

LE REFUS DE SOIN

SAN25

PRÉREQUIS

La formation ne nécessite aucun prérequis

DURÉE

2 jours, soit 14 heures

CERTIFICATIONS

Attestation de stage

PROCHAINE(S) SESSION(S) :

CE QUE VOUS ALLEZ APPRENDRE

- Définir les notions de refus de soin et de consentement dans une approche à la fois éthique et juridique
- Mesurer l'impact des responsabilités juridiques du soignant et de l'institution
- Envisager le sens d'un refus de soin
- Acquérir des savoir-faire pour gérer la situation de refus de soin avec le patient ou résidant et éventuellement avec sa famille ou le représentant légal

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Définir les notions de refus de soin, de consentement libre et éclairé, et la manière dont ces concepts existent dans le cadre juridique français
- Identifier leur propre niveau de responsabilité face au refus de soin d'un résident
- Comprendre ce qui peut être à l'origine du refus de soin d'un patient
- Mesurer l'impact du refus sur les professionnels de la santé
- Communiquer de manière ajustée afin d'investiguer le refus de soin chez les patients ayant ou non des troubles cognitifs
- Faire face de manière ajustée aux situations conflictuelles
- Acquérir des savoir-faire pour accompagner les familles face au refus de soin

PROGRAMME

Qu'entend-on par « refus de soins » ?

- Définition et clarification des concepts de « refus de soins », « consentement » et « consentement libre et éclairé »
- Différenciation entre « refus » et « opposition » aux soins

Le cadre législatif français et le droit des patients : une évolution juridique au fur et à mesure de l'émergence des problématiques éthiques

- Contexte culturel et sociétal de l'apparition et du renforcement du droit du patient à décider pour lui-même
- Loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix »
- Loi du 25 avril 2005 dite loi Leonetti : renforcement du consentement du malade qui peut refuser tout traitement, y compris si ce dernier le maintient en vie. Introduction des notions de « directives anticipées » et « personne de confiance »
- Loi du 2 février 2016 dite loi Claeys-Leonetti :
 - Modification de l'art. L. 1111-4, en faisant disparaître l'obligation pour le médecin de « tout mettre en œuvre pour convaincre son patient d'accepter les soins indispensables ». Il doit simplement l'informer des conséquences de la gravité de son choix
 - Renforcement de l'importance des directives anticipées en les rendant opposables, et renforcement de la place de la personne de confiance

Place et missions des professionnels et de l'institution dans ce contexte législatif

Pourquoi le refus de soins ? Eclairages concernant l'utilisateur :

- Refus et opposition comme manifestation d'une douleur physique ou d'un inconfort
 - Les manifestations atypiques de la douleur
 - Evaluation d'une éventuelle douleur et transmission de l'information aux collègues et médecin prescripteur
- Refus comme manifestation émotionnelle et psychologique
 - Peur de la douleur, de la dépendance, de la perte de dignité...
 - Opposition, colère, révolte (à la maladie, à l'institutionnalisation, au handicap...)
 - Souffrance morale, et spécificité de la dépression

- Refus comme conséquence d'un problème de compréhension
 - Mauvaise information, insuffisance d'écoute
 - Troubles cognitifs (handicap, démence)
- Conceptions philosophiques, existentielles
 - Sentiment de perte de dignité, de déshumanisation
 - Interrogation du sens de la vie

Les effets du refus de soins sur le professionnel : les repérer pour mieux les appréhender

- Remise en question du savoir soignant : identification de nos propres certitudes et représentations : de quelle réalité parle-t-on ?
- Quand on cherche à convaincre : éclairage sur les causes et effets de la « contrainte argumentaire »
- Quel rôle pour le soignant lorsqu'il y a refus de soins ? La reconfiguration du « prendre soin »
- Les spécificités de la relation d'aide

Les différentes situations de refus de soins :

- Refus des traitements ou des stratégies thérapeutiques
- Refus d'hospitalisation ou d'institutionnalisation
- Non consentement à un acte diagnostic ou de traitement
- Soins en rapport avec la perte d'autonomie
- Refus des soins d'hygiène, refus alimentaire

Mieux communiquer pour mieux se comprendre : investiguer le refus

- Exploration de la réalité de l'utilisateur en utilisant l'écoute centrée sur l'autre
- L'intelligence émotionnelle : pour mieux percevoir, identifier et utiliser les mouvements émotionnels chez l'autre et chez soi
- Les techniques de communication pour un entretien efficace : reformulation, relance, clarification
- Les modalités de l'alliance thérapeutique

Les spécificités de l'opposition de soins chez les personnes ayant des troubles cognitifs ou des troubles du comportement

- Chercher l'origine de l'opposition : douleur ? Inconfort ? agitation anxieuse ?
- La prévention des situations générant de l'opposition
- Les techniques de communication verbale et non verbales
- Créer l'alliance avec les personnes ayant des troubles cognitifs

Face aux situations difficiles et conflictuelles

- Comprendre l'agressivité et la colère
- Le conflit : définition, caractéristiques, dynamique
- Les 5 stratégies de résolution de conflit : leurs atouts, leurs limites

Les cas particuliers dans le refus de soins :

- L'urgence vitale
- L'obligation de soins (décision de justice)
- Le patient hors d'état d'exprimer son refus : quelle place pour ses anciens dires ?
- Cas particulier des majeurs placés sous tutelle
 - Information au tuteur et recueil de son consentement
 - La nécessité d'informer la personne protégée « d'une manière adaptée à son discernement »
- Refus de soin par le tuteur, pour le majeur placé sous tutelle

Accompagner la famille dans le refus de soin de leur proche

- Identification d'éventuels écarts entre la perception, le vécu, l'information des familles, et ceux de l'équipe et clarification des causes
- Compréhension des mouvements émotionnels spécifiques aux proches : culpabilité, angoisse, lien attachement, protection de leur proche vulnérable

L'importance du travail en interdisciplinarité

- Le rôle, les missions et le niveau de responsabilité de chaque corps de métier
- Les caractéristiques d'une évaluation pertinente et d'une transmission d'information efficace
- L'importance de la réflexion en équipe pour une prise en charge adaptée, respectueuse de la personne et cohérente au regard de sa situation médicale

Rédaction d'objectifs personnalisés pour chaque stagiaire, bilan et évaluations.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Les apports théoriques seront apportés en cohérence avec les situations concrètes vécues par les participants.

La méthodologie proposée sera résolument participative, afin de permettre un apprentissage actif et l'acquisition de compétences dès le début de la formation.

Des mises en situation directement inspirées du vécu des participants seront proposées, sous forme de jeux de rôle, afin de s'approprier les modalités proposées lors de la formation

Les outils et méthodes proposés sont adaptés au contexte professionnel des stagiaires et directement utilisables au quotidien.

Les échanges et débats seront nombreux, permettant l'enrichissement mutuel entre participants.

En fin de formation, un travail de réflexion sera mené afin de définir des objectifs concrets à court et moyen terme pour chacun des stagiaires, au sein de leur établissement.

Une documentation pédagogique sera remise à l'ensemble des participants

MODALITÉS D'ÉVALUATION

QCM ou étude de cas/mise en situation

Rejoignez-nous et suivez-nous sur :



BESANÇON

46, avenue Villarceau
25000 Besançon
Tél. : 03 81 25 26 06

BELFORT

1, rue du Docteur Fréry
90000 Belfort
Tél. : 03 84 54 54 84

VESOUL

1, rue Victor Dollé
70000 Vesoul
Tél. : 03 84 96 71 08

LONS-LE-SAUNIER

87, Place de la Comédie
39000 Lons-le-Saunier
Tél. : 03 84 86 42 07

Pour toute demande d'informations : contact@sifco.eu