

Enseignement secondaire supérieur de transition

SECTION : AIDE SOIGNANT

Comment faire accepter la toilette
à
une personne âgée qui la refuse.



*Épreuve intégrée présentée par : SOILIH Ainchati
en vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant.*

Année scolaire: 2019/2020

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. PARTIE CONTEXTUELLE	3
1. Situation de départ	4
2. Question de départ	6
3. Le refus de soin	7
a). Définition du refus de soin:	7
b). Le refus de soin «réfléchi»:	7
c). Le refus de soin «non réfléchi» ou pathologique	8
Synthèse	9
II. PARTIE CONCEPTUELLE	10
Chapitre 1 : Les soins	11
1.1. Définition du soin, de l'aide-soignant et de l'équipe pluridisciplinaire.....	11
1.2. Les soins relationnels, de confort et d'hygiène.....	12
1.3. L'objectif des soins relationnels de confort et d'hygiène	16
Chapitre 2 : La personne âgée	17
2.1. Définition	17
2.2. Le vieillissement	17
2.3. Les effets du vieillissement normal.....	18
2.4. Comment prendre soin de la personne âgée ?	19
Chapitre 3 : Le toucher.....	21
3.1. Définition de la peau	21
3.2. Qu'est-ce que l'épiderme	22
3.3. Les fonctions de la peau	22
3.4. Les attributs de la peau et du toucher	22
3.5. Spécificité du toucher dans les gestes de soin	23
3.6. Définition du toucher	24
3.7. Les différents types du toucher chez la personne âgée.....	24
3.8. Les conditions nécessaires lors de la pratique du toucher	26
3.9. Les effets du toucher	26
3.10. L'importance et les bienfaits du toucher dans la relation soignant-soigné	27
3.11. Le toucher dans la culture	27
Chapitre 4 : L'image corporelle de la personne	29
4.1. Le corps réel	29
4.2. Le corps idéal	29
4.3. L'apparence.....	29
4.4. Le schéma corporel.....	29
Chapitre 5: L'estime et l'image de soi	31
5.1. L'estime de soi	31
5.2. L'image de soi	34

III. PARTIE PRATIQUE	38
1. Comment faire face au refus de soins ?	39
2. Quelle est la différence entre les deux formes de refus de soins ?	39
2.1. Le refus de soins « réfléchi »	39
a). Les conséquences face au refus de soin réfléchi	40
b). Les solutions face au refus de soins réfléchi.....	40
c). Le rôle de l'aide-soignant face au refus de soin réfléchi.....	41
2.2. Le refus de soin « non réfléchi ou pathologique »	41
a). Les conséquences face au refus de soin non réfléchi ou pathologique	43
b). Les conséquences pour les soignants	43
c). Les solutions face au refus de soins non réfléchi ou pathologique.....	43
d). Les solutions qui ont été mises en place face au refus de soin de notre situation de départ	44
e). Le rôle de l'aide-soignant face au refus de soin non réfléchi ou pathologique	44
5. Quelle communication adapter face au refus de soins ?.....	54
a). La communication verbale	55
b). La communication non verbale.....	56
6. Quel est le lien entre le refus de soin et le toucher ?	57
7. Qu'est-ce que le toucher et le rôle de l'aide-soignant face au toucher ?.....	57
IV. CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je tiens à adresser mes sincères remerciements à Madame Père. Y et à Monsieur Vantomme. P, pour leurs suivis et leurs conseils.

Je tiens aussi à remercier les différentes structures qui m'ont accueillie et permis de réaliser mes stages, ainsi que les équipes de leur amabilité et leur accueil chaleureux tant appréhendé.

Je souhaite ensuite adresser mes sincères remerciements à Madame Françoise Rio de m'avoir accordé de son temps pour me lire et corriger mes fautes d'orthographe.

Je remercie également certaines camarades de classe de leur soutien et leurs conseils pendant la rédaction de mon travail.

INTRODUCTION

Au cours de notre formation, nous avons effectué plusieurs stages qui nous ont permis d'approcher différentes équipes dont certaines nous ont marquées par le fait d'être confrontées à des personnes âgées qui régulièrement refusaient les soins à apporter. Étant confrontée à ses refus de soins, il nous a semblé intéressant de développer notre épreuve intégrée à travers notre propre expérience. Cette épreuve intégrée est composée des différentes parties pour son développement. Le premier est la partie contextuelle où nous parlons du refus de soins auxquels nous avons été confrontées. Cela nous a permis d'essayer de comprendre dans la partie contextuelle, la vie des personnes âgées se trouvant en EHPAD, les soins que nous sommes tenus de leur apporter pour leur bien-être et leur bien-vivre, et cette contradiction du « refus de soins ».

En deuxième lieu, la partie conceptuelle est consacrée aux soins relationnels, d'hygiène et de confort en passant par la peau et le toucher, étape essentielle du soin afin de comprendre les différentes façons d'aborder la personne âgée.

Et en fin en troisième lieu, la partie pratique sera consacrée aux différents soins pouvant être apportés par l'aide-soignant et les différentes solutions pouvant répondre aux « refus de soins », ainsi qu'aux difficultés rencontrées dans notre situation de départ.

I. PARTIE CONTEXTUELLE

1. Situation de départ

Lors de notre stage d'intégration, nous devons prendre en charge différents patients avec des pathologies différentes pour les accompagner et les aider à réaliser leur toilette, que ça soit au lavabo, au lit ou une demi-toilette au lit et finir la toilette au lavabo. Nous devons aussi accompagner un Monsieur pour le stimuler et l'aider à réaliser sa toilette au lavabo.

C'est un patient de 69 ans, ancien moniteur éducateur pour jeunes en difficultés. Il est entré dans la structure suite à ses antécédents médicaux en pneumologie ; de plus, c'est une personne qui a une forte dépendance à l'alcool. Il a fait plusieurs comas éthyliques et plusieurs sevrages¹. Puisqu'il n'y a pas de structure adaptée pour lui et comme il ne peut pas rester seul à son domicile pour ses soins d'oxygène mais aussi pour éviter le risque de recommencer à boire, il est accueilli en EHPAD afin que l'on veille à sa sécurité et lui prodiguer des soins adaptés à ses pathologies.

C'est un patient autonome. Toutefois, il lui faut de la surveillance et de la stimulation pour sa toilette qu'il fait lui-même. Il a seulement besoin d'une aide partielle pour l'aider à laver son dos et ses pieds. C'est un patient qui est fort dépressif suite à ses pathologies, est sous traitement de SERESTA®² pour son anxiété, et sous oxygène tous les jours (1 litre) pour ses problèmes respiratoires. Il prend également un traitement contre l'asthénie³. Il déambule beaucoup la nuit, pour cela, il a un bracelet de sécurité en cas de fugue. Le patient est en décalage suite au traitement qui le fatigue. Afin de s'assurer qu'il prenne ses médicaments, les infirmiers lui donnent directement et restent avec lui pour son petit déjeuner. Il faut le stimuler sinon il ne déjeune pas ou dit qu'il n'a pas faim. Il n'aime pas trop participer aux activités et ne sort pas de sa chambre. Il lit des magazines, reçoit la visite de sa famille deux fois par semaine. Ses enfants passent pendant les périodes de fêtes pour lui rendre visite. C'est un patient qui est dans le refus de soin. Il préfère dormir que d'aller faire sa toilette, même lorsqu'il est en forme. Il refuse la toilette en disant « qu'il n'a pas besoin d'aide et sait faire sa toilette lui-même ». Lors de notre passage pour aider ce Monsieur à faire sa toilette, celui-ci a refusé. Les propos qu'il a tenu sont les suivants, « *laissez-moi tranquille, je sais me laver, je sais faire ma toilette, je n'ai pas besoin d'aide* » avec un ton bien affirmé. On a essayé de chercher des

¹ Sevrage alcoolisme consiste à la suppression progressive ou brutale de toute prise d'alcool

² Ce médicament est un anxiolytique utilisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celui-ci s'accompagne des troubles gênant comme anxiété généralisée, crise d'angoisse et dans le cadre d'un sevrage alcoolique

³ Asthénie: C'est un terme médical utilisé pour exprimer une fatigue physique ou une dégradation de l'état général entraînant une faiblesse généralisée de l'organisme.

solutions avec lui tout en respectant son choix mais il est resté sur le refus de la réalisation de la toilette. Celui-ci a résisté pendant 3 jours. Tous les jeudis, le patient prend une douche détente qu'il a l'air d'apprécier. Tout au long de mon stage, on était confronté à ce refus de soin qui existait bien avant mon arrivée dans cette structure. Jusqu'à un mercredi matin où le patient avait un rendez-vous chez l'ophtalmologiste. Lors des transmissions, l'équipe de nuit nous a informées qu'elle a voulu aider ce Monsieur à réaliser sa toilette comme il avait un rendez-vous, mais il a refusé.

Lorsque nous avons ouvert la porte de sa chambre, nous avons été surprises par une forte odeur, ma tutrice a lui demandé de se lever pour qu'on puisse l'aider à réaliser sa toilette afin de se présenter à son rendez-vous, d'un ton calme et coopératif mais ce monsieur a, à nouveau refusé. Nous lui avons demandé alors de nous laisser changer ses draps, mais il a également refusé. Devant les refus successifs ma tutrice m'a dit « viens, on repassera plus tard ». Mais par peur que le Monsieur ne rate son rendez-vous mais aussi le fait de le laisser avec cette odeur nauséabonde et qu'on ne savait pas de quoi il s'agissait, j'ai dit à ma tutrice "je vais tenter de voir si avec moi il va accepter le soin ou pas ". Je suis retournée dans la chambre du Monsieur, lui ai demandé de m'excuser de revenir dans sa chambre, que je sais très bien qu'il sait faire sa toilette lui-même mais que j'ai peur qu'il rate son rendez-vous qui était prévu à 10h. Je lui ai demandé s'il accepterait mon aide pour réaliser sa toilette ou pour choisir ses vêtements, avec le sourire. À mon grand étonnement, ça a fonctionné. Je lui ai présenté quelques vêtements que nous avons choisis ensemble mais quand il est sorti de son lit, il était couvert de selles liquides partout, dans ses draps et son pyjama. On suppose que ce monsieur avait fait ses besoins sur lui pendant la nuit car tout était bien collé à sa peau. Je l'ai aidé à s'installer dans les toilettes, et lui ai proposé une douche dans sa chambre. Il a accepté. Je l'ai donc aidé à prendre sa douche, il a également accepté que je le rase et que je lui applique de la crème sur son visage et son corps car il était couvert de sébum. J'ai informé ma tutrice de la situation, nous avons fait la réfection du lit à deux après l'avoir désinfecté, et avons ouvert les fenêtres de la chambre pour l'aérer. Ma tutrice était surprise que le Monsieur ait accepté la toilette avec moi. J'en ai conclu qu'avec un peu de patience et de la bonne humeur, on peut arriver à trouver des solutions.

2. Question de départ

Voici les questionnements que nous nous sommes posés suite à notre situation de départ face à une personne âgée qui est dans le refus de soin :

- ➔ D'où peut provenir le refus de soin ?
- ➔ Quel mode de communication à choisir ?
- ➔ Comment aborder et pratiquer le toucher ?
- ➔ Comment faire accepter cet acte ?

3. Le refus de soin

a). Définition du refus de soin

Le refus de soin c'est lorsque un patient refuse un soin (la toilette, alimentation, vaccin, prise de sang etc...) ou recevoir un traitement selon son état de santé suivant ses pathologies. Le patient a le droit d'exprimer librement son choix sur la prise en charge de ses soins.

Le patient doit être informé oralement ou par écrit dans un langage clair et adapté tout en tenant compte de son âge et de sa capacité de compréhension. Tout refus sera noté dans le dossier médical afin d'en informer la famille ou la personne de confiance.

Le refus de soin selon l'article de Nicolas Couesurel sur la loi du 4 mars 2002 droit des malades à la qualité du système de santé aussi appelée loi Kouchner⁴: *«le médecin doit respecter la volonté de la personne sur le refus de soin après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout faire pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables. Aucun acte 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».*

On peut attribuer des nombreuses raisons au refus de soin. Si un patient refuse un soin, aucun acte médical ne pourra être effectué. Le soignant sera dans l'obligation de tenir compte de son choix.

Ainsi donc, il faut savoir qu'il existe deux types de refus de soin qui sont les suivants : le refus de soin réfléchi (volontaire) et le refus de soin non réfléchi ou pathologique (involontaire).

b). Le refus de soin « réfléchi »

C'est lorsque la personne est consciente de son acte et peut prendre des décisions sur ses soins. Le refus de soin réfléchi est exprimé, soit par :

- ➔ Conviction religieuse ou pudeur
- ➔ La peur de l'inconnu liée au changement d'environnement
- ➔ L'appréhension du diagnostic, manque d'information ou incompréhension de celui-ci
- ➔ Le fait de supporter des traitements lourds et jusqu'ici inefficaces
- ➔ Le coût du traitement qui reste à charge (manque de moyens financiers)
- ➔ La crainte du traitement douloureux
- ➔ La douleur physique et morale
- ➔ Les complications liées au soin (les effets secondaires qui peuvent affaiblir la personne ou aller jusqu'à provoquer des infections)

⁴ Ministre de santé de l'époque en France

- ➔ Une méfiance à l'égard des médecins et plus largement du système de santé
- ➔ L'épuisement lié à l'âge
- ➔ La pression de l'entourage sur la prise des décisions du patient
- ➔ Le stress

c). Le refus de soin « non réfléchi » ou pathologique

C'est lorsque la personne ne peut pas prendre elle-même sa décision soit pour des raisons psychologiques ou psychiques, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés soit des pathologies très lourdes pour une personne qui est dans le coma ou en fin de vie. Si le malade ne peut pas exprimer sa volonté, le médecin doit consulter ses proches pour les informer de la situation des soins envisagés, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de contacter la famille.

Dans le cas d'une intervention d'urgence, le médecin prendra la décision lui-même et le notera dans le dossier médical. Il faut savoir que chaque patient est unique et chaque refus de soin est unique. Cette opposition à la réalisation d'acte peut s'exprimer de manière calme, catégorique, agressive, voire violente. Si un patient refuse un soin, c'est peut être aussi pour satisfaire certains besoins comme le besoin de dormir et se reposer, avoir sa dépendance et être libre de ses choix, avoir son autonomie ou que la personne à juste besoin de calme et de silence. Le refus de soin est une situation difficile tant pour les soignants que pour le patient et ses proches. Il peut être considéré comme une provocation par le soignant.

Nous avons choisi de traiter notre épreuve intégrée sur le toucher relationnel ou comment faire accepter la toilette à une personne âgée qui la refuse. Pendant notre formation lors de nos stages, nous avons été confrontées au refus de soins que nous avons mal vécu. Cela nous a amené à nous poser des questions : si le problème venait de nous ou pourquoi la personne a refusé le soin. Avons-nous mal agit, mal abordé la personne ou avons-nous dit quelque chose qu'il ne fallait pas ?

Nous avons compris que le refus de soin est quelque chose que nous serions amenés à rencontrer dans le métier des soignants que ce soit à l'hôpital, à domicile, en maison de retraite, en EHPAD ou dans les autres structures médicalisées accueillant différents publics mais nous allons nous limiter au domaine des personnes âgées suite à nos expériences.

Le refus de soin fait partie du droit du patient lorsque un patient refuse un soin, il ne faut ni lui imposer, ni insister pour éviter d'aggraver la situation ou devenir maltraitant sans le vouloir. Toutefois, le refus de soin est quelque chose qui est parfois mal vécu par les soignants car certains remettent en cause leurs compétences, surtout lorsqu'un(e) collègue arrive à réaliser

le soin à leur place. Le soignant peut être déstabilisé face au refus de soin mais il doit rester bienveillant pour accompagner et guider le patient à améliorer ou conserver sa santé.

La question qu'on se pose est : comment un patient peut-il refuser un soin alors que nous considérons qu'il fait partie de son bien-être, celui de préserver sa santé ? Nous lui apportons nos gestes de tendresse et d'affection.

Nous nous posons la question qui est de savoir si ce refus de soin est lié à un manque de communication, notre capacité à créer une relation de confiance ou à tenir compte de l'histoire de vie de la personne, de ses origines, de sa religion ou est-ce qu'il est perturbé par le fait de changer de milieu de vie.

Ces différents questionnements nous amènent à travailler sur ce sujet afin d'essayer d'apporter des réponses mais aussi pour nous préparer au mieux à aborder notre futur métier en tant qu'aide-soignant(e).

Synthèse

Que le refus soit « réfléchi » ou « non réfléchi », le choix du patient est un droit qui doit être respecté. Selon l'acte de loi du 4 mars 2002 « aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Le refus peut-être calme, ferme ou répété ou démissionnaire ou au contraire violent surtout si le soignant insiste. Il est essentiel pour le soignant de chercher à comprendre les causes du refus de soin en tenant compte du langage verbal ou non verbal du patient. Il faut que le soignant comprenne qu'il n'est pas seul devant un refus et qu'il peut compter sur son équipe. La discussion est essentielle. Tout refus est notifié dans le dossier du patient et peut-être revu ou adapté en réunion afin de trouver des solutions. Le médecin doit savoir prendre ou revoir un 2^{ème} avis.

