

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier de Chartres

**La communication**  
**et le**  
**refus de soin**

**Romain Bosquet**  
Promotion 2000-2003

## **Remerciements**

Je tiens particulièrement à remercier Sandra  
pour son soutien et  
son aide, ainsi que mes parents .

# **Sommaire**

## I-Introduction

- I.1 Constat
- I.2 Motivation

## II-Problématique

- II.1 Culture
- II.2 Une communication imparfaite
- II.3 Souffrance psychique
- II.3 Notion de soin infirmier

## III-Hypothèse

## IV-Etude

- IV.1 Introduction de l'étude
- IV.2 Cadre de référence
  - IV.2.1 La communication
    - IV.2.1.1 Le langage verbal
    - IV.2.1.2 Le langage non verbal
    - IV.2.1.3 La communication adaptée
  - IV.2.2 Le soin
- IV.3 Exploitation des questionnaires
  - IV.3.1 Objectifs et méthode
  - IV.3.2 Résultats
    - IV.3.2.1 Données épidémiologiques
    - IV.3.2.2 Données sur la communication
    - IV.3.2.3 Données sur le refus de soin
  - IV.3.3 analyse des résultats
- IV.4 Conclusion de l'étude

## V-Projection dans l'avenir

## VI-Conclusion du travail de fin d'études

## Annexes

## I-Introduction

Le travail infirmier consiste à effectuer des soins sur prescription médicale ou selon le rôle propre. Il ne s'agit pas simplement de l'application technique d'un traitement. La communication entre le soignant et le soigné est une condition essentielle au bon déroulement des soins. Le rôle du soignant est le reflet d'un ensemble d'activité, il représente une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes et de comportements requis pour soigner.

Ce travail de fin d'études est axé sur la communication et le refus de soin. j'ai centré ce travail sur la relation, élément essentiel de notre formation infirmière.

Comment un soignant doit-il réagir quand un patient ou la famille d'un patient refuse un soin qui a été médicalement prescrit à celui-ci. Ce problème auquel j'ai été confronté au cours de ma pratique m'a montré que la dimension de la communication était indispensable dans la réalisation d'un soin. Cette communication suppose une écoute bienveillante, capacité difficile à codifier.

Néanmoins, la formation nous apprend me semble-t-il, qu'un soin sans rencontre avec le patient peut, peut être, avoir des bénéfices thérapeutiques sur le plan physique mais que sur le plan relationnel, le lien crée à l'occasion de ce soin est essentiel quant à son acceptation, sa réalisation et ses effets.

Il s'agit de s'interroger sur le problème suivant : comment l'infirmier peut-il gérer un refus de soin.

Pour commencer ce travail, j'ai réalisé une première analyse personnelle du constat en me demandant comment on pouvait arriver à une telle situation et quelles en étaient les raisons initiales. J'ai complété cette problématique en effectuant une recherche documentaire en lien avec le sujet. Mes principaux axes de recherche ont été : la communication, l'approche culturelle des patients, la relation soignant-soigné, le refus de soin.

Ensuite, j'ai procédé à l'analyse des termes principaux de mon hypothèse. J'ai donc décidé d'axer ma recherche sur deux champs d'étude : le premier consistant en une explication de la communication pour pouvoir aborder la communication adapté lors d'un soin. Le deuxième champ d'étude portant sur le soin et le refus de soin.

Enfin, j'ai réalisé un questionnaire pour permettre un recueil d'information en lien avec le sujet auprès d'infirmiers de différents services hospitaliers.

## I-1 Constat

Mon constat concerne un stage réalisé en médecine pédiatrique, durant ma deuxième année de formation.

Il s'agit d'une jeune fille de huit ans, hospitalisée depuis trois jours, pour le traitement d'un paludisme en retour d'un séjour en Côte-d'Ivoire. Ses parents sont originaires de ce pays. La maman accompagne sa fille lors de cette hospitalisation. Elle est assez anxieuse et ne parle pas beaucoup. Le papa vient fréquemment voir son enfant. Elle est traitée par de la Nivaquine® depuis son entrée. Au bilan sanguin du troisième jour d'hospitalisation, il lui est découvert une anémie aiguë, à 6,4 g/l d'hémoglobine, due à la destruction massive d'érythrocytes dans le sang. La jeune fille paraît asthénique, ne sourit pas et ne joue pas.

Par rapport à cette anémie, communiquée au médecin en début d'après-midi le pédiatre fait une prescription d'un concentré globulaire à passer le plus tôt possible. Il va donc en parler avec les parents pour leur expliquer la réalisation de ce soin. A ce moment, les parents indiquent au médecin leur refus de transfusion de leur fille. Le médecin leur explique la gravité de la situation dans laquelle se présente celle-ci. Le médecin repart de la chambre en ayant le consentement des parents. L'infirmier fait le nécessaire pour commander le culot globulaire.

Au passage de l'infirmier, pour remplir les différents papiers de transfusion, les parents lui indiquent que finalement ils refusent la transfusion. Le médecin est prévenu pour la deuxième fois et rencontre de nouveau les parents. En plus de réexpliquer les motivations, le médecin leur annonce, qu'au vue de son état de santé et de leur refus, il devra faire appel au juge des enfants pour lever leur autorité parentale afin d'effectuer un soin qu'il estime nécessaire au bon rétablissement. Et, de nouveau, les parents acceptent devant l'insistance du médecin.

En début de soirée, l'infirmier reçoit le culot globulaire et décide de faire le prélèvement prétransfusionnel. A ce moment, la mère est seule avec sa fille. Elle demande quel est l'intérêt de reprélever sa fille alors que cela fait deux matins de suite

qu'on lui fait des bilans sanguins. Et, de plus, dans son pays, on ne transfuse pas; on donne des vitamines et cela passe. Elle ajoute que si le médecin le veut, il n'a qu'à leur enlever l'autorité parentale. L'infirmier ne cherche pas plus à approfondir et va prévenir le pédiatre de ce troisième refus. Au téléphone, il demande à l'infirmier de les convaincre mais il insiste pour qu'il vienne. Il s'entretient donc de nouveau avec les parents.

Finalement, il y a un changement d'équipe, et c'est l'infirmier de nuit qui pose le culot globulaire vers 23h. La transfusion ne pose pas de problèmes. Le lendemain après-midi, le pédiatre autorise la sortie de la jeune fille devant le rétablissement de santé. Elle est en effet beaucoup plus active que la veille, elle joue et elle sourit. C'est également le cas de la maman qui est plus souriante.

## I-2 Motivations

Lors d'un stage de deuxième année, je me suis retrouvé dans une situation inhabituelle où les parents d'une patiente refusaient le soin qui lui étaient proposés .

Les objectifs de cette réflexion sont d'une part de pouvoir comprendre comment on peut arriver à une situation bloquée et d'autre part se demander ce qui pourrait être mis en place pour instaurer une communication adaptée.

