pourquoi pas plus tard, retenter une nouvelle approche.

5.8 Créons ensemble une alliance de confiance

Léonie et moi, sommes inconnus l'une pour l'autre. Oui mais voilà, aujourd'hui les choses changent et nous sommes amenées à nous croiser presque quotidiennement. Je vais faire partie de sa vie de manière non désirée pour elle. Oui c'est une évidence, mais je souhaite l'accompagner avec humanité et confiance. C'est mon devoir de créer une alliance thérapeutique, pour elle et pour moi.

Une des phrases que je retiens le plus dans mes échanges lors des entretiens est celle de Marie "l'alliance thérapeutique commence avec un sourire". Cette phrase m'a particulièrement plu, car je m'identifie dans cette vision des choses. L'attitude non verbale par la transmission de messages, via les expressions du visage, est quelque chose d'indispensable pour moi. Même dans la communication verbale lorsque quelqu'un sourit cela s'entend, et c'est tout de suite beaucoup plus agréable d'échanger.

L'alliance thérapeutique est définie comme une collaboration entre une personne soignante et une personne soignée dont le but est d'assurer une démarche soignante, en prodiguant des soins adaptés à la personne. Toutefois cette alliance ne se centre pas juste sur des soins techniques, mais au contraire

doit s'établir avec des qualités soignantes indispensables à la construction de cette relation d'aide avec de l'authenticité, de l'empathie, de l'humilité, du respect et de la chaleur humaine.(U.E 1.1 semestre 2)

Marie et Léa identifient l'alliance thérapeutique comme relation soignant-soigné avec la mise en place d'une relation de confiance. De son côté Marie pense que s'il y a refus de soin, l'alliance thérapeutique est rompue. Sans alliance, elle dit qu'il ne peut y avoir de confession de la part du patient, il a alors du mal à s'exprimer envers le soignant. Elle estime aussi que si l'alliance thérapeutique voit le jour, le patient peut commencer à trouver sa place à l'hôpital.

La notion d'alliance thérapeutique pour Léa fait écho à la cohésion entre le soignant et le soigné, elle parle d'accord commun, laissant entrevoir des similitudes avec ce que Carl Rogers dit sur l'attitude des soignants, ces derniers prodiguent à la personne une attitude d'écoute, une compréhension empathique et un soutien permettant l'accomplissement d'un lien, et favorisant un projet de soin commun. Léa se rapproche des dires de Marie sur le rompement de l'alliance, précisant que lorsqu'un soignant peut soumettre l'idée d'obliger un patient à faire un soin, celui-ci prend le risque de détruire sa relation soignant-soignée et ainsi voir le lien de confiance s'éloigner.

Tout comme Marie et Léa, je pense que l'alliance thérapeutique est le fondement clé de la réussite de la prise en soin d'une personne soignée.

Nous sommes soignants et nous avons la volonté de venir en aide aux personnes dans le besoin, hors la personne en face ne nous connaît pas, et nous entamons la démarche d'aller vers elle pour effectuer des soins, qui peuvent être appréhendés. Avant d'entrer dans une démarche de soin, il me paraît donc indispensable d'acheminer le patient dans une relation de confiance. Cette relation va s'instaurer par l'attitude que l'on va apporter, professionnalisme que l'on va adopter, et l'humanité procurer.

La lecture de mes recherches confirme ma position sur l'importance de rendre chaque relation soignant-soigné individualisée et propre à la personne. Par exemple, on ne va pas adopter la même attitude face à un enfant, une personne dans la détresse, une personne en colère, une personne démente, etc. Notre approche se doit d'être distincte et individuelle.

Pour moi cette relation de confiance doit permettre au patient d'identifier nos valeurs et nos compétences en tant que soignant, lui permettant de savoir à qui il a à faire.

Lorsque Marie mentionne le refus de soin comme frein à l'alliance thérapeutique, j'émet de mon côté une réserve. Effectivement je pense que le refus peut endommager la relation soignant-soigné, toutefois rien n'est définitif, comme le dit Clarisse Cadillo dans son ouvrage "Être un soignant heureux", des actions existent pour mettre en place des stratégies, et cela rejoint ce que pense Léa en terme d'accord commun, le patient doit devenir acteur et partenaire de son parcours de santé. Actualiser sa démarche auprès du patient, peut je pense nous permettre de donner une seconde chance à l'alliance thérapeutique, qui a pu être dans un premier temps malmenée. En tant que soignant, nous devons apprendre à nous remettre en question, pour améliorer notre approche mais aussi notre

capacité à vouloir être bon soignant dans le but d'entreprendre une alliance de confiance, pour mener à bien la démarche thérapeutique qui s'ensuit.

Léonie est résidente dans cet établissement depuis quelques mois. L'acceptation de changer d'environnement de vie, et d'accepter le fait d'avoir besoin d'aide, ne s'est pas faite du jour au lendemain, et surtout n'est pas toujours acquise. Dans un premier temps, il a fallu se familiariser avec les nouveaux locaux mais aussi avec le personnel soignant, qui devient souvent la deuxième famille du résident, puisque, de manière générale, les soignants passent autant de temps voir plus, auprès des résidents que leurs familles, amenant la personne à tisser des liens de confiance avec les professionnels de santé.

Léonie doit trouver sa place, ses repères, avec l'environnement matériel mais aussi avec l'environnement humain.

A travers mes deux entretiens, j'ai pu entendre également dans les dires de Marie et Léa, que le patient doit pouvoir trouver sa place pour faire confiance à autrui.

Avant d'entreprendre le soin, je tente de tisser notre échange vers une future alliance thérapeutique. Cette alliance a pour but de lui venir en aide et d'essayer au mieux d'adapter le soin, on établit un projet commun. En écoutant Léonie et en lui permettant de s'exprimer librement, je veux lui prouver qu'elle a la faculté de faire des choix, et la possibilité d'exprimer ses ressentis à tout moment. Prendre en compte sa décision, permet de créer un premier lien de confiance entre nous. J'intègre la résidente comme personne, et l'amène à devenir actrice de son propre accompagnement, en la laissant exposer son point de vue et son désir.

5.9 Communiquer? Oui, mais de quelle manière ?

Être soignant, pour moi, ne se résume pas en l'application de gestes techniques. Certes la technique est nécessaire à la continuité des soins et l'infirmière doit être en capacité de les exécuter. Les gestes techniques sont synonymes pour moi d'intrusion, de peur, de douleur, d'appréhension pour le patient. Avant d'amener le patient sur le soin, il est primordial de communiquer avec lui et d'adapter cette communication de la meilleure des manières pour permettre le consentement à son projet de soin. La communication, si elle est bien employée et bien menée, va permettre au patient d'être en confiance et dans la compréhension du geste, je fais participer le patient, et je le rend acteur de son accompagnement.

L'objectif avec Léonie est de trouver un terrain d'entente, je viens pour faire sa toilette, mais sans consentement je ne peux la réaliser. Il faut alors que j'emploie une communication adaptée, pour chercher à mettre en place un accord commun.

La première des étapes pour moi, consiste à me présenter, le patient ou le résident doit savoir à qui il a à faire, en précisant mon prénom et ma fonction.

Effectivement, Robert Buckman apparente la présentation comme la première étape d'un entretien avec un patient, permettant à la personne d'identifier son interlocuteur, synonyme de disponibilité du soignant.

