

# Rester soignant face à un refus de soins

Karine Blanchard  
Infirmière

Rachel Ménard  
Infirmière

Aline Corvol\*  
Médecin gériatre

Service de gériatrie, CHU  
de Rennes, 2, rue Henri Le  
Guilloux, 35000 Rennes

**Les soignants travaillant auprès de personnes âgées sont souvent mis en difficulté par des refus de soins, que le patient présente ou non des troubles cognitifs. Les infirmières de l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier universitaire de Rennes sont régulièrement sollicitées pour venir en aide aux équipes soignantes dans ces situations. Elles proposent ici une démarche rigoureuse pour comprendre le comportement du patient. Il s'agit de ne pas confondre un symptôme médical (confusion, anorexie), ou une difficulté d'adaptation au cadre institutionnel, avec un authentique désir de limiter les investigations ou les traitements.**

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** - choix éclairé ; équipe mobile de gériatrie ; personne âgée ; refus de soins ; soignant

*Remaining a caregiver in the face of a refusal of nursing care. Caregivers working with elderly people often find themselves in a difficult position when faced with the refusal of nursing care, whether or not the patient presents cognitive disorders. The nurses from the mobile geriatrics team of Rennes university hospital are regularly asked to help the caregiving teams in such situations. Refusals may concern washing, medication, eating, moving to an armchair, the organisation of physical aids or human assistance after discharge or transfer to a nursing home.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords**- caregiver; elderly person; enlightened choice; mobile geriatrics team; refusal of nursing care

**E**n gériatrie, le refus de soins peut être calme, ferme, et répété. À l'inverse, il peut être violent surtout si le soignant insiste et il est parfois fluctuant dans le temps ou selon le professionnel.

Ce refus est en outre d'autant plus difficile à supporter qu'il interroge le soignant dans son identité. Ce dernier peut se sentir remis en cause dans son objectif professionnel qui est de soigner l'autre. Cette mise en échec peut être ressentie de façon très culpabilisante : l'intervention soignante perd son sens si elle est vécue comme une agression. Comment alors rester soignant dans ces situations ? Nous proposons ici d'analyser les situations de refus de soins en deux étapes : la première consiste à comprendre la signification du comportement observé, la deuxième à évaluer ses conséquences et à les expliquer au patient.

## Identifier et comprendre le refus

Si un patient refuse de se laver, par exemple, les soignants doivent s'interroger. Avons-nous manqué de tact dans notre approche, nos paroles n'ont-elles pas été suffisamment apaisantes ? Avons-nous été trop rapides dans la façon de faire ? Le patient a-t-il

saisi le sens de notre soin ? Lui a-t-on expliqué ce qu'on allait faire ? Ou alors, peut-être n'a-t-il pas l'habitude de prendre une douche tous les jours ? Chez lui, fait-il sa toilette au lavabo ? Ce refus est-il une façon d'exprimer une souffrance physique ou morale ? De s'affirmer en tant qu'individu et non en tant que malade ? Ou peut-être que le moment choisi n'est-il simplement pas le bon ? On s'interrogera alors sur les habitudes de vie du patient. Le recours à la famille, avec l'accord du patient, peut être aussi une aide précieuse.

## Pourquoi ne veut-il pas manger ?

Si un patient refuse de manger, il faut se demander d'abord si son dentier lui a été remis. De plus, la texture des aliments est-elle adaptée ? Est-il capable d'ouvrir ses barquettes ? A-t-il mal à la bouche (mycose, aphtes) ? Ses médicaments sont-ils mis à côté ou écrasés dans sa nourriture ? En outre, ce patient a-t-il faim ? Peut-il manger ? Ou bien ne veut-il pas manger ? Est-ce un mécanisme de défense pour conserver un semblant d'autonomie, pour pouvoir encore décider de quelque chose ? Peut-être exprime-t-il par son attitude, son comportement, ce qu'il ne peut exprimer verbalement ? Un désir de mourir ?

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :  
aline.corvol@chu-rennes.fr  
(A. Corvol).