Je serais à même de retrouver plus tard, lors de mon exercice professionnel, des situations similaires de refus de soins. Ce travail de recherche me permet de me situer et d'envisager mon futur comportement infirmier.

## II-Problématique

### II-1 Culture

Pourquoi ce refus des parents alors qu'il apparaît comme le seul moyen à entreprendre pour soigner la jeune fille. Ainsi, on ne connaît pas les sentiments exacts des parents vis-à-vis de ce soin particulier qu'est la transfusion d'un concentré globulaire.

Selon leur culture, ce n'est pas la façon de soigner une anémie. La patiente est originaire d'un autre, d'une autre culture : l'Afrique (Côte d'Ivoire). Or, selon les cultures et les traditions, l'approche de la maladie est différente. Selon Isabelle Lévy <sup>1</sup> : *"pour les africains, la transfusion est considérée comme un signe d'aggravation de l'état du patient, voire l'éminence de l'agonie"*. Je suis donc en présence, ici, de deux façons différentes de penser un soin et d'imaginer ce qu'il représente : de la part du patient et de la part de l'infirmier. La notion d'ethnocentrisme apparaît, c'est une tendance à privilégier le groupe social auquel on appartient et à en faire le seul modèle de référence. Il y a une opposition culturelle sur la conceptualisation de ce soin et ce qu'il représente symboliquement. Or Nathalie Boucher <sup>8</sup>, anthropologue, souligne qu'à l'hôpital *"la pluralité culturelle est mise de côté pour mener une politique de soins cohérente, qui repose sur le concept des mêmes soins pour tous"*. Il faut donc s'éloigner de cette approche de "même soin pour tous" et se rapprocher de l'idée qu'on ne peut pas soigner une personne sans tenir compte du sens qu'elle donne à sa maladie et c'est ce qui détermine son adhésion et sa participation au traitement.

On peut se demander quels sont les moyens mis en place pour ce type de problème dans leur pays d'origine. Ainsi, selon eux, ce sont les différents prélèvements qui sont à l'origine de l'anémie. On peut donc facilement supposer un manque de connaissances important par rapport à la pratique des soins en France, ce qui pourrait en partie expliquer leur difficulté à accepter un soin qu'ils estiment dangereux. Et sans doute cela génère une angoisse encore plus importante chez les parents.

On s'aperçoit , d'une différence au niveau de la communication qui a pour origine une différence de culture; et donc on peut se poser la question de la prise en charge de la culture dans l'explication du refus? Il me semble que l'on est en présence, ici, d'une différence culturelle. La culture infirmière qui est traditionnellement le combat contre la maladie, contre la mort avec l'utilisation de soins technique qui s'oppose à la culture des parents qui se placent d'un point de vue affectif. Et aussi cette différence de culture semble avoir occulté, chez le soignant, l'angoisse que pouvait ressentir les parents et leur besoin de sentir un soignant ferme et rassurant.

## II-2 Une communication imparfaite

Dans le constat qui me préoccupe, il va sans dire qu'il existe une communication et un dialogue entre les différents partenaires. Mais ce dialogue aboutit-il?

Comme point de départ de cette réflexion, je vais partir de ce que souligne Isabelle Lévy <sup>1</sup> du fait qu'en " *Afrique, plus on parle de sa maladie, plus on est malade*". Du fait de leur culture et de leur fonctionnement, les parents de la jeune fille ne sont pas élément moteur pour la mise en place d'une communication. Ils n'iront donc pas vers l'infirmier pour lui demander des explications, c'est ce qui s'est passé dans les faits. Dans ce contexte, je me demande quelles sont les incidences qu'une personne ( le patient lui même ou les parents d'une mineure) ne puisse exprimer ses craintes? Elles sont essentiellement de deux ordres : d'abord le fait qu'une relation de confiance ne puisse se mettre en place alors que c'est un élément moteur dans l'acceptation des soins. Ensuite, le fait que les parents n'arrivent pas à prendre leur place qu'ils devraient avoir c'est-à-dire celles de parents dont la fille est hospitalisé pour un motif grave. Et de ce fait, ils laissent l'équipe médicale agir à leur place. Ainsi, les parents laissent le médecin décider car ils ne se sentent pas capable de résister devant leur insistance et qu'ils n'arrivent pas à exprimer la charge émotionnelle qu'ils ont accumulées depuis le début de l'hospitalisation.

Les parents acceptent la transfusion devant le médecin puis, deux heures après, ils disent à l'infirmier qu'ils refusent. Cela est arrivé trois fois de suite. [Je ne connais pas la teneur des propos lors des entretiens entre les parents et le médecin, ce qui est un manque dans ma réflexion]. J'observe donc, une alternance de refus et d'acceptation du soin; et cela suit les discussions avec le médecin. Lors de ces discussions, le médecin a des propos adéquats mais qui ne résistent pas au temps de réflexion des parents après l'entretien.

La communication est donc difficile à mettre en place, elle ne se serait établie que d'une seule manière, c'est-à-dire par de l'apport d'information médicale. C'est une information qui est structurée par un langage professionnel particulier, qui est peu compris du grand public. Les parents fournissent très peu d'informations sur eux mêmes, leurs habitudes de vie, sur ce qu'ils pensent des différents soins apportés à leur fille. Il est alors naturel pour l'équipe soignante d'avoir des difficultés à se situer. En effet, lors des sollicitations par l'équipe, les parents ne renvoient aucune information. Ils ne peuvent pas non plus exprimer ce qu'ils ressentent car ils sont atterrés, comme si ils avaient subis un traumatisme du fait de la pathologie de leur fille et de l'hospitalisation qui en découle. L'hospitalisation aurait créé un décalage entre leurs habitudes de vie et les habitudes du service. Comme pour les traumatismes qui suivent un accident de la voie publique, il faudrait mettre en place dans ces situations particulières un soutien psychologique afin de leur permettre d'exprimer leurs craintes et leurs angoisses.

On peut donc se demander en quoi consiste une communication adaptée et comment elle doit s'établir pour pouvoir durer.

La relation entre infirmiers et parents paraît également peu approfondie du fait que les parents ne font pas confiance dans la capacité soignante des soignants. Il s'est donc mis en place une relation particulière où prédomine des difficultés de communication. L'infirmière a peur de la mort de la fillette car elle connaît les risques de son état de santé, mais elle ne le dit pas, même à moi qui suis constamment avec elle. Les parents, qui eux au contraire ne connaissent pas forcément les détails de cette pathologie, n'ont pas le même point de vue. Il faut ajouter que cela soit pour les parents ou l'infirmier, le

but recherché est le même, c'est à dire guérir et sauver la jeune fille mais que les moyens employés ne sont pas les mêmes. Un point de rencontre entre parents et infirmiers est donc possible, il s'agit de la finalité même de l'hospitalisation et du soin de transfusion. Mais il faudrait le dire verbalement pour que la relation puissent évoluer de façon positive. Il existe des malentendus importants par rapport à l'origine de l'anémie. Les parents ont sur ce point une logique de bon sens : ce sont les différents prélèvements qui sont à l'origine de l'anémie. Et les parents n'arrivent pas à rejoindre la logique médicale qui consiste en une explication des symptômes par rapport à l'origine même de la maladie. De même que précédemment, il aurait fallu expliciter verbalement ce malentendu pour que la relation puisse évoluer.