En conclusion, tout refus est un signal d'alarme qui impose une prise en charge sérieuse. Tout refus doit être entendu. Le soignant ne doit surtout pas abandonner son accompagnement. Si le refus du patient est répété et afin d'éviter la fatigue et l'usure des soignants, l'équipe pluridisciplinaire et le médecin sont une aide précieuse. La famille, l'entourage ou la personne de confiance font aussi partie de cette aide.

Dans la partie conceptuelle nous allons aborder les soins relationnels, d'hygiène et de confort à apporter à la personne âgée. Afin d'établir un mode de communication entre soignant-soigné et pour mieux comprendre notre rôle, nous allons définir la peau et le toucher, notion essentielle de communication dans la prise en charge du patient et comprendre la personne âgée à travers une définition de l'image corporelle, l'estime et l'image de soi.

II. PARTIE CONCEPTUELLE

1.1. Définition du soin, de l'aide-soignant et de l'équipe pluridisciplinaire

a). Définition du soin

On peut définir le mot « soin » comme étant un acte de bienveillance envers un patient, veiller au bien-être de la personne, prêter de l'attention, être attentif à l'écoute, avoir une ouverture d'esprit et s'inquiéter de l'autre.

b). Définition de l'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même but. Pour cela, diverses réunions sont organisées dans le service pour améliorer la qualité des soins donnés aux patients, suite aux cours de Madame PÈRE à savoir :

Réunion d'information : son objectif est de transmettre des informations

Réunion de discussion : son objectif est d'échanger des informations, des opinions, des questions par rapport à certaines problématiques du patient : angoisse, anxiété, etc...

Réunion de décision : son objectif est de résoudre des problématiques ou rechercher des solutions à certaines de ces problématiques.

Pour qu'un groupe soit productif, il faut que certaines règles soient respectées par les participants c'est d'être à l'écoute, ne pas couper la parole, être précis et bref, coopérer, réduire les tensions, être solidaire, parler en son nom et utiliser le « je », éviter les critiques et la mise en cause des personnes, éviter les jugements de valeurs.

c). Définition de l'aide-soignant et tâches de l'aide-soignant

L'aide-soignant est un professionnel de santé, spécifiquement formé en matière de soin, d'éducation et logistique. Il travaille en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier.

Intégré à une équipe de soin, l'aide-soignant assiste l'infirmier dans les activités quotidiennes de soin dans le but de contribuer au bien-être des personnes ayant des problèmes au sens large, en les accompagnant dans leurs gestes tout en préservant leur autonomie.

Pour cela l'aide-soignant devra réaliser les tâches suivantes :

- Effectuer les soins d'hygiène, distribuer les repas en respectant les différents régimes et les goûts, aider les pensionnaires à manger, et débarrasser les plateaux,
- Veiller à l'ordre du service, nettoyer le matériel et le ranger,
- Enlever et remettre les bas destinés à prévenir ou à traiter les affections veineuses,
- Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes,

- Effectuer les soins d'hygiène à une stomie cicatrisée,
- Surveiller l'hydratation par voie orale du résident et signaler les problèmes,
- Surveiller la prise de médicament,
- Installer et surveiller le patient dans une position de confort,
- Prévenir les lésions corporelles, les escarres ainsi que les infections,
- Prise du pouls et de la température corporelle et signaler les résultats,
- Assister le résident lors de prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions,
- Réfection des lits,
- Installer le patient aux toilettes, réaliser les changes, répondre aux sonnettes,
- Faire les transferts du patient du lit au fauteuil ou du fauteuil au lit,
- Gérer le circuit du linge propre et sale,
- S'occuper de la gestion des protections,
- Collaborer avec l'équipe de soin.

1.2. Les soins relationnels, de confort et d'hygiène

a). Les soins d'hygiène

La « toilette » ou soin « d'hygiène » fait partie du huitième besoin fondamental sur 14, selon Virginia Henderson⁵. C'est le besoin d'être propre et soigné, de protéger ses téguments.

Les soins d'hygiène, c'est la capacité de l'être humain à assurer son hygiène corporelle pour permettre l'accomplissement des fonctions de la peau et des phanères⁶.

La toilette ou l'hygiène corporelle sert avant tout, à veiller et préserver la santé en prenant soin de son corps pour son bon fonctionnement en éliminant salissures et microbes.

Mais il faut savoir que les personnes âgées n'ont pas les mêmes notions de culture que nous au niveau de la toilette car l'hygiène d'avant était différente de l'hygiène d'aujourd'hui.

Pour aider un patient à la réalisation de ses soins, il faut savoir respecter les règles du métier : savoir s'organiser, savoir travailler en autonomie et savoir travailler en équipe. Il faut également savoir respecter certaines règles comme une aide partielle de toilette au lavabo ou une aide complète d'une toilette au lit pour un patient alité.

Lors de la réalisation de la toilette en général, le soignant devra préparer le matériel suivant :

- Deux gants à usage unique pour le soignant,

⁵ Virginia Henderson a été une infirmière adjointe à la recherche à une université aux états-unis son modèle de conception est utilisé pour évaluer l'autonomie du patient en fonction de ses capacités physiques et psychologiques selon ses pathologies.

⁶ Phanères les cheveux, poils et les ongles

- Deux gants de toilette, deux serviettes de toilette de couleurs différentes pour le patient,
- Bassine, savons, shampoing, mousse pour enlever les plus gros des selles, gants jetables, papier toilette,
- Brosse à dent, dentifrice, rasoir, mousse à raser ou rasoir électrique,
- Crème pour prévention des escarres, talc, coupe ongle, cotons tige,
- Crème de beauté hydratante, eau de Cologne,
- Protection de rechange, drap plat, drap house, alèse, taie d'oreiller.

Réalisation pour une toilette au lavabo, le soignant devra effectuer (voir fiche technique annexe 1)

Faire sa collecte de donnée, indiquer sa présence, effectuer la désinfection du chariot de soins, préparer le matériel de soins, prévenir le patient du déroulement du soin, prévoir une protection de rechange, prévoir une chaise et aider le patient à s'installer confortablement, favoriser l'autonomie du patient, lui laisser du temps selon son rythme, apporter notre aide sur les endroits que le patient ne peut pas atteindre, aider à l'habillage, veiller à son hygiène dents et ses cheveux, évacuer le linge sale dans les chariots destinés.

Pour une toilette au lit, le soignant devra :

Installer le patient confortablement, lui proposer s'il veut aller à la toilette avant le soin, commencer le soin par le visage et le cou puis les mains, les bras, le torse, l'abdomen et le dos. Bien rincer et sécher, couvrir la partie supérieure pour éviter que le patient n'attrape pas froid. Changer l'eau, faire la toilette de la partie inférieure en commençant par les pieds et les jambes (distale / proximal). Changer de gant, faire la toilette intime, du plus propre au plus sale sans oublier les plis inguinaux. Bien sécher, mettre une protection si nécessaire et habiller le patient. Faire les soins bucco-dentaires, et brosser les cheveux.

Avant de réaliser un soin, il est obligatoire de prendre des précautions standards et d'hygiène des mains permettant notamment d'éviter et de limiter la propagation des bactéries sur chaque objet que nous touchons. Les mains sont porteuses de bactéries et de virus, surtout en période d'épidémie de grippe ou de gastro entérite.

Il est recommandé de se laver les mains avant et après chaque soin, après le tri de déchets, après avoir manipulé du linge sale, souillé ou contaminé, entre chaque soin, chaque fois que l'on est passé aux toilettes, avant de passer à table, après avoir fait un trajet dans les transports en commun.

L'utilisation d'eau et de savon, avec friction sur la paume, le dos de la main, entre les doigts, sous les ongles et les poignets, pendant au moins 15 secondes constitue le nettoyage quotidien des mains. Les solutions hydro-alcooliques sont utilisées surtout en périodes d'épidémies. Avant de réaliser un soin, pour faciliter l'entrée en contact avec le patient mais aussi pour créer un lien de confiance, il faut dans un premier temps, expliquer au patient le déroulement du soin, demander son accord afin d'éviter le refus de soin.

Lors de la réalisation du soin, il faut veiller à la sécurité de la personne pour éviter les chutes, être très délicat au moment d'essuyer le patient, de tamponner sans frotter, sécher minutieusement les plis : seins, aisselles, abdomen, plis inguinaux, plis inter fessier.

Faire des préventions d'escarres au niveau de tous les points d'appuis, sacrum, talon, ceinture scapulaire. Favoriser l'autonomie du patient, le faire participer à la réalisation du soin en fonction de ses capacités physiques et psychiques. Être attentif lors de la réalisation du soin, observer, noter les remarques, adapter son comportement, son attitude, le ton de sa voix, ses gestes, laisser le temps au patient, se montrer bienveillant, disponible et empathique. Préserver la pudeur du patient en respectant son intimité, couvrir le corps du patient d'une serviette sur son corps lors de la réalisation du soin, dans une chambre double, installer le paravent, fermer la porte, indiquer notre présence et éviter qu'une personne entre dans la chambre au moment du soin pour éviter toute gêne chez le patient.

Le soin d'hygiène est aussi un soin de confort. Lors de la réalisation du soin, veiller à ne pas mouiller les draps, vérifier la température de la pièce ainsi que la température de l'eau utilisée. S'assurer que le patient soit satisfait du soin prodigué.

Il est recommandé de donner une douche par jour, ni trop longue, ni trop chaude, au risque d'assécher la peau. Il est déconseillé de laver les cheveux quotidiennement pour éviter qu'ils ne graissent trop vite. La douche permet d'éliminer la sueur, l'excès de sébum, une partie des microbes et la saleté accumulée à la surface de la peau.

Les produits d'hygiène corporelle employés pour se doucher sont à choisir précautionneusement, notamment en fonction du type de peau et des différentes zones du corps. Le nettoyage de la peau s'effectue avec un gel douche ou un savon. Le nettoyage du visage nécessite quant à lui, des produits spécifiques adaptés au type de peau et au goût de chacun : savon, gel, crème ou mousse nettoyante.

b). Les soins de confort

Les soins de confort et de bien-être désignent l'ensemble des soins non médicamenteux visant à améliorer la qualité de vie des patients. Ils sont un élément important de la prise en charge du patient.

Les soins de confort et de bien-être sont prodigués aux personnes dépendantes ou en fin de vie dans le but d'améliorer le confort et le bien être des personnes concernées tout en atténuant la douleur. C'est avant tout, veiller à son installation afin et qu'elle soit dans une position confortable, réaliser des soins de bouche, nez, yeux, et ainsi, satisfaire les besoins de la personne.

Le confort du patient dépend avant tout, de la surveillance de son état de santé, de l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne et la réalisation des soins selon le protocole médical et les consignes du personnel soignant.

Pour cela, l'aide-soignant doit :

Informé le patient des soins à prodiguer, surveiller son état général, veiller à la prise des médicaments, mesurer ses paramètres vitaux (prise de pulsation qui sont de 60 à 80 battement/minute pour un adulte et de 60 à 70 btm/minute pour une personne âgée, fréquence respiratoire cycles/minute, la température corporelle qui est de 36 et 37°(degré), évaluation du seuil de la douleur qui est comprise entre 0 et 10, coloration de la peau, œdèmes, la toux et expectoration), contrôler le bon fonctionnement des appareillages médicaux, réaliser des soins d'hygiène corporelle, de confort et de prévention d'escarres et accompagner les résidents dans les activités de la vie quotidienne.

Pour le soin de confort, il est essentiel de veiller au bien-être du patient, dans l'aide du lever, coucher, déplacements, repas, dans les gestes liés à l'hygiène. Ces soins sont prodigués avec une attention particulière sur l'ergonomie afin de prévenir les escarres. Veiller à la mobilité et aux techniques qui permettent de faciliter les déplacements en changeant régulièrement de position les patients pour réduire la douleur physique et morale qui peuvent atteindre et affaiblir le patient et réduire l'anxiété.

c). Les soins relationnels

Le soin relationnel est une activité ou situation par laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement. Les soins relationnels peuvent être définis par les interventions verbales visant à établir une communication pour apporter de l'aide et du soutien à un patient. Pour cela, il faut privilégier lors des actes, le dialogue et l'écoute.

Un soin relationnel est un ensemble d'actes, de gestes, de paroles, d'attitudes, et de propositions relationnelles tant attendus dans le domaine du réel. Celui-ci permettra au patient de se relier à son passé, à sa maladie, à son entourage, à son traitement, à lui-même, et avec nous, les soignants. Pour cela, on doit prendre soin de la personne tout en gardant une distance dans l'accompagnement du patient, c'est à dire, garder une dimension humaine au soin, en prenant conscience que le soin ne se limite pas aux gestes techniques ou aux gestes relationnels mais plutôt à un mélange des deux.

Le but des soins relationnels est, avant tout, lié à la communication avec le patient, à la notion d'alliance thérapeutique (relationnel particulier qui lie le soignant au soigné) et aux comportements relationnels en général.

1.3. L'objectif des soins relationnels de confort et d'hygiène

Outre la propreté du corps et des téguments, les soins relationnels de confort et d'hygiène permettent également d'assurer une communication verbale ou non verbale entre le patient et les soignants permettant ainsi une socialisation et la création de liens de confiance. Au travers de la douceur et de la tendresse rendue possible par ce soin dispensé auprès du patient, le soignant pourra alors rassurer, redonner goût à la vie, ou accompagner la fin de vie dans la dignité. Ils permettent également de réhabiliter le schéma corporel de l'individu, de travailler sur l'image de soi et de la personne soignée au travers de son ressenti, des sensations corporelles, de l'habillement et parfois du maquillage.

Conclusion

Les soins relationnels, de confort et d'hygiène sont des soins procurés aux patients dans le but de veiller à leur bien être tout en leur prodiguant des soins adaptés à leurs pathologies, veiller à la sécurité, favoriser des positions de confort, tenir compte de l'intimité et de la pudeur, respecter l'autonomie de la personne mais surtout créer des relations de confiance avec la personne soignée afin de trouver des solutions ensemble et de l'aider à améliorer son état de santé. Tous les soins définis précédemment sont des soins que nous avons étudiés en général. Il son adaptable au individu de toutes âges. Notre sujet se portant sur la personne âgée nous allons la définir et essayer de comprendre son vieillissement.

Chapitre 2 : La personne âgée

2.1. Définition

L'OMS considère un individu comme une «*personne âgée lorsqu'il est âgé de plus de 65 ans*».

Au-delà de cet âge, on peut distinguer les termes de «*troisième âge et quatrième âge*».

Classification sur une base chronologique

- Personne d'âge moyen: 40-59 ans
- Personne âgée: 60-74 ans
- Vieillard (senior): 75-90 ans
- Grand vieillard (aîné): plus de 90 ans

Le terme «*personne âgée*» est utilisé pour une personne ayant un âge avancé qui a la caractéristique physique de la vieillesse. Les personnes âgées sont également appelées les «*seniors*» ou encore «*aînés*». C'est avec le temps qu'on devient âgé car plus on prend de l'âge et plus on vieillit.

Comment apparaît la vieillesse

Avec l'âge, on a l'image corporelle qui change avec l'apparition de rides qui se forment sur notre corps marquant ainsi le changement physique, l'apparition des cheveux blancs, la peau devient sèche, on a une baisse d'énergie qui provoquent fatigue et relâchement musculaire. L'apparence et l'estime de soi commencent à diminuer. Les personnes qui n'acceptent pas le fait de vieillir perdent le goût à la vie, vont s'isoler, leur état de santé va commencer à se dégrader et leur hygiène de vie commencera à changer.

Le vieillissement est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisé par une baisse des fonctions physiques ainsi qu'une perte du rôle social. Le changement de l'apparence physique va jouer un rôle très important sur la diminution des capacités.

2.2. Le vieillissement

a). Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la vieillesse concerne les personnes âgées de plus de 65 ans tandis que d'un point de vue social, l'entrée dans la retraite serait un indicateur d'entrée dans la vieillesse. D'un point de vue économique et médical, on parle de 3^{ème} âge lors de la cessation d'activité, de 4^{ème} âge, lorsqu'il y a une perte d'autonomie et une apparition de handicap. Les termes de grand âge ou de 5^{ème} âge sont également couramment utilisés pour désigner les personnes très âgées.

b). Les 3 modes de vieillissement

Il existe trois modes de vieillissement qui sont, le vieillissement réussi, le vieillissement usuel et le vieillissement pathologique que nous allons développer :

Vieillissement réussi

Lors du vieillissement réussi, l'individu ne présente pas de pathologie significative et ses fonctions physiologiques sont atteintes de façon minime.

Vieillissement usuel

Lors du vieillissement usuel, l'individu présente plusieurs pathologies plus ou moins compensées. Il peut donc exister un risque de fragilité des fonctions (physiques, mentales et sociales), c'est-à-dire un risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle préexistante.

Vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique c'est le vieillissement avec différentes pathologies qui s'accumulent au cours du temps et qui vont entraîner une dépendance. Il faut garder en tête que la dépendance n'est pas liée à l'âge, mais aux maladies qui se sont accumulées avec l'âge. Comme l'arthrose, insuffisance cardiaque, AVC⁷ ou la maladie d'Alzheimer.

En résumé, la dépendance psychologique est souvent due à une maladie au départ.

2.3. Les effets du vieillissement normal

Les premiers signes que l'on perçoit du vieillissement sont les changements du corps. Il est important de souligner que le rythme de vieillissement varie selon la personne.

Ces changements peuvent être dus à des maladies héréditaires, maladies mentales, l'usure par le travail ou le stress. Des changements physiques surviennent comme : l'apparition des cheveux gris, la peau devient fine et fragile, elle perd son élasticité, la diminution de la taille par la déformation de la colonne vertébrale.

a). Diminution des facteurs physiques

La personne âgée va marcher plus lentement, ses mouvements deviennent plus lents. Chaque déplacement sera donc une épreuve à surmonter.

Au niveau du système périphérique, il peut y avoir une baisse de réflexion, de coordination de mouvements, de l'équilibre ou baisse de réaction. Au niveau physique, il peut y avoir une baisse de la force musculaire, par exemple : soulever quelque chose, ouvrir la porte, déplacer des meubles, passer la serpillière ou l'aspirateur.

⁷ Accident vasculaire cérébral

Ces changements peuvent avoir aussi des répercussions sur les sens. Avec l'âge on peut avoir une diminution de la vue, le cristallin perd une partie de son élasticité, les yeux perdent leur capacité de localiser les objets rapprochés ou éloignés (myopie), l'altération de l'ouïe, la réduction du goût et de l'odorat, en vieillissant on peut perdre aussi le sens du toucher.

b). Maladies liées au vieillissement

Maladie d'Alzheimer qui se développe tardivement chez la personne qui ne reconnaît pas sa famille et qui est restée bloquée dans sa vie antérieure lorsqu'il était actif. Insuffisance respiratoire, vieillissement artérielle, incontinence vésicale comme les conséquences du vieillissement urinaire. Ces troubles sont très fréquents chez les personnes âgées.

2.4. Comment prendre soin de la personne âgée ?

Définition de prendre soin

C'est faire attention à la personne ou groupe de personnes dans le but de contribuer au bien-être en les accompagnants à satisfaire leurs besoins et en les aidant à maintenir leur santé.

Soigner : moyen par lequel on s'efforce de rendre la santé à un malade. C'est apporter notre aide à satisfaire ses besoins, d'entretenir la continuité de la vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Lorsqu'une personne est en bonne santé, elle satisfait ses besoins elle-même sans dépendre d'un tiers.

Si on se réfère à la théorie de Virginia Henderson, on doit tenir compte des besoins à satisfaire chez la personne, tenir compte de ses capacités physiques, mentales et émotionnelles.

Dans tout soin, il y a un rôle préventif d'éducation à la santé à mettre en place.

L'éducation à la santé a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *tout ensemble d'activité d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et ou collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ».

L'éducation à la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption des comportements favorables à améliorer leur propre mode vie pour lutter contre une dégradation de la santé. L'éducation à la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les patients à participer et à choisir eux-mêmes. Son but est de contribuer à informer, à accompagner les patients à acquérir des compétences et des moyens qui leur permettent de participer à l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie ainsi qu'à participer à leur propre guérison.

Conclusion

Si les mécanismes de l'origine du vieillissement restent encore inconnus, il est important que chaque médecin connaisse avec précision les principaux effets du vieillissement sur

l'organisme humain. Les effets peuvent jouer sur le métabolisme. L'organisme se modifie au cours du vieillissement par l'amaigrissement, la perte de l'appétit, le trouble du sommeil, la dégradation des organes de sens, les maladies cardiaques, la baisse musculaire, les problèmes urinaires, les problèmes d'immunité etc...

Cette connaissance est importante pour mieux soigner les sujets âgés, pour mieux comprendre les symptômes des pathologies dont peuvent souffrir nos aînés ainsi que leur origine, pour mieux en connaître l'évolution. Il est important de bien connaître le processus du vieillissement pour donner aux sujets âgés, des conseils de prévention pour réussir à vieillir du mieux possible. Leur bien être dépendra de leur mode de vie, hygiène de vie, à l'équilibre de leur alimentation adaptée à leur pathologies et cela avec l'aide des soignants.

Pour entrer en communication avec la personne âgée quand la communication verbale n'est plus possible, il est important de comprendre les mécanismes de la peau par le biais⁸ du toucher, ce qui va nous permettre de recueillir des informations pour effectuer nos soins.

⁸ Référence consulter <https://www.essorsante.fr/le-toucher-therapeutique/17-toucher-detente-toucher-relationnel>

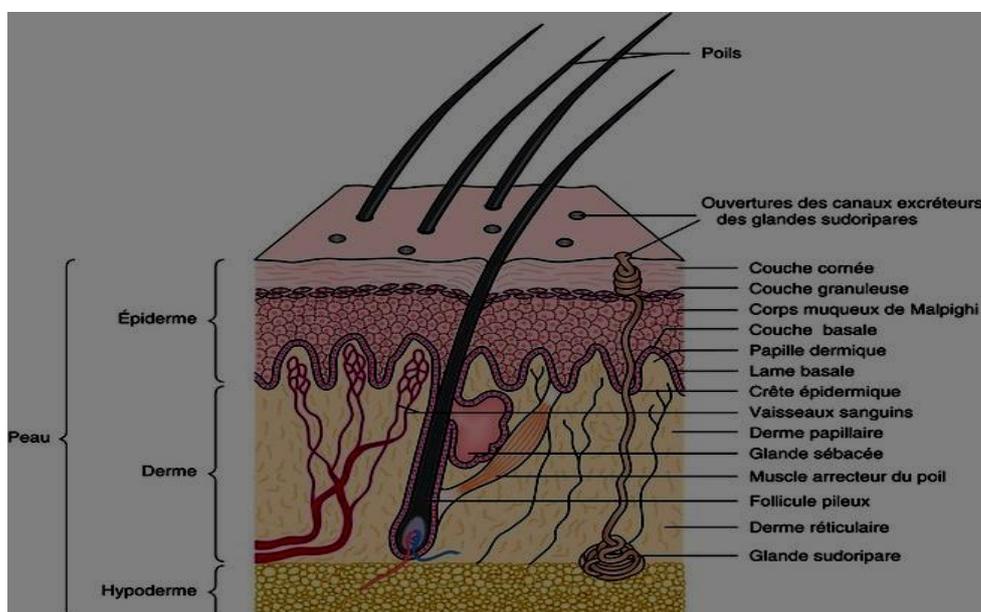
Chapitre 3 : Le toucher

Avant de définir et de développer le toucher, nous allons commencer ce chapitre en développant la peau, élément essentiel et important à connaître sur la prise en charge du patient car le contact de la peau est ce qui va nous permettre d'entrer en relation avec le patient et avant tout, notre but est de soigner.

3.1. Définition de la peau

La peau provient du mot latin (po/ pellis).

C'est un organe composé de plusieurs couches de tissus. La peau est une enveloppe recouvrant notre corps. Elle est le siège de nombreuses fonctions qui sont : sensorielle, métabolique, d'échange, de thermorégulation et d'auto réparation ou cicatrisation.



Son rôle principal est la protection de l'organisme contre les agressions extérieures, qu'elles soient : lumineuses, thermiques, mécaniques, chimiques ou microbiennes.

Elle est constituée de trois couches de tissus superposés :

- L'épiderme qui est la couche superficielle : directement en contact avec l'extérieur et sert de protection.
- Le derme qui est la couche intermédiaire : elle est épaisse, riche en vaisseaux, fibres nerveuses et en fibres élastiques. Elle a une fonction de régulation de la température du corps, est responsable de la sueur et du sébum et de la perception de la chaleur et du froid. Elle transmet aussi les informations au cerveau par le toucher.

- L'hypoderme qui est la couche profonde où se trouvent les cellules graisseuses, il joue le rôle d'amortisseur, des chocs que notre corps subit et de protecteur par rapport aux changements de température.

La peau est également composée par les glandes et les phanères.

Il existe deux sortes de glandes qui sont :

Les glandes sudoripares qui sécrètent la sueur et sont responsables de l'odeur corporelle, les glandes sébacées qui sécrètent le sébum, ce film hydrolipidique protège l'épiderme et les phanères qui sont les poils et les ongles. Les follicules pilo-sébacés sécrètent du sébum riche en graisse qui sert à lubrifier les poils. Leur rôle est d'apporter de l'hydratation et l'imperméabilité à la couche cornée. La synthèse du sébum se fait sous la dépendance des hormones sexuelles.

3.2. Qu'est-ce que l'épiderme

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. C'est un épithélium pavimenteux stratifié et kératinisé non vascularisé. Elle sécrète de la kératine qui est une protéine qui rend la peau imperméable à l'eau. Sa surface comporte des orifices pilo-sébacés, des pores et des empreintes digitales comme les rides et les plis. L'épiderme se divise lui-même

3.3. Les fonctions de la peau

Les fonctions de la peau sont multiples et complexes, indispensables à la vie. 3 éléments importants de la peau sont à surveiller : son aspect, sa température et sa couleur. Elle a un rôle de perception dont les terminaisons nerveuses ressentent chaleur, froid, tact et douleur. Ces perceptions ont également un rôle de défense et d'adaptation au milieu environnemental ainsi qu'un rôle de défense de protection contre les entrées ou les sorties d'eau, la pénétration de substances chimiques ou d'agents infectieux. Elle a également un rôle de renouvellement de l'épiderme au niveau du cycle pileux, de thermorégulation, ainsi qu'un rôle métabolique synthèse de vitamine D, métabolisme lipidiques.

3.4. Les attributs de la peau et du toucher

La peau est un organe vital dans la défense de l'organisme, recouvrant la totalité du corps. Elle a 5 récepteurs qui sont : La chaleur, la douleur, le contact superficiel, la pression et le froid. Ces 5 nuances sont utilisées dès les premiers jours de la vie pour satisfaire le besoin fondamental de communiquer. Afin que le toucher conserve sa sensibilité, il faut stimuler la personne pour augmenter la réceptivité et l'équilibre de la posture, favoriser la perception cognitive, affective et corporelle par des massages. Chez les personnes âgées, il faut être très vigilant sur le risque de déshydratation qui peut provoquer la sécheresse de la peau et une fragilité cutanée. Un

toucher non maîtrisé peut avoir des conséquences physiques sur la peau (hématome) et sur la qualité relationnelle avec le soignant.

3.5. Spécificité du toucher dans les gestes de soin

Le toucher s'intègre dans la démarche de prévention. Avant de pratiquer le toucher dans le soin, il faut savoir procéder par étape. L'entrée en contact avec le patient doit se faire progressivement : Demander l'autorisation, commencer par lui tenir la main, utiliser la communication verbale pour accompagner le toucher, (le rassurer, le mettre en confiance). Lors de la réalisation de la toilette, il faut pour respecter l'intimité du patient, le regarder dans les yeux lors des échanges et rester à l'écoute.

Le toucher s'utilise avant, pendant et après un soin pour faciliter l'entrée en contact et la séparation en fin de soin, accompagner les gestes techniques pendant le soin, transmettre une intentionnalité et une présence rassurante, prévenir en cas de douleur pour limiter l'anxiété liée au soin, savoir se référer aux habitudes du patient, recueillir ses données, observer son comportement pendant le déroulement du soin. Pour les soignants, c'est une manière de montrer aux patients que nous faisons attention à eux leur donner une meilleure image d'eux-mêmes. C'est un moyen de valoriser la personne.

Conclusion

La peau est notre enveloppe, notre frontière de protection contre les agressions de l'extérieur. Elle joue un rôle très important sur notre immunité, les glandes sudoripares sécrétion de la sueur, les glandes sébacées sécrétion du sébum, le mélanocyte qui fabrique une substance chimique, la mélanine et les terminaisons nerveuses qui permettent de transmettre des informations au cerveau. La peau est la couche protectrice de tout l'organisme. Elle est très résistante et jouit d'une grande élasticité, sa surface est de 1,7 mètres. Pour que notre peau continue à lutter contre les agressions extérieures, il faut veiller à notre hygiène de vie, à la propreté de notre corps, vivre dans un milieu calme et non pollué, manger équilibré, faire une activité physique régulière, aérer la maison et éviter le stress.

Le lien entre la peau et les soins d'hygiène : le fait de réaliser les soins d'hygiène permet de contribuer à notre bien-être physique et moral, de préserver la santé et veiller au confort du patient. Cela permet d'éviter les odeurs corporelles désagréables, de limiter les risques de transmissions de maladies. Pour que la peau reste saine, souple et douce, il faut des soins au quotidien et une bonne hygiène de vie.

La peau et le toucher ont un lien essentiel. À travers le toucher, la peau perçoit différentes sensations agréables ou non et transmet ses informations au cerveau. Nous allons voir

comment nous servir du toucher à travers nos gestes afin de comprendre les informations que veut nous transmettre la personne âgée (douleur, anxiété, stresse ou plaisir).

Comme nous avons fini de développer la peau, nous allons voir comment intervenir avec le toucher afin de nous préparer au mieux sur nos relations avec le patient tout en faisant attention lors de la pratique du toucher.

3.6. Définition du toucher

Selon mes recherches sur le site web, on définit le toucher comme un sens qui est lié à la fonction tactile de la peau et des muqueuses. C'est une sensation et une perception corporelle qui implique deux participants dans une relation d'intimité puisqu'il n'est pas possible de toucher sans être touché.

À savoir que le toucher est basé sur 5 éléments :

- Le froid, le chaud, le contact, la pression, la douleur

Selon ce que j'ai compris de cette définition, le toucher ou tact appelé tractation est l'un des cinq sens essentiels pour la survie et le développement des êtres vivants. Le toucher nous permet d'entrer en contact avec les autres mais aussi de sentir la texture des objets. Il est l'un des premiers sens à évoluer sans voir ni entendre mais on ne peut pas vivre sans être touché ou toucher quelque chose. Le toucher conduit l'être humain vers la communication avec l'extérieur et permet d'engager une relation avec les autres. Par le toucher, le corps s'éveille, il apporte la sécurité, met la personne en confiance, et permet à la personne de s'ouvrir à nous. En revanche, l'absence du toucher peut affecter la santé physique, mentale et relationnelle. Tout être humain peut bénéficier et profiter du toucher. En étant touché, l'être humain prend conscience de lui-même au travers de ses sensations car le toucher lui permet de se relier à lui-même, exprimer des sentiments, des émotions, avoir ou faire appel à des souvenirs. C'est un facteur réel de diminution de l'anxiété. Il permet aussi d'améliorer notre système d'immunité. C'est un véritable acte de prévention de notre santé parce qu'il augmente la capacité de l'organisme et relance l'ensemble des fonctions du corps. En cas de stress, le toucher reste une solution efficace face à ce problème car il permet à la personne de se sentir bien dans son corps.

3.7. Les différents types du toucher chez la personne âgée

Pour éviter le refus de soin, il est important de tenir compte du toucher relationnel, de la communication à adapter et de nos gestes afin de faciliter les soins et l'entrée en contact avec le patient. D'après « le toucher dans la relation soignant/soigné » il existe différents types de toucher que je vais vous détailler ci-après :

a) Le toucher technique

C'est celui dont on se sert tous les jours dans la profession d'aide-soignant par le biais de nos pratiques professionnelles. Ce sont les gestes relatifs à tous les soins qu'on nous apprend dans la formation. Il implique la position du patient et du soignant afin que celui-ci puisse pratiquer le soin avec « prévention, confort et sécurité ».

b) Le toucher relationnel

Comparé au toucher technique, celui-ci nous permet d'établir une véritable relation avec le patient. On applique ces gestes dans le but d'apaiser et rassurer le patient avant et/ou après une situation ou un soin stressant. Il faut prendre en compte la personne en tant que telle et non pas la voir comme « objet de soin ».

c) Le toucher déshumanisé

C'est lorsque les gestes ne sont plus appliqués comme il faut ou souvent faits en série. C'est aussi lorsqu'on se préoccupe plus des gestes techniques que des gestes rassurants pour le patient.

d) Le toucher communication

Il comprend les mots mais aussi le ton, l'intonation de la voix, les rires, les soupirs pour nous adresser aux patients directement ou indirectement.

e) Le toucher communication non verbal

La communication non verbale est utilisée dans tous types de relation. C'est le fait d'entrer en communication avec le patient en y amenant du réconfort. Lorsque le soignant ne trouve pas les mots pour rassurer, il utilise alors le toucher pour accompagner le patient et établir une véritable relation à travers le regard, l'expression du visage, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps ainsi que tous les contacts physiques en général.

f) Le toucher thérapeutique ou le toucher massage

Ce toucher n'a rien à voir avec le massage kinésithérapeute même s'il est thérapeutique. Dans la mesure où il apporte un soulagement, comme tout massage, il fait naître des réactions physiologiques bénéfiques au patient et apporte avant tout une détente et un réconfort. Il a d'abord pour but de nouer ou renouer un lien fort avec la personne souffrante en la rassurant.

