

Maillard Manon
Promotion 2017 – 2020
25 Mai 2020

**Ton attitude ne me donne
pas confiance donc c'est non !**

U.E 3.4 S6 : initiation à la démarche de recherche

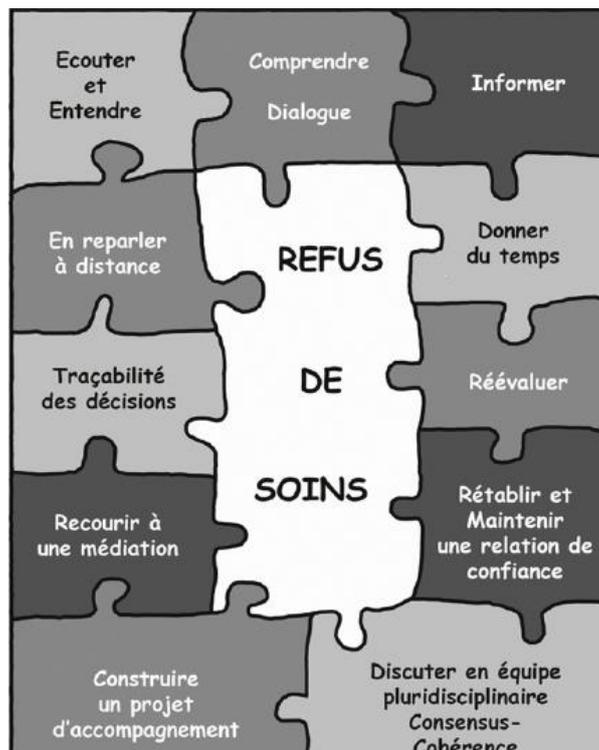
U.E 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles

IFSI DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
1 rue David Richard - B.P.426
67091 STRASBOURG CEDEX

Maillard Manon
Promotion 2017 – 2020
Juin 2020

Ton attitude ne me donne pas confiance donc c'est non !

U.E 3.4 S6 : initiation à la démarche de recherche
U.E 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles



IFSI DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
1 rue David Richard - B.P.426
67091 STRASBOURG CEDEX

Note aux lecteurs :

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur.

De même, « Je, soussignée, Manon M., certifie que le contenu de ce travail de fin d'études est le résultat de mon travail personnel. Je certifie que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, mentionnés dans la partie références. Je certifie enfin que ce travail de fin d'études, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité ».

Signature

Remerciement

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mes études, ainsi que tout au long de ce travail, pour répondre à mes interrogations et me guider dans mes recherches.

A ma formatrice référente, Mme K. ainsi que mon formateur co-référent Mr H. pour leurs aides, leurs disponibilités, ainsi que leurs conseils de qualité tout au long de ce travail.

A toute l'équipe de l'institut de formation en soins infirmiers des hôpitaux universitaires de Strasbourg, pour avoir assuré le versant théorique de ma formation.

Aux documentalistes pour leurs aides dans les recherches documentaires et leurs aides lors du café mémoire afin d'avoir un regard extérieur sur ma situation.

A toutes les équipes rencontrées durant mes divers stages pour leurs explications, le temps accordé ainsi que le partage de leurs connaissances et de leurs conseils.

A mes parents, mon frère et ma famille, qui m'ont toujours soutenus et supportés durant ces trois ans et qui m'ont permis de réaliser ces études.

A mes amis de l'institut de formation en soins infirmiers pour leur soutien dans les moments de doutes, mais aussi pour tous ces moments de joie, de rire et d'échange. Je n'oublierai jamais ces moments et leurs soutiens. Comme on dit « *Tout seul on va plus vite mais ensemble on va plus loin* ». ¹

Enfin le Jury, pour prendre le temps de lire mon travail de fin d'étude, de m'écouter et de m'évaluer.

Bonne lecture !

¹ Le proverbe africain, « Citations avec Dico-Citations. » Le Monde. https://dicocitations.lemonde.fr/citation_auteur_ajout/99101.php (consulté le 20 octobre 2019).

Sommaire

Introduction	1
Phase d'exploration	2
I. Situation de départ	2
1. Questionnement initiale	3
II. Motivation et intérêt professionnel.....	4
1. Intérêt professionnel	4
2. Motivation	6
III. Recherches et lecture exploratrices	7
1. Le refus de soins	8
2. La non-observance	10
3. La communication.....	13
1.1) La communication verbale.....	14
1.2) La communication non verbale.....	15
4. La posture.....	16
5. Le prendre soin :.....	17
6. La confiance :	19
IV. Méthodologie d'enquête	20
1. Choix de l'outil d'enquête.....	20
2. Choix de la population et déroulement des entretiens	20
3. Analyse des entretiens	21
4. Limite d'enquête	22
V. Cheminement question de départ	23
Phase de problématisation.....	24
VI. Champs disciplinaires.....	24
1. La posture professionnelle.....	25
1.1 Les valeurs soignantes dans la posture	26

1.2	Le comportement face aux patients ?	26
2.	La confiance	28
2.1	La confiance dans la relation soignant-soigné :	28
2.2	Les formes de confiance	29
3.	Le refus de soins	31
3.1	Les facteurs du refus de soins ?	31
VII.	Hypothèse	34
	Conclusion	35
	Bibliographie	1
	Annexe 1 : Schéma de Shannon et Weaver	I
	Annexe 2 : Schéma de la pyramide de Maslow	II
	Annexe 3 : Guide d'entretien.....	III
	Annexe 4 : Tableau synoptique des entretiens	VI

Introduction

Durant ces trois années de formation en institut de formation en soins infirmiers, diverses situations m'ont permis de me questionner, principalement celles ayant un impact sur la dimension « relationnelle » avec les patients. J'ai été particulièrement intéressé par un point clé du métier d'infirmier qui est la dimension « relationnelle ». Notamment par l'utilisation des mots et de la manière de se tenir pour accompagner les maux des patients, surtout pour ceux qui sont en refus de soins. Dans la profession qu'est le métier d'infirmière, on ne peut pas se concentrer uniquement sur les actes dits « techniques » et le suivi des prescriptions médicales, lors de soins. A l'institut de formation en soins infirmiers, ils ont mis l'accent sur la dimension relationnelle, le « pouvoir » des mots et de la manière d'être lors des soins. A cela se rajoute un concept étudié en première année qui est le « prendre soins » mais comment prendre soins quand le patient refuse ces derniers ?

Effectivement la vie d'un patient comporte certaines fois des moments de soins divers, que ce soit lors de la naissance, lors d'examen voir d'interventions et parfois la mort. Cependant comment réagir quand les patients refusent ces soins ?

La situation choisie pour effectuer ce travail de fin d'étude est l'une parmi d'autre de refus de soins auxquelles j'ai été confrontée. Celle-ci m'a interpellée du fait de la manière dont celui-ci fut formulé.

Pour commencer, j'exposerai ma situation de départ avec un questionnement plus approfondi que pour l'analyse de pratique du portfolio que j'avais réalisé avec cette situation. Ce qui me permet de trouver d'autres pistes d'analyse. Dans un deuxième temps, j'expose mes motivations personnelles qui m'ont permis de choisir cette thématique puis les intérêts professionnels que cela apporte dans la pratique du métier d'infirmière.

Dans un troisième temps, je détaille le cadre conceptuel comprenant mes recherches théoriques vis-à-vis des concepts retenus dans la situation de départ, cela menant à la construction du guide d'entretien.

Permettant dans un quatrième temps de détaillé la méthodologie des entretiens ainsi que l'analyse de ces derniers. Menant ainsi dans un cinquième temps à la question de départ définitive. A la suite de cela dans un sixième temps, j'énoncerai le choix du champ disciplinaire permettant ainsi de continuer l'analyse des concepts principaux avec une approche plus spécifique que sont les sciences psycho-sociologiques.

Enfin, je terminerai par une hypothèse de travail découlant de toutes ces recherches.

Phase d'exploration

I. Situation de départ

Durant mon stage du semestre quatre en lieu de vie d'une durée de cinq semaines, dans le centre de soins infirmiers à domicile à Strasbourg, une situation a particulièrement retenue mon attention. Cela fait trois mois que les infirmières vont au domicile de Mr et Mme X. Dans la même maison vivent le fils et sa compagne Mme Y. Les infirmières s'y rendent pour le suivi et le renouvellement des piluliers de Mr et Mme X, la surveillance de l'hygiène des locaux et la réfection des pansements. Les piluliers sont réalisés au centre de soins et ramener au domicile par les infirmières une fois par semaines. Les infirmières font des soins :

- Après de Mr X, âgé de 68 ans. Les soins sont la préparation du pilulier et la réfection d'un pansement de pacemaker post-opératoire à J3. La plaie se situe au niveau du thorax à gauche, elle est propre, non inflammatoire, mesure environ 9 cm et est fermée par un fil.
- Après de Mme X, âgée de 65 ans. Le soin réalisé est la préparation du pilulier.
- Après de Mme Y, âgé de 22 ans. Le soin est la réfection d'un pansement de l'aisselle gauche à la suite de la maladie de Verneuil. Mme Y présente un kyste drainé chirurgicalement. Actuellement la plaie est d'une longueur d'environ 2 cm, les berges sont rouges, enflammées et la plaie présente des exsudats.

Pour réaliser les pansements, nous allons au domicile des patients. Mr et Mme X ainsi que Mr X et Mme Y n'ont pas beaucoup de revenu. Mr X et Mme X ont travaillé jusqu'à leurs retraites. Le fils de Monsieur et Madame X travail à mi-temps mais pas Mme Y. La réfection des pansements est réalisée trois fois par semaines, le lundi, le mercredi et le vendredi dans les environs de 11 heures du matin, avant ou après cette heure, Mr X n'ouvre pas la porte et par conséquent les soins ne sont pas réalisés.

Le protocole est le même pour les deux pansements tel que : nettoyage à la Biseptine en 3 temps, si exsudat mise en place de plaque d'Algo, puis pansement sec. Nous réalisons les pansements dans le salon/salle à manger. Dans cette pièce l'hygiène est précaire, il y a la présence de deux grands chiens, de trois cages à oiseaux et d'un aquarium. On trouve des poils de chiens et des graines à oiseaux un peu partout dans la pièce.

Le matériel nécessaire pour la réalisation des pansements est stocké dans une boîte contenant divers objets tel que des habits et les lingettes pour bébés, des tubes de cigarettes, des paquets de tabac, ... Le matériel est propre mais par conséquent non stérile.

Les patients sont censés prendre leurs douches avant notre arrivée afin de nettoyer la plaie et de décoller les pansements. Mr X la réalise généralement à chaque fois cependant Mme Y ne prend pas sa douche avant que l'on arrive. L'acte de la douche, ne peut être vérifié convenablement. Mme Y me fait part, lors de la réfection de son pansement, qu'elle n'apprécie pas de prendre sa douche et donc ne lave pas suffisamment son aisselle. Cela engendre une mauvaise cicatrisation liée à la macération et des démangeaisons. De plus Mme Y ne garde pas le pansement plus d'une journée, elle l'enlève généralement dans la journée ou dans la nuit ce qui majore le risque infectieux du fait de la non-protection de la plaie et du refus de prise des traitements antibiotiques oral prescrit par son médecin.

Les infirmières donnent des conseils à Mme Y tel que prendre les antibiotiques prescrit par le médecin afin de diminuer le risque infectieux, de bien laver et protéger sa plaie pour favoriser la cicatrisation. Pour dispenser les conseils de nombreux modes de communications ont été utilisé tel que l'énervement car sa santé devenait préoccupante, l'humour puis l'insistance sur les points importants et en dernier recours de demander à son médecin de changer le mode d'administration de l'antibiotique car par voie oral Mme Y ne le prenait pas. Chaque infirmière avait un moyen différent de dispenser les conseils. Elles avaient un comportement différent vis-à-vis des patients ce qui implique un comportement plus ou moins distant et plus ou moins enclin à écouter les conseils.

Cependant malgré tous les moyens utilisés, Mme Y ne semblait pas entendre les conseils pour sa santé. Elle avait conscience des risques car elle savait nous en citer mais nous répondait « oui » quoi qu'on donne comme conseils mais ne les appliquer pas. Il y avait sûrement un manque de connaissance sur la maladie et peut être une non-acceptation de celle-ci engendrant une non-observance au niveau des pansements et un refus des traitements per os. Elle était consciente des risques. Pour Mr Y, l'humour est principalement utilisé car il aime énormément plaisanter et utilise beaucoup ce mode de communication et les conseils donnés avec de l'humour sont appliqués. Les patients ont de bonnes capacités cognitives, ils comprennent et se souviennent bien des paroles des soignants malgré une utilisation différentes de la part des deux protagonistes.

1. Questionnement initiale

Pour donner suite à cette situation de départ, je me suis questionné sur de nombreux domaines. Ce qui m'a dirigé à ce questionnement initial :

- En quoi l'hygiène du domicile peut influencer le risque infectieux ?
- En quoi le rôle de l'IDE peut aider à un changement dans le comportement face à la pathologie ?
- En quoi la posture infirmière et la relation installée influe sur la relation soignant-soigné ?
- La non-observance au traitement peut-elle être en lien avec un refus de soin ?

- Quels sont les représentations de la maladie et de la santé des patients ?
- En quoi les représentations des patients sur la santé et la maladie peuvent influencer leur rapport à la thérapie ?
- En quoi la représentation des infirmières sur le refus de soins peut influencer la qualité des soins ?
- Comment la non - observance au traitement exprime un refus de soins non-verbale ?
- En quoi la communication adoptée par l'infirmière entraîne un changement de comportement et de réactions de la part des patients ?
- En quoi la communication non verbale adoptée par l'infirmière peut changer la compréhension des informations ?
- En quoi la confiance peut-elle impacter la relation ?

II. Motivation et intérêt professionnel

1. Intérêt professionnel

Au vu de mon questionnement initial, certains concepts ressortent et seront développés par la suite dans mon mémoire. Comme le refus de soins, la non-observance, la communication verbale et non verbale, la posture professionnelle, le prendre soins et la confiance.

Pourtant avant il me semble nécessaire de donner une définition aux enjeux, la base de ma future profession lors de la prise en soins des patients. « *Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers* ». ²

Mais il ne faut pas oublier la notion de prise en charge holistique. Un concept que j'ai découvert lors de mes trois années à l'institut de formation en soins infirmiers et qui est omniprésent dans la pratique infirmière car l'Homme est un être « bio-psycho-socio-culturel », et non « juste » de la chair et d'os avec un cœur qui bat ou pas. Il faut prendre en compte toutes les dimensions et non juste le physique mais également le mental et son environnement. Afin de continuer sur ce concept, je citerai l'article R4311-2 du code de la santé publique qui stipule que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et la qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son*

² Conseil international des infirmières, « Définition des soins infirmiers. » Conseil international des infirmières. <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions> (consulté le 15 avril 2020).

éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle »³. Par conséquent la relation est un élément primordial dans la pratique de la profession d'infirmière quel que soit le lieu où la personne qui se trouve en face de nous. Il est de notre devoir, d'adapter notre communication verbale ou non verbale pour entrer en relation et établir de la confiance avec les patients.

Le référentiel de compétences infirmières énonce une compétence sur la communication telle que la compétence 6 qui s'intitule : « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* »⁴. Pour mettre en pratique la compétence, cela demande à l'infirmier d'analyser les situations spécifiques et les besoins en communication des patients ainsi qu'adapter leur communication au patient, leur entourage en fonction des situations et difficultés identifiées. Dans cette compétence nous pouvons retrouver comme premier critère : « *Définir, établir, créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de compréhension de la personne* »⁵. Ce qui d'après la charte de l'adulte hospitalisé implique, d'après l'article 3 : « *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent* »⁶. Donc notre communication doit être adaptée au patient pour qu'il puisse être pleinement informé sur ces traitements, sa santé, et donc prendre les décisions le concernant en toute conscience. L'infirmière doit respecter le consentement du patient comme stipuler dans l'article 4 de la charte du patient « *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* »⁷. Cet article se retrouve aussi dans l'article de loi L1111-4 du code de la santé publique.⁸

De plus lors des soins, la communication avec le patient est un acte essentiel. Cependant elle n'est pas pratiquée de la même manière chez tous les professionnels. Lors de ce stage j'ai pu remarquer que le comportement des différentes infirmières n'était pas le même et que par conséquent celui des patients non plus d'autant plus face aux conseils dispensés par l'infirmière. Ce qui m'a amené à me questionner sur la posture et la communication dans la relation avec le patient. Cette situation de soin m'intéresse également, car cela peut évoquer un contexte de refus de soins verbalisé et non verbalisé à la fois.

³ Article R4311-2 du 8 août 2004 du Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V. Code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808> (consulté le 16 avril 2020).

⁴ Ministère du travail, des relations sociales, de la santé et des sports, « Annexe II : diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétence. » Le gouvernement. https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/PDF/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

⁵ Ministère du travail, des relations sociales, de la santé et des sports, « Annexe II : diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétence. » Le gouvernement. https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/PDF/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

⁶ Ministère de la santé et des solidarités, « Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée. » Le Gouvernement. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

⁷ Ministère de la santé et des solidarités, « Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée. » Le Gouvernement. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

⁸ Article L1111-4 du 4 mars 2002 modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 -art.5 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204> (consulté le 17 novembre 2019).

L'infirmière doit parfois comprendre entre les lignes pour connaître la raison. Le refus d'un patient non verbalisé peut être déstabilisant pour un soignant. Travailler cette thématique, me permettra de conseiller le soignant voir l'équipe, et même de leur apporter des réponses pour une prise en soins du patient de manière optimale et bénéfique pour ce dernier. Ensuite il y a la compétence 7 « *Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle* »⁹ qui permet aux professionnels de santé de se remettre en question sur leur pratique, attitude et leur compétence acquise ou à développer. Ces deux compétences sont liées et permettent aux infirmiers de savoir comment créer une relation tout en se remettant en question. Effectivement les soignants doivent s'adapter aux situations et adapter leur communication en fonction de celle-ci. Cela oblige à se remettre en question pour évoluer dans sa pratique. Ce travail de fin d'étude se basera sur diverses ressources professionnelles afin de poursuivre ma formation initiale et de développer de manière personnelle ma connaissance pour avoir une meilleure prise en charge du patient dans ma futur profession.

2. Motivation

Être infirmière est une volonté depuis de nombreuses années. En effet depuis ma troisième, je souhaite travailler dans le paramédical. Mon projet fut affiné au cours de mes divers stages qui se sont déroulés durant mon baccalauréat professionnelle « *Accompagnement soins et service à la personne* » qui se sont déroulés en France et en Allemagne. Mes professeurs m'ont encouragée à tenter l'école d'infirmière directement après le baccalauréat.

J'ai par conséquent pu voir depuis quelques années en quoi consistent la profession d'infirmière et également la présence des refus de soins dans la pratique. Effectivement la thématique de mon travail de fin d'étude fut présente depuis de nombreuses années dans le quotidien de mes stages et chaque professionnel s'y confronte de manières différentes. Cependant durant mes stages de baccalauréat je n'avais pas prêté attention aux comportements des infirmières. Puis j'ai commencé grâce à mes parents à prêter attention aux comportements humains, ce qui m'a permis d'aiguiser mon regard et prêter plus attention aux comportements des patients et des infirmières notamment lors des refus de soins.

J'ai également choisi d'étudier ce sujet, car je n'ai pas encore affirmé mon projet professionnel, face aux divers secteurs qui se présentent à moi. Ce sujet m'a paru évident, effectivement peu importe le secteur dans lequel j'exercerai, je pourrais rencontrer des situations similaires. De plus, je trouve que la communication est un élément primordial de notre quotidien. Elle est de plus en plus digitale ce qui fait que l'on perd toute la partie non-verbale. Cette dernière est tellement riche et nous apporte énormément d'élément sur la personne avec qui on communique, cela permet de comprendre les

⁹ Ministère du travail, des relations sociales, de la santé et des sports, « Annexe II : diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétence. » Le gouvernement. https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/PDF/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

informations, d'une certaine manière. Le non-verbale permet de lire « entre les lignes » du discours verbal. Même le discours verbal perd du sens, finalement à force d'utiliser le digital, on ne sait plus maîtriser les mots. Cela j'ai pu le remarquer au quotidien, il suffit d'aller dans la rue, au restaurant pour voir que le téléphone n'est jamais loin des mains, ou que le discours n'a plus réellement de fond. Pourtant comment établir de la confiance entre les êtres humains si le discours est faux ? Si notre discours ne reflète plus qui on est, avec les valeurs qu'on porte mais un discours que les personnes environnantes ont envie d'entendre ? Peut-on baser une relation sur des mensonges ? Du moins est-elle viable sur du long terme ? De plus, qui accepte quoique ce soit, un soin, un acte, ou autre envers quelqu'un qui ne lui inspire pas confiance, qu'on sent « faux » ou qui n'a pas su communiquer suffisamment ? La relation auprès des patients restera singulière et ce travail me permettra d'avoir un point de vue pour mieux comprendre le comportement de l'infirmier influençant le refus de soins du patient. Par conséquent il me paraît judicieux, à la fois du point de vue personnel mais aussi professionnelle de me questionner et de faire des recherches sur ce lien entre la communication verbale ou non-verbale, le refus de soins en passant par la confiance et le prendre soins, afin de pouvoir adapter ma future pratique professionnelle.

III. Recherches et lecture exploratrices

J'ai choisi d'étudier les concepts de : Refus de soins, non observance, communication, confiance, prendre soins et posture professionnelle. J'ai choisi ces concepts car le refus de soins peut s'exprimer de diverses manières et il est lié au concept de non-observance qui est le premier concept relevé dans ma situation. Cependant il n'est que très peu utilisé dans les services engendrant une non-compréhension du terme de la part des soignants. Cela a engendré la modification du terme par le refus de soins mais je l'ai gardé dans les thèmes étudiés car il reste le concept phare dans ma situation. Puis j'ai choisi la posture professionnelle car cela fait partie de la manière d'être qui est propre à chacun et pourtant cela a un impact sur le patient d'une manière ou d'une autre et elle est liée directement à la communication car de notre manière de nous tenir nous communiquons avec notre environnement et avec les patients. Ce qui amène le terme de communication car elle peut être verbale et non verbale. Elle fait partie intégrante de notre quotidien, de plus dans ma situation, la communication est utilisée de diverses manières mais pas forcément de manière adaptée. Puis « prendre soins », parce que finalement une des questions primordiales est comment prendre soins d'une personne en refus de soins ? Même si cela n'est pas mon sujet initial cela reste une question car en tant que soignant prendre soins fait partie de notre quotidien mais quand la personne refuse, le prendre soins prends-t-il une tournure différente ? Et pour finir le concept de confiance, j'ai pu voir au fil de mon raisonnement que la confiance était importante, même si elle n'est pas très présente dans la littérature, la travailler m'a permis de me rendre compte que dans la relation de soin et de prendre soins, la confiance entre le patient et le soignant a toute son importance.

1. Le refus de soins

Pour commencer, j'ai choisi le terme de refus de soin car cela est présent dans ma situation par le refus des traitements per os de manière verbale et par la non-observance du pansement. Le refus signifie d'après le Centre national de ressources textuelles et lexicales « *action de refuser ce qui est demandé* »¹⁰. Le refus peut concerner les soins, les traitements, ou bien une action / acte. C'est un phénomène pouvant s'observer dans tous les services. Cependant il peut être problématique pour l'équipe et peut faire l'objet d'une réflexion de la part du soignant et de l'équipe soignante.

Il y a d'après Christine Paillard « *une logique professionnelle et relationnelle qui conduit à déterminer l'importance de la décision à prendre, au regard de la responsabilité juridique des soignants, bien qu'ils doivent en fin de compte, respecter le droit du patient* »¹¹. Ce qui montre également qu'il y a une éthique dans les soins, car il n'y a pas de réponse type mais il faut l'adapter à chaque situation, à chaque patient, tout en respectant en priorité les droits humains ce qui est d'autant plus vrai dans le refus de soin.

Ensuite le refus de soins peut avoir plusieurs manières de s'exprimer tel que verbale et non verbale. Effectivement le refus de soins peut s'exprimer de manière muette qui d'après Jérôme Fisman se caractérise de manière « *qu'il peut également être passif ou muet, comme dans certaines situations de non-observances thérapeutique*¹² ». Ce qui implique que le soignant doit être en mesure de repérer les signes et/ou d'en discuter avec le patient et cela permet aussi de démontrer le lien avec la non-observance.

Cependant le refus de soins peut avoir diverses causes. D'après la senior compagnie¹³ on peut retrouver :

- Des causes psychologiques tel qu'un trouble psychologique, une altération de la conscience, une démence, une lassitude face à une maladie chronique impliquant des traitements à vie ou bien des traitements lourds, il peut y avoir également de la peur à la fois liée à la maladie et à la fois lié à un manque d'information,
- Des causes familiales tel que la pression de l'entourage car cela peut jouer un rôle dans la prise de décision des patients,
- Des causes économiques tel que des difficultés économiques, certains patients ne connaissent pas les aides possibles et certains traitements ou les soins coûtent cher,
- Un manque de confiance empêche de se sentir en sécurité effectivement d'après cyberlearn « *L'acquisition de la confiance fondamentale génère un sentiment de sécurité* »¹⁴, cependant le sentiment de sécurité permettrait-il de limiter les refus de soins ? « Ce

¹⁰ Centre national de ressources textuelles et lexicales, « Refus. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/refus> (consulté le 16 novembre 2019).

¹¹ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018), 343.

¹² Jérôme Fisman, « Le refus de soin, éclairage juridique. » *La revue de l'infirmière* N°224 (octobre 2016) : Pages 17.

¹³ Senior Compagnie, « Comprendre les causes du refus d'aide et de soins de la personne âgée. » Senior Compagnie. <https://senior-compagnie.fr/causes-refus-aide-soins-personne-agee/> (consulté le 17 novembre 2019).

¹⁴ Cyberlearn, « L'apparition de la conscience de soi. » Cyberlearn. [file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie_du_developpement_humain_-_developpement_de_la_conscience_de_soi%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie_du_developpement_humain_-_developpement_de_la_conscience_de_soi%20(3).pdf) (Consulté le 25 novembre 2019).

*manque de confiance fait le lit des incompréhensions et des tensions voire des refus de traitements ».*¹⁵

- Ainsi que la volonté de garder sa liberté car « *Le patient est en situation de fragilité et se trouve dans une forme de dépendance face aux soignants qui eux « savent » d'après Antoine Bioy*¹⁶ et d'après Aline Corvol « *Pour préserver une identité fragilisée par l'âge et/ou la maladie, certaines personnes préfèrent refuser tous les éléments qui pourraient révéler une dépendance* ». ¹⁷

Les causes sont propres au patient et ne s'expliquent pas toujours mais cela fait partie de la réalité du patient et le soignant doit composer avec, pour prendre soins de la personne.

*De plus d'après Alain de Broca « Le principal est que le soignant sache dire au patient que la thérapeutique proposée n'a pas un statut « d'obligation » qu'elle peut être refusée et il faut en plus que les soignants soient capables de recevoir et d'accepter cet éventuel refus thérapeutique de la part du soigné*¹⁸». Cette citation montre bien l'intérêt de la communication dans une situation de refus de soin car il faut que le patient soit bien informé que le soin n'est pas une obligation mais qu'il a le choix. Ce qui permet de lui laisser sa place d'acteur dans sa prise en charge et ainsi de diminuer le rapport de force pouvant être présent car également d'après Antoine Bioy « *une forme de dépendance face aux soignants qui eux « savent »* »¹⁹, cette forme de « dépendance » vis-à-vis du soignant peut former une relation de supériorité donc asymétrique. Pour éviter le refus de soins, l'idéal serait-il que le patient soit acteur de sa santé avec son indépendance ?

D'après Grégoire Moutel et en lien avec les paroles d'Alain de Broca « *L'acceptation du refus va amener à rechercher une certaine cohérence, que l'on peut appeler compromis, entre le fait technique, la culture médicale (valeurs des médecins et des équipes soignantes), le fait du groupe (valeurs collectives) et le choix du patient (valeurs individuelles). Si tout converge, le refus de soins sera jugé acceptable et accepté*²⁰ ». Donc avant que le soignant accepte le refus de soins, il y a un conflit de valeur. Ces valeurs permettraient-elles de savoir ce qui est juste et bon pour le patient ? Cependant d'après cette citation avant d'être accepté il doit être jugé comme acceptable donc quel est le comportement du soignant, s'il ne le juge pas comme acceptable ? De plus qu'est ce qui indique que le jugement est « bon » ? Effectivement « *Rien ne nous trompe autant que notre jugement* » d'après Léonard de Vinci.²¹ De plus le Larousse encyclopédique ajoute pour le terme de « refus », la notion de « *ne pas consentir* »²² ce qui amène la notion de consentement aux soins. Le

¹⁵ Aline Corvol, « Refus de soins : de la confrontation à la négociation. » Espace éthique Région Ile de France. <https://www.espace-ethique.org/d/2354/2350> (consulté le 22 novembre 2019).

¹⁶ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

¹⁷ Aline Corvol, « Refus de soins : de la confrontation à la négociation. » Espace éthique Région Ile de France. <https://www.espace-ethique.org/d/2354/2350> (consulté le 22 novembre 2019).

¹⁸ Alain de Broca, *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014, p11.

¹⁹ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

²⁰ Grégoire Moutel, « La question du refus de soin. » INSERM. <https://www.hal.inserm.fr> (consulté le 19 octobre 2019).

²¹ Léonard de Vinci, « Citation célèbre. » Le parisien. <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/6477> (consulté le 02 novembre 2019).

²² Aimée Aljancic, Anne Banckaert, *Larousse Dictionnaire encyclopédique*. Belgique : Sélection du Reader's Digest, 1994.

consentement aux soins est précisé dans la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) : « (...) *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.* »²³ Ce qui implique que le patient devient acteur de sa santé.

Ensuite d'après E Delassus « *Le refus d'une technique ou d'une thérapeutique est le plus souvent le signe d'une demande d'explication supplémentaire sur ce qui est proposé.* »²⁴ Cependant afin de pouvoir consentir et d'être acteur de sa santé le patient a besoin d'avoir des informations afin d'être éclairé sur sa situation. Car « *Une fois bien informé, éclairé sur sa situation, informé en des termes choisis, le patient peut librement exprimer son consentement ou son refus de soins. Il est alors seul responsable de ses choix.* »²⁵. De plus du point de vue juridique, il y a une obligation d'information telle que le précise la loi L1111-2 du code de la santé publique qui stipule : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements (...), leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.* »²⁶. D'après Alain de Broca « *Consentir c'est donner son accord à quelqu'un quand on peut donner du sens à ce à quoi on consent* »²⁷ Donc l'infirmier doit s'assurer de la bonne compréhension du soin afin que le soigné puisse donner son accord ou son refus pour la réalisation de l'acte, potentiellement cela donnera du sens au soin ainsi que des informations sur sa maladie.

« *Le terme « consentir » renvoie aussi au terme de consensus. Ce dernier est souvent compris comme un accord pris à l'unanimité, alors qu'il renvoie plutôt à l'idée que chaque protagoniste d'un projet puisse donner du sens à sa manière et pour lui-même ce projet. Le refus de soin correspond le plus souvent à un refus de la relation, secondaire à l'un et l'autre de s'accorder.* »²⁸ » Donc cela signifierait que quand il y a refus c'est d'abord parce que la relation n'a pas été adaptée pour le patient, que potentiellement il ne se sente pas en sécurité ? Faut-il que le sens donné au projet soit identique pour que la relation soit optimale et ainsi réduire ou même éviter le refus de soins ?

2. La non-observance

Pour donner suite au concept de refus de soin qui se manifeste surtout de manière verbale, il y a aussi la composante du refus de soin se manifestant de manière non verbale, qui correspond à de la non-observance

²³ Nicolas Couessurel, « Le refus de soins. » ANISP. <http://www.infirmiersapeurpompier.com/category/Le-refus-de-soins-Article-de-Nicolas-COUESSUREL.html> (consulté le 20 novembre 2019).

²⁴ E Delassus, « Refus de traitement, aider le malade mieux le comprendre » Ethique et santé, N°8, 2011, P 101-05.

²⁵ Nicolas Couessurel, « Le refus de soins. » ANISP. <http://www.infirmiersapeurpompier.com/category/Le-refus-de-soins-Article-de-Nicolas-COUESSUREL.html> (consulté le 20 novembre 2019).

²⁶ Article L1111-2 du 28 janvier 2016 modifié par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006685759&dateTexte=&categorieLien=cid> (Consulté le 16 novembre 2019).

²⁷ Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

²⁸ Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

thérapeutique. Ce qui dans ma situation se trouve car elle ne gardait pas son pansement malgré qu'elle connaisse les risques pour sa santé. Mais avant de parler de non-observance, il faut commencer par définir l'observance.

Selon le dictionnaire « Larousse », l'observance se définit par : « (...) *Action d'observer une prescription, une coutume, de se conformer à une règle de conduite, Respect des instructions et des prescriptions du médecin.*²⁹ » Cependant cela signifierait que le médecin décide pour le patient, et que le patient doit être un « bon » patient ? Ce qu'Antoine Bioy explicite par « *Le bon patient suivrait les prescriptions à la lettre sans les modifier d'un iota* »³⁰.

Dans le concept du refus de soin, la littérature démontre bien que le patient devient de plus en plus acteur de sa santé et qu'il gagne en autonomie car il est libre de consentir ou non au traitement, soin, acte.

Pourtant si on définit la non-observance cela montre l'autonomisation du patient car il prend la liberté de ne pas suivre son traitement comme il le devrait d'après la définition du Larousse. Le carpenito met une définition sur le terme de non-observance tel que : « *Non-concordance entre le comportement de la personne et le programme de traitement ou de promotion de la santé, ce dernier ayant été accepté par la personne (ou la famille ou la collectivité et le professionnel de santé). En présence d'un accord mutuel, le comportement de la personne ou de l'aidant naturel peut être partiellement conforme ou non conforme au programme ou compromettre les résultats cliniques escomptés.*³¹ » Cette définition démontre bien que le patient avait accepté de suivre « correctement » son traitement pourtant pour des raisons qui lui sont propres, cette « observance » n'est plus optimale pour le médecin ou le personnel soignant car les résultats attendus ne sont pas atteints. Mais finalement cela est la réalité du médecin que les résultats ne soient pas atteints mais quand est-il de celle des patients ? D'après Jean Martin « *La non-observance thérapeutique est un phénomène fréquent (...). Premièrement, le patient peut être incapable de choisir entre deux actions possibles, le soin et le non - soin. Mais deuxièmement, il peut choisir rationnellement de ne pas se soigner, la récompense immédiate de ce choix étant tellement plus attrayant*³² » cependant cela peut interroger sur ladite récompense, qu'elle est-elle ? Est-ce que dire « non » même indirectement donc passer par le refus de soin dit passif permet de s'exprimer et donc de montrer au soignant que le patient devient autonome et donc acteur de sa santé. Il choisit pour lui et non quelqu'un d'autre choisi ce qui est « bon » pour lui ? Donc si le patient devient autonome en disant « non » au soin/traitement est ce que cela pourrait dire que le patient veut inverser le rapport de force présent indirectement car les soignants peuvent être considéré comme savant ? Cependant avant cela il

²⁹ Aimée Aljancic, Anne Banckaert, *Larousse Dictionnaire encyclopédique*. Belgique : Sélection du Reader's Digest, 745.

³⁰ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

³¹ *Manuel de diagnostics infirmiers*, Lynda Juall Carpenito (Canada : Elsevier Masson, 2016), 539.

³² Jean Martin, « Refus de soins par le patient et éventuelle contrainte. » UNESCO. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LIRE/DOC%20LU/Refus%20de%20soins%20par%20le%20patient%20et%20C3%A9ventuelle%20contrainte.pdf> (consulté le 11 octobre 2019).

faudrait déterminer la cause de cette non-observance. Pour cela on retrouve d'après Antoine Bioy :

- « *Le manque de connaissance sur les traitements/maladie*
- *La perception de la personne soignée sur sa maladie, les soignants, ses traitements*
- *Le manque de soutien des proches*
- *Le traitement en lui-même : la durée, la complexité, les effets secondaires*
- *L'interaction entre la personne soignée et les professionnels de santé*
- *Les conditions matérielles*
- *La qualité de la relation établi »*³³

Puis nous pouvons rajouter d'après M. Benoit :

- « *L'âge des patients*
- *Les contraintes socio-professionnelles*
- *Les connaissances et croyances*
- *Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel*
- *Du point de vue de la maladie : L'intensité des symptômes, La gravité et les pronostics, La durée et la nature*
- *Du point de vue des traitements : efficacité, la tolérance, la galénique, les nombres de prises journalières, la durée, la co médications, le coût*
- *Du point de vue du médecin : relation de confiance, motivation et force de conviction, et la communication*
- *Du point de vue du système de soins : isolement relatif du médecin, coordination entre les soignants, les dossiers médicaux électroniques, et le financement en fonction des performances »*³⁴
- « *Le niveau socio-culturel et d'éducation faibles*
- *Son degré d'insight*
- *L'histoire personnelle du patient*
- *Le début de la maladie*
- *Les addictions (drogue, tabac, alcool) »*³⁵

Il y a énormément de causes non exhaustives du pourquoi la non-observance peut avoir lieu mais ces causes peuvent aussi finalement expliquer le refus de soin.

Les termes de refus de soins et non-observances sont liés et distincts car le refus est le fait de dire de manière verbale « NON » alors que la non-observance peut être une de ces manifestations pour dire « NON » comme

³³ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

³⁴ A.J. Scheen, « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. » A.J. Scheen. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LIRE/DOC%20LU/non%20observance%20th%C3%A9rapeutique.pdf> (consulté 23 novembre 2019).

³⁵ M. Benoit, J. Pon, M.A Zimmermann, « Comment évaluer la qualité de l'observance ? » L'encéphale. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LIRE/DOC%20LU/Comment%20%C3%A9valuer%20la%20qualit%C3%A9%20de%20l'E2%80%99observance.pdf> (consulté le 28 novembre 2019).

l'explique Jérôme Chevillotte.³⁶ Cependant la non-observance est un terme très peu utilisé en service. En effet après discussion avec de nombreuses infirmières, ce terme n'est pas courant et parfois mal compris par les équipes, donc mon travail de fin d'étude ne traitera pas en tant que telle la non-observance.

3. La communication

J'ai choisi d'étudier le concept de communication, il est omniprésent dans ma situation, de plus elle est utilisée de manière différente par les professionnelles. Ensuite vis-à-vis des patients, pour exprimer le refus de soin et la non-observance, la communication est utilisée de différentes manières. Pour commencer le terme communication vient du grec : « *communicare*³⁷ » qui signifie mettre en commun. La communication se définit d'après le cours de communication par : « *un ensemble de moyens, de techniques mises en œuvre pour permettre la transmission de message de tout ordre.* »³⁸ « *Donc communiquer permet de créer une relation avec autrui*³⁹ ». La mise en lien de ces définitions montre que pour entrer en relation, la transmission de message est inévitable. De plus d'après Paul Watzlawick « *on ne peut pas ne pas communiquer* »⁴⁰, effectivement la communication est un besoin vital et humain. Elle peut être de deux sortes à la fois verbale et non verbale, donc quoi qu'il arrive on communique avec autrui. D'après l'école de PALO ALTO, « *le verbal est de 30 à 35% et le non verbal de 65 à 70%* »⁴¹. Puis en lien il y a la règle des 3 V d'après Albert MEHRABIAN. Dans cette règle on retrouve :

- « *La manière verbale qui correspond à 7% du sens donné aux mots par le contenu de la communication*
- La communication vocale qui correspond à 38%*
- La communication visuelle qui correspond à 55%* »⁴²

Donc la communication pour être adapté et comprise au mieux, il faudrait utiliser tous les modes de communication qu'il soit verbal ou non. Cependant comment savoir si notre communication est adaptée ?

Afin d'expliquer le processus de communication, il existe le schéma de Shannon et Weaver qui explique que « *L'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (mécanisme physique de la communication, par exemple téléphone, messagerie électronique...). Le récepteur reçoit et décode le message, en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce qu'on appelle le Feed back.* »⁴³ (Annexe 1). La communication qu'elle soit verbale ou non verbale, entre deux personnes est un processus complexe et difficile.

³⁶ Anne Papas et Jérôme Chevillotte, « Le refus de soin. » *La revue de l'infirmière* n°224 (octobre 2016) : p 15 à 29.

³⁷ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

³⁸ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

³⁹ Aimée Aljancic, Anne Banckaert. Larousse Dictionnaire encyclopédique. Belgique : Sélection du Reader's Digest, 1994.

⁴⁰ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

⁴¹ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

⁴² Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

⁴³ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

Le partage d'information se fait entre deux personnes singulières étant donné leurs histoires, cultures, éducations, ... « *l'être humain n'est pas un spectateur neutre, il est un être subjectif, il filtre, décode, sélectionne, interprète, réinterprète et transforme* »⁴⁴. Donc chacun comprend les messages quel qu'il soit de manière différente.

De plus le patient entend une partie des informations en fonction de son état et de sa pathologie. La réception des informations données par les soignants sont partielles. Cependant le soignant peut favoriser la relation ou au contraire l'endommager en fonction de la communication abordée. D'après Alain de Broca « *La perspective et la logique du malade peuvent ne pas être conforme à ce qu'en attend le soignant. Les différents et les incompréhensions liées à toute relation interhumaine sont aussi susceptibles de créer des tensions voir des situations de ruptures.* »⁴⁵ Ces situations de ruptures peuvent correspondre à du refus de soins. C'est une situation complexe qui engendre de la part des soignants un développement de « *nouvelles techniques de communication relationnelles dont l'objectif sera d'agir sur le confort, le bien-être, le « prendre soin » et favorise l'autonomie des individus.* »⁴⁶ d'après Christine Paillard.

1.1) La communication verbale

Elle se retrouve dans ma situation par les conseils donnés aux patients. C'est une communication basée sur la parole et les mots. Elle est constituée de signes linguistiques avec des mots, phrases qui permettent à l'émetteur d'exprimer au récepteur ces idées, ces pensées, de transmettre un message et d'entrer en relation. La façon de dire et de comprendre le message, dépend de l'émetteur et du récepteur ainsi que du contexte : « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même...* »⁴⁷

Pour communiquer, même si cela représente 7%, il y a des mots et « *les mots déclenchent une réaction chez celui qui les reçoit. Ils sont capables de créer une relation satisfaisante, de modifier cette relation ou la faire perdre* »⁴⁸. Donc malgré le faible pourcentage, la relation les mots peuvent jouer un grand rôle dans notre communication à l'autre.

Cependant la communication ne s'arrête pas à la communication verbale, elle est également non verbale.

⁴⁴ Marlyne Dabron. *Soins relationnels*. Belgique : Vuibert, 2013.

⁴⁵ Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014, p11.

⁴⁶ Christine Paillard. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. France : Setes, 2018.

⁴⁷ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

⁴⁸ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

1.2) La communication non verbale

Pour commencer d'après Françoise Dolto « *tout est langage* »⁴⁹ La communication non verbale consiste au fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole. Elle se base sur la compréhension implicite de signes non exprimés verbalement, mais par l'intermédiaire des différents sens de l'émetteur et du récepteur.

Evelyne Terrat rajoute que « *Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. Il peut y avoir discordance entre ce que nous disons et ce que nous exprimons de façon non verbale, car ce mode de communication est plus instinctif. Ce type de communication concerne le langage du corps et doit être sincère. Le geste se transforme en indice d'une bonne écoute. Ce type de langage se compose des éléments suivants : la distance physique encore appelée proxémique, l'expression faciale (froncement de sourcils, clignement des paupières...), le contact des yeux (fuyant, direct, menaçant...), le contact physique, la posture, les gestes (bras croisés, hochement de la tête...), ainsi que les odeurs.* »⁵⁰ Ce qui implique que nous devons être en accord avec notre ressenti. Tout ce voit et peut porter confusion auprès du patient et donc briser la confiance puisque nous ne serons pas loyaux envers le patient.

Dans la communication non verbale, il y a également le paralangage qui est la « *manière de transmettre le message* » : le regard, mimique, expression faciale, gestes et postures corporelles, jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des paroles, dans la conduite de la conversation et dans l'expression des affects. Cela est spontané et inconscient. Le comportement peut prendre la valeur d'un message car les gestes accompagnent et amplifient le message, soit en le renforçant soit en le brouillant. De plus d'après Paul Eckmann, il existe des macro et micro-expressions. Les micro-expressions sont « *des expressions faciales qui se produisent en une fraction de seconde. Cette fuite émotionnelle involontaire expose les vraies émotions d'une personne.* »⁵¹ En complément, ces micro-expressions sont universelles et inconscientes. Ce qui démontre que le patient peut voir si on est loyal envers lui en comparant notre communication verbale et non-verbale.

En l'absence de mots, la communication non verbale peut être encore plus expressive que les mots. Pour Laurent Muchielli « *« On ne peut pas ne pas communiquer (...). Que l'on se taise ou que l'on parle, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses " parlent " à notre récepteur.* »⁵² Plusieurs auteurs se rejoignent sur ce principe ce qui démontre bien que

⁴⁹ Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

⁵⁰ *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, Christine Paillard. France : Setes, 2018.

⁵¹ Paul Ekman, « Micro-expressions. » Paul Ekman. <https://www.paulekman.com/resources/micro-expressions/> (consulté le 3 décembre 2019).

⁵² Laurent Muchielli, « Communication. » Mémoire Online. https://www.memoireonline.com/09/08/1532/m_communication (consulté le 05 décembre 2019).

notre communication passe par tous, nos mots mais également notre posture et tout ce qu'elle implique.

Ensuite en lien avec les attitudes et la communication, nous pouvons retrouver l'écoute qui d'après Antoine Bioy « *impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient. (...) L'écoute permet d'entendre le patient.* »⁵³ Mais pour l'écouter réellement il faut savoir se rendre disponible physiquement et psychiquement pour le patient afin d'entendre et de voir ce qui est dit. Effectivement il y a trois niveaux d'écoute : « *le premier niveau d'écoute est ce qui concerne ce qui est dit dans la relation entre le soignant et le soigné.* » cela implique d'entendre les mots prononcés. Puis vient « *le second niveau d'écoute concerne ce qui est dit « au-delà des mots ».* Cette écoute est celle du non verbal et du para verbal (...) le soignant peut ainsi confronter ce que le patient dit et la façon dont il le dit. » Et pour finir « *le troisième niveau d'écoute concerne les émotions et les sensations* »⁵⁴. Les niveaux d'écoute montrent que finalement on écoute à la fois avec les oreilles mais aussi avec les yeux. Cela démontre bien que le soignant doit utiliser ces cinq sens afin de bien comprendre le patient et de « lire entre les lignes » du discours du patient.

Pour finir, la communication quelle qu'elle soit est inévitable et indispensables dans nos vies. Jacques Salomé a développé une théorie sur les besoins fondamentaux de l'homme. La communication, rentre dans les besoins relationnels fondamentaux de l'homme : « *Besoin de se dire, besoin d'être entendu, besoin d'être reconnu, besoin d'être valorisé, besoin d'intimité et besoin d'exercer une influence sur nos proches.* »⁵⁵ De plus cela peut rejoindre le besoin d'appartenance faisant parti de la pyramide de Maslow. (Annexe 2)

4. La posture

En lien avec la communication non verbale, nous retrouvons la posture. Elle se définit d'abord par « *une attitude, position du corps, volontaire ou non, qui se remarque, soit par ce qu'elle a d'inhabituel, ou de peu naturel, de particulier à une personne ou à un groupe, soit par la volonté de l'exprimer avec insistance.* »⁵⁶ D'après le Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, ce qui montre l'importance de l'attitude adopté face aux patients.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers ajoute la notion de savoirs être et faire « *La posture est la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation*

⁵³ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

⁵⁴ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

⁵⁵ Jacques Salomé, « *Heureux qui communique.* » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 3 décembre 2019).

⁵⁶ Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, « Définition posture. » Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/posture.fr> (consulté le 16 novembre 2019).

*professionnelle avec les individus (...) La posture, c'est la manière dont le positionnement agit dans l'interaction avec d'autres. Elle peut donc être différente d'une situation à l'autre, en fonction des circonstances. »*⁵⁷ Ainsi nous pouvons voir que l'attitude et le savoir être sont étroitement liées aux concepts de la posture professionnelle. Le savoir être « *« résulte d'une appropriation des valeurs de la discipline, appropriation préalable à l'engagement personnel et professionnel »*⁵⁸ et l'attitude, quant à elle « *relève de l'organisation des processus motivationnels, perceptifs, cognitifs, affectifs, qui influencent la conduite de l'acteur »*⁵⁹. Donc il y aurait une notion d'influence sur le savoir être et l'attitude de la personne ? De plus on retrouve la notion de valeurs déjà évoqué dans le refus de soins, mais celle-là sont les valeurs de la discipline, auquel le soignant consent et s'imbrique avec ces valeurs personnelles. Finalement notre profession est rythmée par diverses valeurs, sont-elles toutes utiliser au quotidien dans notre profession ?

Pour poursuivre avec le comportement Antoine Bioy explique que « *des attitudes anodines et inconscientes peuvent transmettre des messages forts »*⁶⁰ donc de manière inconsciente notre corps en dit beaucoup plus sur nous que nous voulons bien l'avouer au patient. Du fait de la posture nous communiquons avec le patient et parfois il peut avoir plus ou moins confiance en fonction de ce qu'il perçoit de notre posture. Les postures du corps sont d'après le CAIRN « *la façon de se tenir, la façon d'être aussi bien physique que psychique »*⁶¹. Selon Franck Pasquet, « *Le langage du corps peut montrer comment on se sent avec seulement une seule posture : (...) lorsque quelqu'un croise les bras sur son torse, cette position tend à être comprise comme une position distante, fermée et peu amicale. »*⁶²

D'après Antoine Bioy « *Notre posture peut non seulement affecter ce que les autres pensent de nous, mais aussi comment nous nous voyons. La posture de notre corps affecte la confiance dans nos idées »*⁶³. Cette citation montre bien que si notre posture peut nous porter préjudice, elle peut indiquer un manque de confiance ou que l'on ne croit pas dans le traitement, le patient va le ressentir et cela ne lui donnera pas suffisamment confiance en nous et refusera potentiellement plus facilement le soin.

5. Le prendre soin :

Ensuite le concept de « prendre soin ». Effectivement dans ma situation le prendre soins serait le fait de dispenser les conseils, de répondre aux questions potentielles des deux patients. Cependant est-ce réellement prendre soins ? Il existe une manière enseignée en cours qui est la prise en

⁵⁷ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018), 395.

⁵⁸ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018).

⁵⁹ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018).

⁶⁰ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

⁶¹ Daniel Wildlocher, « Espace psychique, espace corporel. » Le carnet du psy N°117 (2007) : pages 29 à 33. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-4-page-29.htm#> (consulté le 23 novembre 2019).

⁶² Franck Pasquet, « Lire le langage du corps. » Franck Pasquet. <https://pnlarticles.com/lire-le-langage-du-corps/> (consulté le 20 décembre 2019).

⁶³ Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

soins de manière holistique cependant qu'est-ce que cela signifie ? Walter Hesbeen stipule que « *le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »⁶⁴. Cela démontre que prendre soin d'un patient c'est contribuer à son bien-être en lui portant une attention particulière durant une situation donnée.

Pourtant avant de prendre soins, il faut également définir le terme soins. Le soin peut se définir d'après Aimée Aljancic comme « *Intérêt, attention que l'on a pour quelqu'un* »⁶⁵ Ce qui montre que le soin, s'est faire attention à quelqu'un et non pas quelque chose de seulement technique. Cependant Walter Heesbeen rajoute que « *Prendre soins, c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade... Pour la simple raison que le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement de la personne malade (...)* »⁶⁶ Effectivement la famille est un pilier parfois bénéfique parfois néfaste pour le patient mais la prendre en compte dans les soins est important pour connaître leur point de vue et aussi comment ils peuvent de manière consciente ou non influencer le patient. Ce qui est d'autant plus vrai dans ma situation que les patients vivaient avec leur famille et ils étaient présents lors des soins réalisés dans la pièce à vivre et que la réalisation des soins dépendait de Mr X s'il ouvrait la porte ou non.

Cependant parler de dimension signifie que le patient en a aussi. D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers on retrouve « *ensemble des dimensions de la personne soignée : économiques, sociales, médicales, psychologiques, législatives, éthiques, afin de mesurer la capacité du soignant à adopter une juste relation de soins formalisée et au « soigné » de s'interroger sur ses propres ressources et devenir acteur de son parcours de soin.* »⁶⁷ De plus d'après Martha Rogers « *la connaissance des différentes caractéristiques de la vie est indispensable pour comprendre les réactions humaines.* »⁶⁸ Cela signifierait que sans avoir de connaissance sur la personne, la compréhension de ses actes, paroles, comportement serait impossible, ce qui d'une certaine manière est cohérent du fait que si on ne sait pas ce que la personne a vécu. On ne pourra pas comprendre le pourquoi du comment elle réagit comme ça alors que si on connaît la personne même quelque partie de sa vie, on aura la capacité de « prendre soins » de la personne car on la prendra dans sa globalité permettant ainsi d'adapter notre communication, on se sera adapter à la personne et on aura pris en compte l'impact que cela pourrait avoir pour elle. Ensuite pour prendre soins, cela signifierait également prendre en compte ces choix donc pour cela il faut de l'écoute. Car si on écoute un patient et qu'on prend en compte ces choix, cela permettrait potentiellement de faire naître de la confiance. En revanche le concept prendre soin et faire des soins ne sont pas à confondre. Effectivement faire des soins signifierait principalement réaliser des actes techniques donc considérer en quelque sorte le patient comme « *objet de soin* » alors que finalement prendre soins

⁶⁴ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1997, p.8

⁶⁵ Aimée Aljancic, Anne Banckaert. *Larousse Dictionnaire encyclopédique*. Belgique : Sélection du Reader's Digest, 1994.

⁶⁶ WALTER Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, op. Cit., p. 23.

⁶⁷ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018), 400.

⁶⁸ Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Christine Paillard (France : Setes, 2018), 401.

signifierait donc prendre le patient dans sa globalité et dans son humanité donc le rendre « sujet de soins ».

6. La confiance :

La confiance se retrouve de manière indirecte dans ma situation, car les infirmières connaissaient les patients du fait que cela faisait plusieurs mois qu'elles faisaient les soins pour autant la confiance ne semblait pas être la même en fonction des infirmières. D'abord la confiance se définit d'après le Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, par une : « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.* »⁶⁹. En prenant cette définition, cela montre que le patient acquis sa confiance dans la valeur professionnelle, il n'imagine pas de la tromperie ou incompétence de la part du professionnel qu'il a en face de lui. D'après la psychologie du développement « *L'être humain grandit et se développe par étapes (...). Si chacun peut trouver des ressources en lui-même pour passer d'une étape à l'autre, la transition sera facilitée par l'aide d'autrui en qui il devra accorder un certain degré de confiance.* »⁷⁰ » En ces termes cela pourrait signifier que l'étape, dans la relation soignante soigné, est la maladie. En ce sens les soins ou les traitements sont des aides pour passer l'étape qu'est la maladie. Donc le passage de la pathologie sera facilité par les soins apportés par les soignants et seront d'autant plus bénéfiques si le patient a confiance dans le soignant.

Ensuite Alain de Broca explicite que « *La confiance en l'autre peut grandir grâce à la rencontre, grâce à cette parole, donnée et échangée ainsi qu'à un regard particulier, mais elle peut rapidement décroître. (...) la personne soignée peut se reprocher de ne pas être le « bon malade »* »⁷¹. Ce qui peut à nouveau faire référence à la non-observance au traitement mais aussi cela peut être dû au comportement du soignant, qui n'aura pas su mettre en place cette relation de confiance. L'infirmière peut donc reprocher au patient de ne pas avoir le comportement adéquat face à sa pathologie.

D'après Alain de Broca « *L'importance qu'accorde la personne soignée à la confiance, équivaut au sentiment d'être reconnu comme pleinement acteur de sa vie* »⁷². Cela souligne un nouveau point qui signifierait que la confiance dans la relation de soins permettrait de signifier à demi-mot que le patient est acteur de sa santé et donc qu'on lui fait confiance et qu'il a suffisamment confiance dans le soignant, pour être acteur car il sait qu'il ne sera pas trompé. Pour finir en lien avec le manque de confiance Alain de Broca explique que « *ce manque de confiance fait le lit des incompréhensions et des tensions voir*

⁶⁹ Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, « Confiance. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté le 03 décembre 2019).

⁷⁰ « Psychologie du développement de la conscience de soi. » [file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie du développement de la conscience de soi%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie%20du%20developpement%20de%20la%20conscience%20de%20soi%20(3).pdf) (consulté le 5 décembre 2019).

⁷¹ Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

⁷² Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

des refus de traitements »⁷³ donc il y aurait bien un lien entre la confiance, la communication, la manière de se comporter et le refus de soins.

L'étude de ces concepts m'a permis de me rendre compte qu'ils sont tous liés. On retrouve la communication dans la posture, dans le refus de soins, dans l'observance et également dans le prendre soins. Cependant pour que la confiance se crée il faut également que le soignant soit loyal donc que la posture soit en cohérence avec notre communication verbale. Tous ces concepts sont interconnectés, ils sont nécessaires pour une relation cependant est-elle optimale si tous les concepts sont présents ?

IV. Méthodologie d'enquête

1. Choix de l'outil d'enquête

Pour mener l'enquête de terrain, j'ai utilisé la méthode de l'entretien semi-directif, demandé par l'I.F.S.I.⁷⁴ Il me semble que cela permet de rester objectif sur des événements de terrains. Le questionnaire est préparé au préalable et validé avant tous les entretiens. Cela permettra aux infirmier(e)s de s'exprimer sur la thématique évoquée, des relances sont prévues afin de reformuler les questions mal comprises ou peu développées. Les questions sont sous le mode « entonnoir » pour ne pas annoncer les termes directement afin de voir si cela fait partie du quotidien des infirmier(e)s.

2. Choix de la population et déroulement des entretiens

Pour commencer j'ai choisi de réaliser mes entretiens avec des infirmières ayant une expérience professionnelle plus ou moins longue afin de pouvoir comparer leurs ressenties. J'ai également trouvé intéressant de ne pas rester sur un seul domaine d'activité afin d'observer si leurs points de vue et opinions divergeaient en fonction du lieu d'exercice. J'ai donc choisi de réaliser six entretiens. Les entretiens se sont déroulés pour trois infirmier(e)s à leur domicile autour d'une table en face à face et pour les trois autres entretiens ils se sont déroulés par téléphone en Visio-appel.

J'ai choisi de contacter des infirmier(e)s que j'ai eu l'occasion de rencontrer au travers de mes différents stages ainsi que deux infirmières qui m'ont été conseillées à la suite de mes différents entretiens. J'ai d'abord choisi une infirmière travaillant dans un centre de soins à domicile. Effectivement ma situation de départ se déroulant dans ce domaine, je me suis interrogé sur comment une infirmière travaillant dans ce domaine pouvait le gérer car la relation n'est pas la même qu'à l'hôpital. Effectivement dans le cadre du domicile, l'infirmière rentre dans le domicile du patient donc elle est dans son lieu de vie, son intimité, la relation de confiance s'installe différemment. De plus à domicile, il n'y a pas l'équipe à proximité permettant de passer la main

⁷³ Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

⁷⁴ Lire : Institut de formation en soins infirmiers

et différé le soin s'avère parfois compliqué ce qui indique une situation spécifique. Ensuite j'ai choisi des infirmières travaillant dans différents E.H.P.A.D.⁷⁵ en effet dans ce type d'établissement on peut retrouver des pathologies diverses et variées. De plus ce sont des résidents qui restent généralement jusqu'à la fin de leur vie ce qui peut influencer sur la confiance et le relationnel qu'entretient le personnel soignant avec le patient et ainsi contribuer à augmenter la confiance ou la méfiance envers les soignants. Puis j'ai choisi des infirmiers travaillant en psychiatrie. Bien que cela s'éloigne de ma situation, cela est un domaine très spécifique du fait de la pathologie psychiatrique. Cependant le refus de soins est un concept assez fréquent lié au fait que le patient ne se sent pas malade. Donc avoir des avis sur le refus de soin d'un point de vue d'infirmier travaillant en psychiatrie peut apporter un autre éclairage sur ce concept.

3. Analyse des entretiens

L'analyse de ces entretiens m'a permis de me rendre compte que le refus de soins est présent quel que soit la discipline dans laquelle le métier d'infirmier s'exerce. Il a diverses manières de se présenter et de s'exprimer. Certains le diront clairement et d'autres le feront comprendre à leur manière ce qui montre déjà l'importance de la communication verbale et non verbale. De plus de nombreuses causes sont cités avec en priorité les traitements, les soins de nursing et les soins/traitement douloureux. Cependant de nombreuses autres sont cités dans la littérature ce qui a pour conséquence une divergence avec les dires des infirmiers dont des causes économiques et un manque de confiance, trouble cognitif, non compréhension de la volonté du soignant ce qui me questionne sur est ce que les pathologies mentales ou déficience cognitive engendre une plus grande proportion de refus de soins ? La confiance peut être de diverse manière telle que du professionnel envers le patient puis du patient envers le professionnel, du professionnel envers lui-même, du professionnel envers le soin/traitement ou du patient envers le soin/traitement. Pourtant en quoi l'attitude peut engendrer un climat de confiance ou faut-il avoir confiance en soi pour engendrer un climat de confiance avec le patient ?

L'analyse démontre bien qu'il y a des valeurs prédominantes dans les soins infirmiers ce qui permet de ne pas tomber dans la maltraitance. Dans ces valeurs on peut retrouver d'après les infirmiers : l'écoute, la bienveillance, l'empathie, la communication, la disponibilité, le respect, la patience et l'individualité. Pourtant face à un refus de soins, ces valeurs sont mises à mal. Ce qui peut compliquer la posture et la communication mise en place par le soignant envers le patient. Cependant même si le patient refuse un soin/traitement et que cela le met en danger, il en ressort dans la littérature et dans les entretiens qu'il faut accepter ce refus, communiquer avec le patient, lui expliquer à nouveau le traitement/soin avec des mots différents et de donner des informations supplémentaires ainsi que de continuer le prendre soins en répondant à ces besoins et désirs. Est-ce que répondre à un besoin

⁷⁵ Lire : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

fait partie d'une réponse au bien-être du patient ? Quels sont les limites du prendre soins ? D'ailleurs un des infirmiers dit que « l'on est toujours dans la négociation dans l'acceptation des soins » ce qui signifierait que la communication et l'acceptation des soins sont une perpétuelle négociation ?

Pourtant cela interroge souvent les soignants et peut faire qu'il se remette en question, de plus chacun réagit différemment et cela dépend aussi du contexte dans lequel le refus se met en place. Parfois les infirmiers cherchent plus à essayer de convaincre car il peut y avoir des questions d'éthiques mais cela reste pour des situations exceptionnelles. Lors de cette analyse j'ai également pu remarquer un lien évident entre la communication, posture et le refus de soins. Il y a d'après les infirmiers la communication verbale surtout pour les explications mais également la manière de se tenir qui est importante pour la plupart des infirmiers interrogés. Pourtant comment savoir si on a donné des explications suffisamment claires et sans faire peur au patient ? De plus il y a eu une grande part de confiance mise en évidence lors des entretiens ce qui me questionne également sur la posture professionnelle, le refus de soins et la confiance qui serait comme un triangle avec trois sommets indissociables. Cependant en lien avec la confiance on retrouve le sentiment de sécurité mais est ce que le sentiment de sécurité permet de limiter le refus de soins ? Toujours d'après les entretiens pour que ce triangle soit adapté il y a une question de temps qui se révèle, en effet il faut du temps pour communiquer, du temps pour avoir la bonne posture, du temps pour mettre en place la relation de confiance. Ce qui signifierait que plus on prend son temps avec le patient moins il y aurait de refus de soins ?

D'après la littérature et les entretiens, le prendre soins, la confiance, la communication, passe aussi par le fait que le patient soit acteur de sa santé et considéré comme tel et non comme objet de soins. Ce qui implique que plus le patient est acteur moins il sera en refus de soins ? En apprenant à connaître la personne est ce que cela permettrait d'anticiper ces réactions et donc de limiter les refus de soins ?

Cette analyse des différents entretiens change ma question de départ sur le fait que déjà malgré de nombreuses réponses identiques par les professionnels, il n'y a pas de réponse miracle face à un patient en refus de soin et que le lien entre la communication, le refus de soin et la confiance est évident. Ce qui implique que la question de départ doit à mon sens contenir ces éléments mais pour la communication cela serait plus la posture car notre manière de communiquer et de nous tenir fait référence à la communication verbale et non verbale donc la posture regroupe les termes.

4. Limite d'enquête

Lors de chaque entretien, j'ai commencé par préciser la thématique de mon travail de fin d'étude. Ensuite j'ai abordé question par question et utilisé les questions de relances quand cela était nécessaire ou comme reformulation de ma question quand celle-ci ne fut pas comprise.

J'ai réalisé un entretien au téléphone ce qui m'a permis d'avoir des réponses en direct de l'infirmière mais je n'ai pu voir son visage et ces expressions lors des questions posées. Ensuite j'ai effectué un entretien par mail car le téléphone ou un entretien en direct ne fut pas possible. L'infirmière m'a répondu sans faire de recherche préalable cependant je n'ai pas de moyen de vérifier cela, mais ayant travaillé avec elle, j'ai pu constater que les réponses lui ressemblaient. Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions. La seule difficulté que je pense avoir rencontré a été en premier lieu de ne pas pouvoir effectuer les entretiens en face à face avec deux infirmières puis la limite de temps que les infirmiers ont pu m'accorder. Le premier entretien a duré un quart d'heure, ensuite trois entretiens environ 20 minutes, un autre une heure puis les deux derniers environ 30 minutes. Finalement j'ai réalisé sept entretiens au lieu des six prévus initialement. Lors de l'entretien avec l'infirmier en psychiatrie, sa femme infirmière également, fut intéressée par le sujet et m'a demandé si elle pouvait aussi apporter son éclairage malgré son terrain spécifique qu'est le bloc opératoire.

Au niveau du guide d'entretien, savoir de quel institut de formation en soins infirmier, les infirmières(s) viennent n'apporte pas d'information car il n'y a pas assez d'entretien pour que cela ait un impact. De plus le terme de « posture professionnelle » a posé question à quelques professionnels car avant de répondre aux questions, ils m'ont demandé des précisions, ce qui a potentiellement biaisé les réponses données par la suite.

V. Cheminement question de départ

Pour donner suite à mes lectures et une réflexion sur ma situation j'ai dégagé plusieurs thématiques qui sont la posture soignante et la relation puisque lors de mon stage j'avais pu remarquer qu'en fonction des infirmières ainsi que du comportement et de la relation mise en place par ces dernières, le comportement des patients étaient différents. Cependant une des infirmières m'avait expliqué que divers modes de communication avaient été utilisés mais sans résultat probant par la suite. Cela ma questionner et à donner la question suivante : « **En quoi la posture et relation adopter par l'infirmière peut influencer des patients non-observant lors de soins dit aseptiques ?** » puis lors d'une guidance collective, une camarade m'a suggéré de noter « **En quoi la relation soignant/soigné influence l'observance ?** »

À la suite d'autres réflexions, d'autres lectures et de cours j'ai enlevé la notion de soins aseptiques car malgré le fait que les soins devaient être réalisé de manière la plus propre possible, cela n'était pas en stérile donc la notion d'aseptique n'avait pas de sens. De ce fait la question de départ fut transformé « **En quoi la posture et relation adopter par l'infirmière peut influencer les patients non-observant ?** »

Ensuite après la guidance collective, la question se transforma : « **En quoi la posture et la communication adoptées par l'infirmière peut influencer le comportement des patients en refus de soins ?** ». Le terme non-observant fut remplacé en refus de soin car à la suite de la discussion avec des

infirmières déjà diplômé, le terme de non-observance ne leur disait rien. Ce terme étant très peu utilisé en service alors que le refus de soin est un terme qui parle au plus grand nombre. La non-observance au traitement peut faire partie du refus de soin, ils sont liés à la thématique, qui reste sensiblement identique. Cependant la question de départ n'est pas adaptée du fait que les deux termes sont liés, par conséquent ma question de départ est :

« En quoi la posture professionnelle adoptées par l'infirmière peut influencer le comportement des patients en refus de soins ? »

Phase de problématisation

VI. Champs disciplinaires

Afin de traiter cette problématique, j'ai choisi d'utiliser le champ de la psychosociologie. Effectivement de ma question de départ, deux termes clés ont émergé tel que la « posture professionnelle, le « refus de soins » et un troisième terme s'y rajoutent du fait de son lien, « la confiance ». Cela amène à la psychologie de la posture, c'est la manière de se tenir face aux patients qu'ils soient déjà ou non en refus de soins et cela en lien avec la confiance. La posture peut l'influencer.

Pour commencer la psychologie se définit par UNIL comme « *la science du comportement et des processus mentaux qu'ils concernent les individus ou les groupes en situation, en prenant compte les différents déterminants (biologiques, contextuels, sociaux, culturels, etc.).* »⁷⁶ Cette définition permet de montrer que le comportement change en fonction des situations et des différents déterminants. Dans la psychologie on retrouve diverses branches dont une qui me permettrait de comprendre un peu plus précisément ce qui se joue dans cette relation avec le patient, ce qui m'amène à la psychologie sociale. Selon Muzafer Serif, qui est un psychologue social turc, qui en 1963 la définit par « *la psychologie sociale est l'étude scientifique du comportement et de l'expérience des individus en réaction à des situations sociales* ». ⁷⁷ associé à cette définition, nous pouvons retrouver celle de Robert J. VALLERAND, qui la définit en 1994 comme « *le domaine d'étude scientifique, qui analyse la façon par laquelle nos pensées, nos sentiments et comportements sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres, par leurs caractéristiques, et par les divers stimuli sociaux, qui nous entourent et qui, de plus, examine comment nos propres composantes psychologiques personnelles influent sur notre comportement social* ». ⁷⁸ Effectivement mon sujet traite de la posture qui est un comportement social du fait que notre comportement n'est pas uniquement pour nous mais peut également agir sur les autres, de plus nous ne sommes

⁷⁶ Université de Lausanne, « Qu'est-ce que la psychologie ? » UNIL. <https://www.unil.ch/ip/fr/home/menuinst/institut/quest-ce-que-la-psychologie.html> (consulté le 10 avril 2020).

⁷⁷ Sylvain Delouée. Psychologie sociale. Dunod, 2018.

⁷⁸ Sylvain Delouée. Psychologie sociale. Dunod, 2018.

pas solitaires, on vit tous dans un groupe où il se produit des interactions. Nous sommes tous dépendant des mécanismes qui régissent les liens entre les personnes. Notre comportement agit sur la perception qu'on les autres de nous.

Tout au long de cette partie de problématisation je vais m'intéresser aux champs de la psycho-sociologie et donc à la psychologie humaine dans la vie sociale d'un individu. Je vais également tenter de mettre en lien les concepts qui ressortent de ma question de départ, mes diverses lectures exploratrices ainsi que les entretiens réalisés avec des professionnels de terrain.

1. La posture professionnelle

Pour commencer je vais approfondir la notion de posture professionnelle. Dans la situation cela se retrouve car le comportement des infirmières est différent, certaines iront avec le sourire et détendues alors que d'autre en étant tendues.

Cette notion se définit d'après Mémoire Online par « *un regroupement des savoirs professionnels (connaissances, concepts, valeurs, expériences...), les pratiques professionnelles (comportements, rôles...) et la posture (attitude, opinions...)*. Pour la définir autrement, la posture professionnelle est l'acquisition de nombreuses valeurs, associant savoir, savoir être et savoir-faire. Le soignant est dans un processus d'évolution constant et ininterrompu qui lui permet de se construire et de progresser dans sa relation avec la personne soignée. »⁷⁹ Cette définition indique que la posture n'est pas quelque chose d'acquis mais un processus d'évolution pour progresser avec la personne soignée, ce qui correspond aux dires des infirmière(er)s interrogés. La plupart explique bien qu'ils s'adaptent aux patients qu'ils ont en face d'eux (Annexe 4). Effectivement l'idéal serait que l'infirmière (er) sache s'adapter et adapter sa manière d'être face aux patients, ce que complète Jacques Sommé en rajoutant que « *Un geste, une parole est le plus souvent porteuse d'un double message, on dirait aujourd'hui d'une interface, une face tournée vers autrui, l'autre vers soi-même. Il y a d'un côté l'intentionnalité, le mouvement, le sens donné à ce geste, à cette parole par celui qui l'envoie et de l'autre, par le récepteur une écoute spécifique pour recevoir, accueillir, agrandir ou encore déformer, dévoyer ou même rejeter ce qu'il peut considérer comme agressant ou pas bon pour lui* »⁸⁰. Cela fait le lien avec le refus de soins puisque d'après ces paroles, le patient peut rejeter ce qui est proposé, car l'écoute qu'a eue le patient sur nos gestes et/ou nos paroles ainsi que nos mots ne furent pas en adéquation avec ce qu'il attendait. Est-ce que le soignant en envoyant le message avait-il un positionnement suffisamment clair ? Cependant dans la première définition on peut à nouveau retrouver le terme de valeurs, ce qui m'interroge sur ce fait. Quelle valeur serait utile pour avoir une posture adaptée face aux patients ?

⁷⁹ Christelle Corcelle, « La qualité du réveil en salle de surveillance post-interventionnelle. » Mémoire Online. <https://www.memoireonline.com/05/13/7173/m-La-qualite-du-reveil-en-salle-de-surveillance-post-interventionnelle5.html> (consulté le 18 avril 2020).

⁸⁰ Jacques Salomé. « Heureux qui communique. » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 18 avril 2020).

1.1 Les valeurs soignantes dans la posture

Pour commencer voici une définition de valeur : « Une valeur c'est une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou un groupe de personnes qu'ils reconnaissent comme importante ». ⁸¹ De plus pour faire le lien avec la posture d'après Maela Paul « La posture, en effet, désigne une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude « de corps et d'esprit ». Or on demande à ces professionnels d'opter pour un changement de posture, autrement dit de remettre en question leur manière d'être. » ⁸² Ces deux définitions démontrent à mon sens que la manière d'être dépend considérablement de nos valeurs, donc afin d'adapter notre posture, il faut aussi adapter nos valeurs ? A contrario lors d'un des entretiens, l'infirmier de psychiatrie a précisé qu'il ne fallait pas « jouer » avec nos valeurs mais rester intègre.

Cependant quelles sont les valeurs du métier ? D'après les infirmières(ers) interrogés lors de ma dernière question du guide d'entretien, les valeurs principales sont la bienveillance, l'empathie, le respect, l'écoute, l'adaptation, la communication, l'acceptation, et la disponibilité. Ce sont sensiblement les mêmes retrouvés sur divers sites internet pourtant le site d'espace soignant ⁸³ rajoute la dignité, l'intégrité, le bien-être, la sécurité, la justice et la tolérance pourtant à mon sens j'en rajouterai également une qui est la responsabilité. Effectivement l'infirmier est responsable dans le domaine « technique » de tous ces actes mais également dans le domaine du relationnel, dans le sens que nous donnons aux gestes, tel que le souligne Jacques Salomé « Si nous acceptons de part et d'autre d'une relation, d'être responsables de ce que nous ressentons, nous sommes aussi responsables du sens que nous donnons à un geste, à une parole, donné ou reçu. » ⁸⁴ Les valeurs sont en liens avec notre posture et il n'y aurait pas de valeurs propres à la posture à part l'intégrité car si notre posture est en adéquation avec nos valeurs, alors une relation de confiance envers le patient pourra être créée. Il pourra sentir que le soignant est intègre et en adéquation avec ces actes. Lors des entretiens et plus particulièrement concernant la question sur les valeurs, un terme ne relevant pas des valeurs mais plus de l'attitude est revenu à deux reprises tel qu'avoir « un comportement calme voir ferme ». Cependant en quoi avoir un comportement calme voir ferme permet d'avoir une posture adaptée face aux patients en refus de soins ?

1.2 Le comportement face aux patients ?

Le comportement se définit d'après le Centre national des ressources textuelles et lexicales par « Ensemble des réactions observables chez un

⁸¹ Forum Jeunesse Centre-du-Québec, « Mes valeurs. » Forum Jeunesse Centre-du-Québec. https://www.csmv.qc.ca/wp-content/uploads/2011/04/Mes_valeurs.pdf (consulté le 18 avril 2020).

⁸² Maela Paul, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. » *Recherche en soins infirmiers* N°110 (2012) : Pages 13 à 20. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm> (consulté le 18 avril 2020).

⁸³ Morgan Pite, « Les valeurs personnelle et professionnelle. » Espace soignant. <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/valeurs-personnelles-et-professionnelles> (consulté le 18 avril 2020).

⁸⁴ Jacques Salomé. « Heureux qui communique. » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 18 avril 2020).

individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données. »⁸⁵ Donc le comportement serait tout ce qui est observable chez l'individu ce qui rejoint la posture. Quel est l'impact du comportement calme ou ferme de l'infirmier sur le patient ? Pour expliquer l'impact produit il faut s'intéresser aux neurosciences qui dans les années 90 met en lumière les « neurones miroirs » effectivement « *Il nous apprend que le système miroir est impliqué dans les fonctions motrices, mais également pour les apprentissages et les interactions sociales. Le sourire entraîne le sourire, le calme incite au calme, (...) Utiliser nos neurones miroirs permet donc de créer un lien, de communiquer par le langage corporel, et souvent d'amener l'autre au calme et à l'apaisement par notre propre attitude.* »⁸⁶ Donc le comportement découle directement des neurones miroirs qui nous permettent de comprendre la communication non-verbale de notre interlocuteur mais également du point de vue de l'infirmier d'adapter sa posture au mieux aux contextes et aux effets recherchés (ex : apaisé un patient avec un comportement et des gestes calmes). Dans ma situation cela se ressentait car les patients étaient plutôt calme détendu et utilisait plus facilement l'humour avec les infirmières qui étaient détendu qu'avec les autres. De plus d'après Margot Phaneuf « *les comportements professionnels font partie d'un système de représentation de qualités et d'agir qui devrait caractériser une personne ayant une appartenance à une profession reconnue, en l'occurrence ici, celle d'infirmière. Ces représentations sont sous-tendues par des valeurs, des finalités et des schèmes d'action qui sont propres à cette profession.* »⁸⁷ Est-ce que cela impliquerait que notre comportement dépend de nos représentations mais également de nos valeurs ? Cependant cette définition explique également que la profession d'infirmière permet d'avoir un comportement un peu « stéréotypé » tout en prenant en compte les valeurs et les représentations de l'infirmière et donc permet de rester singulier dans la ressemblance.

Pour finir la posture utilisée par l'infirmière peut favoriser ou non la confiance qu'a le patient en elle. Effectivement « *Pour les Sciences Sociales, la confiance n'existe que dans l'incertitude, elle implique une prise de risque et s'exprime en général comme une attente optimiste envers les comportements d'Autrui* »⁸⁸ Ce qui signifierait dans la relation soignants-soigné que le patient est incertain mais qu'il ne s'attend pour autant pas à être trahi ou trompé par les infirmières (ers). Mais qu'également le comportement des soignants ne doit pas indiquer de trahison possible. De plus en complément de la posture, les gestes effectués peuvent donner confiance aux patients tel que le stipule Laurence Lagarde Piron « *Certains gestes seront rassurants comme la main posée sur le bras, la chaleur d'une poignée de main ou encore la bienveillance du regard. Le corps tient une place centrale dans la relation de soin et ces*

⁸⁵ Centre national des ressources textuelles et lexicales, « Comportement. » Centre national des ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/comportement> (consulté le 18 avril 2020).

⁸⁶ Espace infirmier, « Littérature scientifique. » Espace infirmier. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/articles/INM374.pdf> (consulté le 18 avril 2020).

⁸⁷ Margot Phaneuf, « Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers. » Margot Phaneuf. http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf (consulté le 19 avril 2020).

⁸⁸ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

*gestes de réassurance sont les ingrédients de la confiance*⁸⁹ » et a contrario les gestes peuvent aussi créer de la méfiance « *L'attitude et le comportement peuvent inspirer la méfiance, les gestes maladroits et le corps peuvent communiquer le manque d'expérience et inspirer la méfiance*⁹⁰ », ce qui compliquerait la mise en place d'une relation de confiance, mais elle dépendra beaucoup de la manière d'être donc de la posture adoptée par l'infirmière. Comment se crée la confiance entre le patient et le soignant ?

2. La confiance

La notion de confiance, qui se définit d'après le Centre national de ressources textuelles et lexicales pour les relations interpersonnelles comme « *Une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence*⁹¹ », et pour la relation de soi à soi, le Centre national de ressources textuelles et lexicales la définit par « *Assurance que l'on peut avoir en ses propres ressources ou en sa destinée*⁹² ». Effectivement il y a deux versions de la confiance, il y a d'abord la confiance entre les personnes donc entre le soignant et le patient et il y a aussi la confiance qu'accorde le professionnel envers lui-même. Effectivement si le soignant n'a pas confiance en lui comment le patient peut avoir confiance dans le professionnel ? De plus si le soignant n'a pas confiance dans ces gestes ou dans le traitement administré il ne pourra pas donner confiance aux patients et pourra le rendre méfiant. Ensuite dans ces définitions il y a, à nouveau la présence du terme valeur ce qui signifierait que sans valeur, il n'y a pas de profession ni de confiance ? Cependant comment la confiance se crée entre le professionnel et le patient ?

2.1 La confiance dans la relation soignant-soigné :

Pour commencer d'après les infirmières (ers) interrogés lors de mes entretiens la confiance est primordiale dans la relation de soins car elle permet une meilleure adhésion aux soins selon leurs dires et permettrait à la personne soignée de mieux se sentir d'après quatre infirmiers. Cependant dans la relation soignant-soigné comment existe réellement cette confiance ? Pour les sciences sociales « *la confiance n'existe que dans l'incertitude, elle implique une prise de risque et s'exprime en général comme une attente optimiste envers les comportements d'Autrui.*⁹³ » cela implique d'après cette citation, que pour que la confiance existe il faut de l'incertitude. Mais comment cette incertitude est créée ?

⁸⁹ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

⁹⁰ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

⁹¹ CNRTL, « Confiance. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté le 20 avril 2020).

⁹² CNRTL, « Confiance. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté le 20 avril 2020).

⁹³ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

D'après Phanuel D⁹⁴ « *L'expérience hospitalière met le malade en situation : de grande vulnérabilité et d'incertitude lié aux physiques et aux psychique, Sur le processus de délivrance de soins (« care »), Sur le résultat des soins (« cure »), Sur l'évolution de son état de santé, Sur le déroulement de son séjour hospitalier, d'asymétrie informationnelle.* » Ce qui implique que l'incertitude créée par l'hôpital engendre des besoins relationnels accrus, et permettrait d'enclencher le processus de création et de maintien de la confiance, puis en fonction de ce processus la relation avec le patient sera différente ? Cela rejoint les dires de Pierre Collart qui émet l'hypothèse que « *la confiance est issue d'un processus de construction / déconstruction donc elle est dynamique pas acquise a priori ni une fois pour toute* »⁹⁵ ce qui implique qu'elle est remise en « jeux » à chaque moment dans la relation et durant l'hospitalisation. De plus cela indique une notion de temps qui fut explicité une seule fois dans mes entretiens sous la forme de « *petites graines à planter au fur et à mesure.* »⁹⁶ Ce que Rousseau et AL stipulent qu'ils « *Attirent l'attention sur le fait que la confiance change au cours du temps, se développe, se construit, peut disparaître, et réapparaître dans les relations. Plusieurs variables peuvent donc interagir pour créer, maintenir et réduire la confiance.* »⁹⁷ Donc cela suppose une réelle notion de temps dans le processus de confiance que ce soit pour la créer ou la maintenir. J'ai pu également voir au travers d'autres stages, que plus les patients voyaient les infirmières, plus ils avaient confiance en eux, ce qui démontre bien la notion de temps mais pour autant existe-il plusieurs formes de confiance ?

2.2 Les formes de confiance

Après le processus de confiance décrit plus tôt, le sociologue Niklas Luhmann associe à cette notion les termes de confiance assurée et confiance décidée. Mais que signifient ces termes ?

Pour commencer la confiance assurée « *La confiance quotidienne que nous avons en général. Elle nous relie aux autres et nous assure que nos attentes seront satisfaites. (...) c'est la confiance dans le monde* »⁹⁸. D'après cela cette confiance se met en place sans réflexion de manière routinière. Puis Luhmann complété cela par « *une anticipation de l'avenir fondée sur l'expérience préalable et qui vise à réduire la complexité du monde futur* »⁹⁹. Cela implique que cette confiance, et celle que l'on exerce au quotidien, en tant que soignant cela revient à anticiper les soins par une programmation de notre poste, ou les réactions de certains patients connus du service. A contrario, quand le patient se retrouve dans une nouvelle situation où il n'y a rien de prévisible comme un soin ou une hospitalisation. C'est là où la confiance décidée prend le pas car

⁹⁴ Phanuel D. « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. » *Politiques et management public*, vol.20, n°4 (2002) : pp.115-132.

⁹⁵ Pierre Collart. « *Qu'est-ce que la confiance ?* ». Powerpoint, 2012.

⁹⁶ Première infirmière ayant répondu à ma grille d'entretien.

⁹⁷ Hélène Delerue et Céline Bérard, « Les dynamiques de la confiance dans les relations inter organisationnelles. » *Revue française de gestion vol n°175 (2007) : Pages 125 0 138.* <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-6-page-125.htm#pa28>(consulté le 20 avril 2020).

⁹⁸ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

⁹⁹ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

elle se définit d'après Luhmann par « *se conduire comme si le futur était certain (...) en faisant confiance on s'engage dans l'action comme s'il n'y avait que certaines possibilités dans le futur* »¹⁰⁰ pourtant rien n'indique que les possibilités retenues par le patient seront celle qui arriveront, cependant cela peut permettre au patient de rester optimiste ou pessimiste en fonction de sa situation morale initiale. La confiance que met en place le patient permettrait de réduire l'incertitude et donc générerait un sentiment de sécurité. Cependant quels sont les éléments qui permettent de créer ce sentiment de sécurité et par conséquent de confiance ?

Pour cela le patient test en permanence la confiance qu'il a placé dans l'infirmière, il peut regarder pour cela l'attitude, le comportement, et questionner l'infirmière. Effectivement d'après Pierre Collart « *L'attitude et le comportement du personnel de contact, ainsi que l'information reçue par le patient sont les créateurs de la valeur relationnelle et de la confiance dans les soins (...) La confiance s'établit quand le partenaire fournit une information satisfaisante* »¹⁰¹ Cela démontre à nouveau la présence de valeur dans les soins. D'après cette citation l'information donné aux patients et une notion permettant aux patients de crée de la confiance dans l'infirmière, cela indiquerait qu'elle doit répondre au maximum à ces questions, et ne pas les laisser en suspend mais également reconnaître quand elle n'a pas la réponse et donc la lui apporter par la suite, car « *La confiance relationnelle repose sur l'honnêteté du personnel, la confiance rationnelle repose sur la compétence perçue* »¹⁰². S'il n'y a pas de confiance alors il peut y avoir refus de soins ?

Cela induit la notion de communication mais également de temps qui sont finalement étroitement liés. Pour répondre aux patients de manière convenable et donc de créer de la confiance il faudrait prendre ce temps-là cependant l'infirmière ne l'a pas forcément. De plus la citation précédente permet de faire un lien avec les compétences de l'infirmière, effectivement d'après la première infirmière interrogée les compétences techniques peuvent rassurer le patient « *Être à l'aise dans les gestes techniques parce que sinon si toi déjà tu n'es pas à l'aise dans les soins techniques, alors ça ne va pas rassurer le patient et cela peut mener au refus de soins.* »¹⁰³. Les compétences maîtrisées par l'infirmière pour faire naître de la confiance avec le patient devraient être à la fois techniques et relationnelles. « *Je pense qu'ils savent ce qu'ils font. Et, sachant ce qu'ils font, je peux y aller en toute confiance.* »¹⁰⁴ Cela signifierait que le patient fait confiance aux soignants car il estime que les soignants savent ce qu'ils font sans pour autant en avoir la certitude ce qui fait le lien avec l'incertitude créée par l'hospitalisation, est-ce que si le soignant

¹⁰⁰ Laurence Lagarde-Piron, « La confiance dans les soins infirmiers. » La confiance (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

¹⁰¹ Pierre Collart. « *Qu'est-ce que la confiance ?* ». Powerpoint, 2012.

¹⁰² Pierre Collart. « *Qu'est-ce que la confiance ?* ». Powerpoint, 2012.

¹⁰³ Première infirmière ayant répondu à ma grille d'entretien.

¹⁰⁴ Véronique Haberey-Knuessi et Patrick Obertelli, « La relation soignant-malade face au risque de la confiance. » *Sociologies pratiques* N°35 (2017) : 107 à 117. <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2017-2-page-107.htm> (consulté le 25 avril 2020).

ne répond pas à ces attentes aux niveaux compétences cela peut engendrer un refus de soins ?

3. Le refus de soins

Pour finir le refus de soins. Qui se retrouve dans ma situation, par le refus des traitements per os et indirectement par le refus du pansement. D'abord ce concept ne possède pas de définition propre car il est défini principalement par le fait de ne pas donner son consentement ou de ne pas être en accord avec le soin proposé. Cependant cela peut interroger du fait que lors des entretiens réalisés tous les professionnels ont déjà été rencontrés une situation de refus de soins, c'est une notion que les professionnels connaissent pourtant aucune définition n'est clairement posée. N'y a-t-il pas de définition clairement posée car il y a de nombreux facteurs qui peuvent rentrer dans cette définition, la rendant par conséquent trop compliquée ? Quels sont ces facteurs pouvant amener au refus de soins du patient ?

3.1 Les facteurs du refus de soins ?

Pour commencer, on peut retrouver la volonté de s'affirmer et de se positionner, effectivement Jacques Salomé explique que « *Elle pourrait dire : « je ne veux pas », et s'affirmer ainsi plus clairement, confirmer, se positionner. « Non ce n'est pas mon désir, ce n'est pas mon attente, ce n'est pas mon choix actuellement ! », et s'affirmer ainsi plus clairement face à l'autre.* ¹⁰⁵ ». De plus le patient « *rencontrer, toucher du doigt parfois douloureusement une difficulté présente chez chacun d'entre nous, le conflit entre besoin d'approbation et besoin d'affirmation...* »¹⁰⁶ Ce qui signifie que le patient veut à la fois s'affirmer face aux soignants et en même temps attend son approbation. Par conséquent est-ce que le refus de soins n'est possible que dans un cadre où le refus est accepté ? Ou du moins le refus est possible et respecté ? En effet le refus de soins peut s'exprimer qu'à partir du moment où d'après Sylvie Vandoolaeghe « *Le refus de soin, c'est la condition de possibilité du consentement : si on ne peut pas refuser, on ne peut pas consentir.* »¹⁰⁷ Donc il faut que le soignant puisse dire au patient qu'il est libre et que ce soin/traitement/autre n'a pas le statut d'obligation, cependant cela passe par la communication mais peut-il également passer par la posture adoptée par le professionnel ? Effectivement si le comportement du soignant n'est pas en adéquation avec ces dires, le patient refusera peut-être plus facilement car il n'aura plus confiance dans le soignant ? Ensuite le refus est lié à un non-consentement, pourtant à l'inverse le consentement, est un droit que les patients connaissent bien. Ce droit est lié aux devoirs de l'équipe médicale, qui est d'informer le patient, de respecter sa dignité et son autonomie, ce principe permet de créer une relation de confiance. De plus cela fait partie de la liberté individuelle du patient donc ne

¹⁰⁵ Jacques Salomé, « Heureux qui communique. » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 27 avril 2020).

¹⁰⁶ Jacques Salomé, « Heureux qui communique. » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 27 avril 2020).

¹⁰⁷ Sylvie Vandoolaeghe, « Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient. » Actus Soins. <https://www.actusoins.com/308108/refus-de-soins-tenir-compte-de-lidentite-et-de-lhistoire-du-patient.html> (consulté le 29 avril 2020).

pas respecter le consentement ou ne pas donner la possibilité de l'exprimer serait-ce une atteinte à cette liberté ?

Cela fait écho à l'article 4 de la charte du patient hospitalisé qui stipule que « *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.* »¹⁰⁸. Donc cela signifie que le patient a la possibilité d'accepter un soin comme de le refuser ? Et donc cela fait partie intégrante de sa liberté individuelle car comme le stipule la déclaration universelle des droits de l'homme « *Art. 11. La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme : tout Citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi.* »¹⁰⁹ Cependant pourquoi refuse-t-il les soins ? Est-ce par une volonté d'autonomie ? Effectivement le patient peut refuser un soin d'abord parce qu'il ne veut pas se sentir dépendant des soignants car eux « savent » alors que le patient « non » donc refuser permettrait-il de rééquilibrer une relation considérée comme asymétrique ? Effectivement d'après Aline Corvol « *Pour préserver une identité fragilisée par l'âge et/ou la maladie, certaines personnes préfèrent refuser tous les éléments qui pourraient révéler une dépendance* »¹¹⁰. Si le soignant est considéré comme sachant cela peut également signifier que le patient n'a pas les informations nécessaires ou n'a pas « entendu » les informations lui permettant de faire un choix dit « éclairé ». Cela fait le lien également avec E Delassus qui dit que « *Le refus d'une technique ou d'une thérapeutique est le plus souvent le signe d'une demande d'explication supplémentaire sur ce qui est proposé.* »¹¹¹ Cependant afin de pouvoir consentir et d'être acteur de sa santé le patient a besoin d'avoir des informations afin d'être éclairé sur sa situation. D'après Nicolas Couessurel « *Une fois bien informé, éclairé sur sa situation, informé en des termes choisis, le patient peut librement exprimer son consentement ou son refus de soins. Il est alors seul responsable de ses choix.* »¹¹². Cela est lié à l'information, comment savoir si elle est adaptée ? Effectivement « *le manque d'information, ou une surinformation qui noie une vision claire de la réalité, ou une altération de la santé empêchant toute expression de volonté* »¹¹³ peut compliquer la prise de décision du patient donc il peut tout refuser par manque de compréhension.

Le manque d'information et altération de la cognition font partie des éléments relevés lors des entretiens effectués auprès des professionnels de santé. Pourtant en quoi le manque d'information est un facteur de refus de soins ? Cela fait référence à la confiance, effectivement comment peut-on faire

¹⁰⁸ Ministère de la santé et des solidarités, « Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisé ». Le Gouvernement. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (consulté le 27 avril 2020).

¹⁰⁹ Article 11 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen. <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789> (consulté le 29 avril 2020).

¹¹⁰ Aline Corvol, « Refus de soins : de la confrontation à la négociation. » Espace éthique Région Ile de France. <https://www.espace-ethique.org/d/2354/2350> (consulté le 27 avril 2020).

¹¹¹ E Delassus, « Refus de traitement, aider le malade mieux le comprendre » Ethique et santé, N°8, 2011, P 101-05.

¹¹² Nicolas Couessurel, « Le refus de soins : » ANISP. <http://www.infirmiersapeurpompier.com/category/Le-refus-de-soins-Article-de-Nicolas-COUESSUREL.html> (consulté le 20 novembre 2019).

¹¹³ MAIA, « Thématique 4-Consentement, refus de soins et/ou refus d'aide. » Ouest Cornouailles. https://www.bien-vieillir-en-cornouaille.com/sites/bien-vieillir-ouest-cornouaille.com/files/atoms/files/Th%C3%A8me%20%204-Consentement%2C%20refus%20de%20soins%20et-ou%20d%27aide_0.pdf (consulté le 29 avril 2020).

confiance à quelqu'un qui ne dit pas tout ? Donc qu'elle est l'importance de l'information chez le patient ?

Hervé Nabarette explique que « l'information « pour connaître » (les maladies, les traitements, le système de santé) sert de diverses manières aux patients : la compréhension de la maladie : l'information permet de comprendre le problème de santé qui est en jeu, d'avoir une idée du pronostic, de tirer meilleur profit de la consultation, de comprendre les tests et traitements ainsi que leurs résultats ... une gestion de la maladie : elle revêt une importance particulière dans le cas des pathologies chroniques (asthme, diabète, dépression, hypertension, problèmes liés au stress, maladies gastro intestinales, arthrite, mal de dos). Nombre d'études témoignent de l'effet positif sur l'état de santé d'un rôle actif du patient. Puis pour les décisions médicales : l'intervention du patient dans un choix thérapeutique se fonde sur sa connaissance des traitements possibles et sur ses préférences en matière de santé. Pour la prévention : les patients peuvent modifier leurs comportements pour améliorer leur santé (consommation de tabac, d'alcool, pratiques à risque...). Dans les systèmes de santé contemporains, la responsabilité des individus est mise en avant de façon croissante. Le self care : le patient et son entourage sont les premiers intervenants de la prise en charge. Ils mobilisent une connaissance sur les soins de base et sur les différentes attitudes à adopter (par exemple surveiller un bébé qui a de la température et savoir quand on doit l'amener chez le médecin). Un accompagnement psychologique : les groupes d'entraide, les échanges d'information et d'expérience sont importants pour les patients gravement atteints, et ils peuvent avoir un effet positif sur la santé. »¹¹⁴. Cela montre tous les bénéfices de l'information, et donc cela permet au patient d'avoir une réflexion éclairée lui permettant ainsi de donner ou non son consentement pour les soins/traitements, ... Ce qui montre que si l'information est donnée de manière adaptée, cela permet la création de la relation de confiance car le patient sait et le professionnel sait aussi donc la relation devient symétrique. Il n'y a plus ce rapport de force et cela laisse l'autonomie au patient qui une fois informé peut prendre sa décision d'accepter ou non la proposition des soignants et grâce à l'information donné il devient également acteur de sa santé et il a toutes « les cartes en mains » pour pouvoir prendre sa décision et en comprendre les risques quel que soit sa décision.

De plus dans la psychologie humaine, le « non » fait partie intégrante de la construction identitaire « Car nul ne peut ignorer après eux que la phase d'opposition du très jeune enfant à son environnement primaire est l'une des manifestations de sa construction identitaire, de son affirmation face aux autres et à leurs désirs, de sa vie psychique autonome ». ¹¹⁵ Donc l'utilisation du « NON » par le patient peut être la construction de son autonomie vis-à-vis de la médecine. Et par conséquent le patient ne se considère plus comme objet de soins mais bien comme acteur de sa santé. Pour finir on retrouve

¹¹⁴ Hervé Nabarette, « L'internet médical et la consommation d'information par les patients. » Réseaux n°114 (2002) : pages 250. <https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2002-4-page-249.htm> (consulté le 29 avril 2020).

¹¹⁵ Olivier Jan, « Le refus de soins des usagers et des équipes. » VST- Vie sociale et traitements N°101 (2009) : pages 25 à 29. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-25.htm> (consulté le 27 avril 2020).

dans les réponses reçues lors des entretiens, des soins qui ont l'air privilégié pour les refus de soins tel que les soins douloureux, des soins de nursing, les traitements, en lien avec le contexte où l'on peut retrouver d'après leurs réponses un manque de communication, d'écoute ou une communication inadaptée, de ne pas être convaincu soi-même du soins/traitement, ... ensuite le manque de confiance. Cela démontre bien que la confiance, la posture, la communication et le refus de soins sont étroitement lié mais également les soins effectués par les infirmières. Effectivement certains soins peuvent toucher à l'intimité, d'autre peuvent faire remonter des souvenirs que les patients ne veulent pas revivre, tout comme les soins potentiellement douloureux qui peuvent être refusé par le patient. Pourtant est ce qu'une attitude confiante, et une communication adaptée de l'infirmière peut mettre en confiance le patient, et donc réduire son appréhension et donc par conséquent son refus de soins ?

Pour finir au regard des entretiens effectués auprès des infirmières (ers) et de mes lectures complémentaires, il me semble que le refus de soins est inévitable, mais que l'infirmière (er) a un rôle à jouer que ce soit avant ou pendant ces refus, de part sa posture et la relation de confiance qu'elle met en place avec le patient.

VII. Hypothèse

Avant de passer à l'hypothèse voici, la question qui a mené ma recherche tout le long de cette partie de problématisation :

« En quoi la posture professionnelle adoptée par l'infirmière peut influencer le comportement des patients en refus de soins ? »

Effectivement la posture adoptée par l'infirmière a une influence directe voir indirect sur le patient. La posture adoptée par l'infirmière a un impact direct sur le patient, du fait de la posture, la relation peut être asymétrique du fait des mots et du comportement inadaptée et de manière indirect car si nos mots ne sont pas en adéquation avec notre comportement alors le patient peut ne plus rien comprendre et donc ne plus avoir confiance dans le professionnel.

Effectivement s'il y a des failles entre notre comportement et nos mots, alors le refus de soins peut naître étant donné le manque de confiance et le manque de compréhension. Grâce aux éléments apportés lors des entretiens, et de mes lectures, j'avance l'hypothèse que :

La posture professionnelle de l'infirmier permet la création et le maintien d'une relation de confiance afin que le refus de soins puisse être évité ou non.

Conclusion

Au commencement de mon mémoire, j'ai choisi d'étudier une situation qui m'avait questionnée. Le but de mon mémoire est d'améliorer ma pratique professionnelle, effectivement le refus de soins étant présent partout, je pourrais y être confronté quel que soit le service ou j'exercerai. J'ai également pris du plaisir à travailler cette thématique qui m'intéressait et qui me tenait à cœur.

Ce travail m'a permis tout au long de sa rédaction, de me questionner sur la situation vécue auprès de ces patients. J'ai pu grâce aux diverses lectures et aux entretiens menés avec des infirmières (ers) de divers lieux d'exercice, prendre du recul sur ma situation d'appel. Les lectures comme les entretiens m'ont beaucoup appris sur le « pouvoir » de la communication quel qu'elle soit mais particulièrement de la communication non verbale avec le patient et également une notion que je n'avais pas explorée au début, la confiance. Les lectures m'ont apportées un versant théorique et un apport de connaissance mais les entretiens qui à mon sens étaient plus enrichissants car cela m'a permis d'avoir des expériences de terrains. Effectivement j'ai pu grâce aux entretiens m'apercevoir que le refus de soins était présent quel que soit la discipline et que même indirectement, il était présent au bloc opératoire, de plus les professionnels étaient relativement unanimes sur l'importance de la confiance et de la communication dans ce type de situation spécifique. De plus grâce aux diverses lectures j'ai pu m'apercevoir que le comportement du soignant à tout moment pouvait créer ou détruire une relation de confiance et pouvait par conséquent mener au refus de soins.

Chaque situation de soins est complexe et nécessite le jugement de l'infirmier dans toutes les facettes. Il est nécessaire d'avoir une continuelle adaptation aux patients afin que la relation de soins soit la plus optimale possible. Il est important de considérer le patient comme un être humain et donc comme sujet de soins et non comme objet de soins car cela peut mener au refus de soins par la volonté d'autonomie de ce dernier.

Ce travail m'a permis de me rendre compte de l'importance de la communication non verbale et de son utilisation dans les soins, ce qui m'a conforté sur la volonté de continuer d'observer et analyser le comportement humain au travers des soins et donc de me remettre en question afin d'affiner ma posture professionnelle et mon comportement une fois en tenue professionnelle auprès des patients. Cela m'a également permis de voir l'importance de la confiance, ma volonté d'en acquérir davantage vis-à-vis de moi-même afin de quitter la posture d'étudiante pour celle de professionnelle. Pour finir, la posture professionnelle a toute son importance auprès du patient, elle permet de créer ou de défaire la relation de confiance, cependant en quoi le refus de soins du patient peut modifier sa prise en soins ?

Bibliographie

Dictionnaire :

Aimée Aljancic, Anne Banckaert. *Larousse Dictionnaire encyclopédique*. Belgique : Sélection du Reader's Digest, 1994.

Christine Paillard. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. France : Setes, 2018.

Lynda Juall Carpenito. *Manuel de diagnostics infirmiers*. Canada : Elsevier Masson, 2016.

Image de la page de garde :

ResearchGate. « Démarche clinique face au refus de soins Clinical-approach-in-front-of-refusal-of-care. » ResearchGate. https://www.researchgate.net/figure/Demarche-clinique-face-au-refus-de-soins-Clinical-approach-in-front-of-refusal-of-care_fig2_257677290 (consulté le 08 mai 2020).

Fiches-IDE. « Mémoire de fin d'étude, le consentement aux soins aux cœurs de l'accompagnement. » Fiches-IDE. <http://www.fiches-ide.fr/wp-content/uploads/2019/11/2019-ACCOMPAGNEMENT-Le-consentement-aux-soins-au-coeur-de-laccompagnement.pdf> (consulté le 08 mai 2020).

Livre :

Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, Isabelle Nègre. *Communication soignant-soigné Repères et pratiques*. Péronnas : édition Breal, 2011.

Alain de Broca. *Le soin est une éthique*. Gémenos : Groupe Horizon, février 2014.

Marlyne Dabrion. *Soins relationnels*. Belgique : Vuibert, 2013.

Mme Burg. *Les concepts en communications*. Strasbourg : IFSI, 2017.

Pierre Collart. « *Qu'est-ce que la confiance ?* ». *Powerpoint*, 2012.

Sylvain Delouée. *Psychologie sociale*. Dunod, 2018.

Walter Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. France : Elsevier Masson, 2002.

Walter Hesbeen. *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997.

Périodique :

Anne Papas et Jérôme Chevillotte. « Le refus de soin. » *La revue de l'infirmière* n°224 (octobre 2016) : p 15 à 29.

E. Delassus. « Refus de traitement, aider le malade à mieux se comprendre. » *Ethique et santé*, n°8 (2011) : p.101-105.

Jérôme Fisman. « Le refus de soin, éclairage juridique. » *La revue de l'infirmière* N°224 (octobre 2016) : Pages 17.

Phanuel D. « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. » *politiques et management public*, vol.20, n°4 (2002) : pp.115-132.

Périodique internet :

Daniel Wildlocher. « Espace psychique, espace corporel. » *Le carnet du psy* N°117 (2007) : pages 29 à 33. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-4-page-29.htm#> (consulté le 23 novembre 2019).

Hélène Delerue et Céline Bérard. « Les dynamiques de la confiance dans les relations inter organisationnelles. » *Revue française de gestion* vol n°175 (2007) : Pages 125 à 138. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-6-page-125.htm#pa28>(consulté le 20 avril 2020).

Hervé Nabarette. « L'internet médical et la consommation d'information par les patients. » *Réseaux* n°114 (2002) : pages 250. <https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2002-4-page-249.htm> (consulté le 29 avril 2020).

Maela Paul. « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. » *Recherche en soins infirmiers* N°110 (2012) : Pages 13 à 20. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm> (consulté le 18 avril 2020).

Laurence Lagarde-Piron. « La confiance dans les soins infirmiers. » *La confiance* (2016) : pages 242 à 256. <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm> (consulté le 19 avril 2020).

Olivier Jan. « Le refus de soins des usagers et des équipes. » *VST- Vie sociale et traitements* N°101 (2009) : pages 25 à 29. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-25.htm> (consulté le 27 avril 2020).

Véronique Haberey-Knuessi et Patrick Obertelli. « La relation soignant-malade face au risque de la confiance. » *Sociologies pratiques* N°35 (2017) : 107 à 117. <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2017-2-page-107.htm> (consulté le 25 avril 2020).

Site internet :

A.J. Scheen. « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. » A.J. Scheen. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LI/RE/DOC%20LU/non%20observance%20th%C3%A9rapeutique.pdf> (consulté le 23 novembre 2019).

Aline Corvol. « Refus de soins : de la confrontation à la négociation. » Espace éthique Région Ile de France. <https://www.espace-ethique.org/d/2354/2350> (consulté le 22 novembre 2019).

Christelle Corcelle. « La qualité du réveil en salle de surveillance post-interventionnelle. » Mémoire Online. https://www.memoireonline.com/05/13/7173/m_La-qualite-du-reveil-en-salle-de-surveillance-post-interventionnelle5.html (consulté le 18 avril 2020).

Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicales. « Comportement. » Centre national des ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/comportement> (consulté le 18 avril 2020).

Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicale. « Confiance. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté le 20 avril 2020).

Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. « Définition posture. » Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicale. <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/posture.fr> (consulté le 16 novembre 2019).

Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicale. « Refus. » Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/refus> (consulté le 16 novembre 2019).

Conseil international des infirmières, « Définition des soins infirmiers. » Conseil international des infirmières. <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions> (consulté le 15 avril 2020).

Cyberlearn. « L'apparition de la conscience de soi. » Cyberlearn. [file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie du developpement humain - developpement de la conscience de soi%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie%20du%20developpement%20humain%20-%20developpement%20de%20la%20conscience%20de%20soi%20(3).pdf) (consulté le 25 novembre 2019).

Espace infirmier. « Littérature scientifique. » Espace infirmier. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/articlesINM374.pdf> (consulté le 18 avril 2020).

Franck Pasquet. « Lire le langage du corps. » Franck Pasquet. <https://pnlarticles.com/lire-le-langage-du-corps/> (consulté le 20 décembre 2019).

Forum Jeunesse Centre-du-Québec. « Mes valeurs. » Forum Jeunesse Centre-du-Québec. https://www.csmv.qc.ca/wp-content/uploads/2011/04/Mes_valeurs.pdf (consulté le 18 avril 2020).

Jacques Salomé, « Heureux qui communique. » Jacques Salomé. <http://www.j-salome.com/societe.html> (consulté le 27 avril 2020).

Jean Martin. « Refus de soins par le patient et éventuelle contrainte. » UNESCO. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LIRE/DOC%20LU/Refus%20de%20soins%20par%20le%20patient%20et%20%C3%A9ventuelle%20contrainte.pdf> (consulté le 11 octobre 2019).

Grégoire Moutel. « La question du refus de soin. » INSERM. <https://www.hal.inserm.fr> (consulté le 19 octobre 2019).

Laurent Muchielli. « Communication. » Mémoire Online. https://www.memoireonline.com/09/08/1532/m_communication (consulté le 05 décembre 2019).

Léonard de Vinci. « Citation célèbre. » Le parisien. <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/6477> (consulté le 02 novembre 2019).

Le proverbe africain. « Citations avec Dico-Citations. » Le Monde. https://dicocitations.lemonde.fr/citation_auteur_ajout/99101.php (consulté le 20 octobre 2019).

M. Benoit, J. Pon, M.A Zimmermann. « Comment évaluer la qualité de l'observance ? » L'encéphale. <file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Desktop/Travail%20FE/DOC%20A%20LIRE>

[RE/DOC%20LU/Comment%20%C3%A9valuer%20la%20qualit%C3%A9%20de%20l%E2%80%99observance.pdf](https://www.rendez-vous-soins.com/IMG/pdf/RE/DOC%20LU/Comment%20%C3%A9valuer%20la%20qualit%C3%A9%20de%20l%E2%80%99observance.pdf) (consulté le 28 novembre 2019).

MAIA. « Thématique 4-Consentement, refus de soins et/ou refus d'aide. » Ouest Cornouailles. https://www.bien-veillir-en-cornouaille.com/sites/bien-veillir-ouest-cornouaille.com/files/atoms/files/Th%C3%A8me%20%204-Consentement%2C%20refus%20de%20soins%20et-ou%20d%27aide_0.pdf (consulté le 29 avril 2020).

Margot Phaneuf. « Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers. » Margot Phaneuf. http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf (consulté le 19 avril 2020).

Ministère du travail, des relations sociales, de la santé et des sports. « Annexe II : diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétence ». Le gouvernement. https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf (consulté le 08 novembre 2019).

Ministère de la santé et des solidarités. « Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisé ». Le Gouvernement. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf (consulté le 27 avril 2020).

Morgan Pite. « Les valeurs personnelle et professionnelle. » Espace soignant. <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/valeurs-personnelles-et-professionnelles> (consulté le 18 avril 2020).

Nicolas Couessurel. « Le refus de soins. » ANISP. <http://www.infirmiersapeurpompier.com/category/Le-refus-de-soins-Article-de-Nicolas-COUESSUREL.html> (consulté le 20 novembre 2019).

Paul Ekman, « Micro-expressions. » Paul Ekman. <https://www.paulekman.com/resources/micro-expressions/> (consulté le 3 décembre 2019).

« Psychologie du développement de la conscience de soi. » [file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie_du_developpement_humain_-_developpement_de_la_conscience_de_soi%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Manon%20Maillard/Downloads/Psychologie_du_developpement_humain_-_developpement_de_la_conscience_de_soi%20(3).pdf) (consulté le 5 décembre 2019).

Sylvie Vandoolaeghe. « Refus de soins : tenir compte de l'identité et de l'histoire du patient. » Actus Soins. <https://www.actusoins.com/308108/refus-de-soins-tenir-compte-de-lidentite-et-de-lhistoire-du-patient.html> (consulté le 29 avril 2020).

Sénior Compagnie. « Comprendre les causes du refus d'aide et de soins de la personne âgée. » Sénior Compagnie. <https://senior-compagnie.fr/causes-refus-aide-soins-personne-agee/>(consulté le 17 novembre 2019).

Université de Lausanne. « Qu'est-ce que la psychologie ? » UNIL. <https://www.unil.ch/ip/fr/home/menuinst/linstitut/quest-ce-que-la-psychologie.html> (consulté le 10 avril 2020).

Textes législatifs et réglementaire :

Article L1111-2 du 28 janvier 2016 modifié par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175 du code de la santé publique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006685759&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 16 novembre 2019).

Article L1111-4 du 4 mars 2002 modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 -art.5 du code de la santé publique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204> (consulté le 11 novembre 2019).

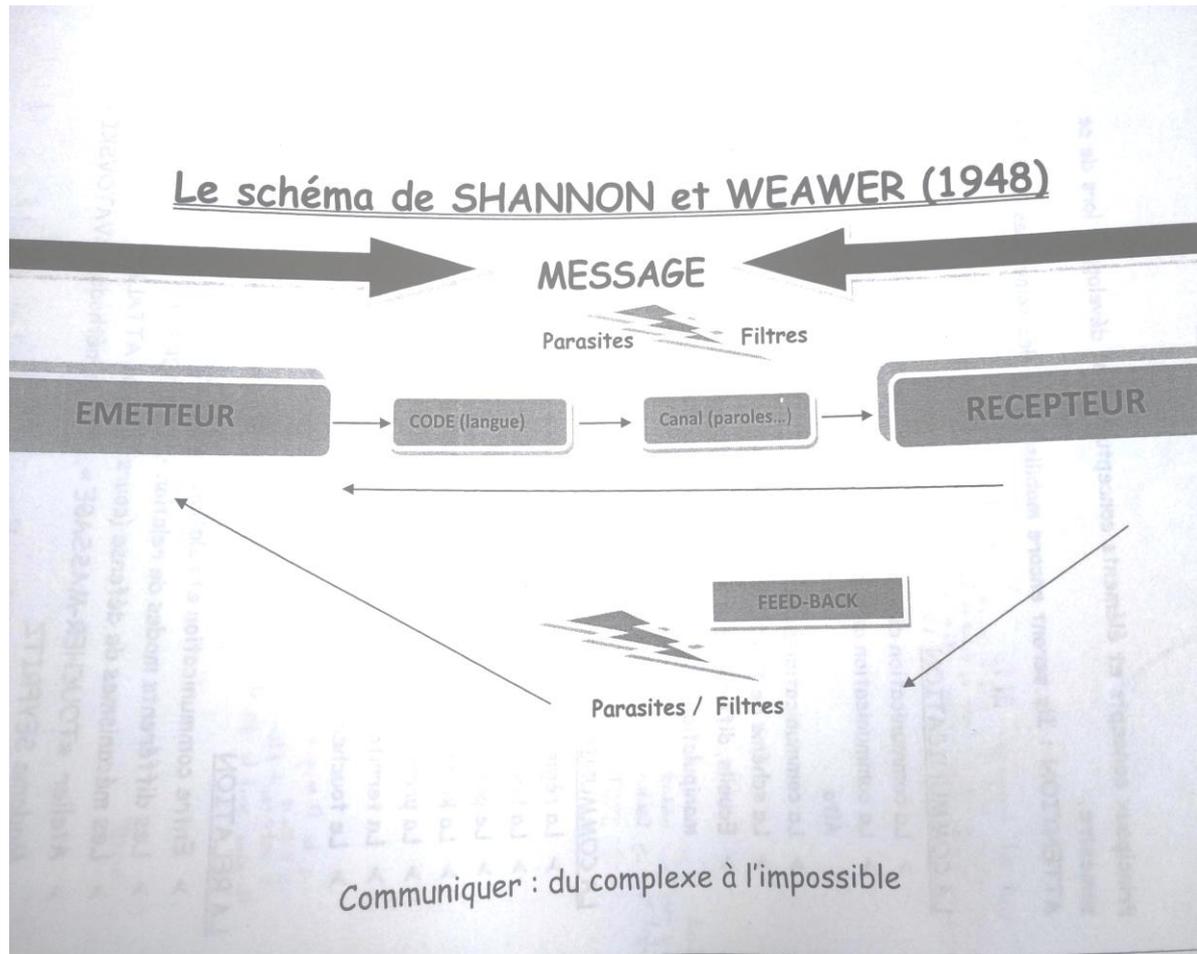
Article R4311-2 du 8 août 2004 du Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V. Code de la santé publique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808> (consulté le 16 avril 2020).

Article 11 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

<https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789> (consulté le 29 avril 2020).

Annexe 1 : Schéma de Shannon et Weaver



Source : Livret « Soins relationnels » de l'unité d'enseignement 4.2 Edition février 2018

Annexe 2 : Schéma de la pyramide de Maslow



Source : <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6>

Annexe 3 : Guide d'entretien

- Quel est votre nom et prénom, est-ce que vous pouvez me les épeler ?
+ cela est pour le document pour l'école et les entretiens seront réécrits anonymement
- Quel est votre parcours professionnel ?
 - Année du diplôme et dans quel IFSI avez-vous fait vos études ?
 - Avez-vous pu suivre d'autres formations (continu ou un DU) ?
Lesquels ?
 - Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service/structure ?
- I) Pour vous qu'est-ce que prendre soins ?
- II) Dans votre pratique, est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à faire accepter un soin ?
 - Si oui lesquelles ?
 - Le refus de soin fait-il parti de ces difficultés ? Dans quel contexte ?
- III) Quel sont selon vous les facteurs qui peuvent à l'origine de ces difficultés ?
 - Cause soignante ?
 - Cause patiente ?
- IV) Comment procéder utilisez-vous pour faire face à ces difficultés ?
 - Communication non-verbale ?
 - Place de la communication ?
 - Négociez-vous ?
- V) Qu'est-ce qui permet d'agir sur le refus de soins selon vous ?
 - Personnellement
 - Dans l'équipe
 - Utilisez-vous des techniques de communication spécifiques ?
 - Selon vous en quoi la confiance du patient en l'équipe soignante peut éviter un refus de soin ?
- VI) Quelle serait selon vous la posture professionnelle adaptée dans ces situations ?
 - Quelles ont été vos pensées ou qu'elles seraient-elle ?
 - Quelles communications adoptez-vous face à une personne faisant preuve de refus de soin ?
- VII) Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs indispensables de l'infirmier(e) dans la prise en soin des patients(es) dans un contexte de refus de soin ?

Question	Relance	Elément recherché
Quel est votre nom et prénom, est-ce que vous pouvez me les épeler ?		Compléter le papier de l'IFSI et pouvoir mieux connaître la personne
Quel est votre parcours professionnel ?		Connaître leur expérience professionnelle, leur vécu,
	Année du diplôme et dans quel IFSI ?	Connaître leur âge de métier et le lieu de formation pouvant influencer la méthode de cours et donc la manière de voir les choses
	Avez-vous pu suivre d'autres formations (continu ou DU) lesquels ?	Savoir si les IDE ont d'autres formations et s'ils ont eu des formations spécifiques sur la communication, posture ou refus de soin
	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service/structure ?	Permet de connaître leur ancienneté dans le service et si l'ancienneté joue sur la communication et posture adopté
Pour vous qu'est-ce que le prendre soin ?		Leur conception du soin et leurs valeurs, principes, qualité
Dans votre pratique, est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à faire accepter un soin ?		Savoir leur vécu et si cela est récurrent et dans quelle situation et quel type de soins
	Si oui lesquelles ?	Obtenir des exemples et précision
	Le refus de soin fait-il parti de ces difficultés ?	En dernier recours si cela n'a pas été évoqué
	Dans quel contexte ?	Exemple de situation
Quels sont selon vous les facteurs qui peuvent être à l'origine de ces difficultés ?		Elément engendrant ou pouvant éviter un refus de soin en globalité
	Cause soignante ?	Savoir ce que selon eux peut influencer lors d'un refus de soin venant du soignant tel que comportement, attitude, communication...
	Cause patiente ?	Savoir ce que selon eux peut influencer lors d'un refus de soin venant du patient tel que manque d'information, compréhension, ...
Comment procédez-vous pour faire face à ces difficultés ?		Façon de réagir, technique spécifique,

	Communication non-verbale ?	Importance de la posture et gestualité dans les soins et mimiques
	Négociez-vous ?	Technique de communication montrant un rapport de force plus ou moins marqué
Qu'est-ce qui permet d'agir sur le refus de soins selon-vous ?		Avoir leur avis sur les stratégies pour réagir face au refus de soins
	Personnellement ?	Des stratégies individuelles ou avis pour éviter le refus ou le limiter
	Dans l'équipe ?	Est-ce qu'il y a des discussions d'équipe ?
	Utilisez-vous des techniques de communication spécifique ?	Savoir si la communication change du quotidien
Qu'elle serait selon-vous la posture professionnelle dans ces situations ?		Connaître leur définition de posture et leur vision de la posture dans leur travail
	Quelles ont été vos pensées ou qu'elles seraient-elles ?	Avoir leur ressenti et leur vécu
	Quelles communications adoptez-vous face à une personne faisant preuve de refus de soin ?	Avoir un type de communication particulier
Quelles sont selon-vous les qualités et valeurs indispensables de l'infirmier dans la prise en charge des patient(es) dans un contexte de refus de soin ?		Savoir leur qualité et valeurs dans un contexte particulier savoir aussi si ça change un peu ou si des éléments se rajoutent par rapport au début

Annexe 4 : Tableau synoptique des entretiens

Question	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
Année du diplôme et dans quel IFSI avez-vous fait vos études ?	Mulhouse Quand j'avais 22 ans	Mulhouse en 1988	2014 Mulhouse	Diplômé en 96 de IFSI Mulhouse	En 96 à Mulhouse	2012 Ifsi de Robertsau	2018 IFSI Erstein
Avez-vous pu suivre d'autres formations (continu ou un DU) ? Lesquels ?	Formation de santé au travail	En interne et un peu hors établissement pour se tenir informé des nouveautés, par rapport à la prise en charge des personnes âgées, fin de vie, douleur, soins palliatif, manutention, gestes d'urgence, gestion du stress...	En interne notamment, humanitude, fin de vie	Hypno relaxation, aide, relation IPT, insight, formation cognitive	L'école d'IBODE Belfort à	Hygiène, pansement	Secrétaire médical
Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce	Actuellement 4 ans en entreprise mais avant j'ai	Depuis plus de 30 ans	Depuis 2014 je travaille à l'IEHPAD	J'ai fait plusieurs services, 15 ans en unité fermée,	Depuis 96 mais ce sont des blocs pluridisciplinaire	D'abord j'ai fait une période d'aide-soignante puis	6 mois de service hospitalier en soins continus de

service/structure ?	fait du général pendant 1 ans et un peu de libéral, après en psy		5 ans en unité ouverte et 3 en hôpital de jour et unité d'activité thérapeutique, toujours en psychiatrie		de l'intérim en tant qu'IDE puis de l'EHPAD pendant 2 ans et maintenant depuis quelques mois dans un centre médico-social	pneumologie au NHC	
Pour vous qu'est-ce que prendre soins ?	Prendre la personne comme elle est en entier	Prendre la personne entièrement, être à la fois physiquement et psychologiquement, ne pas la prendre par surprise et rester soi même	Laisser la personne soignée au centre du soin, connaître son histoire de vie, ces habitudes, faire en sorte qu'elle se sente en confiance, lui expliquer, les soins, pour qu'elle se sente entre de bonnes mains	Empathique, et respect la personne	Être à l'écoute de la personne, savoir apaiser la personne avant de donner les soins, répondre à ces interrogations, créer une relation de confiance,	Répondre à un besoin de manière holistiques, en charge dans la globalité de la personne, à un besoin, une nécessité, qui peut être vitale du point de vue somatique,	Apporter une attention particulière à l'autre l'accompagner dans sa situation et l'aider à vivre avec sa maladie ou son problème de santé en portant nos valeurs soignantes de bienveillance, d'empathie, de respect, et de la dignité de la personne
Dans votre pratique, est ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à faire accepter un soin ?	Le refus de soins surtout	Oui, on a toujours et y'en aura toujours	Oui, surtout en unité de vie protégé	Oui bien sur	Pas forcément mais en amont car faut que la personne accepte ça pathologie et une fois que cela est fait elle comprendra	Oui	Soins d'hygiène, prise de traitement, soins douloureux, refus de s'impliquer dans la prise en charge de sa santé, désir d'arrêter les soins et prise en charge infirmière

		encore nécessaire de faire ça qui peuvent entraîner des difficultés, des difficultés psychologiques			mieux les soins apportés		
Le refus de soin fait-il parti de ces difficultés ? Dans quel contexte ?	En psychiatre surtout mais en hôpital général, ce sont surtout les gens qui ont peur, mal, les injections retardés, traitement quotidien	Oui, dans le cadre de soins ou examens, ça peut être le patient même ou sa famille, les soins douloureux, agitation, agressivité,	Avec des patients type Alzheimer	Dans les circonstances d'hospitalisation fermée sous contrainte un trouble psychique aigu, absence de conscience des troubles		Surtout vis-à-vis des troubles cognitifs, démences, troubles psychiatriques, non compréhension de la volonté du soignant,	Oui sa arrive, mais en fonction de la situation d'obtenir son consentement, mais respect du refus de la personne, le plus souvent ce sont des refus de soins d'hygiène. Le refus de soins peut se présenter de diverse manière : refus de prendre le traitement par voie orale, par injection, lavement rectal, refusé de mise de bas de contention. Certains refus les conseils hygiéno-diététiques parfois favorisant des risques graves pour elle-même, ne pas ouvrir lors de

								notre passage, ne pas se rendre de rendez-vous médicaux, ou mettre fin à la prise en charge infirmière
Quel sont selon vous les facteurs qui peuvent à l'origine de ces difficultés ?	Quand le soin est imposé, manque d'écoute et communication inadapté	Façon d'aborder les gens, ne pas s'assurer de la compréhension de la personne, ne pas être convaincu soi-même de l'utilité du traitement,	Maltraitance, gestes inadaptés,	Ne pas avoir le bon dialogue, le bon échange, la bonne connaissance de la personne, un manque de confiance, un soignant trop ferme	Ne pas être honnête, la lassitude du métier, ne pas prendre le temps d'écouter,	Communication, le temps, le type de professionnel que l'on est, ne pas accepter le refus	Manque de connaissance de la personne soignée, manque d'informations donnée à la personne, manque de dialogue, écoute, manque de temps, effectifs soignants et de moyens	
Cause soignante ?								
Cause patiente ?	La peur pour les soins En psychiatrie ça peut être du fait qu'ils connaissent les effets secondaires	Pas envie, pas d'humour, pathologie, démence, Douleur physique et psychique, soignant avec qui ne se passe pas	Pathologie, démences, Volonté de rester tranquille, lié aux histoires de vie,	Sa pathologie	Angoisse	La pathologie,	Manque de confiance, manque d'informations, manque de compréhension, peur/appréhension, médical, difficultés sociales	
Comment procéder utilisez-vous		Ça se voit dans le regard et dans les yeux	Humanitude, se mettre à hauteur de la	Faire preuve d'empathie, crée un climat	La gestuelle est très importante, car tout le	Ça dépend du professionnel, le	Importante, se monter à l'écoute et adopter une	

<p>pour faire face ces difficultés ?</p> <p>Communication non-verbale ?</p>		<p>quand le patient ne veut pas donc lui montrer de la bienveillance par le regard</p> <p>Avoir une manière de se tenir et se comporter adapté au patient, démarche humanitaire,</p>	<p>personne, concentrer sur la personne, ne pas porter attention autour, regarder dans les yeux, expliquer les gestes réalisés, chercher l'approbation avant le soin, comprendre le refus, utiliser divers contact (toucher, parole), faire attention aux éléments déclencheurs, comprendre le refus, adapter notre comportement</p>	<p>de confiance, avoir la bonne posture, ne pas être agressif, ne pas croiser les bras cela ferme la relation, avoir des gestes avenants, naturel</p>	<p>monde ne fait pas attention mais respecter la pudeur est importante</p>	<p>temps, si la personne a envie, si le patient accepte d'être pris en soins, si le professionnel explique les choses</p> <p>Faire des gestes doux</p>	<p>posture bienveillante et rassurante à son égard, distance physique, posture, regard, ton de la voix, attitude ont forcément un impact sur la communication et la manière dont elle va recevoir le discours de l'infirmière</p>
<p>Place de la communication ?</p>	<p>Primordiale car on obtient beaucoup de chose en expliquant les choses</p> <p>Prendre son temps</p>	<p>Importante et primordiale car autrement la personne ne va pas comprendre le soin, ce que tu viens faire, qu'elle soit verbale ou non, par le regard, le</p>		<p>Importante</p>	<p>Essentielle car faut instaurer un climat de confiance et de dialogue, car le refus peut être dû à l'angoisse</p> <p>Et si Ya pas de communication n'y a pas</p>	<p>Importante</p>	<p>Primordiale surtout dans la situation de refus, il faut toujours rechercher les causes en dialoguant avec la personne, être à l'écoute et la laisser s'exprimer. Informer et expliquer pour que</p>



	Ne pas aller dans la confrontation	toucher est primordial, être en face de la personne, qu'on s'assure qu'elle nous comprend, nous entend, se montrer, se présenter, approche douce,			d'échange, donc les patients risquent de se braquer		la personne ait toutes les informations et puisse donner librement un consentement éclairé
Négociez-vous ?	De temps en temps pour les injections donc réexpliquer les effets secondaires et les bénéfices	On peut toujours s'essayer, mais on précise pourquoi on vient, l'importance, expliqué, négocié, en expliquant, informer sur les bénéfices risques	Peu mais je reporte le soin aux besoins ou on passe la main	Elle se fait par l'explication des traitements, de la thérapie, pathologies, capacité de se tourner vers d'autres professionnels, on est toujours dans la négociation dans l'acceptation des soins	Ça m'arrive	Pas de négociation dans le sens où la personne doit aller dans mon sens et la convaincre avec insistance, faut prendre en compte le contexte et mesurer le risque du refus, laisse l'expression des craintes sans jugement et en observant on peut identifier la cause du refus et donc agir en fonction	Parfois juste donner des informations, être à l'écoute ou rassurer la

							personne, mais avant tout passe par la relation de soin et le dialogue, respect constant du consentement et accompagnement dans sa décision
Qu'est ce qui permet d'agir sur le refus de soins selon vous ?	Être calme, ne posé surtout pas être dans l'agressivité, ou obligation	Être doux, être à l'écoute, la personne en douceur, être convaincu du traitement, parlez doucement, laissez faire le patient, bienveillance, différencier les soins, essayer de comprendre le refus, les raisons, observer beaucoup, le comportement, le regard,	Avoir une relation de confiance, le prendre temps, connaître l'histoire de vie	Expérience, connaissance de la personne, moment d'échanges quand la personne n'accepte pas les soins Pas de soins de force,	Climat de confiance, écoute, prendre en considération la famille	Apprendre de ces situations,	Ecoute, dialogue, information connaissance de la personne soignée, accepter en tant que soignant (pas facile) que la personne prend parfois des décisions à risque pour sa santé pouvant s'exprimer par des refus et dans ce cas trouver des stratégies avec elle pour diminuer les risques
Personnellement	Juste une fois je n'ai pas réussi à obtenir le consentement	Connaitre la personne et si patient chronique tu sais comment aborder les choses,					
Dans l'équipe :	Faire jouer le médecin parfois ça passe mieux et	Zéro soin de force, unité de l'équipe, discussion	Le soignant profiter déjà, d'être une équipe	Echanger, réunions d'équipes	Être unis face au patient, avec le sourire,	Discussion d'équipe et passer la main	Discussion d'équipe, échange sur les pratiques, passer la main

	des discussions d'équipes	d'équipe, passer la main, rester au plus près de ces habitudes	pluridisciplinaire donc mobiliser d'autres intervenant,						
		Garder la dignité de la personne Respect de la liberté individuelle							
Utilisez-vous des techniques de communication spécifiques ?	Certains il ne faut pas trop discuter et imposer fermement mais sans obligations et d'autre en fonction du contexte faut les amadouer	Adapter sa communication, bien expliquer et s'assurer de la compréhension	Expliquer les soins, débloquer des situations,	Echanger beaucoup mais vu que ce sont des patients chroniques ont fini par savoir comment les prendre	Sourire, raconter des choses rigolotes				Non mais adaptation du discours en fonction de la personne soignée et du contexte tout en gardant mes valeurs d'infirmière, non jugement, bienveillance, empathie et respect
Selon vous en quoi la confiance du patient en l'équipe soignante peut éviter un refus de soin ?		Respecter son être, son identité, ses habitudes, pour que la personne est confiance et se sente bien	Importante car avec de la bienveillance, et faire attention à ce qu'on fait ou dit pour que la personne se sentent bien	Créer un climat de confiance est hyper importante pour faire accepter les soins	Le patient se sentira bien pris en charge donc acceptera mieux	Plus elle a confiance plus elle va accepter, car elle sait qu'on est là pour elle, pour son bien-être, pas imposer les choses, discuter		Elle contribue grandement, A domicile, on rentre dans l'intimité de la personne, dans leur lieu de vie, avec leur famille	

							avec elle sur le soin, que le résident sache qu'on est là pour lui	
Quelle serait selon vous la posture professionnelle dans ces situations ?	Essayer d'avoir une attitude calme et posée, instaurer de la confiance,	Confiance et sécurité, pas de soins de force, rester bienveillant, essayer de comprendre le refus, expérience, respecter que la personne dise non et qu'elle soit libre, faire des transmissions,	Absence de soins de force, ne pas tomber dans la maltraitance, rester bienveillant, tenter de comprendre le déclencheur du refus	Empathique, ne pas être dans la confrontation, ne pas la rechercher, prendre du recul, connaître la personne, demandé à la famille, amis, collègues, personne de confiance, adapter sa posture à la situation et personne	Manière d'être avec le patient donc calme et apaisé	Je ne sais pas trop quoi te dire	Interrogation sur le pourquoi ? Se sentir frustré mais cela ne doit pas prendre le pas sur la communication, le lien de confiance est important pour une relation de soins optimale et favorise l'adhérence aux soins	
Quelles communications adoptez-vous face à une personne faisant preuve de refus de soin ?	Semer les premières graines aux dépats, laisser du temps, replanter d'autre graines, et parfois quand c'est possible décaler de deux ou trois jours,	Ne pas l'abandonner, toujours communiquer, de manière verbale ou non en fonction de la personne de ces choix,	Essayer différentes techniques d'approches, discuter avec la personne, qu'elle soit en confiance, expliquer les soins,	Favoriser l'insight expliquant la pathologie, le traitement,		Adaptation de la communication, ne pas toujours parler de la même manière, adapter la communication qu'elle soit verbale ou non, il faut créer	M'adapter à la personne et aux contextes Ton calme Bienveillant Preuve d'écoute Non-jugement Garder une juste distance Informé avec tact	

	Expliquez tout ce qu'on fait						
Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs indispensables de l'infirmier(e) dans la prise en soin des patients(es) dans un contexte de refus de soin ?	Calmement, écouter, expliquer, parfois de la fermeté, être à l'aise dans les gestes techniques car ça peut rassurer le patient	Respect, rester doux, rester disponible, l'écoute, bienveillance, s'assurer du confort et sécurité de la personne, Respect de l'individualité de la personne	Prendre le temps, bienveillance, dialoguer, Rester calme, le respect, faire en sorte que la personne se sentent unique, ne s'acharner, pas que la personne sent qu'on est pressé	Rester professionnelle avant tout, ne pas jouer avec ces propres valeurs, qui sont culturelle, personnelle, empathie, éviter les conversions (projection), ancienneté, ne pas oublier que tout le monde est libre de refuser	Être ouvert, écouter du patient, adapter le soin, ajuster sa pratique, preuve d'écoute, connaître le parcours, ancienneté	Accepter que le patient dise non, pas de syndrome du héros, négocier un peu, théâtralisés	Bienveillance Empathie Respect Ecoute Communication Adaptation

Ton attitude ne me donne pas confiance donc c'est non !

Le refus de soin fait partie de notre métier, effectivement qui n'y a jamais été confronté ?

Le refus de soins peut être exprimé à la fois de manière verbale ou non verbale et peut avoir plusieurs causes, ce qui implique que notre manière de réagir doit varier. Ainsi est-ce que notre posture professionnelle peut avoir un impact sur le refus de soin du patient ?

La posture professionnelle est un outil de communication à part entière. Effectivement à travers celle-ci le lien social et la confiance peuvent se créer. Elle permet d'apaiser les tensions, de rassurer, ... sans dire un mot, si elle est adaptée.

Elle permet également de répondre ou pas aux attentes des patients, donc de créer une relation de confiance ou de majorer l'incertitude des soins.

Mots clés : Refus de soins, Communication, Posture professionnelle, Confiance, « Prendre soins »

Your attitude doesn't give me confidence, so it's no!

Refusal of care is part of our job, who has never been confronted by it ?

Refusal of care can be expressed both verbally and non-verbally and can have several causes, which implies our way of reacting must vary.

Can Our professional stance have an impact on the patient's refusal of care ?

Our Professional stance is a communication tool by itself. Indeed, through it, the social interaction and trust can be created. It helps to calm tensions, reassure, ... without saying a word, if used correctly

It also makes it possible to respond or not to patient's expectations, so creating a relationship of trust or increasing uncertainty in care.

Keyword: Refusal of Care, Communication, Professional stance, trust, « take care »