Pour ma part, je prends le temps de me présenter à chaque patient. Durant mon parcours d'étude, les patients appréciaient savoir à qui ils avaient à faire, d'autant plus lorsqu'on est étudiante. Un autre élément qui pour moi est important, c'est d'afficher sur notre blouse notre prénom et notre fonction. Plusieurs patients m'ont expliqué qu'ils aimaient avoir le nom des professionnels sur les blouses, étant donné le nombre de passages dans leur chambre au cours d'une hospitalisation. Dans un lieu de vie, de mon expérience, c'est les familles qui accordent le plus d'importance au nom sur les blouses avec les fonctions, certains ne connaissant pas les lieux et donc le personnel.

Gilbert Gasparutto mentionne une chose importante, qui a été reprise par Marie lors de son entretien mot pour mot, c'est "qu'il y a entendre et il y a écouter". Écouter en appliquant l'écoute active du patient qui, pour Carl Rogers, permet de mettre en place une confiance, un respect et une empathie avec son interlocuteur, l'objectif pour le patient étant de s'exprimer en toute liberté sans peur d'être jugé.

Pour moi écouter et laisser l'autre parler, c'est aussi ne pas lui couper la parole, ce qu'on peut parfois voir, et qui laisse transparaître un manque de respect et un manque de considération de la personne face à nous.

Marie et Léa s'harmonisent à dire que la communication passe par le verbal et le non verbal, elles mentionnent toutes deux "le toucher". Marie commence par dire que la communication doit être omniprésente tout au long de la démarche soignante, Léa tend sur le même avis, en précisant que la communication s'établit même auprès de patients sédatisés.

Elles adaptent leurs communications à chaque patient. Comme vu précédemment, la posture infirmière est primordiale, avec des aptitudes relationnelles et une adaptation à chaque profil de personne.

Constantino Iandolo, lui aussi parle de deux types de communications comme le mentionnent Marie et Léa. Il appuie sur l'importance de la communication non verbale, qui est complémentaire des paroles émises lors d'un échange entre deux personnes. Le verbal permet à l'homme de s'exprimer avec des mots, le non verbal permet de s'exprimer avec des gestes, une posture, un regard, des comportements qui alimentent et combinent les paroles, mettant en lumière les émotions et les sentiments de l'autre, et cela souvent de façon inconsciente. Il dit aussi que cette communication par le corps, permet le recueil d'informations qui ne peut être transmis verbalement.

En tant que soignant, je participe aussi dans l'échange avec les deux types de communication. Léonie se trouve dans son lit, pour favoriser notre échange, j'adapte ma posture et je décide de me mettre face à elle et à sa hauteur, ce comportement corporelle doit, comme le dit Robert Buckman, permettre de poser un cadre de confiance, pour amener par la suite ma volonté d'entrer dans une attitude d'écoute. Elle me prend la main, et en retour je lui prend la sienne, elle me transmet un message par la gestuelle, je lui rends, signe de ma compréhension. Ce toucher s'accompagne du regard, un regard cherchant de l'empathie, un regard qui veut dire "pas tout de suite", un regard signe de fatigue. Après le toucher vient les mots, ou elle exprime son refus au soin. Je ne détourne pas le regard durant notre échange, et je l'écoute, je la considère comme une personne à part entière. Je décide de respecter la volonté de la personne, sans oublier le soin. Nous trouvons un accord commun, celui de décaler le soin.

Je rejoins les auteurs ainsi que Marie et Léa. Pour moi, la communication passe par le langage et le paralangage. Je pense que parfois avec certaines personnes le verbal ne suffit pas, et la entre en action le non verbal, qui pour moi, peut laisser transparaître une réassurance, un soulagement, de l'empathie, une façon de dire au patient "oui j'ai compris ce que vous ressentez et je vous soutiens". Le non verbal peut, contrairement aux mots, faire passer plusieurs messages, avec un geste ou une expression, rendant complémentaire la communication avec les mots.

Parfois lors d'un échange peut se présenter des temps de silences, Constantino Iandolo identifie ces silences comme partie intégrante de la communication. Ces temps de silence je les ai également vécus face à plusieurs patients. Mes sentiments sont partagés selon la situation, soit je le vis comme de la gêne et ce silence devient parfois long et pesant, ou alors je rejoins l'auteur en disant qu'il s'agit d'une opportunité pour laisser le patient le temps de répondre ou de faire passer un message. Le silence pour moi peut également être comblé par les expressions du visage.

La communication représente pour moi un outil de confiance. Nous devons être en capacité d'adapter notre posture, notre regard, notre gestuelle et nos mots vers la personne qui nous est confiée. Pour moi c'est le premier soin, et il ne peut être omis. Comme Marie, je pense que la communication est omniprésente, et reflète notre faculté à aller vers l'autre. Toutefois, selon la personnalité face à nous, elle ne sera pas toujours évidente à mettre en place. Il faut savoir se connaître et connaître ses aptitudes relationnelles pour prendre confiance en soi et tendre vers le prendre soin du patient. Une équipe pour moi est complémentaire, si la communication est rompue, ne jamais abandonner et savoir passer le relais à un autre soignant qui pourra redonner naissance à une nouvelle relation soignant-soigné.

En développant dans ce mémoire la personne comme étant unique, j'estime qu'en tant que soignant nous sommes nous aussi individuel et unique dans notre approche. Nous n'avons pas tous la même faculté et facilité à communiquer avec autrui. La communication est pour moi un apprentissage, pour ma part avoir été aide-soignante auparavant m'a été d'une grande aide en ce qui concerne le

relationnel avec les autres. J'ai acquis avec l'expérience une facilité à aller vers l'autre en m'adaptant à la personnalité face à moi. Cependant malgré l'expérience et les stages vécues, je remarque que rien n'est acquis, et l'apprentissage perdue au fil des années. Le refus de soin, pour ma part, montre l'importance de se remettre en question, et d'essayer de clarifier les points négatifs de notre approche. Néanmoins, comme on a pu le voir dans ma recherche théorique, le refus de soin n'émane pas automatiquement de notre technique d'accompagnement.

Ma discussion arrive à sa fin, je me remet en mémoire ma question de départ avec toutes les connaissances et retours qui en découlent. La question émise, et les apports qui en ressortent, montre qu'il n'y a pas une solution face au problème, mais plutôt plusieurs pistes pour accompagner un patient dans le refus. En témoignant mon positionnement avec celui des professionnelles et des auteurs, j'oriente une nouvelle question qui pourrait être "en personnalisant et en individualisant la relation soignant-soigné, en quoi l'infirmier peut-il amener le patient à reconsidérer son choix de départ ?"

Conclusion

Et voilà, j'arrive à la finalité de mon mémoire avec ces dernières lignes d'écritures. J'ai toujours remis en cause ma faculté à pouvoir reprendre mes études face à ce type de travail de recherche. Je m'aperçois que les trois années sont finalement passées et que j'ai réussi à aller au bout de cet exercice. La thématique ne m'est pas apparue comme une évidence au commencement. J'avais une idée en tête avant même d'entreprendre ce travail, par mon expérience professionnelle passée, et finalement par le biais de situations vécues en stage, ma recherche s'est centrée sur quelque chose de différent.

Je me suis ainsi penchée sur la thématique du refus de soin, dans laquelle j'ai voulu appuyer sur l'importance de la relation soignant soigné, avec les valeurs infirmières, la recherche du consentement mais aussi l'importance de connaître les droits du patient.

J'ai particulièrement apprécié aller à la rencontre des deux professionnelles qui ont pris le temps de bien vouloir répondre à mes questions. Avoir un retour sur leur expériences, leurs ressenties et stratégies de soins a été enrichissant. J'ai pu avoir l'œil de quelqu'un d'expérimenté, et d'une jeune diplômée, ayant le même parcours que le mien. Ces échanges permettent de se projeter en tant que future professionnelle et de mettre en lumière mon propre positionnement, avec la continuité de ma construction d'identité d'infirmière; qui je pense ne cessera d'évoluer au cours de ma carrière.