Je me pose la question de savoir quelle serait l'attitude soignante à adopter dans ce cadre de refus de soin. En effet, il faut repartir de la situation de départ qui a consisté en une explication initiale des soins proposés. Mais de quelle manière cela a-t-il été réalisé, avec quels termes et ceux-ci étaient-ils adéquats à la situation? La façon dont le soin a été expliqué aux parents et à la jeune fille était-elle adaptée en raison de leur origine culturelle? De plus, comment ce soin a-t-il été perçu et qu'a-t-il évoqué pour provoquer un refus immédiat?

De ce fait, je me demande comment pourrait être mis en place une communication adaptée afin d'expliquer un soin et donc d'éviter par la suite un refus de ce même soin?

### II-3 Souffrance psychique

Il faut parler du choc provoqué par les propos tenus par le médecin qui évoque la levée de l'autorité parentale. Et aussi on peut se demander quel est l'effet pour la mère de laisser soigner son enfant par un médecin qui n'a pas les mêmes pratiques médicales. Lors du prélèvement sanguin la mère a pu exprimer pour la première fois et de façon détournée ses inquiétudes. A un autre moment, les parents disent que dans leur pays, ils ne soignent pas de la même façon. Cela montre une souffrance psychique importante car ce sont les deux seuls moments où ils ont pu exprimer oralement ce

qu'ils ressentaient. La plupart du temps, ils étaient plutôt réservés, ils présentaient un certain mutisme. De plus, il faut insister sur le fait que la jeune fille est mineure et c'est donc aux parents de donner leur consentement et de décider à la place de leur fille. Le choix qu'ils doivent faire ne peut qu'augmenter leurs craintes.

Le médecin utilise des termes forts pour démontrer l'importance de sa démarche et la légitimité de celle-ci. Le médecin veut sauver la vie de la jeune fille mais au prix de blesser émotionnellement les parents et de laisser de côté les affects. Alors même que ces affects ont une place prépondérante dans cette situation.

## II-4 Notion du soin infirmier

La transfusion sanguine est un soin infirmier sur prescription médicale tel qu'il est décrit à l'article 8 du décret 194 du 11 février 2002, la perfusion de produit d'origine humaine ne pouvant se faire qu'à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. C'est un soin infirmier particulier du fait que, selon les services, il n'est pas fréquemment utilisé. La plupart des personnes connaissent les risques liés à la transfusion. Pour prévenir ces effets indésirables, il a été mis en place des tests de contrôles sanguins, un contrôle prétransfusionnel au lit du patient et une traçabilité écrite des produits dans le dossier de transfusion.

Pour le personnel infirmier, il s'agit d'un soin qui comporte une certaine complexité, exige un minimum de compétence et demande forcément du temps sans avoir à penser à autre chose pour être concentré et éviter de faire des erreurs. De ce fait, il faut parler de l'apprentissage de ce soin lors de la formation infirmière et du niveau d'exigence requis pour réaliser ce soin. Dans Objectif Soins<sup>11</sup>, il est fait " *le constat d'une hétérogénéité de la pratique transfusionnelle. La formation scolaire en IFSI concernant la transfusion sanguine n'est abordée que trop rapidement et les nouveaux infirmiers ont évidemment peur de la transfusion lors de leur arrivée dans le service*".

Dans ce constat, il faut se demander dans quelle proportion l'anxiété de l'infirmier, liée à la pose elle-même du concentré globulaire, est intervenue dans l'explication du refus. Et ainsi, comment cette anxiété a pu modifier les relations entre l'infirmier et la famille.

### **III -Hypothèse**

Une communication adaptée lors de la présentation d'un soin permet

d'éviter un refus de ce même soin.

## IV-Etude

### IV-1 Introduction de l'étude

Il s'agit de définir les concepts importants de mon hypothèse. Je vais étudier deux champs d'études principaux :

-la notion de communication permettant de préciser ce qu'est une communication adaptée

-la notion de soin afin de permettre par la suite d'expliciter la notion de refus de soin.

### IV-2 Cadre de référence

#### IV-2-1 La communication

Selon Le Petit Robert, la communication est "*le fait d'établir une relation avec quelqu'un, c'est également l'action de faire connaître quelque chose à quelqu'un*".

Définir ce que représente la communication est un domaine assez vaste. Pour qu'il y ait communication sous forme d'échanges d'information, il faut à minima un émetteur, qui produit une information, un récepteur qui reçoit cette information et des voies de communication les reliant. Ces voies de communication peuvent être distinguées en deux catégories : le langage verbal et le langage non verbal.

#### IV-2-1-1 Le langage verbal

Le langage verbal est constitué à la fois de la parole et de l'écriture.

- La parole

Au sein des services hospitaliers, la parole est le lien essentiel dans l'explication des

soins effectués auprès des patients. Il s'agit d'expliquer les gestes que l'on va effectuer. Selon Martine Nectoux <sup>6</sup> " *l'information au patient doit poursuivre l'objectif d'instaurer un climat de confiance, de soutenir le malade dans ses stratégies d'adaptation par rapport à la maladie et de favoriser sa participation active pour qu'il ne soit pas seulement sujet mais acteur de soins*".

L'article 2 du décret 194 du 11 février 2002 précise que les soins infirmiers sont à la fois de nature technique et de nature relationnelle. Fournir au malade des renseignements à sa portée qu'il soit en mesure de comprendre et d'accepter, fait partie de notre quotidien. Cette information doit à la fois répondre à une attente du malade lui-même; mais aussi, selon les explications données à l'initiative des soignants, permettre au patient de comprendre les soins proposés.

Il existe donc une double justification de la communication orale entre les infirmiers et les malades. Selon le Docteur Françoise Maylvin <sup>7</sup> l'information est " *un exercice complexe, qui s'acquiert par expérience : l'information signifie délivrer quelque chose mais aussi écouter et dialoguer*" .

Avant de pouvoir expliquer un soin ou une situation à un malade, il faut s'assurer de sa compréhension initiale du soin. C'est-à-dire ce qu'il en sait et ce qu'il a compris de l'explication médicale faite par le médecin. Or, les soignants, médecin comme infirmier, emploient parfois un vocabulaire professionnel qui n'est pas forcément compris par les patients. L'article 5 du décret 194 du 11 février 2002 précise que l' infirmier accomplit des actes techniques mais qui comprend l'information aux patients et à son entourage. Il faut donc favoriser l'utilisation d'un langage simple et ensuite s'assurer que ce message explicatif a été compris.

- L'écriture

Afin d'assurer un suivi régulier et fonctionnel de l'apport informatif reçu ou donné par le malade ou l'infirmier, l'écrit tient une place importante.