### Encadré 1. Quelles attitudes privilégier pour rester soignant face à un refus de soin ?

- ◆ **Considérer le refus comme légitime**, ce qui demande une certaine humilité.
- ◆ **Écouter le patient**, pour décrypter ce que cache le refus.
- ◆ **S'assurer que la douleur** physique ou morale a été prise en compte.
- ◆ **Trouver la bonne position**, l'attitude, le bon moment pour parler. Revenir, vouloir expliquer en une fois est illusoire.
- ◆ **Rechercher le dialogue** et éviter la confrontation ; expliquer ou réexpliquer de façon claire, compréhensible, adaptée au patient ; utiliser les bons mots.
- ◆ **Multiplier les possibilités de choix**, même sur des points de détails.
- ◆ **Être capable d'accepter un refus** tout en

continuant à proposer d'autres soins et assurer un entourage relationnel et affectif de qualité ; développer d'autres stratégies d'aide.

- ◆ **Être capable de négocier**, de trouver des compromis, en équipe ; construire une alliance thérapeutique ; la personne aura le sentiment d'avoir été entendue.

- ◆ **Laisser le temps à la personne** d'évoluer à son rythme, dans un climat d'écoute et de confiance.

- ◆ **Intégrer, si le patient l'accepte, la famille** ou les aides à domicile dans la discussion, pour un accompagnement dans la durée (infirmière libérale, gestionnaire de cas, auxiliaire de vie référente...).



Le refus de soins concerne aussi bien les traitements, les aides matérielles que l'alimentation.

#### Pourquoi refuse-t-il d'aller en Ehpad ?

La question ici est plutôt : qui veut imposer à ce patient une entrée en établissement qu'il ne souhaite pas, et pourquoi ? En effet, une personne a toujours le droit de choisir son lieu de vie, et le rôle du soignant est de s'efforcer de rendre ce choix possible, non d'en imposer un autre.

Par ailleurs la demande vient parfois de la famille : « *Il ne peut plus rester chez lui, on habite loin, et s'il tombe ?* » Il est vrai qu'il peut y avoir des conflits de valeurs, notamment pour les patients présentant des troubles du jugement, qui ne comprennent pas le risque qu'ils encourent en choisissant un retour à domicile. Mais ce qui est certain, c'est que si la personne a l'impression que l'ensemble des acteurs se liguent contre elle, elle ne pourra que se révolter contre cette institutionnalisation imposée. Son

refus pourra s'exprimer de façon violente, avec une agressivité qui se retournera contre sa famille, les soignants, voire les autres résidents de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ou au contraire par un lâcher-prise avec une perte de l'élan vital pouvant aller jusqu'à la dépression, voire le décès. Le rôle du soignant sera alors d'expliquer la situation, les raisons de ses inquiétudes mais aussi celles de sa famille tout en favorisant l'échange et la discussion (encadré 1). Écouter l'avis du patient, entendre ses craintes, est une manière de lui signifier qu'il est acteur de son choix de vie – qui doit lui être offert. Abandonner son domicile pour ce patient veut dire aussi abandonner son existence antérieure et il est normal que cela représente un déchirement.

#### Le cas du patient confus

Concernant un patient confus qui tire ou arrache sa perfusion, ou sa sonde vésicale, il ne doit pas *a priori* être considéré comme en refus de soins. Il s'agira le plus souvent d'un syndrome confusionnel en lien avec une pathologie aiguë associée à une perturbation des habitudes de vie. Il faudra alors limiter les risques en utilisant des techniques adaptées tout en recherchant les facteurs favorisant la confusion (fécalome, globe urinaire, douleur...).

#### Des exemples éclairants

Ces différents exemples montrent que de nombreux comportements peuvent être interprétés par les soignants comme des refus de soins alors que ce n'est



## Référence

[1] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

pas toujours le cas. Un examen médical précis (bilan physique et psychologique) doit être effectué avant toute interprétation du comportement de la personne. Dans de nombreuses situations, la demande du patient est parfaitement légitime, la rigidité du cadre institutionnel est parfois à l'origine de conflits qui peuvent être interprétés comme des refus de soins. En revanche lorsqu'un authentique refus de soins est identifié, ce qui n'est pas si fréquent, il convient d'en rechercher la signification, de la simple opposition exprimant un mécontentement à un désir de mort.