Grâce à leurs réponses j'ai pu entreprendre la discussion, qui pour moi s'est reflétée comme la partie la plus plaisante dans l'écriture. Je me suis retrouvée plus à l'aise à exprimer mon positionnement, qu'à effectuer les recherches du cadre théorique, qui a été pour moi la partie la plus complexe à réaliser, avec le tri des informations les plus pertinentes.

Au fil des recherches, des retours des professionnelles, et moi-même, des concordances ressortent, en ce qui concerne les valeurs, la recherche du consentement, les savoirs sur les droits des patients, et les outils de communication pour mener à bien la relation soignant-soigné.

C'est ainsi que s'achève ce mémoire. Mes sentiments sont partagés, en écrivant cette conclusion, je me remets en tête tout le parcours émit durant ces trois années, avec difficultés et plaisirs. Malgré les difficultés, j'en ressors ravie d'avoir été au bout de cet écrit. Peut-on dire que je suis satisfaite ? Pas forcément car j'ai la fâcheuse tendance à me remettre souvent en question et à vouloir faire encore mieux, mais pour moi ce n'est pas toujours synonyme de défaut, car comme lu à travers les auteurs, une infirmière doit être en capacité de se remettre en question.

J'ai plusieurs fois voulu changé de sujet, voulant trouver quelque chose de moins commun et peut être plus appréciable à lire, voulant faire partager de la découverte. Mais finalement ce sujet reste pour moi quelque chose d'actuel, et présent dans chaque service avec tout professionnel de santé.

Ce travail de recherche m'a aussi permis de confirmer mon goût pour les relations humaines, j'ai toujours été quelqu'un de timide avant de découvrir le domaine soignant en 2014. Ce monde de la santé m'a permis de me découvrir encore plus profondément et la poursuite des études pour devenir infirmière, n'a fait que confirmer ma volonté de vouloir prendre en soins les personnes dans le besoin.

Bibliographie

Ouvrages

Hesbeen Walter. *Les soignants, les soins et le soin* (2012). p.4 Edition Seli Arslan
www.albatros-petite-chapelle.be/colloque/les-soignants.pdf

Crêpet André. *Améliorer les relations soignant-soigné* (2002). Edition Thélès

Merkling Jacky. *Les fondements de la relation de soin* (octobre 2017) Edition Seli Arslan

Hesbeen Walter. *La qualité du soin infirmier* (01/2017) Édition Elsevier Masson

Rispail Dominique. *Mieux se connaître pour mieux soigner.* (Août 2003) Edition Elsevier Masson

Iandolo Constantino. *Guide pratique de la communication avec le patient.* (2001) Edition Masson

Manoukian Alexandre. *La relation soignant-soigné.* (3ème édition 2008)

Gasparutto Gilbert. *L'infirmière et la communication* (1992) Edition Lamarre

Buckman Robert. *S'asseoir pour parler* (1994) Edition Elsevier Masson

Claudine Carillo. *Être un soignant heureux.* (2002) Edition Elsevier Masson

Honoré Bernard. *Soigner "Persévérer ensemble dans l'existence"* (2001) Edition Seli arslan

Dictionnaire :

Larousse, définition du mot équipe

Larousse, définition du mot respect

Le petit robert, définition du mot valeur

Cours théoriques :

Cours U.E 1.3 S1 - Les valeurs soignantes

Cours U.E 1.1 S2 - L'alliance thérapeutique

Webographie :

Le comparateur assurance, Le refus de soins par le patient : Que dit la loi ?

<http://www.lecomparateurassurance.com/10-guide-mutuelle/106104-refus-soins-patient-que-est-que-est>

Groupe Hospitalier Bretagne Sud - Consentement du patient et le refus de soins

<https://www.ghbs.bzh/patients-et-usagers/acces-et-qualite-aux-soins/consentement-du-patient-et-le-refus-de-soins-337.html>

Charte de la personne hospitalisée. Article 4

http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Code de la santé publique. Version 2020. Article L1111-4

http://www.legifrance.gouv.fr/codes/articles_lc/LEGIARTI000041721056#:~:text=Toute%20personne%20a%20le%20droit,choix%20et%20de%20leur%20gravité.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre II Droites et responsabilités des usagers. Article 11

http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582

Conseil national des médecins. (2019) Recueillir le consentement de mon patient

<https://conseil-national-medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
[Le consentement aux soins \(conseil-national.medecin.fr\)](https://conseil-national-medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient)

Julie Hubert. Soins Infirmiers - Virginia Henderson et sa conception de la profession infirmière (03/09/2021)

<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/soins-infirmiers-virginia-henderson-et-sa-conception-de-la-profession-infirmiere>

Monique R. Finalité soignante et moyens professionnels, par Walter Hesbeen (18/09/2017)

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifs/infirmier/finalite-soignante-et-moyens-professionnels-par-walter-hesbeen>

Code de déontologie des infirmiers. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016

<https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/deontologie/CodedeDeontologieinfirmiers-01102021.pdf>

[CodedeDeontologieInfirmiers-01102021.pdf \(ordre-infirmiers.fr\)](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/deontologie/CodedeDeontologieinfirmiers-01102021.pdf)

Raphaële GRANGER. Ecouter pour comprendre son interlocuteur (11/10/2022)

<https://www.manager-go.com/efficacite-professionnelle/ecoute-active.htm>

Alexandra Luthereau. Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient (21/12/2018)

<https://www.actusoins.com/308108/refus-de-soins-tenir-compte-de-lidentite-et-de-lhistoire-du-patient.html>

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°87.
Refus de traitement et autonomie de la personne
<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis087.pdf>

Conseil d'administration de l'OIIQ (décembre 2014) *Valeurs de la profession infirmière*.
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Ordre National Des Médecins. Conseil National de l'Ordre. (30/01/2004) *DU DROIT AU CONSENTEMENT AU DROIT AU REFUS DE SOINS*
www.amiform.com/web/dpc-en-ligne-2015/ethique-medicale-1/kouchner/refusdesoins.pdf

[Introduction \(amiform.com\)](http://www.amiform.com)

Margot Phaneuf. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins (03/2016)
www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf

HAS, module 4. Être un membre efficace en équipe
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf

L'équipe éditoriale d'Indeed. *Les valeurs des infirmières et leur importance* (27/03/2023)
<https://emplois.ca.indeed.com/conseils-carriere/developpement-carriere/valeurs-infirmieres-importance>

ADSP. *Le consentement aux soins, une nécessité éthique pour une meilleure relation médecin-patient* (n°105 12/2018)
[ad1051618.pdf](http://www.adsp.be/ad1051618.pdf)

Code de déontologie des infirmiers. *Article R4312-3. Décret n°2016-1605. Novembre 2016*

Antoine de Saint-Exupéry. *Le petit prince*. Edition Gallimard de 1999
[petitprince2.pdf \(saintexupery-domainepublic.be\)](http://www.saintexupery-domainepublic.be/petitprince2.pdf)

I - Guide d'entretien

Présentation du professionnel de santé :

- Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel?

Le soin et le prendre soin :

- C'est quoi prendre soin pour vous?
- Quelles sont les valeurs soignantes représentatives pour vous d'un prendre soin de qualité?

Le refus de soin et le droit au refus :

- Connaissez vous les droits du patient en termes de refus de soin?
- Recherchez-vous le consentement du patient avant chaque début de soin?
Le faites-vous systématiquement à chaque soin?
De quelle manière procédez-vous?