Nos études d'infirmier nous forment à réaliser, par écrit, des analyses de situation et de soin. Pour passer du concept théorique au concept pratique, il existe dans les

services hospitaliers le dossier de soin infirmier, lequel<sup>2</sup>, : *"comme outil de stockage des informations concernant la personne soignée, répond à ce souci opératoire d'organiser l'information, donc la communication"*.

Lorsque l'on parle de communication, il ne faut pas s'arrêter seulement sur la relation soignant-soigné mais également à la relation existant entre les différents acteurs de la santé : médecin, cadre de santé, infirmier, aide soignant, agent de services hospitaliers. Le dossier de soin infirmier permet donc par son existence un flux d'information centré sur la personne soignée et permet une prise en charge globale. Mais, selon Messieurs Abdelmalek et Gérard<sup>2</sup>, il s'agit de ne pas *" se limiter aux informations strictement médicales ( maladie, symptômes, traitement ), le risque étant de perdre des informations de contexte ( condition de travail, situation familiale, habitude de vie... ), tout aussi pertinentes pour évaluer la situation d'une personne soignée"* . Il faut donc insister sur l'importance de l'écrit qui permet une transmission des actes faits au sein d'une équipe soignante et permet également d'effectuer un travail qui s'envisage dans la durée.

Le fait de s'inscrire dans le temps dans la prise en charge d'un patient permet de ne pas se limiter à un acte, à un soin infirmier isolé mais bien à la personne elle-même.

#### IV-2-1-2 Le langage non verbal

Le langage non verbal s'immisce dans la communication de façon consciente ou inconsciente. Il s'agit d'un ensemble de paramètres différents pouvant interférer dans le déroulement d'une relation.

Je vais décrire ceux qui me paraissent les plus importants.

- L'expression du visage et le regard. Lorsqu'on exprime quelque chose à une personne, on le fait en le regardant. A travers ce regard on essaie de captiver l'attention de notre interlocuteur. Mais des choses de son propre vécu peuvent également passer : incertitude, angoisse, peur, anxiété...
- L'attitude et le comportement permettent d'exprimer le sentiment intérieur des personnes. Suivant le positionnement de notre corps, notre attitude traduit notre

capacité et notre volonté à entrer dans une conversation et à y participer.

- Le toucher participe à la communication à travers les soins quotidiens. De nombreux soins font obligatoirement intervenir le toucher du soigné par le soignant. Le plus fréquent étant le soin d'hygiène: la toilette. Il est impossible pour le malade d'échapper au contact direct et très intime prodigué par le soignant et impossible pour le soignant de rester à distance du malade. Du fait de ce contact, certaines personnes soignées peuvent se sentir mal à l'aise et se mettre en retrait dans cette relation duelle.

On constate que le langage non verbal a une large palette d'expression : mimique, attitude, silence, pleurs, signes, gestes répétitifs, transpiration, rougeurs du visage... Et ce sont autant de façons d'exprimer, consciemment ou non, des émotions personnelles.

#### IV-2-1-3 La communication adaptée

Cette notion que j'utilise dans mon hypothèse est à envisager au regard d'une explication donnée lors d'un soin.

Une communication adaptée correspond à une mise en concordance entre un soin proposé par un infirmier et un malade. La proposition du soin est un moment qui doit conduire à un véritable échange. De ce dernier, va découler une stratégie de communication qui consistera en un ajustement des propos du soignant face aux réactions du malade. Par exemple, si un malade présente des attitudes de retrait ou de défense pendant l'explication d'un soin, il faudra sans doute revenir sur ce qui a été dit et reformuler une explication avec des termes appropriés.

Une communication adaptée prend en considération plusieurs facteurs.

- La culture et l'origine sont deux éléments essentiels. Les soins, selon les cultures, n'ont pas les mêmes représentations symboliques. En effet, la culture est un

terme générique qui inclut l'éducation, les connaissances, le savoir personnel...

- Il faut également considérer un autre aspect de la personne soignée, en fonction de son niveau social, intellectuel. Le langage et les termes employés ne seront pas utilisés de la même façon selon la compréhension.
- Enfin, l'aspect religieux et les croyances ne doivent pas être laissés de côté, car chez certaines personnes ces notions sont prépondérantes et structurent leur vie.

Pour finir, il faut parler de la communication adaptée en fonction du contexte de soin. L'adaptation de la communication se fera selon le type de soin : soin d'hygiène, réfection de pansement, transfusion sanguine, soin de chimiothérapie... Chaque soin ayant une spécificité particulière, le soignant doit ajuster ce qu'il explique en fonction de la finalité du soin.

Le contexte de soin dépend aussi du temps qu'envisage l'infirmier pour effectuer ce soin. Si le soin se prolonge ou se termine plus vite que prévu, il faut argumenter ce que l'on fait et ajuster ce que l'on dit à l'évolution du soin.

Une communication adaptée lors d'un soin consiste en une mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné; grâce à la capacité d'ajustement du soignant à son interlocuteur.

#### IV-2-2 Le soin

Ce terme concerne l'ensemble des actes par lesquels on soigne, c'est un traitement de nature technique ou relationnel afin de maintenir la santé. Il s'agit de<sup>3</sup> " *mettre en oeuvre des gestes thérapeutiques ou administrer des traitements dans le but de guérir ou soulager une maladie ou de restaurer des fonctions vitales ou relationnelles altérées* " .

Le terme de soin, essentiel dans la fonction d'infirmière, est défini précisément dans l'article 2 du décret 194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice

de la profession d'infirmier. Le soin permet de compenser une perte d'autonomie. Il peut être de nature divers : palliatif, hygiène corporelle, technique, relationnel...

Les soins infirmiers répondent à une démarche de raisonnement avec d'abord, compréhension de données observées par le soignant ou signalées par le patient puis, raisonnement et enfin décision d'action. Les soins mettent en jeu un savoir-faire scientifique.

- Présentation d'un soin

Avant de pouvoir effectuer un soin, il faut au préalable prévenir le patient de sa réalisation. La présentation d'un soin est le fait d'expliquer ce que l'on va faire. C'est un temps qui est fait de façon décalée au soin afin de permettre au patient de se préparer psychologiquement. Cette relation de mise en confiance prédispose la façon dont le soin est appréhendé. C'est un moment important qui fait partie intégrante du soin.

L'explication d'un soin comprend des notions de communication. Un message verbal efficace est caractérisé par sa simplicité, sa clarté, une crédibilité et une faculté d'adaptation. Il faut également trouver un moment adéquat pour le faire. Il faut non seulement expliquer l'acte lui-même mais aussi trouver les termes justes pour que le patient comprenne et se sente inclus dans le soin. Afin qu'il n'ait pas l'impression d'être un objet sur lequel on réalise un geste, d'autant plus si le geste est technique et invasif.

- Refus de soin

Un patient peut refuser de se soigner, il s'agit d'un principe fondamental du droit médical. Il peut en effet refuser une méthode de traitement, une opération chirurgicale.

Afin de pouvoir approuver un acte médical, le malade doit être informé précisément du diagnostic, de l'objectif de cet acte, de ses conséquences et des méthodes employées. L'article 16-3 du Code Civil indique que " *le consentement doit être recueilli préalablement à tout acte de soins hors le cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ". Le Code de

déontologie médicale a repris cette obligation de recueillir le consentement et de respecter la volonté du patient. Ces articles 35 et 36 précisent que " *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ". " *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le patient refuse les investigations ou le traitement, le médecin doit respecter ce choix après l'avoir informé de ses conséquences* ". Ce n'est que grâce à cette information que le malade peut donner son consentement en toute connaissance de cause.

Toutefois, lorsque la vie du patient est en danger, le médecin oscille entre deux obligations : la sauvegarde de la vie et la nécessité du consentement aux soins. Dans certains cas, le médecin peut passer outre le consentement du malade : lorsque le médecin doit faire face à son obligation de soin et d'assistance telle qu'elle est définie par son Code de déontologie et le code pénal; c'est-à-dire lorsque la vie du malade est en danger ( urgence et péril ).

On ne peut pas en principe soigner sans le consentement. Mais il existe des limites où la loi prévoit un traitement obligatoire : maladie mentale, maladie vénérienne, toxicomanie, alcooliques dangereux, les incapables victimes de sévices.

Plus récemment, la loi 303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré parmi les droits des usagers celui de refuser les soins. Cette loi fait référence au cas où le refus d'un traitement met la vie de la personne en danger, mais n'a posé qu'une seule limite qui est l'obligation pour le médecin de " *tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* ". Pour conclure sur l'état du droit au refus de soin après l'entrée en vigueur de cette loi, le patient est libre de refuser un soin et le médecin doit respecter ce choix. Toutefois, le médecin ne viole pas la liberté du malade si, après avoir tout mis en oeuvre pour convaincre le malade d'accepter le soin, il accomplit un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.

## IV.3-Exploitation des questionnaires

### IV.3.1 Objectifs et méthode

- Objectifs

Il s'agit d'un recueil d'informations relatif au lien entre la communication et le refus de soin auprès d'infirmiers de différents services hospitaliers.

Cet outil me paraissait le plus adapté aux conditions de travail des infirmiers car il leur laissait le temps d'y répondre ( une semaine de délais leur a été donné ) et surtout de rester anonyme. De plus, le questionnaire m'a permis de toucher un nombre d'infirmiers assez important. Une des limites essentielles de ce type de recueil d'informations consiste en des réponses succinctes de certains questionnaires.

- Méthode

J'ai réalisé ce questionnaire en me basant sur trois parties :

- une première permettant de décrire brièvement les principales caractéristiques épidémiologiques de la population enquêtée. Cela concerne les questions 1 et 2
- une seconde permettant de connaître l'importance de la communication et des difficultés relationnelles rencontrées lors des soins. Cela concerne les questions 3 à 7
- pour finir, d'estimer le nombre d'infirmiers confrontés au refus de soin et de connaître les situations entourant ces refus. Cela concerne les questions 8 à 11.

Cette méthode permet de voir par son aspect quantitatif la fréquence de certains ressentis.

- Recueil des données

J'ai remis en mains propres 50 questionnaires au sein d'un même établissement de santé. Sur ces 50 questionnaires, 44 ont été récupérés, ils se composent de la façon

suivante :

- 17 questionnaires vierges
- 4 questionnaires sont remplis partiellement et donc non utilisables
- 23 questionnaires exploitables. Ce qui représente un taux de réponses équivalent à 46%, c'est un chiffre acceptable qui permet d'autoriser l'exploitation du questionnaire.

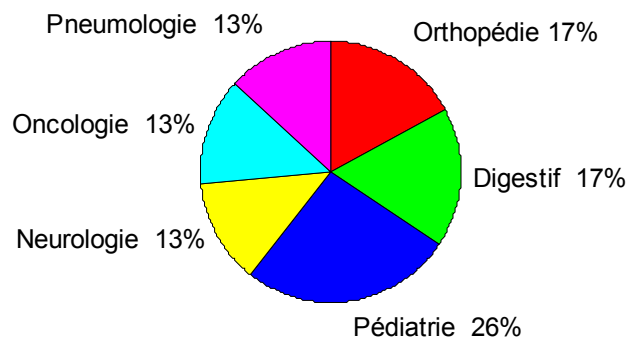
Les services concernés sont de différentes spécialités :

- chirurgie orthopédique
- médecine digestive
- médecine pédiatrique
- médecine neurologique
- médecine oncologique
- médecine pneumologique

#### IV.3.2 Résultats

##### IV.3.2.1 Données épidémiologiques

- **Les différents services interrogés**



- **Question 1** : Votre ancienneté dans la fonction d'infirmière?

Ancienneté (années)	0.5	2	3	4	5	6	8	10	14	15	19	25
Nombre	1	4	4	1	4	3	1	1	1	1	1	1

#### Répartition du nombre de personnes suivant leur ancienneté

La moyenne d'ancienneté des infirmiers interrogés est d'environ 6 ans $\frac{1}{2}$ .

- **Question 2** : votre âge?

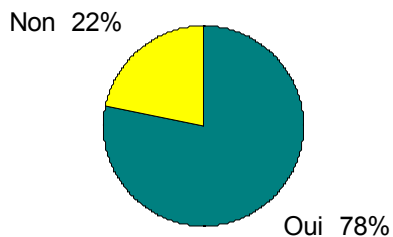
Age (année)	24	25	26	27	28	29	31	35	36	41	47
Nombre	4	3	2	3	2	3	2	1	1	1	1

#### Répartition du nombre de personnes suivant leur âge

La moyenne d'âge des infirmiers interrogés est d'environ 29 ans.

#### IV.3.2.2 Données sur la communication

- **Question 3** : Ressentez-vous de l'anxiété avant d'effectuer un soin dont vous n'avez pas l'habitude?



- **Question 4** : De quelle façon cette anxiété influe-t-elle sur votre explication du soin?

Seules les 19 personnes ayant répondu oui à la question précédente ont répondu à cette question.

-La peur de ne pas pouvoir répondre aux questions par méconnaissance du soin

-manque d'assurance dans les propos, explication plus floue et confuse, réponses évasives

-communication altérée et manque d'explication du soin

-Soin moins bien expliqué

-moins à l'aise pour expliquer le soin

-stress, peur de ne pas bien réaliser le soin

-plus de concentration dans le soin et oublie de matériel

-plus attentionné sur le soin que sur la personne

-demande une explication aux collègues ayant plus d'expériences

-le soin est souvent plus long et cela est indélicat pour le patient

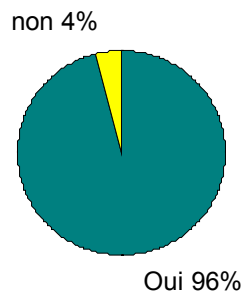
-plus grande appréhension de faire mal au patient et d'être jugé

-maladresse dans la réalisation du soin

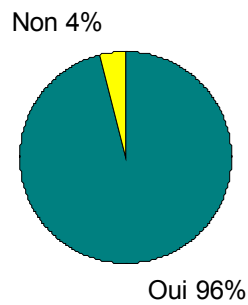
- **Question 5** :Tenez-vous compte de certains facteurs pour expliquer un soin?

Prise en compte des facteurs suivants pour expliquer un soin

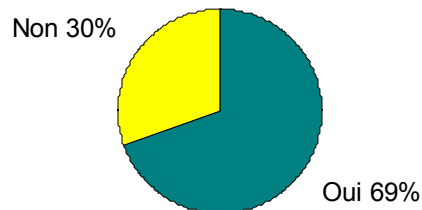
-culture :



-niveau intellectuel :



-niveau social :

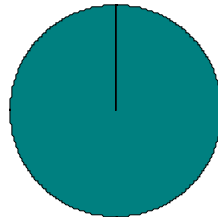


Les autres facteurs pris en compte cités par les infirmiers sont :

- le niveau physique avec la présence de douleur et de fatigue importante
- l'anxiété du patient

- la connaissance du domaine médicale
- l'âge
- le niveau psychologique (abattement)

- **Question 6** : Avez-vous déjà eu le sentiment d'être démuni devant un refus de soin?



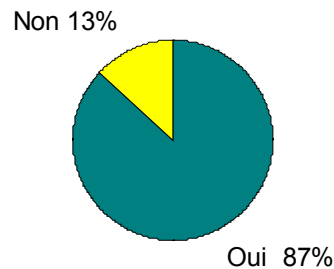
Oui 90%

Deux personnes ont répondu ne pas avoir été confronté à un refus de soin.

- Seulement deux personnes ont répondu ne pas être démuni devant un refus de soin. Ils justifient ce choix du fait que la personne a le droit d'accepter ou de refuser un soin . Un des deux infirmiers ne s'est pas sentie démuni mais plutôt investi de la mission d'expliquer le soin de la façon la plus compréhensible possible afin que le patient en perçoive le bénéfice et puisse le refuser éventuellement en connaissance de cause.

- Les autres infirmiers ayant répondu oui ont cités :
  - sentiment d'impuissance lorsqu'on est à cours d'argument
  - échec vis-à-vis de mon rôle d'éducation, d'explication
  - lorsque le pronostic du patient dépend du soin
  - je me demande toujours si cela est lié à un défaut d'explication
  - impression de ne pas pouvoir aider par nos soins
  - parce que l'on sait que ce soin peut être bénéfique voir vital pour le patient et que l'on doit respecter les droits des patients hospitalisés d'accepter ou non un soin
  - agressivité des parents difficiles à gérer

- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être démuni devant une difficulté de communication?



-sentiment d'être mal à l'aise

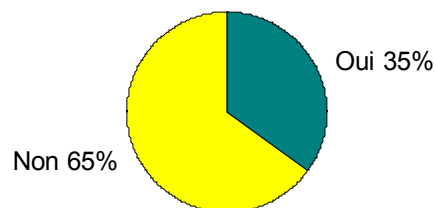
-problèmes de langue d'où une incompétence

-notre rôle infirmier ne se limite pas à la technique des soins, la relation est primordiale

-on ne sait pas comment entrer en contact avec la personne soignée pour être dans une relation d'aide

-incompréhension du patient par rapport au soin prescrit malgré une tentative d'explication sur la nature et les raisons de ces soins

- **Question7** : L'organisation des services permet-elle des espaces de dialogue, de concertation avec l'équipe médicale?



- Pour 35% des infirmiers interrogés, il existe des espaces de concertation avec l'équipe médicale. Ces espaces de dialogue consistent en des staff avec l'équipe

pluridisciplinaire, en des réunions avec la psychologue des soins palliatifs, ou encore par l'intermédiaire des transmissions avant chaque visite du médecin.

Ces espaces de dialogue permettent de gérer les problèmes rencontrés de différentes façons :

- échanger sur les différents points de vue des soignants concernant les difficultés rencontrées avec les patients et cela est synonyme de soutien, de compréhension
- échanger sur les difficultés rencontrées avec d'autres collègues(il est indispensable de savoir ce qui a été dit au patient par les différents professionnels intervenants dans les services de soin)

- Pour les 65% de réponses négatives il n'existe pas de temps ou de lieu de discussion.

Ces espaces permettraient :

- d'introduire une cohérence dans la logique de soin
- d'avoir les mêmes informations que le médecin
- de connaître ce que le patient sait et ce qu'il a compris
- d'avoir une conduite à tenir collective par rapport à un patient
- de solliciter une aide par rapport à la hiérarchie soignante et à l'équipe médicale
- enfin, de comprendre les enjeux des différents examens et traitements dans la problématique du diagnostic médical et du traitement qui s'en suit.

#### IV.3.2.3 Données sur le refus de soin

- **Question 8** : Sur quel type de soin les patients sont-ils les plus réticents?

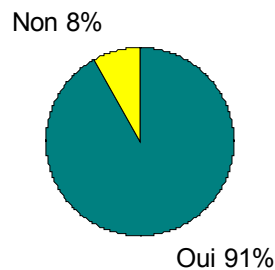
L'étude des réponses montrent une très grande diversité. Deux termes, qualifiant ces soins, reviennent de façon fréquente dans les réponses : il s'agit du terme invasif et douloureux.

La réticence des patients s'exprime de la façon la plus fréquente sur la pose de

sonde naso-gastrique, sur la pose de cathéter. Sont également cités : le lavement évacuateur, le sondage urinaire, la ponction lombaire, les soins de trachéotomie, les aspirations bronchiques, la fibroscopie, la pose de chambre implantable.

Les enfants expriment une réticence forte, selon les soignants questionnés, par rapport aux soins nécessitant des aiguilles : les ponction veineuses, la pose de cathéter et les prélèvements des cavités nasales.

- **Question 9** : un patient dont vous aviez la responsabilité a-t-il déjà refusé un soin?



Les patients qui refusent un soin l'expriment de différentes façons. Trois types d'expression sont le plus souvent citées :

-le refus verbal simple et catégorique. Celui-ci est exprimé soit au médecin soit à l'infirmier

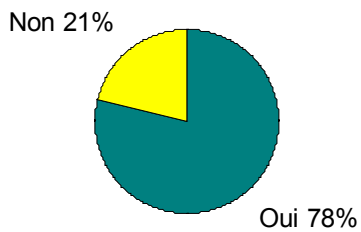
-le mécontentement, l'agitation, la rigidité

-le refus total avec apparition de phénomènes d'aggravation, de colère. Les soignants questionnés mentionnent que chez les enfants ces refus de soins s'expriment le plus souvent par des cris, des pleurs ou des hurlements.

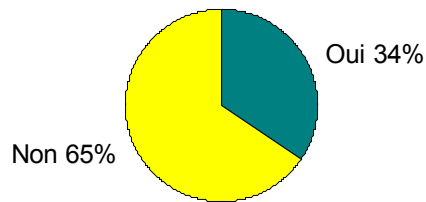
- **Question 10** : Quelles stratégies avez-vous mis en place pour lui montrer l'importance du soin?

Les différentes stratégies utilisées

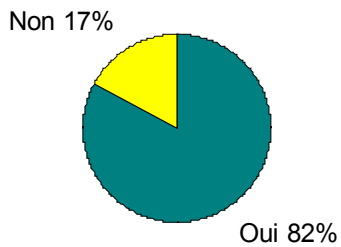
-persuasion



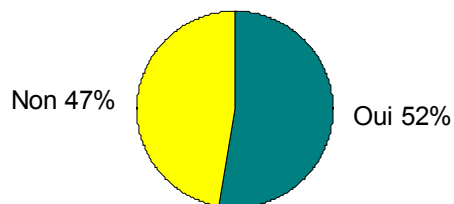
-autorité



-compréhension de la difficulté exprimée



-recours à la hiérarchie



Les autres stratégies proposées par les soignants sont essentiellement centrées sur l'explication de l'importance du traitement et de l'examen pratiqué ( le but et le déroulement du soin sont verbalisés au patient). Un autre procédé peut être également de passer le relais à un collègue. L'essentiel est de dire au patient la réalité qui est perçue par le professionnel au cours du soin ou du traitement réalisé.

- **Question 11** : A votre avis quelle était la motivation du patient qui refusait le soin?

Les motivations des refus de soins sont multiples. Les infirmiers citent en priorité le découragement, l'inutilité du soin ou le peu de bénéfice imaginé à la suite du soin réalisé. D'autres éléments apparaissent également :

-problème de communication et d'explication sur la nature des soins proposés, incompréhension de certains patients sur les soins réalisés.

-la peur d'avoir mal est très fréquemment citée

-apparaît également le refus d'avoir un corps étranger dans la bouche lors de la pose d'une sonde gastrique.

Les soignants mentionnent concernant les enfants la peur de l'inconnue, la peur de la douleur ( d'où un refus de soin par anticipation du fait d'une méconnaissance ou d'une mauvaise expérience précédente). Les parents des enfants en soin refusent celui-ci dans le cadre de pathologies chronique( ce refus est souvent associé à un sentiment d'overdose par rapport au milieu hospitalier).

#### IV.3.3 Analyse des résultats

La proportion des soignants confrontés à des situations de refus de soin est importante. 91% d'entre eux mentionnent qu'au moins un patient dont ils avaient la responsabilité a déjà refusé un soin. C'est donc une situation courante, elle peut être rencontrée par n'importe quel infirmier.

La moyenne d'âge de ceux qui ont répondu aux questions est de 29 ans pour une ancienneté d'environ 6 ans  $\frac{1}{2}$ .

Les réponses à la question numéro 9 n'ont pas mis en évidence de lien entre l'ancienneté et le fait d'être confronté à un refus de soin. Ce type de situation peut donc survenir à n'importe quel moment de la carrière d'un infirmier.

Le refus de soin se fait, de façon générale, par un refus exprimé verbalement et catégoriquement. Il peut parfois se manifester par de l'agitation, laquelle peut être teintée d'agressivité ou de colère. Les soins refusés sont de nature assez diverses : ils sont fonction du type de service concerné et des soins proposés. Les infirmiers répondent de façon massive que ce sont les soins invasifs et douloureux qui sont les plus refusés. Le refus de soin exprimé le plus souvent est la pose de sonde naso-gastrique. Il est lié au refus d'avoir dans la bouche un corps étranger. La prise de sang ou la pose de cathéter peuvent être synonyme de soins douloureux surtout lorsque l'abord veineux est pauvre ou difficile. Le patient peut présenter également une altération de son image corporelle lorsque les soins renvoient une image déformée du corps de celui-ci. Certains refus sont à expliquer par une lassitude ou un découragement dans la lutte que le patient mène contre sa maladie . Le refus de soin est donc à comprendre comme un refus de la maladie.

Il est important de souligner que certains soignants ont cités comme motivation du refus de soin un problème de communication ou d'explication. Le travail des infirmiers consiste non seulement à réaliser des soins mais aussi à participer à la surveillance clinique, et à concourir au recueil d'information utile au médecin pour poser son diagnostic. Le travail soignant fait donc appel à une technicité mais également à un travail relationnel afin d'expliquer la nature des gestes techniques réalisés.

Les autres réponses mentionnées concernent la peur d'avoir mal ou la peur de l'inconnu (surtout chez les enfants malades). Le refus de soin peut donc apparaître quelque soit la nature du soin(mineur ou important). Deux éléments sont à prendre en compte : l'appréhension et les soins invasif et douloureux. Ceci nécessitent une grande empathie de la part des soignants réalisant ces gestes.

Pour montrer l'importance du soin au patient les infirmiers mettent en place des stratégies de communication; ils disent comprendre le refus mais utilisent malgré tout la persuasion et le recours à la hiérarchie soignante. Les soignants proposent également une autre stratégie centrée sur l'explication du soin( raison de la prescription, objectifs et déroulement de celui-ci).

Les soignants ont par leur fonction une connaissance du domaine médicale et connaissent la situation clinique des patients qu'ils soignent. Ils connaissent de ce fait, les objectifs des prescriptions. Les infirmiers sont conscient que certains types de soin peuvent être bénéfiques voire vitaux pour certains patients.

Dans 90% des réponses les soignant indiquent qu'ils ont le sentiment d'être démuni après avoir été confronté à un refus de soin. Ils évoquent le sentiment d'impuissance. D'autres parlent d'un sentiment d'innéficacité voire d'échec lorsque le soin n'aboutit pas à la guérison. Certains soignants évoquent également leur rôle éducatif dans le soin et s'interrogent sur la façon adéquate ou non avec laquelle ils ont expliqués le soin. Enfin, ils se questionnent parfois sur l'impossibilité qu'ils éprouvent à faire comprendre au patient la nécessité du soin. A juste titre les soignants ont rappelés qu'ils devaient respecter les droits des patients, dont un est le refus de soin. Un certain nombre d'élément peuvent modifier la relation entre le patient et le soignant à ce sujet, l'agressivité en est un exemple. Dans le cas spécifique d'un enfant il est essentiel de tenir compte du sentiment exprimé par les parents de celui-ci. L'agressivité ou la colère des parents d'un enfant à propos d'un soin est une difficulté supplémentaire dans la réalisation de celui-ci. L'importance du soin pour l'équipe médicale peut être un facteur d'angoisse pour la réalisation de celui-ci auprès du patient.