### Évaluer les conséquences et négocier

◆ **Le manque d'hygiène d'un patient qui refuse de se laver tous les jours n'aura le plus souvent que peu d'influence sur son état de santé.** En revanche cela pourrait avoir des conséquences sur sa vie sociale. Ainsi l'importance de l'aide à la toilette sera argumentée par les soignants à partir de ces conséquences fâcheuses. De plus, lorsqu'une personne refuse d'avaler les douze médicaments prescrits, n'est-ce pas une preuve de bon sens ? Ces médicaments sont-ils tous nécessaires ? Un allègement est-il négociable avec le médecin ? C'est alors au soignant d'accompagner le patient vers une discussion avec le prescripteur. On pourra aussi comprendre qu'une personne âgée redoute l'irruption dans son quotidien, dans sa maison, d'une auxiliaire de vie par crainte que celle-ci ne se montre trop intrusive – ou simplement qu'elle ne perturbe son quotidien.

◆ **Selon la loi Kouchner du 4 mars 2002**, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé [1], le refus d'une personne informée, qui comprend les conséquences de son refus, doit s'imposer au soignant, quel que soit son désir légitime de la protéger. Cette personne a le droit d'exercer son libre arbitre même si ses choix lui font courir certains risques. C'est le cas de la personne âgée qui préférera demeurer seule à son domicile plutôt que d'entrer en institution où elle serait moins isolée en cas de difficultés.

◆ **Respecter un refus sans prendre le temps de décrypter ce qui a amené le patient à dire "non" pourrait aussi correspondre à une forme d'abandon.** En effet, l'opposition au soin peut être transitoire ; elle peut être liée à une mauvaise compréhension du diagnostic ou du traitement. Le rôle du soignant est alors d'éclairer le choix de la personne en lui expliquant les conséquences, et dans la mesure du possible en tentant de proposer d'autres solutions. Il s'agit aussi d'évaluer dans quelle mesure cette

personne a compris les conséquences de son refus. La responsabilité de l'équipe est ainsi de délivrer une information accessible, intelligible et loyale.

◆ **En outre, la situation est différente lorsque la personne ne réalise pas les conséquences de son refus.** Cette difficulté à comprendre peut être le fait de troubles cognitifs (troubles du jugement), psychiatriques (délires paranoïaques, dépression...) et être ou non réversible. Il arrive, dans de telles situations, que le soignant soit contraint d'imposer d'une façon ou d'une autre des soins au patient. Même si une telle démarche se fait dans l'intérêt du patient, elle est vécue comme une forme de violence par la personne soignée. Il importe d'évaluer le bénéfice du soin, au mieux de manière collégiale, après consultation des directives anticipées si elles existent, de la personne de confiance ou encore des proches du patient le cas échéant. Une équipe mobile de gériatrie n'a été qu'exceptionnellement confrontée à des situations de véritable refus mettant en jeu la vie du patient (diagnostic de tuberculose avec refus de prendre un traitement antibiotique, diagnostic de rétrécissement aortique très serré avec refus d'intervention, perte de poids importante avec refus d'explorations). Ces patients avaient des facultés intellectuelles conservées, et les explications médicales ne les ont pas fait changer d'avis. Leurs décisions ont donc été respectées, conformément au cadre légal.

### Conclusion

Le terme de refus de soins recouvre des situations cliniques très diverses. Il est souvent utilisé à tort dans les services devant un comportement d'opposition non compris par le soignant. La première étape consiste donc à s'interroger sur le sens du comportement observé. Le soignant doit renoncer à l'attitude paternaliste de celui qui sait pour autrui ce qui est bien pour lui et accepter sans réserve la notion de décision partagée entre patient et soignant. La négociation, c'est-à-dire celle du traitement proposé par le soignant avec les préférences du patient, est une étape normale du soin. En cas de refus, le soignant doit pouvoir formuler d'autres propositions plus acceptables pour la personne qui aura le sentiment d'avoir été entendue, reconnue et respectée. Cette posture permet dans certaines situations de lever le refus. Dans d'autres situations, lorsque la personne fuit toute relation, c'est le principe de non-abandon qui prime. Dans tous les cas, rester soignant face à un refus de soins signifie interroger la qualité de sa relation à l'autre. C'est ce que nous apprend l'éthique du "care", qui refuse de séparer le soin donné du souci de l'autre. ●

Déclaration de liens d'intérêts  
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.