- Que ressentez-vous face à un refus de soins? (vision professionnelle? vision personnelle?)
- Selon votre expérience professionnelle, quelles peuvent-être les causes d'un refus de soin?
- Quelles stratégies adoptez-vous face au refus de soin d'un patient?
Malgré tout ce que vous avez mis en œuvre, si le patient persiste dans son refus, que faites-vous? Pouvez-vous vous référer à d'autres membres de l'équipe?

La relation soignant-soignée :

- Pour vous qu'est que l'alliance thérapeutique?
- En quoi est-elle importante dans la relation de soin?
- Pour vous, quelle place à la communication a-t-elle dans les soins?

II - Premier entretien

Moi : Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel?

Marie : Alors, je m'appelle Marie, je suis infirmière depuis 2016, j'ai commencé en cardiologie en soins intensifs cardio pendant 1 an; après j'ai fait un petit peu de pneumologie et depuis 2017 je suis aux urgences.

Moi: OK, très bien. Du coup je vais procéder à ma première partie sur le soin et le prendre soin, donc j'aimerais savoir pour vous, c'est quoi prendre soin ?

Marie: Alors, moi je vais te parler surtout au niveau de prendre soin aux urgences puisque c'est très vaste, pour moi prendre soin c'est respecter l'autre, ses ressenties, savoir écouter et savoir entendre, prendre la personne en globalité avec sa famille et son entourage, avoir de l'empathie, bon ça ça va rester ... c'est plus des valeurs mais... mais prendre soin c'est très vaste, après prendre soin c'est pas que les côtés techniques et... et au niveau de la douleur etc, c'est aussi prendre soin au niveau psychologique avec l'écoute, la réassurance etc ... Voilà.

Moi: OK. Et du coup suite à ça, quelles sont les valeurs soignantes représentatives pour vous d'un prendre soin de qualité ?

Marie: Ben oui, du coup c'est ce que j'ai dit un petit avant, je vais dire le respect, l'empathie du coup comme je te disais tout à l'heure, l'écoute, l'écoute active, c'est hyper important, qu'est ce que je peux te dire encore, le ... ouais surtout le respect, l'empathie et savoir écouter l'autre et savoir entendre, pour moi c'est ... c'est primordial.

Moi: Alors, là je vais passer sur la partie le refus de soin et le droit au refus. Alors, connaissez-vous les droits du patient en termes de refus de soin?

Marie: Alors, je me souviens de la petite loi de mars 2002, il me semble, en disant, enfin c'est écrit noir sur blanc, en disant que le patient a totalement le droit de refuser les soins qu'on lui propose. Alors après la je te parle d'un patient qui a toutes ses facultés cognitives, puisque dans ces cas là c'est deux situations différentes, on part sur un patient qui a les facultés cognitives ...

Moi: Ouais, on part sur quelqu'un qui a toutes ses facultés cognitives.

Marie: OK. Donc, oui effectivement, moi ça m'arrive hein aux urgences des patients qui viennent, qui finalement refusent, refusent le soin, ou certains soins, ou refusent de certaines ... certains entretiens par exemple. Voilà, donc, oui oui, nous, nous on explique... On explique qu'effectivement ils ont le droit de refuser, puis il y a des patients, des patients qui partent, en signant une décharge par contre, parce qu'on est obligé de se couvrir au niveau légal. On leur explique bien que, que si, si ils partent, il y a pas de soucis, on, on comprend, c'est leur santé, ils font ce qu'ils veulent; mais par contre ils signent une décharge, une décharge médicale puisque, parce que s'il arrive quelque chose, en partant des urgences, c'est, c'est nous qui sommes responsables.

Moi: OK, alors, recherchez-vous le consentement du patient avant chaque début de soins?

Marie: Alors en fait, moi en générale, quand j'arrive dans un box de médecine, pour par exemple je dois faire une prise de sang, ou un électrocardiogramme, je me présente; on est souvent un binôme en faite avec ma collègue aide-soignante ou mon collègue aide-soignant; donc on présente les soins qu'on faire, et effectivement on cherche, on cherche l'accord. Alors ça passe par oui d'accord ou ok, mais en générale on attend toujours que le patient acquiesce et comprenne bien ce qu'on, ce qu'on va lui faire avant de faire les soins effectivement.

Moi : Donc c'est fait systématiquement avant chaque soins?

Marie: Alors moi, moi je le fais systématiquement, ou presque. Enfin en tout cas, de ce que je m'imagine de moi, parce qu'on ne se voit pas travailler, mais oui oui, moi j'explique à chaque fois que je vais faire une prise de sang par exemple, un électrocardiogramme ou, ou même quand c'est ... quand c'est un antalgique, un médicament qui comprennent bien ce qu'il se passe au niveau de leurs santés.

Moi : OK très bien. Alors ensuite, que ressentez-vous face à un refus de soin ?

Marie: Ben, alors oui, donc, moi c'est un petit peu particulier parce que je travaille aux urgences, après un refus de soin c'est, ça arrive, alors faut savoir que, quand un patient arrive aux urgences, dans la plupart des cas, en tout cas dans les cas où le patient à toutes ses facultés cognitives, c'est de son propre gré ou c'est sa famille qui l'amène par rapport à des, à des problèmes de santé quel qu'il soit; en général quand ils arrivent aux urgences, dans la plupart des cas c'est parce que, c'est parce que c'est eux même qui ont décidés de ... ils ont envie d'être soignés. Par contre ça arrive, effectivement, et notamment dans les patients qui... qui sont alcoolisés par exemple ou... ou c'est leur famille qui,

qui les amènent parce que, parce qu'ils en peuvent plus et qu'ils ont ... ils sont en demande de soin pour lui, mais c'est pas une démarche personnelle de sa part, la c'est, c'est plus. Donc oui oui, ça arrive quand même tous les jours.

Moi : Et, quel est votre ressenti du coup face à... face à ce refus ?

Marie: Ben c'est compliqué parce que professionnellement en tout cas on a l'impression que ... qu'on fait pas bien notre travail, que le patient en face n'a pas compris, ou alors on a mal expliqué ce qu'on ... le but de notre, de notre démarche et de sa présence aux urgences. Après au niveau personnel c'est aussi un peu compliqué à gérer parfois, parce qu'on se sent un petit peu démuni et, et, quand on arrive à, à un petit peu aiguiller le patient vers notre, notre chemin de soin, c'est bon; quand c'est un échec et qu'il finit par partir etc, c'est vrai que c'est, c'est compliqué et on se sent un peu démuni et un peu mauvais professionnel entre guillemets quoi.

Moi :OK. Selon votre expérience professionnelle, quelles peuvent être les causes d'un refus de soin?

Marie: Les causes, alors, en général c'est, alors, nous souvent aux urgences c'est la peur de la douleur en fonction des soins, l'incompréhension de certains soins, quand en réexpliquant et en utilisant d'autres mots et par exemple en, en reformulant ça, ça finit par, par plus de comprendre et on arrive quand même à faire le soin. La peur du diagnostic, ça, ça arrive aussi et, et le refus de soin c'est, ben aux urgences particulièrement hein c'est l'attente. Voilà.

Moi : D'accord. Et donc ensuite, quelles seraient, quelles sont vos stratégies face au refus de soin d'un patient?

Marie: Alors, moi je ... la négociation hein clairement, on négocie énormément, tous les jours, tous les jours on négocie. La reformulation aussi, ça permet aussi de mieux comprendre, notamment chez les enfants, parce que les refus de soins on en a à chaque fois, effectivement, et la c'est, c'est clairement la peur, la peur d'avoir mal et donc du coup, on explique, on rassure, on explique nos démarches et, et que, on essaye de, de l'aider, et si, s'il est à l'hôpital c'est pour, pour prendre soin de lui justement et pour essayer de, de soulager son mal être.