Effectuer un soin sur une personne n'est pas un acte anodin. Il nécessite un rapprochement physique ainsi qu'une verbalisation auprès du patient de la technique qu'il utilise. 78 % des soignants interrogé répondent ressentir de l'anxiété avant de réaliser un soin dont ils n'ont pas l'habitude. Le manque de pratique de certains soins entraînent un état de stress significatif et modifient naturellement le comportement des soignants. Les réponses fournies à la question 4 semblent discordant par rapport à la question posée (certains soignants mettent l'accent sur le lien existant entre l'anxiété et le soin tout en minorant l'explication de celui-ci).

L'anxiété agit de façon multiple sur les comportements des soignants. Ceci est lié essentiellement à la personnalité de chaque infirmier, à ses connaissances, et à ses

capacités de surpasser ses vécues émotionnelles. Il importe de percevoir son propre niveau de réalisation et aussi d'accepter l'anxiété qui apparaît lors d'un manque de pratique. Cet état de stress va interférer dans la communication avec le patient, le soignant est alors plus concentré sur l'aspect technique du soin que sur l'aspect relationnel. Ce constat est due à un manque de confiance et d'assurance, à une peur de ne pas bien faire. Il est donc possible dans ces moments là qu'apparaisse un décalage entre l'objectif du soignant ( réaliser correctement un soin) et le vécu du patient ( comprendre ce qui lui est fait et souhait d'une réalisation correcte de ce geste). Le soignant doit donc avoir à l'esprit deux choses : une connaissance parfaite du geste technique et une attention soutenue aux préoccupations du patient. Des difficultés peuvent apparaître du fait : d'une appréhension d'être jugé par le malade, ou d'une incapacité à répondre aux questions posées par celui-ci. Dans certains cas, ces gestes seront réalisés par les soignants les plus expérimentés de l'équipe. L'anxiété a des répercussions sur la communication. Elle se traduit par des réponses évasives mal assurées, peu détaillées, par un manque d'explication du soin. En résumé, pour réaliser un soin technique de qualité sur le plan du geste et sur le plan relationnel, une maîtrise excellente de celui-ci est indispensable.

D'autres éléments interviennent dans la compréhension : la culture du patient et son niveau intellectuel (96%). Le soignant doit s'adapter par principe à la personne, à ses capacités de compréhension et de jugement. Il doit tout faire pour que le patient comprenne ce qui va se passer, et accepte le soin en connaissance de cause. D'autres facteurs modifient cette communication : l'anxiété propre du patient, son état physique, son âge, sa connaissance ou méconnaissance du domaine médicale. Le soignant doit s'ajuster en permanence aux capacités du patient à assimiler certaines notions. Expliquer un soin c'est favoriser son acceptation.

## IV.4 Conclusion de l'étude

Le refus de soin est une situation particulière au sein d'un service soignant. Elle est malgré tout assez courante. Quelque soit son ancienneté, tout soignant peut être confronté à ce genre de situation. Celui-ci implique le patient mais également le soignant. Toute incompréhension sur les raisons de ce refus peut détériorer la relation soignant-soigné. Que refuse le patient dans le cadre de ce refus de soin : la maladie qu'il présente, le traitement qu'il reçoit ou les actes techniques dont il l'objet? Le soignant doit savoir trier ces éléments dans la relation.

Après avoir abordé une partie juridique concernant le refus de soin dans le cadre de référence, le questionnaire fait apparaître la manière dont les soignants réagissent à un refus de soin. De façon générale, c'est d'abord un sentiment d'impuissance qui apparaît, c'est comme si le soignant ne maîtrisait plus cette relation spécifique soignant-soigné : relation où toute les actions entreprises visent à guérir le patient. Il importe d'être attentif à ce genre de situation.

Même si, le plus grand nombre de refus de soin semble lié au patient proprement dit (lassitude, découragement dans le cadre d'une maladie chronique) d'autre refus sont motivés essentiellement par un défaut de communication et d'explication par le soignant. Expliquer le soin, présenter celui-ci en termes claires est un temps essentiel précédant la réalisation de celui-ci. La Loi nous oblige à cette démarche.

Tout soin nouveau, peu fréquent suppose une attention plus grande de la part du soignant dans la réalisation de cet acte. La concentration peut altérer, en quelque sorte, la communication soignant-soigné dans ce type de cas.

Prendre du temps pour expliquer l'objectif, la réalisation du soin, être attentif au vécu émotionnel du patient à cet instant sont des facteurs favorisant l'acceptation du soin.

Celle-ci se fait d'autant mieux que l'infirmier maîtrise son geste technique. Cette étude ne permet pas, du fait de sa subjectivité me semble t-il, d'apporter une réponse tranchée à l'hypothèse initiale. Néanmoins; elle montre bien que ce phénomène est fréquent, redouté et source de difficultés dans la poursuite ultérieure du soin.

## **V. Projection dans l'avenir**

L'infirmier a un rôle central dans le flux d'information. Il se situe entre les médecins, le patient, et sa famille. Il peut à la fois donner et recevoir des informations. Ainsi, sa place est très importante du fait de la confiance que les patients ont en eux.

Lorsque survient une situation de refus de soin, son importance ne doit pas être négligée. L'équipe pluridisciplinaire doit réfléchir avec le patient sur les raisons qui l'ont poussées à refuser un soin. L'équipe soignante doit se concerter pour avoir une ligne de conduite unique. L'infirmier, qui est en contact avec ce patient, pourra s'appuyer sur des objectifs communs et argumenter l'intérêt du soin.

Pour montrer l'importance du soin et la cohésion d'équipe, il pourrait être utile de s'accorder un temps de réflexion avec le patient. Mais, il faudrait que cette réunion, ce lieu de communication se fasse hors de la chambre du patient, dans un bureau neutre.

## **VI. Conclusion du travail de fin d'études**

Lors de ce travail, je me suis intéressé à l'importance des refus de soin au sein des services soignants et à la façon dont l'infirmier gérait ces difficultés. J'ai pu mettre en évidence l'importance du sentiment d'impuissance que les infirmiers ressentaient dans ces situations, et aussi les difficultés relationnelles qui en découlaient.

La communication et l'explication adaptée à la personne est un facteur déterminant dans un contexte de soin, mais sans être le facteur le plus important dans les motivations d'un patient qui refuse un soin.

Ce travail de fin d'étude m'a permis de faire une analyse d'une part du comportement infirmier dans un contexte de soin particulier et d'autre part de la relation liant l'infirmier au malade. Il m'a également permis d'acquérir de nouvelles connaissances en termes juridiques sur la dernière législation des droits des malades.

Pour conclure cette discussion sur la façon de prévoir et de gérer un refus de soin, je peut faire le lien avec une actualité récente : l'apparition du Syndrome Respiratoire Aiguë Spécifique ( SRAS) en Asie et sa dissémination rapide à d'autres parties du monde. Il est actuellement envisagé de faire modifier la législation pour imposer une hospitalisation d'office pour ce type de symptôme. Il s'agit de se questionner sur la façon dont une équipe soignante peut se comporter vis-à-vis d'un patient porteur d'une maladie endémique qui refuse de se faire soigner.