3.8. Les conditions nécessaires lors de la pratique du toucher

Le toucher est donc source de nombreux bienfaits. Pour cela, lorsqu'il est dispensé de façon volontaire, il doit être réalisé dans des conditions raisonnables sans être trop intrusif. Pour commencer, le soignant doit avoir la volonté de comprendre ce qui interagit dans la relation soignant-soigné. Cette volonté est donc soumise à une démarche de réflexion éthique de la part du soignant dans le but d'établir une juste distance afin de se remettre en question et d'adapter sa pratique à la personne soignée. Cette pratique demande beaucoup d'écoute et d'empathie. Il faut avant tout, savoir demander l'autorisation à la personne avant toute pratique, lui expliquer le déroulement du soin, lui en laisser le libre choix et mettre la personne en confiance, favoriser l'autonomie, favoriser un temps agréable d'échange pendant l'intervention, laisser la personne s'exprimer et tenir compte de ses remarques. Il existe des limites à la pratique du toucher dans les soins, en partie dans les distances à respecter, qui sont :

- La distance publique : qui est entre 3,60m et 7m. À cette distance, la vision du corps est globale mais lointaine.
- La distance sociale : qui est entre 3,60m et 1,20m (rencontres professionnelles ou réunions)
- Distance personnelle : qui est entre 1,20m et 45cm, permettant des contacts proches ou amicaux. À cette distance, on perçoit précisément le visage d'autrui, mais on ne peut pas le toucher.
- Distance intime qui est de moins de 45 cm, distance du réconfort, de la lutte ou des relations sexuelles. Les sujets perçoivent leurs odeurs, chaleur, respiration.

En effet malgré le besoin de toucher et d'être touché de l'être humain, des règles sociales s'opposent parfois à cette pratique. Habituellement le toucher ne s'effectue que dans la sphère intime, entre une mère et son enfant ou avec son mari par exemple.

Or les soignants rencontrent parfois des difficultés à rentrer dans l'intimité des patients par le biais du toucher.

3.9. Les effets du toucher

Le toucher est un besoin fondamental. Le toucher de la peau donne la conscience de la matière du corps et pour que le corps puisse se développer, elle a besoin d'être touchée. Prenons l'exemple d'un enfant, celui-ci a besoin de toucher pour prendre conscience des objets pour pouvoir se développer et grandir. L'être humain a besoin de l'autre pour prendre conscience de lui-même. Le toucher est donc un signe d'attention. Le contact physique permet

d'introduire un rapport d'intimité, d'entrer en relation avec la personne, et permet à la personne d'exprimer ses sentiments ou ses émotions.

3.10. L'importance et les bienfaits du toucher dans la relation soignant-soigné

Plus nos aînés vieillissent, plus leurs relations sociales diminuent car en vieillissant on rencontre des difficultés au niveau du déplacement, ce qui fait que l'isolement s'installe. On perd ses habitudes et ses repères. On peut commencer à devenir méchant, anxieux et dépressif quelquefois. Pour cela, il est très important lors d'une réalisation de soin avec un patient de favoriser une relation de confiance avant d'effectuer cet acte. Il faut être prudent dans les gestes et avoir de la douceur. Il est important de réfléchir aux difficultés qui peuvent se présenter dans les soins, comme l'état de santé de la personne ou les difficultés liées au rôle des soignants, comme la différence entre les hommes et les femmes ou les différences sociales et culturelles. Il faut savoir se référer au passé de la personne, à sa culture, son mode de fonctionnement d'avant pour créer une très bonne relation dans les soins, y apporter de la bonne humeur. Il faut adopter une attitude cohérente, être réaliste de percevoir ou de réagir devant un but, une idée, face à une personne ou une situation qui nécessite notre aide et notre savoir-faire.

Accepter la personne âgée telle qu'elle est, et surtout s'abstenir de porter un jugement de valeur sur son état. Il faut savoir écouter pour comprendre le message que la personne veut nous transmettre, lui montrer que nous accueillons son ressenti, son vécu, avec respect, sympathie et compréhension.

Les bienfaits du toucher chez la personne âgée

Prévenir ou soulager la douleur, faciliter la prise en charge de la lourdeur des soins, diminuer le seuil de stress, améliorer l'estime de soi, sentir et ressentir le corps, augmenter le seuil de réceptivité tactile, libérer les émotions, améliorer la communication verbale et non verbale.

3.11. Le toucher dans la culture

Selon les cultures, le toucher a une nature et une valeur différente. Dans certaines cultures, il est l'objet d'interdits et de tabous. Dans d'autres, au contraire c'est tout naturellement qu'il s'intègre comme moyen de communication.

Comme je viens d'une culture différente, à Mayotte on utilise le toucher comme moyen de communication, comme signe d'affection pour compatir à la douleur de l'autre, pour consoler, attirer le regard de l'autre, et se serrer dans les bras en cas de retrouvailles entre amis. Pour la famille et les amis on utilise le toucher sans retenu, mais avec des inconnus, on utilise le toucher avec distance voire méfiance.

a) Bénéfices pour le soignant

Le soignant va évaluer l'état de santé du patient, prévenir ou soulager la douleur, faciliter les soins tout en établissant un premier contact avec la main, le contact doit être doux et respectueux, accompagner chaque mouvement et geste, enrichir une relation d'aide et de confiance, cibler ses limites et capacités dans le champ de la distance intime.

b) Bénéfices pour l'entourage

Intégrer la famille dans l'évolution du soin du proche, peut aider à apporter des informations complémentaires aux soignants et surtout aider la personne à surmonter les moments difficiles de la maladie et à éviter l'isolement.

Conclusion

Le toucher dans les soins est un ensemble de bienfaits visant à améliorer la perception par la pratique. Il est utilisé par les soignants comme vecteur de détente, de mieux être et de prévention de la douleur chez le patient. Il est mis en pratique avec l'accord de la personne soignée tout en respectant son intimité. Il permet d'entrer plus facilement en communication et de favoriser des relations soignant-soigné. Il permet également de montrer à la personne soignée notre attention et notre bienveillance afin d'apaiser les douleurs induites dans les soins, de diminuer le seuil de stress, et d'améliorer la communication verbale ou non-verbale. Ces bénéfices dépendent de la disponibilité du soignant et de sa qualité d'attention.

Le toucher peut modifier l'image corporelle lorsqu'il est affectif de compassion, qu'il favorise une relation chaleureuse qui va permettre d'établir un lien de confiance. À travers celui-ci, la personne âgée recevra ses informations sur le plan mental, émotif ou fonctionnel qui lui permettront d'améliorer positivement son image corporelle. Le changement de l'image corporelle peut affecter le schéma corporel et celui-ci peut amener un patient à refuser un soin exemple : perte des cheveux, développement rapides des cheveux blancs et l'apparition des rides. Cela peut amener la personne à avoir une basse estime d'elle-même, de se renfermer sur soi-même, s'isoler et devenir anxieuse.

Chapitre 4 : L'image corporelle de la personne

L'image corporelle est une image de notre propre corps, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. Tout dépend des jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées.

4.1. Le corps réel

C'est le corps tel qu'il existe, transformé par l'usure du temps et les agressions environnementales. Le corps réel se modifie constamment puisqu'on l'utilise en permanence. Certaines maladies peuvent également le transformer comme par exemple : Les traumatismes, le cancer, les infections et la malnutrition. Quand le corps réel change, l'image corporelle se modifie. Cette modification non acceptée amène la personne à refuser le diagnostic et le traitement prescrit.

4.2. Le corps idéal

C'est l'image mentale du corps rêvé. La conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par les publicités, les diverses modes, la forme physique et la santé. L'image mentale du corps idéal peut être perturbée par une altération du corps réel. Toute perturbation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne.

4.3. L'apparence

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal. C'est pour essayer de faire correspondre le rêve et la réalité qu'on modifie notre apparence aux yeux des autres. La façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa personne, de marcher, de parler, de bouger correspond à une image que l'on veut donner. Le fait d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne pour se déplacer, l'atteinte d'une paralysie ou la perte d'un membre peut altérer cette image et changer radicalement l'apparence.

4.4. Le schéma corporel

Le schéma corporel est souvent confondu avec l'image corporelle alors que tous les deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre.

Le schéma corporel se structure par le vécu et l'expérience. Il est indépendant du langage. Il est une réalité de fait constituée à partir des perceptions. Le schéma corporel est en partie conscient ou préconscient par rapport à notre développement alors que l'image du corps est inconsciente. Toute altération physique du corps peut détériorer le schéma corporel de tout individu en général.

Nous allons voir comment l'estime et l'image corporelle de soi peut se modifier à travers le regard et le comportement des soignants, de l'entourage, et des autres patients et ses conséquences sur la confiance et sur la perception de soi du patient.

5.1. L'estime de soi

a) Diverses définitions sur l'estime de soi :

Selon le cours de communication appliquée de Madame Père. Y ont défini l'estime de soi comme étant *«un jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même en rapport avec nos propres valeurs. Lorsque nous accomplissons quelque chose que nous pensons valable, nous recevons de la valorisation. Lorsqu'on évalue nos actions en étant en opposition à nos valeurs, on a besoin de notre estime»*.

Selon la psychologue Joëlle Sayegh, l'estime de soi, est défini comme étant *«le sentiment plus ou moins favorable qu'une personne éprouve envers ce qu'elle est ou ce qu'elle croit être. C'est donc le sentiment de la valorisation de soi»*.

Selon James, en 1890, l'estime de soi c'est défini comme *«une évaluation qu'une personne à d'elle-même correspondant au rapport entre ses aspirations et les succès qu'elle parvient à accomplir»*.

Selon Maslow, 1943, l'estime de soi *«représente le besoin de réussir, de se sentir compétent et reconnu par autrui»*.

Selon Rosenberg, 1979 l'estime de soi est défini comme *« s'agissant de la valeur que les individus s'accordent, s'ils s'aiment ou ne s'aiment pas, s'approuvent ou se désapprouvent»*.

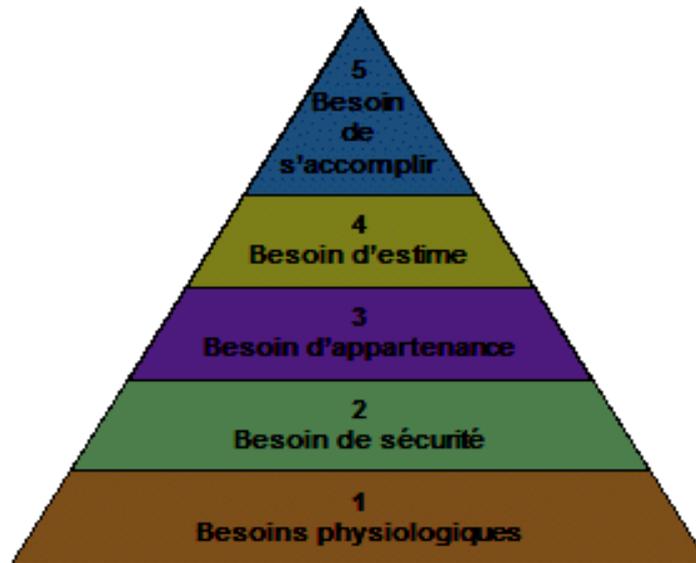
Selon Duclos, 2000 l'estime de soi *«est la conscience de la valeur personnelle qu'une personne se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitudes et de croyances qui permettent de faire face au monde. L'estime de soi est cyclique, parfois instable et toujours variable.»*

Selon ce que j'ai compris de ses différentes définitions, l'estime de soi dépend de nos propres valeurs, de nos capacités à nous surpasser et à la façon dont on s'estime en tant que personne que ça soit en bien ou en mal. L'estime de soi c'est avant tout d'avoir confiance en soi, être capable d'agir de faire face à des situations importantes.

L'estime de soi se caractérise par l'estime que nous avons de nous-même. Plus cette dernière sera saine, plus nous vivrons heureux, en nous aimant et en étant bienveillants envers nous-mêmes. L'estime de soi possède les caractéristiques suivantes et varie selon la façon dont nous nous traitons nous-mêmes : l'envie de se créer un cercle d'amis et de relations, de se respecter et d'être bienveillant envers nous-mêmes, de la volonté de s'accorder de l'attention et du

temps, de l'envie de prendre soin de soi et de ceux qu'on aime et la confiance que nous attribuons à nous-mêmes.

Si on prend la pyramide d'Abraham Maslow, on remarque chez les personnes âgées que l'estime de soi et l'autonomie sont liées. Sur cette partie je vais travailler sur mon cours de déontologie et législation de Madame Père. Y.



Si on se réfère à cette pyramide, on constate que les besoins 1 et 2 sont des besoins de première nécessité et les besoins 3, 4 et 5 sont des besoins secondaires.

1: Les besoins physiologiques: sont des besoins fondamentaux qui sont liés à la survie des individus. Si ces besoins ne sont pas acquis chez une personne, le reste de la pyramide sera impossible à satisfaire.

2: Les besoins psychologiques sont des besoins de sécurité qui consistent à se protéger contre les différents dangers qui nous menacent.

3: Les besoins d'appartenance sont des besoins sociaux, qui vont permettre à la personne de se sentir acceptée par un groupe.

4: Le besoin d'estime : «c'est ce qui va permettre à la personne de se sentir utile et avoir de la valeur, du développement et de l'indépendance»

5: Le besoin de s'accomplir: «C'est d'arriver à la réalisation de soi, faire appel à ses connaissances, développer ses valeurs et s'épanouir».

L'estime de soi chez la personne âgée, dépend de sa qualité de vie, de sa façon de s'adapter à son apparence physique due au changement du corps avec l'âge. L'estime de soi chez la personne âgée peut être modifiée en fonction des échecs de la vie, de la maladie, de la perte de l'autonomie. Le fait de se retrouver en institution, sans famille, peut aussi affecter l'estime de soi de la personne âgée. Pour qu'une personne âgée garde son estime de soi, il faut

s'adapter à la personne, l'encourager à garder ses liens sociaux, à faire face aux événements de la vie, à prendre soin de soi, et éviter à la personne de se dévaloriser ou se remettre en question, ce qui peut l'amener à s'isoler.

L'estime de soi varie également selon les moments de la vie, elle peut être forte, moyenne ou faible. Une personne qui a une haute estime d'elle-même peut prendre des initiatives dans sa vie. Elle est capable de prendre le contrôle de sa vie sans consulter l'avis des autres. Elle est capable de faire face aux difficultés de la vie. Par contre, une personne qui a une faible estime de soi peut rencontrer des difficultés dans sa vie et va facilement baisser les bras, perdre goût à la vie, se renfermer sur elle-même et avoir des difficultés à aller vers les autres.

b). Les effets d'une bonne estime de soi

Selon le cours de communication appliquée de Madame Père. Y «*c'est lorsque la personne accepte de revoir ses certitudes tout en les honorant, être capable de vivre à l'instant présent, chercher à se connaître mieux, à évoluer, à communiquer avec efficacité, elle sait qu'elle n'est pas parfaite, n'a pas honte de ce qu'elle est, de ses erreurs et de ses manquements, elle sait faire la différence entre un fait, une interprétation et un jugement*».

L'estime de soi dépend de nous, de notre personnalité, de notre comportement, cognitif et émotionnel :

Cognitif : L'ensemble des fonctions mettant en jeu la mémoire, le langage, le raisonnement et toutes autres facultés pouvant avoir une influence sur nos capacités à l'action et se nourrir en retour de nos succès car elle dépend du regard que nous portons sur nous.

Émotionnel : qui reste une dimension fortement affective de notre personne, et dépend de notre humeur de base qu'elle influence fortement en retour. Une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action. L'estime de soi c'est avant tout avoir confiance en soi, s'aimer, ne pas se dévaloriser, croire en ses rêves et aller de l'avant. C'est une notion qui peut se développer. Pour cela il ne faut pas confondre l'estime de soi et la confiance en soi car ce sont deux notions différentes. Pour créer des bonnes relations soignant-soigné il faut aussi une maîtrise de soi cela va permettre de créer des relations de confiance.

5.2. L'image de soi

L'image de soi, c'est la façon dont nous nous percevons. Elle est liée à d'autres concepts comme la reconnaissance, la confiance en soi, l'estime de soi. Quand nous décidons de faire quelque chose, l'image de nous-mêmes modifie notre façon de faire et notre volonté de réellement faire. L'image de soi peut donc être le premier obstacle lorsqu'on décide de changer un ou plusieurs aspects de notre personne. Il faut un engagement total envers soi pour y arriver. Notre perception, nos croyances, nos pensées, nos actions et nos relations jouent un rôle sur notre image.

La différence entre l'estime de soi et l'image de soi

Un lien peut se faire entre ce que l'on montre et ce que l'on ressent. L'image de soi s'affirme, se modifie, se positive au fur et à mesure que l'estime de soi grandit. Quand cette estime est présente, elle permet de s'épanouir en vieillissant car on accepte les modifications même irréversibles. La beauté de l'intérieur reflète dans notre façon de vivre ainsi qu'envers les autres. A un certain moment on peut alors, relativiser l'importance qu'on accordait à l'apparence dans notre propre vie. L'image de soi se modifie au cours d'une vie car elle a une relation étroite avec la connaissance de soi. Or, généralement on arrive à mieux se connaître au cours du temps. Un moi idéal et survalorisé laisse place à un moi plus réel, transformé grâce aux défaites et aux déceptions, on se libère alors d'un moi idéal inatteignable et prétentieux. Par ailleurs, une image dégradée du moi peut s'inverser, c'est souvent un travail à faire sur soi qui peut être possible grâce à diverses expériences de réussites, prises de conscience ou démarches personnelles, grâce à l'amour ou l'amour des autres. La personne se voit davantage telle qu'elle est. Pour trouver un équilibre dans notre vie, il faut une grande estime et l'acceptation de soi-même, de l'amour de soi-même et du respect de soi-même.

5.3. La confiance en soi

La confiance en soi, c'est avant tout avoir la foi en ses capacités et ses talents. C'est de s'affirmer sur nos idées, atteindre nos buts et nos objectifs, nous surpasser, évoluer dans la vie de tous les jours et s'épanouir. Le fait d'avoir confiance en soi nous permet de prendre des risques et d'affronter nos difficultés. Avoir confiance en soi, c'est aussi accepter nos défauts et faire face à nos échecs pour augmenter notre estime de soi. Tenir compte de cela peut nous aider à nous améliorer. Il faut savoir que l'estime de soi et la confiance en soi dépendent de nos valeurs en tant que personne. Les compliments nous donnent le courage de nous battre car on se sent valorisé, soutenu et aimé. Alors que la confiance en soi dépend de nos actions.

Par exemple, lors d'une évaluation si je révise correctement mon cours, j'aurai confiance en moi pour réussir mon examen.

Selon ce que j'ai compris de ses deux notions, on peut faire le lien avec les personnes âgées dans le but de les aider à valoriser leur estime pour qu'elles puissent avoir confiance en elles, se prendre en charge et leur redonner goût à la vie, éviter l'isolement et l'anxiété et ainsi, lutter contre le refus de soin.

a). La perception de soi

C'est la façon dont nous nous percevons, ce dont nous nous sentons capable de faire ou non. Par exemple, si nous avons une image positive de nous-mêmes, cela va nous motiver pour atteindre nos objectifs ou nous pousser à affronter les situations et ainsi trouver des solutions. A l'inverse, si nous avons une image négative de nous, nous verrons tout comme un obstacle difficile à aborder, un problème insurmontable. Nous allons trouver des excuses pour ne pas faire, nous allons nous convaincre que c'est perdu d'avance, ce qui nous conforte dans notre perception négative de nous-mêmes.

b). Les croyances

Les croyances dépendent de la manière dont on voit le monde. Si nous croyons que le monde est plein de méchanceté, de cruauté et de misère, nous trouverons toutes les raisons de renforcer notre point de vue. Si à l'inverse nous croyons que le monde est plein de joie et d'émerveillement, nous trouverons les moyens de soutenir ce point de vue. La conviction avec les croyances est de se persuader que, puisque nous avons toujours fait les choses d'une certaine manière, celle-ci est la seule et la meilleure. Or, il suffit juste parfois de changer notre posture et notre vision des choses pour modifier notre point de vue.

c). Les pensées et actions

Nos actions sont en accord avec notre façon de nous voir ou de nous percevoir. Par conséquent, si nous pensons être incompetents, nous allons rester inactifs. Nos pensées nous construisent et nous poussent à prendre conscience à agir ou pas.

d). Les relations et l'Entourage

Créer un relationnel est extrêmement important pour réussir car *«seul on va plus vite, ensemble on va plus loin»*. (Proverbe africain)

La façon dont nous allons créer et développer nos relations dépend de la façon dont nous nous voyons nous mêmes. Si nous nous sentons bien, nos interactions avec les autres seront plus faciles car nous aurons tendance à faire confiance aux autres. A l'inverse, si nous n'avons pas confiance en nous, nous aurons du mal à faire confiance aux autres. Il ne suffit pas seulement

d'adapter une image positive de soi, cette perception, ces croyances et comportements, nous les communiquons inconsciemment autour de nous par nos gestes sans en avoir conscience.

Conclusion

L'estime et l'image de soi sont deux notions importantes pour permettre au patient de conserver la confiance en soi. Le regard positif et l'affection des autres vont lui permettre de faciliter la communication. La personne ainsi rassurée acceptera plus facilement les soins proposés.

Conclusion de la partie théorique

Tout ce qui est évoqué dans cette partie théorique, c'est ce qui va nous permettre de bien comprendre le fonctionnement de la personne âgée sur tous ses changements physiques afin de bien les observer, les étudier, les évaluer pour bien prendre soin d'un patient afin lui apporter des solutions et ainsi lui éviter le refus de soin.

III. PARTIE PRATIQUE

À travers ce que nous avons évoqué précédemment, dans cette partie pratique nous allons essayer de répondre à notre questionnement de départ concernant le refus de soin. Dans cette partie nous allons tenter de comprendre le rôle du soignant et sa relation avec le soigné et apporter des éléments susceptibles d'aider à faire accepter le soin.

1. Comment faire face au refus de soins ?

On peut être amené à rencontrer le refus de soin dans toutes les structures médicalisées accueillant des patients avec des pathologies différents nécessitant des soins (hôpitaux, EHPAD, à domicile, centre de rééducation, unité psychiatrique...). Suivant nos expériences nous allons nous limiter au domaine des personnes âgées.

Le refus de soin ne se limite pas qu'au soin d'hygiène de toilette ou d'habillage, il concerne aussi les soins médicaux (hospitalisation, traitement, examen médicaux, opération, perfusion, vaccin, surveillance de glycémie ...) ou le refus alimentaire et d'hydratation.

Face au refus de soin, l'équipe pluridisciplinaire devra réunir leur expérience et leurs connaissances afin de trouver des solutions en équipe, avec l'aide de la famille ou de la personne de confiance. Dans un premier temps, il faut essayer de comprendre l'origine du refus de soin si celui-ci est «réfléchi» (volontaire) ou «non réfléchi» ou pathologique (involontaire). Il est essentiel sans contraindre la personne de lui donner une explication claire sur les conséquences dès son refus. Ce refus peut être grave pour le patient. Le soignant doit savoir si le soin est indispensable, si oui, il devra en référer au médecin qui prendra la décision finale. Cette décision doit figurer dans le dossier médical du patient afin de se préserver d'un point de vue juridique (non-assistance à personne en danger) sauf en cas d'urgence (coma, démence et mineur).

2. Quelle est la différence entre les deux formes de refus de soins ?

Comme évoqué dans la partie contextuelle sur le refus de soins «réfléchi» et «non réfléchi ou pathologique» page 6 à la page 9, nous allons voir la différence entre ses deux formes de refus de soins ainsi les solutions à apporter face à ces deux formes de refus.

2.1. Le refus de soins « réfléchi »

Définition: le refus de soin réfléchi, c'est lorsqu'un patient refuse ses soins tout en étant conscient de son choix et de son refus après l'annonce de son bilan de santé. Lorsqu'un patient exprime sa volonté de refuser ses soins, le médecin et l'équipe pluridisciplinaire doivent respecter le choix du patient. Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient suite à l'article du 1111-4. Le médecin doit lui apporter des informations claires et adaptées sur sa prise en charge et lui expliquer le

déroulement du protocole de soins envisagé par l'équipe pluridisciplinaire tout en s'assurant de la compréhension du patient pour éviter tout malentendu. Tout refus de soin réfléchi doit être notifié dans le dossier médical du patient afin de laisser des preuves sur le consentement éclairé du patient, sur sa volonté de ne pas accepter les soins proposés par l'équipe pluridisciplinaire afin d'éviter toute poursuite pour non-assistance à personne en danger.

a). Les conséquences face au refus de soin réfléchi

Les conséquences pour le patient peuvent être: La dégradation de son l'état de santé, développement rapide de la maladie, (cancer, plaies...) ou même mourir de ses pathologies, une douleur aiguë et insupportable qui peut amener le patient à devenir de plus en plus agressif. Cela peut réduire ses chances de guérison, l'accumulation des infections, la déshydratation, la dénutrition, ou même accroître la dépression du patient il peut y avoir aussi une accumulation des odeurs par le manque d'hygiène et cela influencera la vie sociale de la personne (être rejetée par les autres et ses proches, critiquée) ou la personne peut perdre goût à la vie et s'isoler.

b). Les solutions face au refus de soins réfléchi

Le refus de soin n'est pas forcément définitif et le patient peut changer d'avis à tout moment. L'équipe pluridisciplinaire doit chercher à comprendre pourquoi le patient refuse ses soins, est ce que les informations ont bien été comprises par le patient, puis privilégier les relations soignant-soigné tout en favorisant le dialogue et analyser la situation du refus afin d'apporter des solutions. Il ne faut pas inciter le patient à prendre des décisions trop rapidement mais l'accompagner vers une décision qui lui appartient, rester à l'écoute, lui montrer notre bienveillance, apporter des réponses à ses questionnements, cela va lui permettre de se remettre en question sur son refus, de s'ouvrir à nous et nous expliquer pourquoi son refus et changer d'avis grâce à la relation soignant-soigné. Il faut laisser du temps au patient pour réaliser et pour comprendre ce qui lui arrive, sans lui mettre la pression, le culpabiliser ou le juger. Parfois c'est difficile pour un patient d'accepter la réalité immédiate après l'annonce du diagnostic. Ne pas faire de comparaisons avec d'autres malades. Si le patient reste sur sa position de refus de soins malgré les efforts de l'équipe pluridisciplinaire, il faut faire appel à la famille ou à la personne de confiance afin de le raisonner, de lui montrer leur soutien pour qu'il puisse changer d'avis. Dans le cas d'un mineur qui refuserait les soins, le médecin doit faire appel à ses parents ou à son tuteur légal. Le médecin peut aussi faire appel à un autre confrère pour essayer une autre méthode pour raisonner le patient. Tout refus de soin réfléchi doit être notifié dans le dossier médical du patient afin de laisser des preuves sur le consentement éclairé du patient, sur sa volonté de ne pas accepter les soins proposés par

l'équipe pluridisciplinaire afin d'éviter toute poursuite pour non-assistance à personne en danger.

c). Le rôle de l'aide-soignant face au refus de soin réfléchi

Pour les personnes âgées, la toilette est importante car c'est aussi un soin de bien-être qui permet d'entretenir et de maintenir ses fonctions vitales ainsi que son autonomie, à se détendre et avoir une belle image de soi. Face au refus de soin l'aide-soignant à plusieurs rôles à mettre en place pour bien accompagner les patients pour cela il devra :

- Respecter le choix du patient et son autonomie,
- Savoir s'adapter aux différentes situations,
- Se présenter et expliquer le déroulement du soin et son but,
- Laisser le temps à la personne, d'évoluer à son rythme, dans un climat d'écoute et de confiance,
- Tenir compte de l'intimité du patient, de son image corporelle (l'aider à l'améliorer) et de son estime de soi pour qu'elle puisse avoir confiance en elle,
- Proposer une douche, toilette au lit, au lavabo ou douche détente (baignoire) selon l'état de santé du patient, décaler le soin dans un autre moment de la journée, ajuster le soin en fonction des attentes du patient et surtout ne pas abandonner trop vite avant de demander le changement de soignant,
- Lui expliquer le but du traitement (sa posologie⁹, la durée, la fréquence et l'heure), de son efficacité et les effets secondaires ainsi que les complications liées au refus de soin, veiller à son hydratation et faire ses transmissions à l'équipe de soin.

2.2. Le refus de soin « non réfléchi ou pathologique »

Définition: C'est lorsque la personne ne peut pas prendre elle-même sa décision soit pour des raisons psychologiques ou psychiques, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés, soit des pathologies très lourdes pour une personne qui est dans le coma ou en fin de vie. Si le patient ne peut pas exprimer sa volonté, le médecin doit consulter ses proches pour les informer de la situation et des soins envisagés, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de contacter la famille.

Tout acte réalisé sur le patient sera notifié dans son dossier. Face au refus de soins pathologiques, l'équipe pluridisciplinaire doit se poser des questions sur les pathologies du patient (douleur, confusion, angoisse, dépression sévère avec perte de tout espoir ou faculté

⁹ Étude de modalité d'une prise de médicament, la durée, l'heur et la fréquence. Modalité (sexe et âge)

de compréhension), sur la façon d'aborder le patient, la posture et la communication à adapter (verbale ou non verbale). Lors de la réalisation de nos soins, il faut prendre le temps d'expliquer le déroulement du soin au patient, rester à l'écoute, prendre le temps de comprendre le refus et adapter nos soins selon ses pathologies. Face à un refus de soin dont le patient ne peut pas exprimer son consentement, l'équipe pluridisciplinaire doit rester soudée et patiente afin de trouver des solutions en équipe.

Le refus de soin pathologique ne prive pas le patient de ses droits de bénéficier des soins tant qu'il ne met pas sa santé en danger immédiat. Il ne faut pas oublier que la famille, la personne de confiance, l'entourage et le médecin traitant du patient sont des personnes qui peuvent aider l'équipe pluridisciplinaire à comprendre et à résoudre le refus de soin d'un patient pathologique sur ses antécédents médicaux. La famille peut apporter des informations supplémentaires si la personne avait rédigé son consentement avant sa maladie. Lorsque le patient refuse les soins, il ne faut pas lui administrer les soins de force car on peut aggraver la situation et s'exposer à des risques de poursuites pénales pour de la maltraitance ou non-assistance à personne en danger.

Il faut savoir que le refus de soin pathologique peut être exprimé d'une manière calme, pour cela, il faut être très attentif à la communication non verbale vis à vis du patient car on peut transmettre des mauvaises informations sans s'en rendre compte, d'une manière ferme, répétée et violente si le soignant insiste. Face à une situation de violence, le soignant doit rester dans son rôle de soignant qui est de rester calme, savoir prendre sur soi, veiller au bien être des patients, leur apporter des soins adaptés à leur pathologie car malgré tout ce n'est pas de leur propre volonté et surtout d'éviter de créer des conflits entre soignant-soigné. Dans un premier temps, il faut chercher à comprendre la signification du comportement du patient, observer, évaluer les conséquences et lui expliquer les risques qui peuvent y avoir, le calmer, l'apaiser, le rassurer, prendre le temps d'échanger, instaurer des relations de confiance pour éviter la peur de l'inconnu. Inciter la famille à venir lui rendre visite régulièrement pour garder les liens familiaux afin que le patient puisse se sentir rassuré et soutenu malgré ses pathologies. Dans le cas d'un patient atteint des troubles psychologiques importants, l'équipe pluridisciplinaire peut faire appel à un psychologue afin de bien comprendre le refus et pour mieux comprendre les attentes du patient. Dans le cas d'un patient dans le coma ou en fin de vie, il est essentiel de lui expliquer chaque mouvement et geste qu'on va lui prodiguer. Ce n'est pas parce-que la personne ne nous répond pas qu'elle ne nous entend pas. Devant ces deux

cas, nous devons témoigner de l'attention, de l'affection, de la tendresse et de la douceur dans nos gestes, du réconfort et du confort pour mieux les accompagner.

Face à ces deux formes de refus de soin, l'équipe soignante doit maintenir autant que possible la relation de soins en réunissant toutes les idées afin de trouver des solutions.

a). Les conséquences face au refus de soin non réfléchi ou pathologique

Le patient peut être amené à rencontrer les difficultés suivantes:

- Problème de compréhension et de communication,
- Ne pas recevoir des soins de confort suffisants et mettre sa vie en danger,
- Apparition d'escarres,
- Accumulation des odeurs et des infections,
- Dégradation rapide de son état de santé,
- Malnutrition et déshydratation,
- Subir de la maltraitance et recevoir des soins de force,
- Perte de poids rapide et fatigue rapide,
- Modification de son état physique, trouble de comportements devenir agressive, crier, pleurer, cracher sur les soignants ou donner des coups de pieds et s'isoler, réclamer sa famille et avoir le sentiment d'être abandonné par sa famille.

b). Les conséquences pour les soignants

Face au refus de soins, les soignants peuvent remettre en cause leurs compétences malgré leurs efforts, se culpabilisent, se découragent, se sentent rabaissés surtout si un collègue arrive à réaliser le soin, être en colère et en vouloir au patient, se déresponsabiliser, abandonner vite, et se retrouver confrontés à la famille du soigné. Le fait d'imposer un soin de force à un patient peut être considéré comme un acte de maltraitance. Le soignant concerné s'expose à des sanctions disciplinaires qui peuvent aller jusqu'à un licenciement pour faute professionnelle grave ou à des poursuites judiciaires en cas de plainte.

c). Les solutions face au refus de soins non réfléchi ou pathologique

La communication et le toucher sont les solutions face au refus de tous les soins qu'il s'agisse du refus de soins alimentaire, des soins médicaux car le refus de soin ne se limite pas qu'au soin d'hygiène. Il faut accepter le refus, et cette décision sera mieux vécue si elle est éclairée et appliquée en équipe pluridisciplinaire afin de partager les difficultés rencontrées lors des soins et apporter des solutions, cela peut aider les soignants à reconnaître leurs erreurs, à vaincre leur peur, leurs colères devant un patient pathologique et qui les met dans l'impossibilité de pouvoir le soigner. Il est nécessaire de recueillir le refus comme une

demande, une interpellation, une forme de communication et non comme un rejet du soignant. L'objectif du soignant est d'identifier les raisons de son refus est l'inciter à changer d'avis. Pour bien prendre soin de la personne soignée, il faut: tenir compte de son histoire, de sa culture et de sa religion, de ses pathologies, faire appel à la famille pour avoir des informations sur sa personnalité et sa biographie, rester à l'écoute, rester poli, se montrer bienveillant, expliquer à chaque fois les soins à prodiguer et leur importance, s'assurer de la compréhension du patient, améliorer la prise en charge en apportant des modifications sur son suivi personnalisé, rassurer le patient, adapter nos comportements, faire attention à la communication verbale et non verbale, tenir compte du patient en tant que personne et non comme un objet de soin. Une personne qui est dans le coma ou en fin de vie doit être informée de ses soins malgré son état.

Une formation peut être conseillée au soignant afin d'être formé à des principes spécifiques d'aide, de bientraitance dans les soins, mais aussi de résolutions des situations difficiles (démence, troubles apparentés ou trouble du comportement).

d). Les solutions qui ont été mises en place face au refus de soin de notre situation de départ

Quand le monsieur a refusé un soin, il a fallu proposer, de repasser plus tard, changer de soignant, décaler le soin dans l'après-midi, lui proposer des bains de détente. Il était essentiel de ne pas imposer la toilette, surveiller les effets secondaires des médicaments comme monsieur prend un traitement qui est le SERESTA©, les risques chez les sujets âgés sont: (risque d'insuffisance rénale, chute, trouble de comportement, modification de la conscience, irritabilité, agressivité, dépendance physique et psychique, confusion, coma, malaise, trouble de la mémoire). Favoriser son autonomie, le stimuler et le rassurer afin d'instaurer une relation de confiance, informer la famille de ne pas lui apporter de l'alcool face à sa pathologie afin d'éviter une modification négative de son comportement envers les soignants. Comme ce monsieur a préféré la douche plutôt que la toilette au lavabo, on lui a ajouté deux bains par semaine le lundi et le jeudi qu'il a accepté jusqu'à présent.

e). Le rôle de l'aide-soignant face au refus de soin non réfléchi ou pathologique

Comme le patient ne peut pas expliquer sa décision suivant ses pathologies, l'équipe pluridisciplinaire devra: après la collecte des données, se présenter au patient, lui expliquer le déroulement du soin, adapter son comportement, garder un ton calme, articuler, ne pas parler trop vite, être souriante et compréhensive, être patient, s'assurer de la compréhension du patient, se montrer bienveillante et rester à l'écoute. Il doit essayer de limiter l'anxiété, passer régulièrement rassurer le patient et le faire participer aux activités pour maintenir certaines fonctions comme la mémoire.

Il doit aussi créer une relation de confiance avant de toucher le patient, et surtout demander l'autorisation avant de pratiquer cet acte parfois mal vu par certains patients, commencer par tenir la main pour le rassurer, ne pas faire la morale, pour éviter le conflit, ne pas parler d'une façon autoritaire et se sentir supérieur au patient, ne pas imposer le soin pour éviter les réactions inattendues, ne pas le faire trop répéter, utiliser les moyens de contention uniquement dans les cas extrêmes, ne pas infantiliser mais considérer la patient comme un individu à part entier, être douce dans nos mouvements.

Le fait d'utiliser le toucher relationnel va permettre au patient de retrouver une sensation de bien-être, et d'entretenir une image corporelle satisfaisante, éviter le contact brusque, l'intrusion dans l'intimité et éviter les réactions négatives.

Afin d'éviter le refus de soin nous devons être attentifs au comportement du patient. Nous devons nous adapter au patient et son entourage, être empathique, prendre le temps d'analyser les choses, favoriser les relations soignant-soigné, établir un projet de soin, répondre et satisfaire aux besoins du patient, veiller au confort et à la sécurité, rester polie et respectueux (se), tenir compte de la douleur induite dans le soin, être douce lors de la réalisation des soins, rassurer le patient. Prendre soins du patient, c'est aussi aider la personne à prendre soin d'elle-même.

Conclusion

Ces soins relationnels d'hygiène et de confort nous permettent de veiller et de maintenir le bien-être des patients tout en instaurant des relations d'échange et de confiance, en favorisant leur autonomie et en restant à leur écoute. Le fait d'intégrer un patient dans son plan de soin va lui permettre de prendre conscience de son état de santé au niveau de son hygiène corporelle, alimentaire et de son hygiène de vie.

Face à cela nous allons voir les observations qu'un soignant sur le terrain ou un futur soignant peut identifier lors du refus de soin réfléchi ou non réfléchi ou pathologique. Ainsi comment planifier et exécuter les soins en cas de refus somatique, psychiatrique, relationnel, éducatif, symptomatique, palliatif, curatif ou préventif avec le rôle de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les transmissions.

1. Le refus de soins somatique

Les maladies somatiques sont des maladies physiques qui sont en rapport avec le corps comme par exemple: la douleur physique, l'asthme, l'eczéma psoriasis, maladies respiratoires, cardiovasculaires, diabétiques, cancéreuses, infarctus, HTA¹⁰...

Lorsque un patient est en état d'exprimer sa volonté sur le refus de soin les soignants doivent observer, évaluer et trouver des solutions en équipe pour pouvoir planifier et réaliser les soins

¹⁰Hypertension artérielle

sans rentrer en conflit avec le patient ni le contredire sur ses besoins d'être autonome et de prendre les décisions à sa place.

a) Les observations qu'un soignant ou futur soignant peut observer sur le refus de soin somatique réfléchi

Avant d'aborder un patient pour des soins somatiques en tant que soignant nous devons être capable d'identifier les signes suivant pour favoriser une meilleure prise en charge du patient : la douleur physique qui peut amener le patient à rentrer dans un état de colère et refuser de communiquer avec les soignants, l'agressivité dans les paroles, paroles désagréables, s'en prendre aux soignants, refuse de répondre aux questions, n'écoute pas les soignants, refus persistant, désintéressement, patient timide, réticent, insociable et préfère s'isoler, la non prise en charge de ses besoins.

b). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser les soins en cas de refus de soin somatique réfléchi ?

Lorsque on se retrouve face à une situation de refus de soin en tant que soignant ou futur soignant, nous devons chercher avant tout à faire notre collecte de donner, nous renseigner et nous informer sur l'histoire de vie du patient, ses pathologies, ses antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que son traitement en cours. Savoir identifier les effets secondaires du traitement en cours pour pouvoir identifier si c'est un refus somatique ou psychosomatique, s'assurer de la compréhension du patient et pour être sûr, il faut lui faire reformuler.

Lors de la réalisation du soin nous devons tenir compte et respecter la vie privée du patient avant de rentrer dans sa chambre, taper à la porte, nous présenter, expliquer les soins à prodiguer, leurs buts ainsi que leurs efficacités, engager et maintenir une conversation avec le patient tout en faisant attention sur ce qu'il nous dit afin de répondre et satisfaire ses à besoins, montrer notre disponibilité et nos efforts pour l'aider à s'ouvrir à nous, lui informer de l'évolution des soins. Interroger le patient sur ses relations avec ses proches, intégrer la famille ou la personne de confiance sur le plan de soin pour aider à mieux soigner et accompagner le patient car les relations avec la famille des malades jouent un rôle très important. Ils peuvent apporter des informations complémentaires et surtout aider le patient à remonter ou à garder le moral et accepter ses soins.

C. L'évaluation suite au refus de soin somatique réfléchi

L'équipe pluridisciplinaire doit évaluer l'état de santé du patient sur la gravité de ses pathologies et l'urgence du traitement, exemple: pour un patient diabétique qui est en hypoglycémie pour le soignant doit mesurer le taux de glucose pour la prise en charge et que

le patient refuse. Faire attention à l'évolution du traitement sur son efficacité, veiller au respect de la durée du traitement, l'heure, les doses à respecter, et vérifier si c'est le bon traitement pour éviter l'erreur et aggraver les pathologies du patient, évaluer les effets secondaires et la douleur, convaincre le patient à accepter les soins indispensables afin d'éviter d'engager son pronostic vital et mettre ses chances de survie en danger.

d) Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire

Lorsque un patient exprime son refus de soin ouvertement, l'équipe pluridisciplinaire ne doit pas interrompre tout de suite les soins car le patient peut changer d'avis à tout moment et doit continuer les soins indispensables, expliquer au patient les risques et les conséquences de son refus sur sa santé, rester à l'écoute, l'encourager sur ses efforts, lui témoigner notre attention et notre disponibilité, passer le voir régulièrement, lui tenir compagnie, tenir compte de ses besoins, s'adresser aux patients en utilisant un vocabulaire simple et adapté, faire attention aux barrières de la langue et faire appel à un traducteur pour les patients étrangers. Organiser des réunions pour trouver des solutions afin de suivre l'évolution du patient. Chaque soignant doit prendre la parole pour proposer ses idées et les évaluer en équipe, ne pas forcer le patient à prendre des décisions plus rapidement mais lui laisser du temps pour bien réfléchir et comprendre ce qui lui arrive avant de donner sa dernière décision et lui faire signer un document de son refus éclairé afin d'éviter toutes poursuites pour non-assistance à personne en danger ou de se retrouver maltraitant sans le vouloir.

1.1. Ce que l'aide-soignant ou le futur soignant doit observer en cas de refus de soin somatique non réfléchi ou pathologique

Sur le refus de soin non réfléchi ou pathologique, c'est lorsque le patient ne peut pas donner son consentement éclairé. Malgré ces pathologies, il y a certains patients déments qui expriment leur refus de soin mais sans leur propre volonté car on sait tous que c'est la maladie qui fait que le patient refuse les soins ou pour le cas d'un mineur qui a des problèmes de troubles du comportement.

Les signes de refus que l'on peut observer sur ces patients sont : la personne ne nous regarde pas dans les yeux lorsqu'on communique avec elle, ne nous répond pas, garde le silence, répète la même chose, parole mal articulée, pleure à l'approche du soin, crie, hurle, repli sur soi, la personne ne va pas se laisser aborder facilement, la mauvaise humeur, le changement de comportement rapide, l'isolement, la peur de l'inconnu et se met dans une position de défense lors de la réalisation du soin.

a). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser les soins en cas de refus de soin somatique non réfléchi ou pathologique ?

Lorsque nous nous retrouvons face à un refus de soins somatique, nous devons avant tout nous référer aux transmissions pour nous s'informer sur le patient en question, de ce qui s'est passé pendant la nuit, si le patient a bien pris son traitement, s'assurer que le patient a bien dormi, tenir compte de son humeur au lever pour éviter le refus, évaluer la douleur avant de commencer les soins.

Lors de la réalisation de soin, nous devons avant tout nous présenter au patient, lui expliquer le déroulement du soin de ses bienfaits sur ses pathologies sans infantiliser le patient mais lui parler comme un adulte normal avec toutes ses facultés, recevoir son avis et tenir compte de son choix afin de satisfaire ses besoins, intégrer le patient dans son plan de soin communiquer avec et éviter de le considérer comme un objet de soin, par la communication la personne va se sentir en sécurité et va plus facilement accepter les soins. Pour cela, il faut trouver les mots justes, utiliser la bonne intonation de la voix, se mettre à la place du patient et tenir compte de son ressenti, apporter de la bonne humeur, le sourire, utiliser des mots apaisants, et si le patient reste sur ses propos trouver avec lui un arrangement et lui dire que ce n'est pas grave on peut décaler le soin et repasser plus tard, lui témoigner notre attention et compréhension dans les soins et si on ne peut pas décaler le soin selon le protocole nous devons laisser la place à un autre collègue sans nous culpabiliser. C'est pourquoi le travail en équipe est très important pour le bien être des patients car même les patients déments ont aussi leurs préférences sur la façon dont nous nous adressons à eux et sur la façon de les soigner avec douceur et délicatesse.

b). L'évaluation suite au refus de soin somatique non réfléchi ou pathologique

Lorsqu'il est impossible de soigner un patient pathologique, l'équipe de soins doit faire un bilan pour réévaluer les pathologies du patient et voir s'il faut le changer de service pour son bien-être et veiller à sa sécurité et son confort. Ainsi voir s'il n'y a pas d'autres maladies qui peuvent aggraver la situation actuelle du patient et écarter toutes autres causes. Tenir informée la personne de confiance en cas de changement de protocole de soin et recevoir son avis, il en est de même pour un mineur ou un adulte sous tutelle. Chercher avec la personne responsable des informations complémentaires qui peuvent aider à améliorer ou à rechercher d'autres causes, pour les personnes qui ont des troubles du comportement si c'est familial ou héréditaire.

c). Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire

Garder la patience, ne pas insister pour éviter d'énerver le patient et ainsi refuser tous les autres soins, quitter la pièce et revenir plus tard si possible ou demander à un autre collègue de réaliser le soin, décaler le soin dans la journée et informer l'équipe de l'après-midi lors des transmissions, faire les soins avec le patient, lui laisser faire à sa façon tout en portant notre attention, rester à l'écoute, le mettre en confiance, ne pas le juger ni s'adresser de manière autoritaire car le patient peut prendre cela comme une provocation ou un ordre.

2. Le refus de soin psychique

Le psychique c'est ce qui concerne notre mental (esprit, les pensées) que ça soit conscient ou inconscient. Les signes et les symptômes des maladies psychiques varient selon les types de la maladie mentale, la personnalité de la personne atteinte, les liens et les relations de la personne avec sa famille et son entourage, les facteurs sociaux et économiques (le milieu de vie, la capacité financière...)

a) Les observations qu'un soignant ou futur aide-soignant peut identifier sur un refus de soin psychique réfléchi

Dans les structures accueillant des patients atteints de maladie psychologiques, les soignants doivent être capables d'identifier les signes suivants : l'isolement du patient, troubles du comportement et de la personnalité, anxiété, stress et dépression, l'abus d'alcool, drogue, l'arrêt d'un traitement rapide, difficultés à s'organiser moralement, tenir des propos incohérents, la perte de mémoire, difficultés à s'occuper des obligations familiales, professionnelles et sociales, avoir des pensées suicidaires, perte du goût de la vie.

b). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser les soins en cas de refus de soin psychique réfléchi ?

Pour planifier les soins, le soignant doit effectuer sa collecte de donnée, s'informer par le biais des transmissions, respecter le protocole des soins du patient établi en équipe, s'assurer sur l'humeur du patient, s'informer de ses relations avec son entourage afin de maîtriser la communication à aborder, éviter les sujets qui peuvent le mettre en colère, s'assurer de la prise du traitement destiné à le calmer.

Lors de la réalisation des soins, nous devons maintenir le maximum de conversation avec le patient, écouter ses propos et les étudier en équipe pluridisciplinaire, l'intégrer dans sa démarche de soins pour qu'il puisse suivre son évolution, lui expliquer le but des soins et leurs bienfaits, mettre le patient en confiance, lui montrer notre disponibilité afin de l'aider à repoudrer ses problèmes.

c). Évaluation du refus de soin psychiques réfléchis

Lors du refus de soin psychique, l'équipe pluridisciplinaire doit avant tout évaluer les symptômes du patient afin de limiter la dégradation rapide de son état de santé et ainsi réussir à limiter l'anxiété et la dépression.

Les symptômes peuvent être les suivants : perte d'appétit, difficulté à s'endormir, insomnies, nausées, étourdissements, euphorie¹¹, colère excessive, regard vide et fuyant ou absent, tient des propos incohérents, schizoïdes, le patient pense que les soignants peuvent lire dans ses pensées ou il entend des voix, frapper et menacer les autres, éviter de voir sa famille et ses amis, perte du goût des activités favorites, évaluer l'état de mémoire du patient et lui mettre un bracelet en cas de fugue.

d). Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire

Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire c'est : d'écouter sans juger le patient, observer les changements de comportement et le signaler lors des transmissions afin de trouver des solutions en équipe sur la prise en charge, féliciter le patient pour tous les changements positifs d'attitude ou de comportement, surveiller le patient la nuit pour éviter les fugues, vérifier et penser à bien fermer les portes des couloirs pour les unités sécurisées, placer le patient dans un service adapté à ses pathologies.

2.1 Le refus de soin psychique non réfléchis ou pathologique

a) . Les observations qu'un soignant ou futur soignant doit identifier sur un refus de soin psychique non réfléchis ou pathologique

On observe un désintéressement des soins, difficultés à aborder le patient car il ne se laisse pas approcher facilement, l'expression non verbale du visage (crispé), crie, pleure, emploie des gros mots, injures, morsures, silence, ne regarde pas le soignant, parole mal articulée, anxiété le patient ne reconnaît pas sa famille et rejette tout le monde.

b). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser les soins en cas de refus de soin psychique non réfléchis ou pathologique ?

Le soignant doit effectuer sa collecte de données, participer aux transmissions pour s'informer de ce qui s'est passé dans la journée sur le patient avant de l'aborder. Lors de la réalisation des soins, tenir compte des pathologies et lui expliquer le déroulement du soin pour éviter les mauvaises réactions, communiquer d'abord avec le patient, le mettre en confiance, l'écouter, reformuler ce que le patient a dit pour être sûr de bien comprendre, commencer une première

¹¹État de très grande excitation

approche en lui tenant la main, mais avant tout, demander l'autorisation pour éviter le refus, ne pas s'approprier l'espace de vie du patient, garder une distance relationnelle, si patient autonome, lui expliquer les soins en lui laissant son autonomie et le féliciter pour l'encourager.

c). Évaluation de refus de soin psychique non réfléchi

L'équipe de soin doit régulièrement évaluer les capacités intellectuelles du patient pour voir si son état de santé ne se dégrade pas, utiliser des jeux de mémoire pour voir si le patient est encore capable d'identifier ce qu'on lui demande, maintenir ses relations avec ses proches et privilégier ses relations sociales, informer la personne de confiance, la famille et la curatelle de son évolution.

d). Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire pour le refus de soin psychique non réfléchi

Travailler la mémoire du patient, lui proposer des activités individuelles ou en groupe et éviter de le laisser seul.

3. Le refus de soin, préventif, curatif et palliatif

→ **Les soins préventifs**

Les soins préventifs servent à prévenir ou empêcher la survenue d'une maladie, par exemple la prévention des escarres, ou à identifier le plus tôt possible une maladie afin de mettre en place un traitement pour réduire la gravité ou éviter la mortalité.

→ **Les soins curatifs**

Les soins curatifs visent à guérir définitivement les personnes atteintes d'une maladie mortelle ou non par l'application de tous les moyens possibles, soit par un diagnostic ou thérapie. Ainsi ces soins permettent aussi de préserver la qualité de vie des patients et celle de leur entourage par la prévention et le traitement des séquelles et toutes autres souffrances.

→ **Définition du palliatif**

Selon l'OMS « *les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifier précieusement et évaluer avec précision ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituelles qui lui sont liés* ». les soins palliatifs sont donc destinés à tous les individus que ça soit enfant, adolescent, adulte ou personne âgée en fin de vie ou suite à une maladie inguérissable dans le but d'arrêter ou de ralentir l'évolution de la maladie et offrir un confort au patient.

a). Les observations qu'un soignant ou futur soignant peut identifier suite au refus de soins préventifs, curatifs et palliatifs réfléchis

Le soignant doit être capable d'observer le comportement ainsi analyser ses propos et savoir identifier les signes suivants : l'inquiétude, la tristesse, l'angoisse, le désespoir, le déni, la dépression, l'anxiété, la détresse physique, psychologique et sociale... Le patient reste sur ses propos, menace de quitter le service de soin, refuse les soins, la peur de la maladie ou de la mort, la souffrance, manque de moyens financiers, refus du traitement qui est lourd est parfois inefficace, la préhension du regard des autres et de la famille ainsi leur réaction (peur d'être jugé ou rejeté, exemple: patient traité pour des maladies sexuellement transmissibles comme le VIH).

b). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser les soins en cas de refus de soin réfléchi ?

Consulter les transmissions faites en équipe pour s'informer de l'état du patient et surtout ce qui a été mis en place pour faciliter les soins, suivre le protocole de soin, aborder le patient, se présenter à lui et lui expliquer les bienfaits du traitement et de son efficacité. Lors de la réalisation des soins, nous devons tenir compte des besoins du patient afin de les satisfaire au mieux et lui expliquer que le fait de refuser les soins dans le cas d'un cancer, la douleur peut être insupportable et s'accroître. Sans la surveillance des soignants, d'autres maladies peuvent survenir et donc aggraver son état de santé, pour cela nous devons intégrer le patient à son protocole de soin pour qu'il puisse être informé et ainsi suivre l'évolution de ses soins. Grâce à un bon relationnel soignant-soigné, un patient dans le refus avec le soutien de la famille et des soignant peut jouer sur le courage et l'envie de s'en sortir. Pour cela en tant que soignant, nous devons faire preuve du courage, patience, avoir le sens du savoir vivre et du savoir être en équipe, se soutenir, être empathique envers les patients, se montrer disponible, témoigner notre attention au patient. Si celui-ci reste sur sa position de refus, en tant que soignant nous devons tenir compte de son choix et le laisser du temps pour réfléchir.

c). Évaluation du refus de soins réfléchi suite au soin préventif, curatif et palliatif

L'équipe pluridisciplinaire doit établir une évaluation de la douleur, évaluer l'état du confort du patient, évaluer si les soins effectués sont suffisants, répondre à ses besoins, évaluer si le traitement est efficace ainsi que les effets secondaires et les symptômes.

d). Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire

Suite au refus de soin palliatif, l'équipe pluridisciplinaire doit être à l'écoute du patient, le conseiller, soulager la douleur qui peut amener le patient à rentrer dans un état de colère et refuser les soins, passer régulièrement dans la chambre pour s'assurer que tout va bien, veiller au confort, du patient le changer régulièrement de position et éviter les points d'appuis de longue durée qui peuvent provoquer des escarres et compliquer les soins.

3.1 Le refus de soin préventif, curatif et palliatif non réfléchi ou pathologique

Ses soins sont destinés pour mieux accompagner le patient ainsi lui procurer une bonne surveillance et de bien-être face à ses pathologies, pour éviter d'aggraver sa situation tout en faisant attention à nos relations entre équipe, d'échanger et de s'informer sur l'évolution du patient. Pour un patient dans le refus de soin non réfléchi ou pathologique, c'est au soignant d'être très attentif envers celui-ci pour pouvoir identifier et repérer ce qui ne va pas ainsi lui éviter les dangers.

a). Les observations qu'un soignant ou futur soignant peut identifier lors du refus de soins non réfléchi ou pathologique

Dans le refus de soin non réfléchi ou pathologique, le soignant doit être capable d'observer les signes du refus suivants: pleur, difficulté d'articuler, la colère sur le fait de ne pas pouvoir se faire comprendre, la douleur, l'expression non verbale du visage, le comportement du patient, patient paniquer à l'approche des soins, se crispier et s'agiter...

b). Comment l'aide-soignant ou le futur soignant peut planifier et réaliser ses soins en cas de refus de soin non réfléchi

Le soignant doit chercher à comprendre pourquoi le refus de soin, son origine, consulter les transmissions faites par l'équipe de soin, observer les changements de positions du patient, faire attention au non verbal sur l'expression du visage pour voir si c'est dû à la douleur et apaiser le patient en cas de doute évaluer ses paramètres, lors de la réalisation du soin, nous devons être très attentif et observateur car c'est aux soignants de veiller au bien-être du patient afin d'éviter que son état de santé se dégrade.

Expliquer au patient le rôle des soins et ses bienfaits sur son état de santé tout en tenant compte de ses pathologies et de sa capacité de compréhension. Lors de la réalisation des soins, nous devons nous rassurer du confort du patient, entretenir une conversation avec lui et lui demander si tout va bien. Noter le maximum des observations constatées ainsi les transmettre à l'équipe de soin pour favoriser une meilleure prise en charge du patient.

c). Évaluation de soin lors du refus de soins préventif, curatif et palliatif non réfléchi

Pour mieux soigner et accompagner un patient ainsi lui permettre un très bon suivi médical, l'équipe de soin devra évaluer si les soins apportés au patient sont suffisants et efficaces ainsi les rajuster au fur et à mesure pour stabiliser l'état de santé du patient, évaluer la douleur, les symptômes, les effets secondaires, évaluer l'état du confort du patient, favoriser des changements pour éviter le point d'appui en longue durée, évaluer et prévenir les escarres, évaluer les effets secondaires et symptômes ainsi transmettre à l'équipe soignante, évaluer tout changement du comportement du patient, intégrer la famille dans les soins et les accompagner jusqu'au deuil et après.

4. Les relationnels et éducatifs

Comme sur le refus de soin réfléchi le patient est conscient de ce qu'il refuse, nous allons tenter d'avoir une communication rassurante envers celui-ci afin de lui expliquer comment

faire pour éviter l'anxiété qui peut nuire à sa santé car en passant par la communication le patient peut changer sa façon de voir les choses et accepter son protocole de soin. Pour cela nous allons expliquer au patient qu'est-ce que l'anxiété ainsi que les conséquences : L'anxiété est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indésirable d'insécurité qui peut être dû par les changements de l'environnement de vie et par les pathologies de la personne. Les manifestations de l'anxiété sont : la colère, fatigue, trouble de sommeil, refus de se prendre en charge, manque de confiance, la personne se sent inutile, se culpabilise et refuse le soin. Les conséquences de l'anxiété peuvent être l'isolement, le repli sur soi, etc... Face à l'anxiété notre rôle éducatif envers le patient est de: Rassurer, l'accompagner dans les activités, passer du temps avec lui, passer régulièrement le voir, faire des activités avec lui dans sa chambre ex : jeu de société, pour éviter l'isolement, éviter que le patient soit triste, être à l'écoute et bien veillant, se montrer disponible, tenir compte de ce qu'il nous dit, ne pas contredire, être empathique, tenir compte de son ressenti, tenir compte de son passé, créer des relations de confiance pour permettre au patient de se sentir en sécurité, le laisser s'exprimer, ne pas couper la parole ni interrompre, prendre des notes, rester attentif sur ce qu'il nous dit, ne pas trop parler pour éviter d'énerver la personne ou qu'elle puisse penser que l'on ne tient pas compte de ce qu'elle nous dit, la regarder dans les yeux lorsque on communique avec, sourire pour apporter de la bonne humeur et de la détente.

a). Notre rôle éducatif

L'éducation c'est le fait d'inciter un individu, un groupe ou une collectivité à acquérir des connaissances et à développer une attitude ou un comportement visant à améliorer sa santé. Cela implique que l'aide-soignant ait une connaissance de la personne soignée au moment où le soin a lieu. Il faut savoir que lorsque nous sommes malades nous avons besoin d'être informé sur la maladie, comment lutter afin d'être rassuré et coopérer. Comme quoi apprendre n'a pas d'âge ni de frontière.

b). Notre rôle éducatif par rapport au refus de soins non réfléchi

Pour une personne démente, Alzheimer, dans le coma, en fin de vie, un jeune avec des troubles mentaux, troubles du comportement et ou autre, il faut savoir que ses personnes ont besoin de nous, de notre aide pour leur bien-être mais le plus important c'est de veiller à leur sécurité car dans le refus de soin non réfléchi, c'est à nous les soignants de veiller et faire très attention à leur sécurité afin d'éviter une dégradation rapide de leur état de santé.

5. Quelle communication adapter face au refus de soins ?

Un patient peut refuser un soin par sa propre volonté, il s'agit d'un principe fondamental du droit médical. Un patient peut refuser, la toilette, un traitement ou une hospitalisation. Un refus de soin est une situation très difficile à vivre autant pour les soignants que pour le patient. Cette situation nécessite d'instaurer un plan relationnel basé dans un climat de confiance pour expliquer au patient les risques que peut provoquer le refus de soin sur son état de santé pour cela il faut adapter une communication rassurante afin d'apaiser le patient.

Le soignant doit écouter le patient et entendre son ressenti, sans jugement ni interprétation abusive et informer la famille ou la personne de confiance.

Écouter : c'est un acte qui implique la volonté et l'attention de celui qui décide d'écouter. On parle alors de l'écoute active. Cela ne s'arrête pas seulement à la parole mais également au corps qui peut aussi nous transmettre des informations par le non verbal.

Respecter : c'est considérer la personne et la manière dont elle traverse sa maladie, et surtout ne pas faire de comparaisons avec d'autres malades.

La communication est le fait d'établir une relation avec quelqu'un, c'est également l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un. Pour qu'il y ait communication sous forme d'échanges, il faut un émetteur et un récepteur, l'un transmet l'information et l'autre la reçoit. Ces voies de communication peuvent être distinguées en deux catégories : le langage verbal et non verbal. La communication consiste avant tout, à informer, éduquer, responsabiliser pour traiter le patient. La communication est un élément très important dans la construction des relations soignant-soigné. Elle permet d'intégrer le patient dans le parcours du soin, dans la prise de décisions, elle permet aussi au soignant d'apporter des explications au patient sur sa pathologie et son traitement. Le soignant doit accorder une place majeure au dialogue avec le patient et s'adapter à sa situation. Pour cela il faut savoir être : empathique¹², congruent¹³, avoir des techniques de communication verbales et non verbales. Savoir tenir compte des états émotionnels du patient (anxiété, peur, angoisse etc...), savoir adapter le mode de communication à mettre en place face aux patients. Parler directement avec le patient ou la personne de confiance, se montrer bienveillant et regarder le patient dans les yeux lorsqu'on communique avec lui afin de créer une relation de confiance.

a). La communication verbale

Le langage verbal est constitué essentiellement de la parole qui est le lien essentiel dans l'explication des soins effectués auprès des patients. 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 des soins. Les soins sont à la fois de nature technique et de nature relationnelle. Fournir au malade des renseignements à sa portée pour l'aider à

¹²Empathie: c'est un mécanisme de recul intellectuel qui vise la compréhension des états émotions chez l'autre

¹³La congruence, l'authenticité: c'est être soi-même être vrai dans nos comportements verbal comme dans le non verbal ainsi que dans nos relations humaines pleines de sincérité.

comprendre et à accepter son parcours de soin, fait partie de notre quotidien. Cette information doit répondre à une attente du malade lui-même et aux explications données par les soignants, afin de permettre au patient de comprendre les soins proposés. L'information est un exercice complexe, qui s'acquiert par expérience.

Avant de pouvoir expliquer un soin ou une situation à un malade, il faut s'assurer de sa compréhension. Il faut s'assurer que le patient ait bien compris l'explication médicale faite par le médecin. Parfois, les médecins, infirmiers et soignants, emploient un vocabulaire professionnel qui n'est pas forcément compris par les patients. Il faut donc favoriser l'utilisation d'un langage simple et s'assurer que ce message explicatif ait été compris. L'écrit tient également une place très importante afin d'assurer un suivi régulier et fonctionnel reçu ou donné par le malade ou l'infirmier.

Nos études nous forment à réaliser, par écrit, des analyses de situation et de soin. Pour passer du concept théorique au concept pratique, il faut savoir faire les transmissions par écrit et par oral. Lors de la communication, il ne faut pas s'arrêter seulement sur la relation soignant-soigné mais à la relation existante entre les différents acteurs de la santé: médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Le dossier de soin permet un regroupement d'informations sur la personne soignée et sa prise en charge globale. Il s'agit de ne pas se limiter aux informations strictement médicales (maladie, symptômes, traitement), au risque de perdre des informations de contexte (conditions de travail, situation familiale, habitude de vie...), toutes aussi pertinentes pour évaluer la situation d'une personne soignée. Il faut donc insister sur l'importance de l'écrit pour les transmissions des actes réalisés au sein de l'équipe soignante afin de favoriser une meilleure prise en charge du patient.

b). La communication non verbale

Le langage non verbal est l'un des composants de la communication. Il faut être attentif à la communication non verbale car le langage du corps et des gestes peut nous aider à comprendre ce que le patient veut nous transmettre par l'expression du visage et du regard. Le comportement de la personne peut exprimer ses sentiments par la position de son corps et de son attitude, mais aussi par les mimiques, les gestes, le silence, les pleurs, les soupirs, le visage qui rougit, la transpiration...

Le toucher est aussi un moyen de communication non verbale. Il est utilisé par les soignants comme vecteur de détente, de bien-être, et d'apaisement de la douleur chez le patient. Le toucher peut être perçu comme agression chez un patient qui n'aime pas être touché, le contact physique peut être remplacé par un regard de compassion.

Conclusion

La communication non verbale permet parfois de dénouer des situations lorsque les mots ne sont plus utiles ou efficaces.

6. Quel est le lien entre le refus de soin et le toucher ?

Nous avons évoqué dans la partie conceptuelle les différents types de toucher qui interviennent dans la communication et la prise en charge du patient. Nous allons voir maintenant quel toucher utiliser et comment l'utiliser afin d'éviter le refus de soins.

Le «toucher communicatif» et le «toucher relationnel» sont deux notions qui permettent d'établir une véritable relation de confiance avec le patient. Il est donc nécessaire pour le soignant de gérer le ton de sa voix et d'adapter son comportement et ses postures face au patient. Ces éléments peuvent transmettre de mauvaises informations et lui faire refuser les soins proposés.

Pour «le toucher technique», le soignant devra également en plus, faire attention à ses gestes et ses postures, proposer au patient une position qui lui permettra d'être à l'aise (changement de côté, debout ou assis) et soulager des éventuelles douleurs et éviter les mauvaises réactions de la part du patient (cris, coups de pied, pleurs, gros mots...)

Pour «le toucher massage», le soignant devra utiliser cet acte avec précaution. Il est utilisé pour apaiser la douleur, prévenir les rougeurs, les escarres... Il est donc important pour le soignant d'être délicat et rigoureux en évitant de provoquer la douleur qui peut entraîner le refus de ce soin.

Le «toucher déshumanisé» est à bannir. Si le soignant effectue des gestes mécaniques pour diverses raisons sans tenir compte du patient, il est évident qu'il entraînera un refus presque systématique.

J'ai choisi de parler du toucher relationnel car le refus de soin auquel j'ai été confrontée lors de mon stage, m'a obligée à apporter des solutions pour faciliter le contact avec le patient. Le fait qu'il ait accepté de me donner la main pour que je l'accompagne dans la salle de bain a permis d'établir la relation de confiance. Il a accepté mon aide pour prendre sa douche, le raser et appliquer de la crème sur tout son corps car il était couvert de sébum. Ce qui m'a le plus surpris lors de cette pratique, c'est la coopération et la volonté du patient d'insister sur les zones qui le démangeaient au moment de l'application de la crème. À la fin du soin, j'ai été étonnée lorsque le patient m'ait remercié de ma bienveillance et de ma compréhension.

7. Qu'est-ce que le toucher et le rôle de l'aide-soignant face au toucher ?

L'aide-soignant est en contact quotidien avec la personne âgée. IL a un rôle d'observateur attentif. Cette pratique permet au patient de retrouver certaines sensations corporelles ce qui

facilite l'entrée en contact en maîtrisant nos gestes lors de la pratique. Avant tout acte, il faut commencer par toucher la main tout en restant dans nos limites. Le toucher va permettre de rentrer en contact avec le patient, le rassurer, l'apaiser, le réconforter et tenir compte de ses émotions. Avant de pratiquer le toucher, il faut demander l'autorisation au patient pour éviter le rejet. Pour les familles, l'aide-soignant est un pivot important qui permet de mieux comprendre et supporter les situations de dépendance. Il joue ainsi un rôle majeur dans le confort et le bien-être de la personne dépendante.

Conclusion de la partie pratique

Suite à ses deux formes de refus de soins réfléchi et non réfléchi ou pathologique, nous saurons comment aborder un patient qui est dans le refus de soin afin de mieux l'accompagner. Grâce à cette étude, nous avons pu constater que chaque patient est unique et chaque refus de soin à ses raisons que le soignant doit chercher à comprendre. Pour bien accompagner un patient, il faut avant tout prendre connaissance de son dossier médical pour connaître son histoire de vie, ses pathologies, ses antécédents médicaux et chirurgicaux. Pour pouvoir réaliser les soins sans refus cela doit passer par une conversation rassurante, un lien de confiance doit être installé entre soignant-soigné, savoir écouter et identifier les besoins réels que le patient souhaite satisfaire...

En conclusion, un patient ayant manifesté son refus de soin doit connaître toutes les informations nécessaires pour être en mesure de faire un choix final libre et éclairé. Et si le patient maintient sa décision du refus, le soignant est tenu de la respecter.

IV. CONCLUSION

Ce sujet étant très vaste, je l'ai restreint à la population des personnes âgées. Comme j'avais été confrontée au refus de soin dans ma situation de départ, j'ai décidé de travailler sur cette notion et en particulier sur l'impact du toucher dans la prise en charge des patients âgés refusant les soins relationnels de confort et d'hygiène.

Face à ce refus de soin, j'ai remarqué que le toucher est le plus adapté à la pratique des soignants. Le toucher m'est alors apparu comme un outil de soin à part entière, possédant de nombreuses vertus auprès des personnes âgées. Comme le toucher est vertu de bien être, nous devons conserver ce mode de communication essentiel pour faciliter notre approche et nos échanges avec les patients et éviter le refus de soins.

Grâce à cette épreuve intégrée et suite aux différentes questions posées auprès des équipes de soins, j'ai pu obtenir des réponses à mes questions de départ et je saurais comment me comporter devant le refus de soins dans mon futur métier.

Le métier d'aide-soignant n'est pas un métier facile, c'est un métier qui demande beaucoup de capacités physiques, morales et intellectuelles. Il demande également des qualités comme: L'empathie, l'écoute, la patience, l'organisation, la disponibilité, la ponctualité, l'autonomie mais aussi le travail en équipe pour le bien-être de nos aînés.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- La toilette: voyage au cœur du soin, M. Rajablat ,2e édition, Masson
- guide pratique du vieillissement/ 75 fiches/ jean pierre aquino, Tristan Cudennac, Lucette Bartélémy/ Elsevier Masson
- Le Toucher dans la relation soignant-soigné, France Bonneton Tabariés, Anne Lambert-libert, Medune éditions
- le toucher massage

Reuves

- Soins revue de référence soin infirmière: revue mensuelle décembre 2018 n°831 p32, 33,34 et 35
- Soin gérontologie revue bimestrielle n°78. Juillet/août 2009 p36 et 37
- la revue de l'infirmier. Octobre 2016. n°224. Le refus de soins p17
- La revue de l'infirmier. Mars. 2013. n° 189 par Anne Peyé. Le refus de soins d'hygiène et responsabilité soignante p 32, 33 et 34

Internet

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/mieux-communiquer-pour-mieux-soigner-illustrations.html>:la communication point fort de la relation patient soignant.

l'estime de soi site consulter: <https://www.psychologuesaint-brunorive-sud.com/Articles-SourcePsy/estime-de-soi/>

Revue thématique: Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé

<http://www.estimesoietdesautres.be/definitions.html>

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/le-refus-de-soins-article-l-1111-4-du-code-de-la-sante-publique/> consulté 14/02/2020

<http://www.infirmiersapeurpompier.com/category/Le-refus-de-soins-Article-de-Nicolas-COUESSUREL.html> consulté le 17/02/2020 pour des modifications

Cours

- Activités infirmiers délégués Madame Stallaert. M
- Communication appliquée Madame Père. Y
- Cours de déontologie et législation de Madame Père.Y
- Hygiène et Hygiène professionnelle Monsieur Vantomme.P
- Cours de Madame Stallaert. M sur les activités de soins infirmiers délégués (la peau)
- Cours d'anatomophysiologie de Monsieur Vantomme. P (sur la peau)
- Cours de pratique professionnel de Madame Blehen. V et madame Parent

Annexes

Annexe : 1

Fiche technique de réalisation de la toilette

Consignes à respecter

Sur cette partie, je vais appliquer mes connaissances tout en tenant compte de mon cours d'hygiène de Monsieur Vantomme.P, de mes cours de pratique professionnelle sur la réalisation de la toilette de Madame Blehen.V et Madame Parent.

Avant de réaliser un soin, nous devons tenir compte de notre hygiène de mains car nos mains sont des porteurs de bactéries et qu'on peut transmettre facilement au patient. Afin de limiter tout mode de contamination, nous devons désinfecter nos mains avant et après tout contact avec le patient et son environnement, mains sales souillures visibles, après chaque geste sale (se moucher, utilisation des toilettes, etc), après tout activité auprès du patient, entre chaque patient, après tout contact avec du sang (liquide biologique, sécrétion ou objet contaminé), et après le retrait des gants.

Matériel pour l'hygiène des mains

- Un lavabo,
- de l'eau courante,
- savon liquide ph neutre
- des serviettes à usage unique,
- une poubelle à pédale

Le lavage des mains avec du savon doit s'effectuer pendant 60 secondes sur des mains visiblement souillées, en cas de contact avec du liquide biologique (sang, urine, crachats et selles) suivi d'une désinfection des mains si nécessaire avec une solution hydro-alcoolique (deux coups de pompe) sur des mains sèches pendant 30 secondes. Penser à vérifier la date de péremption qui est de 6mois pour la solution hydro-alcoolique.

Précaution à tenir pour le soignant

- Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis
- Les mains et les poignets ne doivent pas contenir de bijoux, éviter les colliers et les boucles d'oreilles qui pend
- les plaies doivent être soignées et protégées,
- les manches de la tenue de travail doivent être courtes,
- les cheveux doivent être courts ou attachés
- entretenir nos mains par une crème nutritive suite à l'application répétitive de la solution hydro-alcoolique.

Fiche technique : 1

Réalisation de la toilette au lavabo pour une personne âgée

Avant de réaliser un soin, nous devons avant tout, respecter l'autonomie de la personne âgée, ne pas réaliser le soin à sa place mais lui apporter notre aide sur les zones du corps que le patient ne peut pas atteindre ou réaliser seul, respecter la pudeur et le rythme de vie de la personne sans lui mettre la pression, veiller à la sécurité et au bien-être du patient au niveau de l'installation et lors des déplacements.

Matériels de soin

Avant de préparer notre matériel, nous devons avant tout effectuer notre collecte des données, vérifier l'identité du patient: nom, prénom, sexe, date de naissance, date d'entrée dans la structure, motif d'entrée, pathologie, traitement en cours, antécédents médicaux et chirurgicaux.

Avant d'entrer dans la chambre, frapper à la porte pour prévenir le patient de notre arrivée, dire bonjour, se présenter et expliquer le déroulement du soin afin que le patient puisse se préparer psychologiquement, mettre notre présence et fermer la porte de la chambre, si chambre double mettre le paravent.

Pour le matériel il faut:

- Une chaise adaptée de préférence avec des accoudoirs pour aider le patient à se servir de point d'appui pour s'asseoir ou se lever pour sa sécurité,
- deux gants de toilette de couleurs différents (clairs et foncé un pour la partie supérieure et l'autre pour la partie inférieure), gants à usage unique,
- deux serviettes de même couleur que les gants,
- savon, shampoing, brosse à dent, verre pour rincer la bouche, dentifrice, pâte à fixe pour les prothèses dentaires, rasoir, mousse à raser, ou rasoir électrique, brosse à cheveux ou peigne, eau de Cologne, coton tige, coupe ongles, crème de beauté hydratante, mousse pour enlever le plus gros des selles, talc, crème de prévention d'escarres,
- prévoir du matériel pour la literie selon la collecte de données: drap plat, drap housse, taie d'oreiller et alèse,
- protection de rechange adaptée si besoin,
- préparer les vêtements du patient tout en tenant compte du choix du patient sans choisir à sa place (tenue complète: sous-vêtement, maillot de corps) les vêtements

doivent être adaptés selon les saisons en tenant compte de l'état de santé du patient (ex: si frileux)

- corbeille ou panier à linge sale,(se renseigner si c'est la famille qui s'occupe du linge sale)
- deux paires de gants à usage unique pour le soignant
- poubelle

Exécution du soin

Avant de commencer le soin, il faut veiller à la température de la pièce. La toilette se déroule en deux étapes: première étape, on fait la toilette de la partie supérieure du corps et en deuxième, étape la partie inférieure, avec un changement d'eau, de gants de toilette et de serviette.

Proposer au patient s'il souhaite aller au toilette avant le soin, installer le patient confortablement, déshabiller le patient et le couvrir pour éviter qu'il attrape froid, préparer l'eau et s'assurer que la température de l'eau convient au patient et lui laisser son autotomie. Nous devons apporter notre aide uniquement pour le dos et la partie inférieure au niveau des jambes et des pieds. On doit rester à proximité et surveiller si la toilette intime est bien faite sans contredire le patient et veiller à ce que la peau soit bien lavée et rincée. Essuyer soigneusement en tamponnant et bien sécher surtout au-niveau des plis pour éviter les rougeurs qui peuvent provoquer des escarres et s'assurer que le patient est satisfait du soin. Aider à l'habillage, veiller à son hygiène dentaire et ces cheveux, Installer le patient au séjour, mettre la sonnette à disposition et un verre d'eau. Ranger le matériel de soin, désinfecter le plan de soin, évacuer le linge sale dans les chariots destinés, enlever notre présence et quitter la pièce avec une désinfection des mains et faire nos transmissions à la fin du soin.

Fiche techniques : 2

Réalisation de la toilette au lit

La réalisation de la toilette complète au lit, ce fait lorsqu'un patient est alité et ne peut pas se tenir debout. Il faut savoir que pour certains patients on peut effectuer une toilette partielle au lit et terminer la toilette au lavabo, si la personne peut aider selon son état de santé.

Avant de réaliser le soin, nous devons effectuer notre collecte de données, vérifier l'identité du patient: nom, prénom, sexe, date de naissance, date d'entrée, motif d'entrée, pathologies, traitement en cours, antécédents médicaux et chirurgicaux.

Matériels de soin

- Bassine de soin
- deux gants de toilette de couleur différentes (clair et foncé) un pour la partie supérieure et l'autre pour la partie inférieure, gants à usage unique,
- deux serviettes de même couleur que les gants,
- savon, shampoing, brosse à dent, verre pour rincer la bouche, dentifrice, pâte à fixe pour les prothèses dentaires, rasoir, mousse à raser, ou rasoir électrique, brosse à cheveux ou peigne, eau de Cologne, coton tige, coupe ongles, crème de beauté hydratante, mousse pour enlever le plus gros des selles,
- prévoir du matériel pour la literie selon la collecte de données: drap plat, drap housse, taie d'oreiller et alèse,
- protection de rechange adaptée,
- préparer les vêtements du patient tout en tenant compte du choix du patient sans choisir à sa place (tenue complète: sous-vêtement, maillot de corps,) les vêtements doivent être adaptés selon la saison en tenant compte de l'état de santé du patient (ex: si frileux)
- corbeille ou panier à linge sale (se renseigner si c'est la famille qui s'occupe le linge sale)
- deux paires de gants à usage unique pour le soignant
- poubelle

Exécution du soin

Pour une toilette au lit, le soignant devra:

Déborder le lit, mettre le lit à la hauteur du soignant, de préférence au niveau des hanches pour éviter de se faire mal au dos ou de se fatiguer rapidement, plier la couverture en 3 et le

drap plat, poser le drap plat sur le patient pour le couvrir. Installer le patient confortablement, mettre le lit en position semi-assise, utiliser les barrières de protection lorsque nous quittons le patient des yeux. Lui proposer si il veut aller aux toilettes avant le soin, installer notre chariot de soin, préparer l'eau et demander l'avis du patient si la température de l'eau lui convient, commencer le soin par le yeux, du coin de l'œil intérieur vers l'extérieur puis le visage, le cou, les oreilles, les bras, les mains (distale/proximal), le torse et l'abdomen. Couvrir la partie supérieure pour éviter que le patient n'attrape pas froid. Mettre le lit à plat pour pouvoir faciliter les manipulations et les mouvements, changer l'eau si possible, changer de gants pour faire la toilette de la partie inférieure, en commençant par les cuisses, les jambes et les pieds (distale / proximal), savonner, rincer essuyer et bien sécher pour éviter les rougeurs. Changer d'eau, changer de gants et de serviette, prendre le gant à usage unique, le savonner pour enlever le plus gros des selles si présence des selles en descendant vers la protection, faire la toilette intime, laver le pubis, le haut des cuisses et les plis inguinaux (distale et proximal) en commençant du plus propre au plus sale. Bien savonner, rincer et sécher. Changer d'eau, de gant de toilette et de serviette, tourner le patient, lavé le dos bien savonner, rincer et sécher. Une fois la toilette du dos terminée, proposer et appliquer de l'eau de Cologne si le patient le souhaite ainsi que de la crème de beauté. Changer l'eau si possible, changer de gants et de serviette, faire la toilette intime du siège, Bien laver, rincer et sécher. Appliquer de la crème de prévention d'escarres si besoin, changer les draps et alèse si souillures ou taches, éviter que le linge propre ne soit pas en contact avec le linge sale, mettre une protection de rechange et habiller le patient. Installer le patient confortablement, Faire les soins bucco-dentaires, et brosser les cheveux. Mettre la sonnette à disposition et un verre d'eau, désinfecter et ranger le matériel de soin, évacuer le linge sale et la poubelle, désinfection des mains, enlever notre présence et quitter la pièce de soin et faire nos transmissions a l'équipe de soins.

Annexe:2

Poème sur le toucher

*Touche.....
Touche une herbe,
Touche une fleur, touche un fruit,
Touche un arbre et sa peau rugueuse,
Touche un caillou chauffé par le soleil,
Touche une bûche prête à se consumer pour te réchauffer
Touche un petit oiseau, blotti avec confiance au creux de ta main
Laisse toi imprégner par sa douceur, par le moment qui passe,
Par l'air que tu respires, par la chaleur du soleil,
Touche une main, elle te raconte une histoire,
Touche un pied, et sens le chemin parcouru,
Touche une jambe, un corps et permets lui de te rencontrer,
Tu rencontreras son âme.
Touche un corps qui s'abandonne, et tu te laisses aller aussi dans cette
confiance, dans le respect de l'autre,
Tu accueilles l'autre en toi, comme lui te reçoit
Touche, touche, touche, la vie est là,
Passant par ton cœur pour aller jusqu'au bout de tes doigts,
Touche, donne, reçois et entre dans cette dimension qui t'emmène vers l'infini
«Monique Wauqiez (70 ans)»
«Après un stage de réhabilitation du toucher Habitude»*