Moi : D'accord. Et malgré toutes, tout ce vous avez pu mettre en œuvre, est-ce que si vraiment le, le refus peut persister vous référez à, aux autres membres de l'équipe, ou... ?

Marie: Ben en fait nous, en général ce qu'il se passe, c'est quand on a un refus de soin, je négocie, on reformule etc, si ça n'aboutit pas, si on voit vraiment que le patient est fermé et qu'il veut vraiment

pas, en générale on retourne à deux, en binôme, parce qu'on travaille beaucoup en binôme, avec mon, mon binôme aide-soignant et, et du coup dans ces cas là, lui va peut être trouver d'autres mots ou d'autres postures, qui va lui permettre d'être plus en confiance, voilà parce que ça s'explique pas ça reste des patient, ça reste des humains, et il y a, il y a des choses qui se passe entre, entre les personnes, que nous parfois ça passe pas forcément ... et en dernier recours, on, on, ben moi je vais voir le médecin, en expliquant la situation, le médecin du coup apporte une vision autre, et beaucoup plus médicale et beaucoup plus ... en général plus ... plus ferme en fait parce que le patient, fin il va vraiment annoncer un petit peu les possibilités de son devenir si on trouve pas le diagnostic approprié, et du coup, la posture, la posture du médecin fait que, fait que les patients sont, sont plus réceptifs à ce moment, puisque je pense que, que ils prennent un petit peu peur, et ils se rendent compte que, que, fin qu'on est la pour les soigner, et prendre soin d'eux. Et en dernier recours, ben c'est comme je te disais c'est le, le, le ... papier la, de sortie contre avis médical, voilà.

Moi : OK, donc la je vais plus cibler la relation soignant soigné. Ma première question sur ce sujet ce sera, pour vous, qu'est ce que l'alliance thérapeutique?

Marie: Alors, l'alliance thérapeutique ça me fait tout de suite penser à, à la relation soignant soigné, à la relation de confiance, qui se lie entre le soigné et le soignant ça ... ça me fait penser aussi à, à le, au refus de soin et justement à essayer d'avoir, toujours le... le ... l'accord en fait du patient pour les soins. L'alliance thérapeutique ça fait aussi penser à la communication verbale et non verbale, avec, avec le patient, c'est très vaste l'alliance thérapeutique, pour nous ce qui est assez compliqué aux urgences c'est, les patients sont la normalement que pour quelques heures, donc du coup, la relation de confiance elle doit s'installer très rapidement pour qu'on puisse, qu'on puisse faire les soins au patient, donc il faut avoir une petite capacité d'adaptation à, à chaque patient, à chaque personnalité et, et à chaque patient quoi, franchement à son caractère, à sa façon de voir les choses etc, donc il faut ... ouais il faut essayer d'avoir; et puis il faut une disponibilité aussi. Voilà ce que je peux te dire.

Moi: Très bien. Du coup en quoi est-elle importante cette relation soignant soigné dans la relation de soin justement?

Marie: Ah ben pour moi, c'est primordial, sans, sans alliance thérapeutique, et sans relation soignant soigné, pour moi c'est impossible de pouvoir créer une relation avec le patient, en tout cas de confiance et une relation saine ou le patient va pouvoir nous confier, nous dire ce qu'il ressent, ses attentes aussi, moi c'est, c'est primordial, et je pense que, que pour le bien être du patient au sein de l'hôpital, c'est, c'est primordial.

Moi: Et donc en dernière question, je vais vous demander, quelle place à, quelle place à la communication a-t-elle dans les soins pour vous?

Marie: La communication elle est, elle est omniprésente, aux urgences et dans n'importe quel service d'ailleurs, parce que déjà, je vais parler aux urgences, parce que c'est ce que je fais quotidiennement donc ça va être plus facile pour moi. La communication elle passe, ben premièrement par le verbale, parce que nous, et notamment quand je suis infirmière d'accueil, ben j'appelle le patient, il arrive dans mon bureau, il m'explique avec ses mots, avec ses gestes, donc c'est aussi une communication non verbale, il y a le toucher aussi, l'adaptation en fait de tes, de ta position et de ta posture professionnelle en fonction de chaque patient, un enfant, une personne âgée, une personne qui est malentendante, une personne qui, qui a besoin de, de , d'affect, de toucher, de tenir la main, notamment pour la prise en charge de la douleur, il y a des personnes qui cherchent à tenir la main jusqu'à ce qu'elle soit soulagée, pleins de choses, notamment par les enfants, je te parle des enfants parce que c'est quand même la plus grande différence entre nos deux catégories de patient, enfin deux catégories, on en plusieurs, mais un enfant si tu, si tu es froid en général et que t'arrive et que tu dis je viens faire la piqûre, je peux te dire que l'enfant il va hurler et puis il va aller dans les bras de sa mère quoi, donc voilà il y a toute une posture à, à adapter en fonction de chaque situation et de chaque patient... et la communication c'est, c'est la, pour moi c'est la base des soins et c'est, c'est la première chose que tu fais avant même de prendre en soin un patient, rien qu'a sourire et on voit déjà que l'alliance, l'alliance commence par la quoi.

Moi :OK. Ben je vous remercie

Marie: Je vous en prie.

III - Deuxième entretien

Moi : Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel?

Léa : Alors, moi c'est Léa, j'ai 27 ans, et j'ai été diplômée en 2021 et directement après le diplôme du coup j'ai commencé à travailler en médecine gériatrique, parce que ... j'aimais bien le publique des personnes âgées, et que du coup je voulais un service de médecine mais avec ce public là, voilà du coup ça va faire bientôt deux ans au mois de juillet que j'y travaille, voilà... c'est tout.

Moi : Ok ça marche, ok très bien, donc, moi je vais vous présenter déjà ma première partie, donc ça va sur le soin et le prendre soin, je vais avoir deux questions. Alors c'est quoi prendre soin pour vous ?

Léa : Le prendre soin, ben c'est ... au niveau des attitudes, de la communication tout ça ?

Moi : Oui, prendre soin de quelqu'un vraiment dans sa globalité, lorsqu'il vient dans un service ou qu'il vient pour une hospitalisation ?

Léa : Ben déjà, ouais, c'est expliquer tous les soins, ce qu'on va lui faire, avoir plutôt une attitude de bienveillance et une communication adaptée à chaque patient, ce que je pense ... ouais, on va pas parler ... enfin, si c'est un patient qui a entre guillemets toute sa tête, ça va être une communication plutôt fluide, ou on sait très bien que la personne en face de nous va comprendre, mais si c'est un patient un peu, qui a des démences, qui n'est pas forcément orienté, la communication on va l'adapter différemment et notre posture aussi, parce que, ben du coup, vu qu'il ne sera pas dans son environnement il va être paniqué quoi, donc pour moi c'est ça. Créer une atmosphère un peu, ben, ouais un peu bienveillante quoi, enfin qu'il se sente à sa place quoi, pour moi c'est un peu plus cela le prendre soin.

Moi : D'accord. Alors en deuxième question, je vais vous demander quelles sont les valeurs soignantes représentatives pour vous d'un prendre soin de qualité ?

Léa : Moi je pense qu'il faut quand même savoir faire preuve d'empathie, ouais, je dirais surtout faire preuve d'empathie envers les, envers les patients mais aussi parfois envers leurs familles, toujours faire preuve de beaucoup d'écoute envers eux, je pense que c'est important de comprendre ce qu'ils ont besoin, et voilà c'est aussi de satisfaire tout ce qu'ils ont envie dans la limite du possible, et ... il en faut trois ?

Moi : Ah, non c'est dans.. quelles sont les valeurs soignantes, je n'ai pas mis de ... de nombre restreint.

Léa: Et ben , surtout l'empathie et beaucoup d'écoute.

Moi : Ok très bien ... Alors la je vais passer sur ma deuxième partie, qui est le refus de soin et le droit au refus.

Léa : Ouais.

Moi : La première question ça va être, connaissez-vous les droits du patient en termes de refus de soin?

Léa: Ouais. Alors en fait, je me rappelle de ... enfin je sors de l'école il n'y a pas très longtemps, je me rappelle un peu de l'UE tu vois, par rapport à tout ce qui était législation, éthique et tout, je me rappelle de la loi Kouchner, parce qu'on en a entendu beaucoup parlé, et je ... il faut que je cite un peu les lois du coup ?

Moi : Ben si vous-voulez.

Léa: Alors, c'est que, il fallait toujours demander le consentement du patient avant de faire les soins, il avait le droit de demander, comment dire, son dossier médical à tout moment, qu'il pouvait refuser certains soins, il y avait aussi la partie sur la fin de vie aussi il me semble, et il a le droit de choisir je crois son hôpital, il me semble qu'il y avait ça aussi, il devait y avoir ça.

Moi : Alors, ensuite ... recherchez-vous le consentement du patient avant chaque début de soin?

Léa: Ben, en fait, je vais pas demander forcément d'emblée, est ce que vous êtes d'accord, oui, non, vu que j'emmène, enfin vu que j'explique entre guillemets ce que je vais faire, quand je vais faire une prise de sang, je leur dit, bon ben voilà, j'ai une prise de sang à faire, voilà c'est une demande du médecin etc, et ils vont me dire, oui d'accord tu vois, enfin je vais pas demandé à chaque fois est ce que vous êtes d'accord, enfin j'envoie la chose , et ils savent me dire non aussi tu vois, non je vais pas leur dire de me dire oui ou non, enfin j'envoie le truc, et du coup je me dis que je leur demande quand même quoi.

Moi : D'accord

Léa : C'est pas une question ou il peut me répondre oui ou non quoi.

Moi : Donc du coup, quelque part, systématiquement avant chaque soin, vous précisez quand même ce que vous allez réaliser auprès du patient ?

Léa : Ouais c'est ça. Si j'ai un ... je sais pas moi, un pansement à faire, je vais leur dire, ben voilà, je viens faire votre pansement aujourd'hui, et voilà, comme ça c'est une façon à moi de leur demander, même si c'est pas une question tu vois. Je leur explique ce que je vais faire quand même.

Moi : D'accord

Léa: Je fais jamais un truc sans leur dire.

Moi : Ok, et du coup, face à un refus de soin, du coup, qu'est ce que vous pouvez ressentir?

Léa: Ben il y a ... c'est vrai que dernièrement, c'est vrai que j'avais eu un monsieur , je devais lui faire une prise de sang, et il voulait pas, enfin, j'avais mis mon garrot, je lui avait expliqué que j'allais faire mon soin, que j'allais faire une prise de sang, etc, j'avais mis mon garrot, et en fait dès que j'allais pour piquer il repoussait ma main, il bougeait son bras, il m'avait dit entre guillemets de dégager quoi avec ses mots à lui. Et du coup ben sur le coup je me suis ... ben en vrai, entre guillemets, ça m'a... ben ça m'a hurter, parce que je pense que moi, face aux gens qui me disent non, je pense que comparé à mes collègues qui sont peut-être un peu plus anciennes que moi, elles arrivent, bon ben ok c'est pas grave, alors que moi je me dis, derrière ce que je fais il y a un intérêt quoi, enfin lui le médecin il m'a pas dit de faire une prise de sang, pour en faire une, c'est que derrière il y a quelque chose à rechercher, sachant que c'est un patient qui venait de faire un AVC, qui était devenu grabataire, ou qu'il essayait de voir un peu tout ça, du coup ça... enfin je me suis dit mince, si je ne la fait pas, c'est pas bien quoi.

Moi : Oui, donc du coup du côté professionnel donc, c'est une vision...

Léa: Ben oui c'est ça, je me dit qu'il y a un intérêt, mince, je me suis sentie un peu démunie. Donc ce que j'ai fait, c'est que ben, du coup j'ai laissé tombé, je me suis dit bon ok. En temps normal j'aurais dit à ma collègue, à mon autre collègue qui est dans l'autre secteur, ben vient, essaye toi, mais la je ne l'ai pas fait, parce que je voyais bien que c'était pas le moment. En même temps, d'un côté je peux aussi comprendre , parce que déjà on les réveille super tôt, on les réveille vers 6h30 du matin voir 7h et généralement on commence par les prises de sang à 7h30, donc il était pas très bien réveillé non

plus, donc je peux comprendre qu'il n'était pas à ce moment, capable d'accepter. Donc du coup ce que j'ai fait, j'ai fait les transmissions avec le médecin, j'ai expliqué au médecin qu'il ne voulait pas, j'avais tout tracé sur l'ordi en disant, ben refus du patient et du coup, ben après le médecin est venu avec moi et je pense que dès que le patient a vu le médecin, bizarrement la il a été d'accord. Je pense que la, enfin le fait qu'on ai décalé un peu le soin et que le médecin est venu pour réexpliquer, ben la il a été ok quoi, c'est passé sans problème.

Moi : Ok, donc vous vous êtes référés à l'équipe ... à l'équipe médicale.

Léa: Ouais, ouais, ouais ... Ouais, soit on essaye de décaler le soin, ou si vraiment c'est un refus, ben ... On trace quand même tout le temps, s'ils veulent pas un soin, on essaye de mettre un mot dans les transmissions, refus, ne veut pas et on explique quoi.

Moi : Et peut-être petite précision, au-delà de la vision professionnelle qui, que vous avez peut-être ressentie comme un échec, est-ce qu'il y a une vision personnelle qui s'ajoute ... je sais pas, quand on rentre chez soi, est-ce qu'on a l'impression de ne pas avoir abouti son soin, ou...?

Léa: Ben oui forcément, parce-que du coup, on se dit mince, est ce que, ben on se remet un peu en question, est ce que ben, j'ai fait... je lui ai ... comment dire, est ce que je ne lui ai pas imposé la chose ? Parce que souvent moi j'explique, je dis, je vais faire, mais peut-être qu'au final, je ... je ... comment dire ... j'explique peut-être le soin peut-être pas assez bien, peut-être qu'il faudrait dire est ce que c'est possible que, ou il faudrait peut être que je change mes tournants de phrases, mais en vrai c'est peu ... ben surtout quand c'est des soins ... encore une prise de sang ça se décale, mais quand c'est un soin hyper important, type la transfusion et tout ça, ben je me dis ... ben tu t'en veux beaucoup plus, tu te dis ben pour lui c'est quand même important qu'il ait ça quoi ... moi ça m'affecte aussi quoi

Moi : D'accord, d'accord. Alors, selon votre expérience professionnelle, quelles peuvent être les causes d'un refus de soin ?

Léa: Ben, nous par exemple, ça peut -être, ben voila les personnes démentes, qui sont désorientés, qui ne savent pas où elle sont, et nous on arrive et elles aiment pas ça, souvent le médecin dit que c'est le syndrome des blouses blanches du coup, on leur fait peur quoi, ça peut-être ouais, la peur du soin chez les personnes cohérentes, ils vont avoir peur qu'on leur fasse mal, les causes ... ben sinon c'est les patients qui se rendent compte qu'ils vieillissent, nous on a que des, un public au dessus de 75 ans, et qu'ils n'ont plus envie quoi... ils ont plus envie, ils ont envie qu'on les laisse tranquilles, ils veulent partir comme ça, et du coup, ben, ça peut-être une refus de soin comme ça aussi qu'on a souvent nous

Moi : Oui, du coup peut-être aussi de leur part la peur de la douleur, ou ... ?

Léa : Ouais, beaucoup aussi peur de la douleur, ouais beaucoup.

Moi : D'accord, alors quelles stratégies vous pouvez adopter face au refus de soin d'un patient ? Pour y contrer justement, pour essayer de ... qu'il accepte ce soin ?

Léa : Ben du coup, ouais, c'est demander de l'aide à son collègue, et des fois une nouvelle tête, ben du coup, parce-qu'en fait, souvent ma ... j'ai ma binôme avec qui je suis tout le temps, tout les week-end, elle me dit souvent quand c'est pas notre patient, quand c'est pas notre secteur, et ben on va amener la chose différemment, en fait, par exemple il n'y a pas très longtemps, j'ai une dame, ben elle refusait de prendre, enfin elle avait mal, elle disait elle-même qu'elle avait très mal, mais elle refusait de prendre tout ses traitements pour la douleur, et du coup un jour je lui disais, mais comment je ... enfin je lui dis mais comment vous voulez ne plus avoir mal si vous n'acceptez pas ce que j'essaye de vous donner pour vous soulager ? Et du coup, ben je commençais un petit à m'agacer quoi, et du coup, ma binôme était juste pas très loin, et elle est venue me remplacer, et en fait vu qu'elle a amené la chose différemment, et vu que pour elle, ben du coup vu que c'est pas son patient, ben elle a moins cette pression, ben la dame elle a accepté. En fait des fois, s'il y a un refus, s'il y a un autre soignant qui va, vu que c'est pas, lui il a moins de pression de savoir que ce n'est pas le sien, et ben du coup ça passe quoi. Soit on essaye de faire ça ou alors on décale le soin, ou alors on fait intervenir le médecin qui explique, ou alors si vraiment il reste dans le refus, ben on accepte et on fait pas.

Moi : Ok

Léa : Voilà

Moi : D'accord ça marche. Du coup voilà c'était ma partie sur le refus de soin et je vais terminer du coup avec la relation soignant soigné. Alors j'aimerais savoir pour vous qu'est ce que l'alliance thérapeutique?

Léa : Ben l'alliance thérapeutique je pense que c'est une petite cohésion entre le patient et le soignant, ben pour faire les soins quoi, enfin c'est comme un accord commun quoi, pour qu'on puisse les faire quoi.

Moi : Oui, est-ce que ça vous fait penser aussi à la relation du coup de confiance ?

Léa: Ouais. Ben oui, c'est oui oui ... parce que quand même il faut avoir une certaine relation, même pour la relation soignant soigné c'est quand même bien d'avoir ce système de confiance, enfin, de ne jamais faire, de ne jamais obliger un patient à faire le soin parce que sinon l'alliance thérapeutique la on en a plus quoi.

Moi : Oui. Et du coup en quoi, peut-être c'est répétitif, mais en quoi est-elle importante pour vous cette alliance dans la relation de soin, du coup pour la poursuite de la prise en soin de la personne ?

Léa: Ben du coup, si on réussit à créer l'alliance, le patient va plus adhérer lui aussi au soin, et sera plutôt en accord de les réaliser parce qu'on aura gagné sa confiance et que ce sera plutôt, plus facile quoi...

Moi : D'accord

Léa : Parce que oui c'est ça, pour moi c'est ça.

Moi : Ok, et pour terminer, je voudrais vous demander, pour vous, quelle place a la communication dans les soins ... dans leur globalité, tant sur les soins techniques et que les soins de nursing ou autre ?

Léa: La communication, la place qu'elle a vraiment dans les soins ?

Moi : Oui

Léa : Ben je dirais que c'est quand même important quoi, enfin ... c'est quand même bien, enfin ... par exemple je sais que les patients, enfin en fin de vie par exemple, ben je sais pas, moi j'arrive je leur parle quand même, même si souvent ils ne sont plus conscients, ils ne sont plus là, je sais que je leur parle, j'explique quand même ce que je fais, il y a le toucher, on leur fait des massages, enfin, je trouve que c'est quand même important dans n'importe quel contexte, ben dans n'importe quelle prise en soin, que la communication c'est un peu le Béaba.

Moi : De ce que je comprends, vous utilisez le verbal comme le non verbal auprès des patients ?

Léa: Ouais, oui, parce que souvent par exemple, ça nous arrive d'avoir des patients anglais, qui parlent pas un mot français, et ben du coup, enfin j'ai quelques notions d'anglais, mais c'est pas non plus des masses, ben je vais leur montrer sur mon bras, je vais leur mimer le geste pour qu'ils comprennent ce que je vais faire. Puisque ben, vu qu'il y a la barrière de la langue, ben je me dis qu'il

faut que je communique autrement du coup. Je vais faire des mimiques, carrément mimer le truc, enfin j'essaye de faire au max pour qu'ils comprennent tout quoi.

Moi : D'accord, donc il y a vraiment la gestuelle qui accompagne ... aussi du coup la mise en confiance ... du patient ?

Léa: Oui, exactement.

Moi : D'accord, ben écoutez, je vous remercie.

Léa : De rien.

IV - Tableau d'analyse des entretiens

Légende :

- Similitude entre les deux professionnelles

<u>Thème ou question</u>	<u>Réponse Marie</u>	<u>Réponse Léa</u>
<u>Parcours professionnel</u>	Fanny, infirmière depuis 2016, prise de poste en cardiologie en soins intensifs pendant 1 an, un peu de pneumologie et depuis 2017 infirmière aux urgences. 7 ans d'ancienneté.	Marine, 27 ans, diplômée en 2021 et première prise de poste en médecine aiguë gériatrique. Aime le public des personnes âgées et elle souhaitait un service en médecine. 1 an et demi d'ancienneté.
<u>Le prendre soin</u>	Prendre soin c'est respecter l'autre, ses ressentis, savoir écouter et savoir entendre, prendre la personne en globalité avec sa famille et son entourage, avoir de l'empathie. Prendre soin, c'est pas que les côtés techniques, c'est aussi prendre soin au niveau psychologique avec l'écoute et la réassurance	Prendre soin c'est expliquer tous les soins, dire ce qu'on va lui faire, avoir une attitude de bienveillance et une communication adaptée Si le soin est auprès d'une personne cohérente la communication sera plus fluide, mais avec un patient désorienté la communication sera adaptée ainsi que la posture soignante Prendre soin c'est créer une atmosphère bienveillante, que le soigné trouve sa place.
<u>Les valeurs soignantes</u>	Le respect, l'empathie, l'écoute, l'écoute active, savoir écouter l'autre et savoir entendre.	Savoir faire preuve d'empathie envers les patients et les familles, faire preuve de beaucoup d'écoute, satisfaire leurs besoins dans la limite du possible.
<u>Le refus de soin et les droits du patients</u>	Loi du 4 mars 2002, disant que le patient a le droit de refuser les soins. Ils ont le droit de refuser les soins, mais doivent signer une décharge médicale pour que l'hôpital se couvre au niveau légal.	La loi Kouchner, avec l'obligation de demander le consentement au soin au patient, le droit au patient d'avoir accès à son dossier médical à tout moment, le droit de refuser des soins.
<u>Recherche du consentement au soin auprès du patient</u>	"Je me présente, on est souvent en binôme avec ma collègue AS donc on présente les soins, et on cherche l'accord" "en générale on attend toujours que le patient acquiesce et comprenne bien ce qu'on va lui faire avant de faire les soins"	Ne le demande pas forcément d'emblée avec une réponse attendu comme oui ou non, mais va expliquer ce qu'elle compte réaliser comme soin avant de les effectuer, et ensuite vois si le patient acquiesce Application de la même méthode de

	<p>Cherche à savoir si le patient a bien compris le but et le soin qu'elle envisage d'émettre à son égard.</p> <p>Application de la même méthode de recherche au consentement pour chaque soins et chaque patients.</p>	<p>recherche au consentement pour chaque soins et chaque patients.</p>
<p><u>Ressentie du professionnel face au refus de soin</u></p>	<p>L'impression de ne pas bien faire son travail, que le patient n'a pas bien compris, ou alors que cela lui a mal été expliqué.</p> <p>Au niveau personnel, sentiment d'échec thérapeutique, on se sent démunies, et entre guillemets mauvais professionnel.</p>	<p>A la suite d'un exemple de refus de soin, dit avoir été heurté, sentiment d'être moins efficaces que ses collègues si ces dernières arrivent à aller au bout du soin.</p> <p>Impression de ne pas aller au bout de son soin, et donc de ne pas bien faire son travail</p> <p>Se sent démunie</p> <p>Cherche à se mettre à la place du patient pour comprendre ce refus de soin.</p> <p>Peut passer le relais, soit à ses collègues infirmier(e)s, ou aussi se confier au médecin pour qu'il revoie l'utilité du soin avec le patient.</p> <p>Remise en question du professionnel à savoir si sa méthode d'approche au soin était adaptée</p> <p>“tu t'en veux ... ça m'affecte”</p> <p>Sentiment d'agacement</p>
<p><u>Les causes du refus de soin</u></p>	<p>La peur de la douleur en fonction des soins, l'incompréhension de certains soins, la peur du diagnostic, et le refus de soins particulièrement aux urgences c'est dû à l'attente.</p>	<p>Syndrome des blouses blanches, la peur des soignants, la peur du soin, la peur de la douleur.</p> <p>Pour une population vieillissante c'est la volonté qu'on les laisse tranquille, ils n'ont plus envie.</p>
<p><u>Stratégies des soignants face au refus de soins</u></p>	<p>Premièrement, la négociation, la reformulation pour mieux comprendre, expliquer, rassurer, soulager le mal être.</p> <p>Si échec de la première étape, le patient est vu par deux soignants (l'infirmière et l'AS) car le deuxième soignant peut expliquer les choses</p>	<p>Expliquer l'utilité des soins et la réalisation, adapter sa communication et sa posture.</p> <p>Décaler le soin</p> <p>Travaille en binôme; passer le relais</p>

	<p>avec d'autres mots qui peuvent être plus adaptés au patient pour faciliter sa compréhension sur l'utilité des soins qui peuvent lui être prodigués</p> <p>En dernier recours le médecin, avec une vision plus médicale et plus ferme, peut rendre le patient plus réceptif au discours du médecin.</p> <p>Si échec de toutes ses étapes, proposition de décharge médicale à signer pour leur permettre de quitter l'hôpital.</p>	<p>Transmettre au médecin, pour qu'il s'entretienne de nouveau avec le patient pour lui permettre de l'éclairer sur l'utilité des soins.</p> <p>Mentionne le fait, que le soin peut-être accepté par le patient, si le soignant qui s'en occupe est quelqu'un de nouveau pour lui. (savoir passer le relais)</p>
<u><i>L'alliance thérapeutique</i></u>	<p>Relation soignant soignée</p> <p>Relation de confiance</p> <p>Fait échos au refus de soins si l'alliance n'est pas aboutie, toujours chercher à avoir l'accord du patient</p> <p>Communication verbale et non verbale</p> <p>Alliance thérapeutique primordiale car sans cette dernière il ne peut y avoir une relation de confiance, et donc le patient sera en incapacité de se confier, d'exprimer ses attentes car la confiance ne sera pas instaurée. L'alliance thérapeutique peut aider le patient à se sentir à sa place à l'hôpital.</p> <p>La difficulté aux urgences est de créer cette alliance entre soignant soignée dû au peu de temps qu'ils restent aux urgences (quelques heures), elle doit donc s'installer très rapidement et donc avoir un capacité d'adaptation à chaque patient et à chaque personnalité.</p> <p>Se montrer disponible</p>	<p>Cohésion entre le soignant et le patient</p> <p>Relation de confiance</p> <p>Accord commun</p> <p>Ne jamais obliger un patient a faire un soin, au risque de détruire l'alliance thérapeutique.</p> <p>Alliance thérapeutique est essentielle pour pouvoir faciliter la continuité des soins.</p>
<u><i>La communication dans les soins</i></u>	<p>Communication omniprésente</p> <p>Passe par le verbale, le toucher</p> <p>Adaptation de la posture</p>	<p>Communication verbale, le toucher, les massages, parler aux patients même lorsqu'ils sont sédatisés.</p> <p>La communication c'est un peu le</p>

	<p>professionnelle en fonction de chaque patient, par exemple pour la prise en charge de la douleur.</p> <p>La communication est la base des soins, c'est la première chose qui est réalisée avant de prendre soin d'un patient, l'alliance thérapeutique commence avec un sourire.</p>	<p>béaba.</p> <p>Adaptation du langage selon chaque patient (exemple de la fin de vie ou de patients étrangers)</p>
--	---	---

THEPAUT

INES

Dans le cadre d'un refus de soin, en quoi la posture IDE peut-elle influencer sur la prise en soins du patient ?

We live in a world where the field of healthcare continues to develop, and where many diseases can be treated. Despite the possibilities offered by our healthcare system, patient refusal of treatment remains a possibility. This research is the result of several questions that arose during situations experienced during internships, focusing on the refusal of treatment. In this work, I provide elements on the right to refuse, on the search for consent, but also on the caregiver-patient relationship as a whole, with the establishment of a therapeutic alliance.

Two interviews were conducted to explore my questions, bringing similarities in patient care in cases of refusal. Despite the diversity of services, these caregivers agree on the importance of consent and consideration of the patient in their therapeutic approach.

The theoretical research and the realization of these interviews based on my initial question being "in the context of a refusal of care, how can the nursing posture influence the care of the patient?", allow me then to expose my professional positioning, which was developed by this thesis, but also by the acquisition of experiences during internships, guiding the development of my identity as a caregiver.

Nous sommes dans un monde où le domaine de la santé ne cesse de se développer, et où de nombreuses pathologies peuvent être soignées. Malgré les possibilités qu'offre notre système de santé, le refus de soin du patient reste probable. Ce travail de recherche fait suite à plusieurs questionnements survenus lors de situations vécues en stage, portant sur le refus de soin. Dans ce travail, j'apporte des éléments sur le droit au refus, sur la recherche de consentement mais aussi sur la relation soignant-soigné dans sa globalité, avec la mise en place d'une alliance thérapeutique.

Deux entretiens ont été réalisés pour cheminer mes questionnements, apportant des similitudes dans la prise en soins des patients dans le refus. Malgré la diversité des services, ces soignantes s'accordent sur l'importance du consentement et de la considération du malade dans sa démarche thérapeutique.

La recherche théorique et la réalisation de ces entretiens s'appuyant sur ma question de départ étant "dans le cadre d'un refus de soin, en quoi la posture infirmière peut-elle influencer sur la prise en soin du patient?", me permettent par la suite d'exposer mon positionnement professionnel, qui s'est développé par ce mémoire, mais aussi par l'acquisition d'expériences en stage, orientant le développement de mon identité en tant que soignante.

KEYS WORDS : refusal of treatment, caregiver- patient relationship, consent, therapeutic alliance, the right to refuse

MOTS CLEFS : refus de soin, relation soignant-soigné, consentement, alliance thérapeutique, droit au refus

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes