

LA COMMUNICATION AVEC
LE BLESSE INCONSCIENT :
UNE RECHERCHE,
UN ESPOIR.

par

Hervé TABART



Hervé TABART

A effectué cette recherche au cours de sa formation à l'école de Cadres d'Amiens.

NDLR : Nous rappelons à nos lecteurs que les recherches publiées présentent des imperfections soit au niveau de la méthode, soit au niveau du choix du thème etc., La plupart du temps ces travaux ont servi de soutien d'apprentissage à la recherche en tant que discipline. Ils peuvent à ce titre servir d'exemple à d'autres professionnels, ils n'ont pas tous la prétention d'être des modèles. Le travail de monsieur Tabar que nous publions dans son intégralité ne se présente pas comme une recherche. Il suit une méthodologie de mémoire. Mais, il rend compte d'une réflexion que nous pouvons considérer comme une problématique. Elle peut ouvrir très facilement sur des pistes de recherche.

SOMMAIRE

	page
INTRODUCTION.	23
1 . METHODOLOGIE.	24
2 . QUELQUES DEFINITIONS ET QUELQUES PRECISIONS A PROPOS DE "COMMUNIQUER AVEC LES BLESSES INCONSCIENTS"	25
2-1 Qu'est-ce qu'une "personne inconsciente" ?	25
2-1-1 Les différentes étiologies du traumatisme crânien.	25
2-1-2 Perturbations de la vigilance, pourquoi ? ou physiopathologie du coma.	25
2-1-3 Caractéristiques de la "personne inconsciente".	27
2-1-4 Modifications de la personnalité du blessé observées à différents stades du coma.	28
2-2 Que signifie le verbe "communiquer" lorsqu'il est appliqué aux malades in- conscients ?	29
2-2-1 Quelques définitions	29
2-2-2 Suppositions à établir pour pouvoir communiquer.	30
2-2-3 Pourquoi ce besoin de communiquer ?	30
2-2-4 Moyens de communication	31
3 . CAS CONCRETS	34
3-1 Cas concret relevé dans la littérature	34
3-2 Cas concrets relevés d'après mon expérience professionnelle	34
3-3 Cas concrets rapportés par le travail du Dr PHELINE et son équipe dont l'objet est : L'étude des états de conscience très particuliers du comateux émergeant d'un coma d'origine traumatique profond et prolongé.	35
4 . BILAN DE LA SITUATION ACTUELLE DANS LE SERVICE DE NEUROTRAUMATOLOGIE DU C.H.R. D'AMIENS	39
4-1 Méthodologie	39
4-2 Recueil des réponses obtenues aux entretiens	39
4-3 Analyse des entretiens	44
5 . MON PROJET D'ACTION	45
5-1 Les objectifs de ce projet	45
5-2 Quelques données sont à considérer avant d'établir ce projet	45
5-3 Ce que je propose	51
5-4 Implications consécutives à ce projet	53
5-5 Evaluation de ce projet	54
CONCLUSION	55
ANNEXES	57
BIBLIOGRAPHIE	71
- citée	71
- consultée	72



“**Seul** celui qui a pu se rejoindre dans son isolement est capable de rejoindre un autre isolé. Certes, il n’y parviendra pas en ayant **recours** au langage des idées et des phrases accoutumées, connues de tous, **mais** par un acte de communication qui sera un acte créateur. **Il** s’agit d’un mouvement profond de l’homme vers l’homme.”

René HUYGHE
(Extrait de “L’art et l’âme”, Flammarion 1980)



INTRODUCTION

Depuis l'obtention du Diplôme d'Etat en 1978, j'exerce les fonctions d'Infirmier au Centre Hospitalier Régional d'Amiens dans l'unité de Soins Intensifs du Service de Neurochirurgie B Neurotraumatologie.

Cette situation m'a permis d'être tous les jours en présence de traumatisés crâniens dont l'état plus au moins gravissime est en rapport avec les stades de conscience différents, allant de la simple obnubilation au coma profond.

L'approche très particulière de ces malades nous a amenés, l'équipe soignante de ce service et moi-même, à prendre conscience de l'importance de la relation à établir avec ces patients.

A partir de cette constatation peut-être plus personnelle, j'ai bâti l'hypothèse de travail suivante :

“Le personnel infirmier ne communique pas suffisamment avec le blessé inconscient, et de ce fait, celui-ci devient plutôt un objet.”

Mon expérience professionnelle et l'hypothèse de travail que j'émetts, m'amènent à analyser le soin relationnel et la communication avec la personne hospitalisée en neurotraumatologie.

Cette analyse fait l'objet de ce travail personnel que je réalise au cours de ma formation de Cadre Infirmier.

En fonction des sources documentaires que j'ai pu rassembler, j'essaie de répondre à quatre questions fondamentales qui seront la structure de ce travail :

- La communication avec le blessé inconscient est-elle possible ?
- Existe-t-elle ?
- Lui est-elle nécessaire ?
- Comment la favoriser ?

Pour faciliter la compréhension du lecteur et pour m'aider dans la rédaction de ce mémoire, j'ai pensé qu'il serait souhaitable et utile de définir précisément les termes suivants, replacés dans leur contexte :

- Qu'est-ce qu'une “personne inconsciente” ?
- Que signifie le verbe “communiquer” lorsqu'il est appliqué aux malades inconscients au travers des soins ?

Pour rédiger ce travail et aboutir au projet d'action que je propose, j'ai utilisé une méthodologie qui sera exposée dans le chapitre suivant.



1 ■ METHODOLOGIE

Pour mener à bien mon travail, j'ai utilisé les méthodes suivantes :

1) En m'appuyant de mon expérience professionnelle, j'ai rassemblé une documentation, composée de livres, revues, documents professionnels et littéraires qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de préciser mes idées sur le thème de la **commu-**
nication avec les malades comateux.

2) J'ai recherché et analysé des cas concrets de **malades** ayant, bénéficié d'un encadrement particulier en rapport avec le thème exprimé dans ce mémoire. J'ai relevé ces cas concrets dans un rapport de travaux expérimentaux, rédigé par Monsieur le Professeur Christian PHELINE ■ Chef du Service de Neurochirurgie du C.H.R. d'Orléans ■ et ses collaborateurs. Ces cas concrets m'ont permis d'illustrer et de concrétiser davantage mon travail.

3) J'ai mené des entretiens auprès de dix infirmières du service. de Neurotraumatologie du C.H.R. d'Amiens qui ont bien voulu me **faire** part de leur expérience auprès des comateux. Ces entretiens m'ont permis de connaître la **situation** actuelle dans ce service **en** ce qui concerne "la communication avec le blessé inconscient".

4) A la suite des entrevues demandées à Monsieur le Professeur J. DELCOUR ■ Chef du Service de Neurotraumatologie du C.H.R. d'Amiens -j'ai pu m'assurer du bien-fondé du projet d'action que je propose de mettre en place en tant que Cadre Infirmier dans un service de Neurotraumatologie.

Un service de Neurotraumatologie est un **service** hospitalier spécialisé dans l'accueil des. **traumatisés** du crâne et de la colonne vertébrale, **afin** qu'ils puissent recevoir des soins de **surveillance** et leur prodiguer un éventuel traitement médico-chirurgical.

Les traumatisés crâniens sont très souvent atteints' de troubles de la vigilance, je les qualifierai alors de personnes comateuses ou inconscientes. Dans le **prochain** chapitre que je vais aborder, je trace le profil de ces blessés **un** peu particuliers.



2 . QUELQUES DEFINITIONS ET QUELQUES PRECISIONS A PROPOS DE “COMMUNIQUER AVEC LES BLESSES INCONSCIENTS”

2 ■ 1 Qu'est-ce qu'une “personne inconsciente” ?

Mon observation ne concerne que les personnes atteintes d'un traumatisme crânien plus ou moins grave, présentant des troubles de la vigilance secondaires à ce traumatisme, et qui ont nécessité une hospitalisation.

Celle-ci sera caractérisée par une surveillance attentive et intensive, faisant suite à un traitement médical ou neurochirurgical dans le service de Neurotraumatologie, spécialisé pour l'accueil de ces blessés.

2-1-1 Les différentes étiologies de ces traumatismes

La plupart des traumatismes crâniens sont occasionnés par :

- des accidents de la voie publique (accidents de voiture, de moto, piétons renversés par les automobiles) ;
- des accidents du travail (chute d'outils ou chute d'un échafaudage etc...) ;
- des accidents de sports (plongée, chute de cheval etc)...
- des tentatives d'autolyse (plaie par arme à feu, plaie par arme blanche).

La force avec laquelle se produit le traumatisme, traduit dans la majorité des cas, la sévérité de celui-ci.

Ces traumatismes crâniens, en fonction de leur gravité, vont engendrer des perturbations de l'état de vigilance. Ces perturbations de la vigilance varient entre la stupeur et les différents degrés de coma.

La localisation des lésions et leur étendue déclenchent d'autres réactions cellulaires secondaires à cette lésion ; ces réactions sont le plus souvent un processus expansif qui provoqueront une compression plus ou moins importante et plus ou moins durable au niveau du tronc cérébral. Cette compression entraînera un désordre neuro-végétatif d'amplitude variable qui viendra s'ajouter à “l'aréactivité” du sujet, compromettant ainsi le pronostic vital puisque les grandes fonctions de l'organisme sont en danger.

Dès lors apparaîtront les gestes de réanimation empruntés d'une part à des techniques souvent traumatiques dans un premier temps, nécessitant d'autre part l'utilisation d'appareillages sophistiqués (réclamant eux-aussi une surveillance) et les compétences d'un personnel spécialisé. Ces premiers gestes seront capitaux pour assurer la survie du patient.

2-1-2 Perturbations de la vigilance, pourquoi ? ou physiopathologie du coma

Le principe général est le suivant : la vigilance siège au niveau de la formation réticulée, tissus nerveux noble appartenant au tronc cérébral.

‘Tout traumatisme crânien qui entraîne des lésions

- Intra-crâniennes directes à ce niveau (ex. contusion directe du tronc cérébral) ;



- cérébrales capables de provoquer une compression au même niveau (ex. hématome extra ou sous-dural, contusion cérébrale, attrition ou œdème cérébral) ;
- une anoxie du tronc cérébral

engendre un coma plus ou moins profond, en rapport avec la gravité des lésions.

De ce fait, il est facile de comprendre que le coma peut être dû à une ou à l'association de plusieurs causes.

La profondeur du coma est appréciée par l'examen neurologique, mais surtout par la qualité des réponses gestuelles ou verbales exprimées par le patient lors des stimulations extérieures (verbales, sensibles, sensorielles).

Les différents stades de coma sont déterminés en fonction de la réactivité du sujet. (voir annexe n° 1)

D'après JOUVET¹, on distingue :

- a) L'exploration de la perceptivité qui nécessite une intégration corticale des phénomènes acquis: Ainsi, suivant que l'on obtiendra ou non une réponse aux stimulations, on parlera de simple obnubilation ou de coma vrai.
- b) L'étude de la réactivité qui au contraire de la précédente, ne fait appel qu'à des fonctions de formations nerveuses sous-corticales.

Cette Activité est appréciée sur la réponse aux réactions d'orientation et d'éveil, et correspond à l'activité du tronc cérébral.

La réactivité à la douleur est particulièrement importante ; en pratique, elle met en jeu un système neuronal complexe sous-cortical, notamment médullaire. La réactivité est jugée 'sur un triple point de vue, en observant la réaction au pincement cutané :

- la mimique au niveau du visage,
- la réaction d'éveil (ouverture des yeux),
- la réactivité motrice (retrait du membre stimulé).

Le stade du coma n'est pas un critère d'appréciation qui est fixe. Le coma est un continuum évolutif entrecoupé de périodes de stagnation de durée variable, constituant ainsi des paliers. Les stades se chevauchent et s'entrecourent pendant les processus de régression et de récupération; de même que pendant le processus d'aggravation vers un coma plus profond.

Cette évolution est particulière à chaque patient, elle est dépendante de la gravité des lésions, de l'âge du sujet et de sa personnalité profondément imprégnée du vécu social et intellectuel du malade.

L'âge est en effet un critère, à la fois péjoratif, qu'il faut prendre en compte pour évaluer le pronostic "de récupération" des facultés intellectuelles et mentales du blessé. De l'âge, dépend la variabilité de la guérison, qui se manifeste à long terme par la cicatrisation des lésions intra-cérébrales et provoque la restructuration du parenchyme cérébral.

1. Michel JOUVET - Médecin français auteur d'importantes recherches de Neurobiologie sur les états de vigilance



Un des rôles primordiaux de l'infirmier(ère) de neurotraumatologie est de déceler le moindre changement dans l'état neurologique des traumatisés crâniens. Cependant, il sera beaucoup plus important de pouvoir reconnaître un signe d'aggravation plutôt qu'une amélioration, afin qu'une décision médicale puisse être prise en connaissance de cause et permettre ainsi l'instauration précoce d'un traitement. En neurochirurgie, plus l'aggravation est dépistée rapidement, plus le traitement est précoce, et plus le malade a de chance de guérir avec des séquelles moindres.

Pour évaluer les différents degrés de conscience d'un blessé, l'infirmière surveillera ce blessé à des intervalles fréquents. Elle observera l'éveil du malade, en lui partant, en notant les réactions qui feront suite à ces paroles, en appréciant la qualité de la motricité et de la sensibilité de ce patient par des stimulations extérieures (verbales, sensibles, sensorielles) et interprètera enfin la qualité des réponses aux ordres simples tant sur le plan gestuel que sur le plan verbal.

Tous ces éléments d'information concernant le degré de conscience du traumatisé crânien seront répertoriés de façon claire, précise, univoque pour l'équipe soignante et médicale sur la feuille de surveillance. Ces éléments auront autant sinon plus de signification que la transcription d'autres paramètres de surveillance tels que la fréquence cardiaque et respiratoire, la tension artérielle et la température.

2-1-3 Caractéristiques de la "personne inconsciente"

"Le coma réalise une rupture du mécanisme d'information et d'énergie qui parcourt habituellement le système nerveux, il prive l'organisme de ses mécanismes d'adaptation et d'homéostasie vis à vis de l'environnement et des événements extérieurs." 2

"L'être n'est plus capable d'attribuer un sens à l'événement et de fournir un comportement adapté. Sa régression se lit au niveau de la réactivité élémentaire qu'il est contraint d'adopter pour commercer avec l'environnement. Dans le coma profond, il y a dissolution complète des traits de la personne et de tout comportement." 3

Le coma provoque chez tout traumatisé crânien une coupure dans sa vie de relation avec l'environnement. Je situe ici l'environnement dans son sens le plus général, à un tout, à l'appartenance de cette personne humaine à un couple, à une famille, à une corporation, à une ville, à un pays, à une culture, à une époque. Un tout qui, en fait, forme et précise son identité.

Initialement, rien ne prouve qu'une personne comateuse va redécouvrir son identité, le coma la masque et transforme le vécu. Cette identité n'est jamais reconquise dans sa globalité, et, parfois "c'est une autre personne qui renaît" quand elle s'extirpe de son coma.

Que devient un être humain quand il ne bouge plus, quand il n'a plus de relation avec l'extérieur, quand il ne pense plus ? Ce n'est plus qu'un corps, un corps-objet entre les mains des soignants et des médecins qui tentent de lui redonner la vie, avec l'espoir de conserver l'identité, la personnalité de cet "humain".

Quoi de plus angoissant, pour un blessé comateux léger, que de se rendre compte "qu'il est attaché (car certains comateux sont agités), à plat sur le dos, éclairé en permanence par une lumière crue verticale, menacé par des gestes techniques douloureux

2. Extraits du rapport des travaux dirigés par M. le Professeur PHELINE Neurochirurgien au C.H.R. d'Orléans

3. Extraits du rapport des travaux dirigés par M. le Professeur PHELINE Neurochirurgien au C.H.R. d'Orléans



et imprévisibles, soumis à un décor bruyant et monochrome inconnu, et de plus n'avoir aucun besoin naturel" ⁴ (éliminer, s'alimenter, bouger, respirer, etc.). Ces conditions, dans lesquelles le patient est placé, provoquent une négation de l'être.

La personne inconsciente, c'est éventuellement un être humain "entouré de machines, plus que dans d'autres services de l'hôpital ; et des machines qui font du bruit, et puis une personne dans un lit, la tête rasée qui dépasse des draps, avec des cicatrices, des hématomes. Difficile même de dire au premier coup d'oeil, si c'est un homme ou une femme. Et qui fait quoi ? Qui dort ? Qui dort peut-être, mais qu'on ne peut réveiller ? Qui est, comme mort alors ? Disons mort pour l'instant. Une question nous vient à l'esprit, 'si cette personne se réveille, que sera-t-elle plus tard ? D'abord, sa personnalité existe-t-elle encore ? Dort-elle aussi ? Sera-t-elle modifiée au réveil ? On peut remarquer que c'est d'ailleurs une des questions que se pose assez rapidement la famille." ⁵

C'est le flot de questions que se pose une personne qui voit pour la première fois un malade inconscient.

C'est aussi toutes ces questions que se pose tout jeune professionnel de santé quand, pour la première fois, il aborde un traumatisé crânien comateux.

2-1-4 Modification de la *personnalité* du blessé observées à différents stades de coma

Pour faciliter la compréhension, j'ai choisi trois stades de coma pendant lesquels, il est possible de décrire le patient. Ces stades sont :

- le coma profond,
- le coma vigile,
- l'éveil.

Pour ces stades, je ne saurais donner de repères dans le temps ; la variabilité de la durée de chaque stade étant liée à la personne elle-même et aux caractères de la lésion considérée.

a) Le coma profond

Cette phase est marquée par la détresse des formations du tronc cérébral, elle est majorée par des troubles importants du tonus et par d'autres troubles secondaires au coma lui-même.

A ce stade, la préoccupation est la survie et la conservation du capital cérébral : c'est le temps actif de la réanimation. Celle-ci réclame souvent l'utilisation d'appareillages techniques qui permettent la plupart du temps le contrôle des fonctions de l'organisme et demandent un accroissement de la surveillance de la part des soignants. A certaines périodes très critiques, cette "machinerie" prend plus d'intérêt pour les soignants que le corps du malade.

D'autre part, le désordre neuro-végétatif nécessite une sédation à l'aide de barbituriques ou d'autres drogues qui provoquent un coma thérapeutique venant amplifier le coma initial. Le malade est dans un état de totale dépendance, entièrement coupé du milieu

4. Extrait du rapport des travaux dirigés par M. le Professeur PHELINE Neurochirurgien au C.H.R. d'Orléans

5. Extrait du rapport des travaux dirigés par M. le Professeur PHELINE Neurochirurgien au C.H.R. d'Orléans et de Claude MARTIS - Psychologue dans un service de Neurochirurgie



où il vit. Son acuité sensorielle est diminuée voir abolie dans certains cas. Cependant ce corps isolé est une personne humaine qui réclame la décence et le respect qu'ils lui sont dûs.

b) Le coma vigile

Habituellement, à ce stade, il y a diminution ou stabilisation des phénomènes neurovégétatifs et des troubles toniques permettant d'alléger la thérapeutique sédatrice. Le niveau de conscience réel peut donc être évalué; Il y a la restructuration des tracés électroencéphalographiques avec une reprise temporaire de rythmes physiologiques, Le blessé 'est plus sensible à ce qui l'entoure (aux bruits, aux stimulations nociceptives), toutefois ses gestes ne sont pas encore contrôlés ; les réactions sont inadaptées, imprécises. Lors de ces stimulations, le malade ouvre parfois les yeux.

A ce stade, il y a restructuration progressive des réseaux d'information de l'organisme, le malade est angoissé car il n'a aucun repère pour se situer dans un milieu inconnu pour lui. Le malade reprend possession de son corps.

Cette phase est donc caractérisée par la perception du corps par le malade.

c) L'éveil

A 'ce stade, les fonctions de l'organisme se rétablissent progressivement, mais le traitement des informations est rendu difficile par un 'cerveau encore perturbé par le traumatisme.,

A l'état confusionnel s'ajoute le désarroi marqué par la constatation d'un handicap éventuel (lenteur, imprécision des gestes). C'est la période où s'effectue le bilan mnésique et intellectuel de la personne.

Grâce à la coordination de la reprise de l'activité cérébrale et du patrimoine sensoriel dont il est investi, l'individu reprend peu à peu un dialogue avec l'environnement. Le patient découvre le milieu qui l'entoure, c'est la phase de perception de l'environnement. Maintenant le malade ressent le besoin de communiquer avec l'entourage représenté par sa famille, ses amis, l'équipe médicale et soignante.

Une communication non verbale remplace parfois un langage verbal 'encore déficient, mais cette, communication n'existe-t-elle qu'à ce stade de l'éveil ?

En abordant le paragraphe suivant, je vais définir ce, que représente pour moi la communication avec la personne inconsciente, une personne dont le profil est un peu mieux caractérisé à nos yeux.

2 - 2 Que signifie le verbe "communiquer" lorsqu'il est appliqué aux malades inconscients à travers les soins ?

Après s'être imaginé comment pouvait se présenter une personne inconsciente, il est plus aisé d'aborder le problème de la communication avec ce malade particulier.

Avant d'adapter la signification du verbe communiquer au contexte de ce travail, il me semble nécessaire de définir le sens du verbe communiquer tel que l'on peut le trouver dans différents dictionnaires.

Z-2-1 Quelques définitions

"Communiquer" : c'est transmettre, faire partager, être en relation (dictionnaire encyclopédique LAROUSSE UNIVERSEL 2 volumes).

ou



“Communiquer” : c’est aussi, échanger, transmettre, faire passer, confier, imprimer, correspondre (dictionnaire BORDAS).

Personnellement, en tant que soignant, communiquer avec les personnes inconscientes, c’est avant tout manifester ma présence auprès d’eux en leur parlant, en les touchant ; c’est leur confirmer un état de sécurité dans la période angoissante qu’elles traversent. Pour moi, c’est aussi le moyen de prendre ces malades en considération, de les respecter malgré leur apparence en tant que personne humaine.

Etablir une relation avec ces patients, c’est aussi rechercher un signe de reprise de conscience qui traduise la compréhension du geste ou des paroles que le soignant vient de leur adresser. La réponse se limite le plus souvent à un décodage du langage non verbal tel qu’un mouvement de la tête, des yeux, des lèvres, une grimace ; la mimique est en elle-même une réaction très significative, cela peut être aussi une pression de la main. A partir de ce moment, il y a échange et il peut s’établir un dialogue entre le personnel soignant et le blessé.

Z-2-2 Suppositions à établir pour pouvoir communiquer

Si le soignant veut communiquer avec le traumatisé crânien inconscient, il doit supposer que pendant la suspension de l’activité réticulaire, d’autres niveaux d’organisation intra-cérébrales sont capables de fonctionner, de façon autonome. Cette supposition est fondamentale car elle justifie tous les essais de stimulation de la vigilance et de communication infra-verbale (non verbale) avec des ‘blessés qui, selon toute évidence, sont en état “arelationnel”.

Une élève de l’Ecole de Cadres Infirmiers du C.H.R. de Tours, émet dans son mémoire l’hypothèse suivante⁶ :

“Le service part du postulat qu’il existe une vie mentale sous-jacente au coma. Il s’agit de s’adresser à ce corps inerte et de réconcilier le blessé petit à petit avec lui-même, lui faire réintégrer sa réalité corporelle.”

Le cerveau gouverne l’ensemble de l’organisme et perçoit la réalité extérieure grâce aux systèmes sensoriels.

En effet la plupart des informations, que notre corps perçoit de l’environnement, sont captées par nos organes sensoriels ; rappelons que nos principales fonctions réceptrices sont la vue, l’ouïe, le toucher, l’olfaction et le goût.

2-2-3 Pourquoi ce besoin de communiquer ?

Je pense que communiquer avec autrui est un besoin fondamental dans la relation inter-humaine.

Depuis tous les temps, l’homme a ressenti le besoin de se regrouper (clans • tribus • nations • classes • civilisations) pour donner naissance à certaines cultures. C’est devenu comme un instinct, l’homme rejette l’isolement et recherche la société par le biais de la communication.

6. Françoise BEBIN - Elève de l’Ecole de Cadres du C.H.R. de Tours - Travail personnel pour l’obtention du certificat de Cadre Infirmier - “Les stimulations sensorielles : Facteurs de réussite dans la réadaptation du traumatisé crânien comateux.”



La communication est un besoin social, c'est ce qu'affirme Roger MUCCHIELLI⁷ :

“Communiquer au sens strict, au sens profond, est un besoin humain essentiel. Communiquer, c'est échanger des impressions, des messages, des significations, parler ou écrire pour être compris, écouter, lire ou regarder pour comprendre, pour apprendre ou pour savoir, participer à une existence **groupe** ou sociale... L'homme a besoin pour subsister spirituellement non seulement d'avoir des gens autour de lui, mais encore de se trouver en relations **plus** étroites, en communauté **véritable** avec certains d'entre eux... La communication s'affirme ainsi comme une des **exigences** fondamentales de l'homme, aussi essentielle dans son ordre que peut l'être la faim dans l'ordre physiologique. L'homme absolument et volontairement isolé vit 'comme un loup' disait déjà Epicure.”

La communication est un lien qui unit deux ou plusieurs individus, qui implique en lui-même l'entr'aide et l'échange..

“La communication apparaît comme modalité primitive de l'échange de signes et de valeurs qui fonde la Société et qui définit l'être social.”⁸

Cela prouve déjà le besoin pour le soignant de communiquer avec ses malades. Cependant la communication exige la réciprocité et la difficulté naît à partir du moment où l'interlocuteur reste inerte et muet à toute sollicitation.

Le besoin de **communiquer** pour le soignant est la **cause déclenchante** de la communication **avec le** blessé inconscient.

Si la communication représente déjà une satisfaction pour le personnel soignant, elle devient aussi un élément thérapeutique indispensable pour favoriser l'éveil du comateux ; elle sera pour celui-ci le moyen de **fixer** des repères afin de restructurer plus **rapidement** les “circuits” **mnésiques** et intellectuels perturbés par le traumatisme.

Si le comateux ne peut voir, il peut l'entendre, ou bien le ressentir, et dans ce cas on lui offre la possibilité de **redécouvrir** son corps, et d'être en relation avec ce qui l'entoure.

Z-2-4 Moyens de communication

“L'un des buts principaux de la fonction de l'infirmière est de **répondre aux** besoins fondamentaux de son client et la communication est l'un de ceux-là. Puisque l'aptitude **aux échanges** interpersonnels constitue une condition essentielle à la relation d'aide, l'infirmière doit donc être en mesure de faciliter la communication entre elle et le client.”⁹

Face **aux** différents états de vigilance des traumatisés crâniens, l'infirmière adoptera le moyen le plus **approprié**, le plus personnalisé dans le but de **déceler une** réponse de la part de son malade.

Les blessés inconscients, de par leur degré de totale dépendance, obligent le personnel soignant à les approcher davantage pour effectuer **une** surveillance ou un soin.

7. Communication et réseaux de Communications Roger MUCCHIELLI Edition ESF ■ p. 36

8. Communication et réseaux de Communications Roger MUCCHIELLI ■ Editions ESF p. 36

9. L'infirmière canadienne - Septembre 1983 - Réflexion sur la communication inf-client en l'année mondiale des communications 1983 - Claudette BRASSARD - p. 22-23



La multitude des tâches, exécutées auprès de ces malades, facilite la relation soignant-malade.

Qui peut mieux que le soignant estimer les capacités du comateux ? Le personnel soignant connaît suffisamment le patient pour être en mesure de choisir un moyen de communication adapté à l'état neurologique, pourtant il devra faire appel à l'imagination, à la créativité.

La parole, les stimulations sensorielles sont autant de moyens mis à la disposition de l'équipe soignante pour favoriser l'éveil précoce du comateux traumatisé crânien.

Le soin représente à lui seul un moyen très important de communication avec le blessé, de par son aspect physique et relationnel. Mon expérience professionnelle m'a permis d'observer et de constater que le soignant parlait souvent au malade pendant l'exécution d'un soin ou pour évaluer le stade de la vigilance.

La parole est facile en tant que faculté naturelle ; elle est devenue une habitude bien menacée lorsque l'on sait que le destinataire ne répondra pas. Parler à quelqu'un qui ne parle pas devient difficile. Une absence de réponse ne veut cependant pas dire que la voix n'a pas été perçue, mais plutôt que l'interprétation et la compréhension n'ont pas été intégrées au niveau de l'encéphale ou que la commande du geste n'a pu être réalisée, remettant en cause l'interception de l'influx nerveux efférent.

Pour amplifier la communication verbale, l'infirmière va stimuler le malade en faisant appel à l'activité sensorielle de celui-ci et déterminer ainsi la sensibilité, la réactivité et le degré de perception.

Le toucher semble être le mécanisme sensoriel le plus important pour la survie. Il est situé sur tout le corps, et permet à l'organisme de recueillir un grand nombre d'informations et constitue pour l'être humain une seconde mémoire.

“Le toucher est le sens le plus important de notre corps. Sans doute est-ce celui qui intervient le plus dans les phénomènes de veille et de sommeil. Il nous donne la notion de la profondeur, de l'épaisseur, des formes. C'est par notre peau, grâce au toucher que nous ressentons, aimons, détestons.” (J. Lionel Taylor • The stages of Human Life • 1921)¹⁰

Le toucher a pour but de rassurer le patient, il l'assure d'une présence humaine à ses côtés.

L'être humain ressent le besoin de toucher et d'être touché, c'est un plaisir que nous recherchons depuis la naissance.

“Quoiqu'il en soit, les observations ont incontestablement prouvé qu'un organisme ne saurait survivre très longtemps sans stimulation cutanée d'origine externe. Il est clair que les stimulations cutanées sont nécessaires à la survie de l'organisme...”

“La peau est un organe déterminant dans le développement du comportement humain. Elle agit comme un, récepteur sensoriel qui enregistre et répond au contact et à la sensation du toucher. Chaque sensation correspond à un message humain fondamental, et ce, presque dès l'instant de la naissance. Le stimulus de la sensation brute du toucher est vital pour la survie de l'organisme. En ce sens, on peut poser comme postulat que le

10. La peau et le toucher - Un premier langage - Ashley Montagu - Edition du Seuil - p.157



besoin de sensation tactile devrait être ajouté à la liste des besoins organiques pour tous les vertébrés et même pour tous les invertébrés.”¹¹

Si nous voulons, nous personnel soignant, prendre en charge le comateux dans sa globalité, lui offrir la chance de s'éveiller précocement, nous nous devons d'exacerber les sensations tactiles de ces malades. Ces stimulations seront des points de repère qui permettront aux malades de rétablir les voies sensitives afférentes ramenant les informations vers l'encéphale.

Certes, nous éprouvons plus de facilités à toucher un enfant, à l'embrasser, à subvenir au manque d'affection qu'il ne reçoit plus de son milieu familial. Mais notre attitude est bien, différente auprès des adultes, qui réclament sûrement les mêmes besoins, or notre dignité nous empêche d'effectuer les mêmes gestes, et ces adultes comateux souffrent d'un manque de gestes "familiers". Les proches sont les seuls à pouvoir motiver ces malades, de par l'intimité de la relation qui les unit.

Des infirmières du service de Neurochirurgie de l'hôpital. Henri Mondor de Créteil (Val de Marne) expriment le fait suivant¹² :

"Travailler dans un service de traumatisés crâniens demande des dispositions pres que affectives ou maternage. Cela n'est pas par hasard si certaines infirmières acceptent des années durant de soigner des malades dans le coma."

Si nous sommes limités dans nos gestes quand nous voulons communiquer avec un adulte comateux, nous pouvons nous diriger vers la technique du soin.

A ce sujet, une infirmière, Mère Guillemin - Supérieure de Congrégation - disait :

"Il nous faut apprendre à faire de la technique un véhicule de la tendresse humaine." ¹³

En effet, pour soigner nous devons pratiquer un ensemble de gestes techniques, plus ou moins traumatisants pour le malade, qui concrétisent nos connaissances techniques ou scientifiques. Ne pourrions-nous pas profiter de ces longs moments passés auprès des traumatisés crâniens comateux pour élargir la relation soignant-soigné !

Nous pourrions leur parler, leur expliquer la nécessité des gestes que nous leur prodiguons, ce qui serait d'ailleurs un renforcement des sensations tactiles exécutées lors du soin, ou nommer les parties du corps que nous touchons pendant le soin. Paroles et gestes sont autant de repères pour la reconstitution progressive de l'image du corps des comateux.

Le langage verbal associé au langage non verbal sont les "protagonistes" habituellement utilisés au cours de l'approche des comateux. Aussi, cette conception me permet-elle d'introduire la communication comme partie intégrante des soins auprès des Comateux.

Je conclurai ce chapitre en citant un des concepts de M.F. COLLIERE dont le sens prend toute sa valeur lorsqu'il est appliqué aux blessés inconscients* :

"Soigner, c'est avant tout établir une relation humaine."

11. La peau et le toucher - Ashley Montagu - p. 218

12. Revue de l'Infirmière n° 10 - Décembre 1978 - M. CLAVE - "Soigner des traumatisés du crâne dans le coma." p. 815

13. Revue de l'Infirmière n° 1 - Janvier 1976 - J.P. WIHLM - La relation avec les malades porteurs de lésions cérébrales - p. 7

14. Revue Soins - 5 février 1980 - Le soin infirmier, un acte responsable ou un acte routinier ? - E. ROGEZ



3 - CAS CONCRETS

Pour illustrer mon travail, lui apporter le bon sens, j'ai jugé utile et nécessaire d'y joindre quelques cas concrets que j'ai relevés ; les uns dans la littérature, d'autres d'après mon expérience professionnelle, et puis d'autres dans le rapport des travaux du service de Neurochirurgie d'Orléans effectué par M. le Professeur PHELINE et son équipe.

3 - 1 Cas concret relevé dans la littérature

Le livre¹⁵ m'avait été conseillé, lors de mon stage pédagogique à l'école d'Infirmières de Chartres, par le psychologue intervenant dans cette école.

Ce cas illustre bien le pouvoir de réceptivité du malade comateux.

Voici le résumé de ce passage qui m'a semblé intéressant :

Il s'agit d'un petit garçon de 8 ans, français, qui, lors d'un voyage en Italie avec sa sœur et ses parents, est hospitalisé à la suite d'un accident de la circulation. Ses parents décèdent, sa sœur est indemne, mais lui présente de multiples fractures dont un défoncement de la boîte crânienne avec perte de matière cérébrale et une énucléation. Il est bien sûr dans un coma d'emblée et y restera au moins deux mois. Les grands parents vont à son chevet et se relaient auprès de lui en lisant des journaux.

Au bout de deux mois, il se réveille, on lui parle, il répond en italien. Il ne sait plus un mot de français, mais le comprend. Il comprend ce que veut dire la grand-mère, mais répond, en italien. En, revenant en France, il a perdu l'italien et le français.

Françoise DOLTO fait remarquer que l'enfant ne parlait pas un langage médical mais que c'était un langage construit et logique pour son âge.

Il faut aussi préciser que l'enfant était de passage en Italie car il était allé en Yougoslavie où il n'y avait pas d'Italiens et que sa sœur ne savait pas un mot de la langue italienne.

Bref, ce genre d'histoire permet de relancer et de soutenir l'intérêt du thème que je traite ici dans ce mémoire.

3 - 2 Cas concrets relevés d'après mon expérience professionnelle

Cette remarque également constatée par la plupart de mes collègues de travail, prouve l'incidence des stimulations sensorielles dans les modifications de la vigilance du comateux.

En effet, nous avons remarqué à plusieurs reprises que l'état de vigilance des malades comateux était parfois différent entre le matin et l'après-midi. Je peux expliquer ce phénomène de la façon suivante :

- Le matin, le malade subit une multitude de stimulations, telles que la toilette ou bain de lit, des soins d'hygiène et de confort : prévention d'escarre, changes de

15. Séminaire de psychanalyse d'enfant - Françoise DOLTO - Ed. du Seuil Chapitre 9 - p. 115 : "Même dans le coma, le sujet est réceptif."



position ; des soins thérapeutiques : injections, pansements. D'autres stimulations sont effectuées lors des courbes de surveillance pour évaluer justement le stade de la vigilance ou lors des examens neurologiques effectués par le médecin.

La sensibilité du malade est tellement sollicitée 'qu'elle induit l'éveil par une réactivité accrue et par une réponse aux stimuli à la fois plus spontanée et plus vive.

- L'après-midi, le malade semble s'endormir de nouveau, en raison de la diminution des stimulations ; seules les stimulations inhérentes à l'activité du service comme le bruit, la lumière, la présence des soignants occupés à des soins beaucoup moins nombreux que le matin, sont l'apanage du malade comateux.

Le moment de la toilette effectuée le matin revêt la plus grande importance sur le plan des sensations tactiles de par, le contact de l'eau sur la peau, organe récepteur très sensible chez le comateux.

A propos des effets stimulants de l'eau sur la peau, j'ai pu relever une anecdote à ce sujet dans le travail personnel rédigé par une élève-infirmière de 3ème année. En effet, pour illustrer son travail, d'ailleurs sur le même thème, l'élève avait recherché des témoignages, entre autre en écrivant à la surveillante du service de réanimation neurochirurgicale de Colmar, qui a bien voulu lui révéler la remarque suivante :

"Au cours du bain, nous avons souvent eu l'impression de voir le malade se réveiller ou du moins, mieux réagir, à nos stimulations et nous voyons parfois le malade effectuer certains gestes qu'il ne faisait pas dans son lit."

Sur quoi, l'élève a ajouté :

"Mais hélas, rien n'a été démontré, personne n'a jamais relevé l'impression pour qu'enfin les malades inconscients aient une chance supplémentaire de réveil."

3 - 3 Cas concrets rapportés par le travail du Pr PHELINE et son équipe dont l'objet est :

"L'étude des états de conscience très particuliers du comateux émergent d'un coma d'origine traumatique profond et prolongé."

J'ai choisi 6 cas concrets dans ce rapport, que je vous propose de retrouver en détail en annexe n° 2. J'ai analysé ici, ces différents cas afin d'en faire ressortir les moyens utilisés par l'équipe médicale et soignante du service de Neurochirurgie du C.H.R. d'Orléans.

Il faut tout d'abord remarquer que toutes ces **personnes ont été victimes d'un traumatisme crânien, secondaire à un accident de la voie publique, ayant engendré un coma à des stades différents** provoqué par des lésions diversifiées pour l'ensemble de ces cas ; d'autre part, que **toutes ces personnes sont jeunes et de sexe masculin, qu'elles sont issues de milieux sociaux différents impliquant une personnalité et des habitudes de vie particulières à chacun.**

En étudiant l'anamnèse de ces divers cas cliniques, j'ai remarqué :

1) Qu'une enquête sous forme d'entretien avec la famille était menée dès l'hospitalisation du blessé dans le service. Cette enquête a pour objectif de connaître les habitudes de vie, la biographie du traumatisé, afin de personnaliser la technique de communication qui sera utilisée.



2) Que les stimulations sensorielles utilisées étaient plus importantes et plus nombreuses à partir du moment où le patient présentait des signes d'éveil marqués par une reprise de rythmes physiologiques sur le tracé électroencéphalographique.

Une autre condition me paraît obligatoire, c'est l'arrêt de toute thérapeutique sédative et de toute assistance mécanique entreprises pendant, la réanimation pour permettre la survie du sujet.

Toutefois, il faudra s'assurer de la tolérance de ce "sevrage thérapeutique" par le blessé. A priori, les stimulations ne peuvent être entreprises que si l'état clinique du "cérébrolésé" l'autorise.

3) Que la technique du bain avec un matériel spécialisé avait été utilisée pour 5 malades sur les 6 cas choisis et qu'elle avait permis pour 4 de ces malades, la reprise de la communication verbale.

Ce qui permet de déduire que le contact tactile de l'eau sur la peau du comateux provoque des stimulations telles, qu'elles peuvent favoriser chez eux des réactions d'éveil.

4) Que la reprise précoce de l'alimentation per os, accompagnée le plus souvent de commentaires verbaux, pouvait revêtir un intérêt capital lorsqu'il y avait participation de la famille.

5) Que l'intérêt de la famille porté pour son blessé, favorise la prise en charge de celui-ci. C'est un fait très déterminant dans l'évolution du patient.

On note à ce point de vue que, pour 5 de ces malades, l'incidence du soutien familial produisait une modification de la situation, le plus souvent reproduite par une ébauche précoce de l'éveil.

Cet éveil se poursuit pour la plupart par l'intérêt qu'il manifeste à leur entourage.

6) Que l'imprégnation de la personnalité avait un retentissement direct sur l'évolution et l'éveil du comateux.

On note, pour le cas de Franck (cas concret n° 2) un échec au niveau des résultats escomptés. malgré une prise en charge intense et précoce.

L'échec est relatif puisqu'on observe une note d'éveil au 20ème jour de son hospitalisation, mais l'absence de progrès constatée ensuite peut être liée à la personnalité instable et à la biographie complexe de Franck.

Pour les autres malades, on ne relevait pas d'élément péjoratif dans leur personnalité bien que quelques uns présentaient des problèmes d'ordre familial, cependant l'affirmation de soi, le désir de guérir ont apporté des résultats très satisfaisants.

Le cas concret n° 6, celui de Daniel, nous donne une idée de la planification d'une journée d'hospitalisation pour ce genre de malade. Cette planification m'a permis de relever :

a) Un dialogue avec l'aide-soignante qui lui donne verbalement le matin au réveil, le jour et la date qu'elle écrit sur un tableau installé en face de lui.

De plus l'infirmière viendra parler quelques instants avec lui pendant la prise des constantes biologiques.

b) Le bain réalisé dans une baignoire spécialement aménagée va faciliter les mouvements du malade grâce à l'effet de la flottaison. Le personnel, effectue un savonnage à main nue pour un meilleur contact, et au moyen de jets d'eau froide, il essaie de dé-



clencher l'émission d'un mot, d'un grognement, d'une grimace, ce qui constituera un premier échange.

c) Lors des repas, une alimentation per os appropriée est distribuée au malade en fonction de ses éventuels problèmes de déglutition, l'administration des repas réclame une disponibilité complète du personnel soignant qui ne doit 'mesurer ni le temps ni la patience.

Le personnel profite des moments passés pour les repas pour établir une conversation et initier progressivement le malade à l'autonomie. (réapprentissage dans la manière de tenir une cuillère).

Les' détails de la composition du repas sont notés sur une feuille d'alimentation et les réactions du malade pendant la prise du repas seront également transcrites sur une fiche. Une enquête est effectuée auprès de la famille pour connaître les plats préférés et les goûts du patient.

Le plus possible, une participation de la famille est envisagée pour la confection du repas ou pour aider à l'alimentation, afin de reproduire les habitudes de vie du blessé.

d) La visite de médecins, l'intervention des kinésithérapeutes, les stimulations par les orthophonistes et par les psychologues seront autant de stimuli 'provoqués par la présence humaine.

e) Un autre moment privilégié de la communication' est marqué par l'écoute de cassettes musicales préférées.

f) Des changements de position globale du corps sont réalisés par des installations au fauteuil pendant le temps des visites.

g) L'aménagement de temps de repos est rendu nécessaire pour éviter au malade toute lassitude et toute fatigue intensive.

h) L'apport d'objets personnels par la famille permet de personnaliser l'environnement en' modifiant l'image habituelle du cadre hospitalier et aide en même temps le malade à se remémorer des souvenirs.

i) Des promenades en fauteuil roulant en compagnie de la famille jusqu'à la cafétéria de l'hôpital permettront au malade de se confondre au public.

j) Le personnel soignant insiste auprès de la famille pour qu'elle fasse part au blessé des événements relatifs à la vie extérieure et familiale.

Il est indéniable de constater :

- combien la somme des stimulations perçues, au cours d'une journée, par ce malade est importante ;
- la qualité de la communication effectuée par l'équipe soignante qui est exemplaire mais réclame de la part des soignants une grande disponibilité, mêlée à un esprit de créativité, ainsi que la nécessité d'établir un rôle éducatif approprié à la famille du blessé, toutefois le malade sera le véritable acteur de la récupération.

Je termine ce chapitre en citant une partie de la conclusion du rapport rédigé par le Pr PHELINE et son équipe, qui empiriquement, doit à mon avis, être prise en considération :

"Nos observations semblent confirmer :



-
-
- ~ l'importance du vécu antérieur ; on peut s'attendre à ce que guérisse mieux celui qui a bénéficié d'un entourage familial bien structuré et qui possède une identité affirmée avec une forte programmation d'avenir et avec une formation intellectuelle et culturelle riche ;
 - ~ l'intensité des liens affectifs antérieurs et leur permanence dans toute la durée de la maladie, joue certainement un rôle important dans la qualité de la récupération et dans le retour rapide des différentes fonctions de relation."

Ce travail expérimental effectué par les équipes médicale et soignante, du service de Neurochirurgie d'Orléans, m'amène à faire la comparaison avec le comportement du personnel infirmier du service de Neurotraumatologie à Amiens et à dresser par ce fait, le bilan de la situation actuelle dans ce service, relatif à la "communication avec le blessé inconscient".



4 - BILAN' DE LA SITUATION ACTUELLE DANS LE SERVICE DE NEUROTRAUMATOLOGIE DU C.H.R. D'AMIENS

J'ai effectué ce bilan, à partir d'entretiens menés auprès de dix infirmières du service de Neurotraumatologie.

4 - 1 Méthodologie

J'ai effectué ces entretiens à partir d'interviews individuelles structurées par des questions que j'avais construites préalablement.

Ces interviews individuelles ont été réalisées auprès d'infirmières qui ont bien voulu prêter leur concours dans la rédaction de ce travail.

Parmi ces infirmières, sept d'entr'elles exercent leur fonction dans l'unité de soins intensifs, les trois autres dans le service d'hospitalisation. Leur expérience auprès des comateux varie entre 6 mois et 12 ans. Cette différence d'expérience m'a permis d'obtenir un échantillonnage de réponses assez différentes laissant apparaître la valeur d'une expérience professionnelle.

Ces entretiens ont un caractère très restrictif car ils ne concernaient que le personnel infirmier du service et je n'ai pas retenu les idées qui auraient pu être émises par les aides-soignants(es) dont je n'ignore pas les compétences dans leurs aptitudes à entrer en relation avec le malade.

Enfin, j'ai prévenu les personnes qui ont été interviewées que leurs réponses seraient anonymes.

4 - 2 Recueil des réponses lors de ces entretiens.

Question n° 1

Citez les soins auprès des personnes inconscientes qui vous apparaissent comme les plus importants, :

- 4 infirmières ont cité le soin relationnel comme étant un soin important. parmi le registre des soins habituellement prodigués au malade comateux.

Question n° 2

Pensez-vous que l'action de communiquer fasse partie des soins aux personnes inconscientes ? Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi ?

- Toutes ont répondu oui à cette question. Les arguments apportés sont les suivants :
 - * il faut être humain et ne pas considérer le malade comme un objet ;
 - * il faut communiquer dans un but d'échange, pour connaître la réaction du blessé ;
 - * c'est un acte sécurisant et une aide psychologique ;
 - * pour ne pas couper le malade de la réalité qui l'entoure ;



- * car une stimulation plus prononcée qu'à l'ordinaire produit parfois une réaction laissant soupçonner l'éveil ;
- * car on ne connaît pas suffisamment les capacités de réceptivité des comateux ;
- * car si le malade ne peut réagir, il se sent sécurisé, c'est lui faire comprendre qu'il peut entendre bien qu'il ne puisse réagir.

Si le **soin relationnel** n'apparaît pas encore pour toutes les infirmières comme un soin nécessaire au malade comateux, il n'en demeure pas moins qu'il soit établi de façon habituelle, et Presque automatique pour certaines. Il a pour but d'être un acte sécurisant pouvant produire l'éveil.

Le **soin relationnel** fait supposer que le malade peut entendre, bien qu'il ne réagisse pas car les connaissances dans le domaine de la réceptivité des comateux sont insuffisantes.

La relation a un but d'échange qui prouve la réalité, la présence d'un environnement, en gardant parallèlement un caractère humanitaire.

Question n° 3

La communication avec le malade comateux vous semble-t-elle nécessaire, pourquoi ?

- Toutes considèrent que la communication est nécessaire
 - * parce qu'elle entretient le caractère 'humanitaire dans un service qui aurait tendance à être inhumain de par l'ampleur de la technique, de par l'apparence des malades ; (2 personnes)
 - * pour apprécier le degré de vigilance des malades, mais quelle signification a-t-elle lorsque le malade est dépendant d'une thérapeutique sédatrice ! (3 personnes)
 - * parce que c'est utile sur un plan psychologique pour la personne soignée ; (1 personne)
 - * pour permettre de constater l'évolution du blessé ; (1 personne)
 - * pour aider le malade à s'éveiller et accélérer ainsi l'évolution ; (1 personne)
 - * pour agrémenter la vie professionnelle du soignant ; (1 personne)
 - * une personne ne précise pas sa pensée.

Question n° 4

Quelles méthodes utilisez-vous pour communiquer avec les personnes inconscientes ?

Des stimulations verbales, en parlant pour rassurer le malade, des stimulations tactiles par le toucher en lui tenant la main, des stimulations auditives par la musique ;

- Des stimulations tactiles, verbales, visuelles adaptées à l'état de vigilance ;

Des stimulations

- * verbales
- * douloureuses (nociceptives)



- * de l'appétit par des essais d'alimentation chez des malades à la limite de l'éveil
- * en modifiant la position du corps, par exemple en passant de la position couchée à l'installation dans un fauteuil ;
- En faisant intervenir la famille ;
- Etre près du malade, lui ouvrir les yeux, lui serrer la main ;
- Ecouter la radio ou des cassettes enregistrées (musique préférée ou voix familières).

Question n° 5

Laquelle de ces méthodes vous semble-t-elle être la plus efficace sur le plan des résultats ? Pourquoi ?

Sept infirmières pensent que les stimulations tactiles sont celles qui provoquent le plus de réactions chez le malade. Cependant toutes sont unanimes en disant qu'il était souvent nécessaire d'associer plusieurs méthodes, car elles formaient un tout, entre autre associer stimulations tactiles et stimulations verbales.

Nous pouvons remarquer que les méthodes de communication les plus utilisées, sont en fait toutes les stimulations sensorielles dont les effets provoquent l'afférence des informations vers le cerveau.

La communication oblige le soignant à être proche des malades.

Enfin, le toucher semble être la stimulation sensorielle privilégiée par les soignants, parce qu'elle incite le patient à réagir, donc à s'éveiller.

Question n° 6

Même si vous n'obtenez pas de réponses de la part de la personne inconsciente, persévérez-vous dans l'action de la communication ? Argumentez votre point de vue.

- Les infirmières ne se lassent pas du manque de réciprocité, elles pensent que l'absence de réactions n'empêche pas l'aptitude du comateux à entendre et à comprendre. Il faut incontestablement ne pas abandonner une action mise en œuvre, qui a, à la fois, pour but de détecter une amélioration ou une aggravation de l'état de vigilance.

Question n° 7

Quels sont les critères d'intérêt qui font que vous vous occupiez davantage d'une personne inconsciente plutôt que d'une autre personne inconsciente ? Argumentez votre réponse.

- Les critères sont :
 - * l'âge, les enfants semblent avoir la priorité. Les soignants ont le souci de subvenir au manque d'affection provoqué par l'éloignement de la cellule familiale ;
 - * le degré de dépendance ;
 - * le soutien médical (rare) ;
 - * l'abord physique du blessé ;



- * la gravité du traumatisme lié au pronostic médical évoqué (défavorable) ;
- * l'absence de tare (éthylisme) ;
- * les malades proches de l'éveil qui réagissent mieux aux stimulations.

Il faut constater ici que la présence de telles barrières sont néfastes à la communication et qu'elles entraînent des erreurs parfois dommageables pour le blessé.

Question n° 8

Quel est le moment favorable pour communiquer avec ce genre de malade ?

- Les soins d'hygiène et de confort, très nombreux en Neurochirurgie obligent le soignant à rester plus longtemps près du malade.
- La prise des constantes biologiques pendant laquelle est évalué le degré de vigilance. Une réponse aux sollicitations du soignant incite celui-ci à reproduire cette stimulation.
- Les essais d'alimentation et la durée de la prise du repas favorisent une action de communication.
- Quand le soignant est seul auprès du malade, il se sent plus disponible pour établir une relation.

Question n° 9

En dehors des soins, vous arrive-t-il d'aller voir ces malades pour tenter d'établir une relation ?

- Oui
 - * surtout quand il s'agit d'enfants ou quand le malade est proche de l'éveil ;
 - * pour prévenir le malade que sa famille vient de téléphoner pour prendre des nouvelles de son état de santé ;
 - * car tout malade comateux devrait pouvoir se réveiller et selon la charge de travail, je vais leur rendre visite pour les stimuler ;
 - * pour dépister une aggravation envisagée, pour apprécier plus souvent la vigilance ;
 - * car j'en ressens parfois le besoin, cela fait partie de mon dévouement professionnel.

Cependant toutes sont unanimes à dire que cela dépend beaucoup de la charge de travail, donc de la disponibilité.

Question n° 10

Pouvez-vous définir le rôle relationnel dans la fonction d'infirmières lorsqu'il est appliqué plus précisément aux personnes inconscientes ?

- Il consiste en une approche verbale et tactile pour aider le malade à évoluer vers l'éveil.



- C'est un rôle important qui consiste à ne pas couper le malade de son environnement pour éviter le stress et l'angoisse.
- ~ C'est un acte sécurisant qui prouve notre présence autour du malade.
- C'est un essai de dialogue avec la personne inconsciente par des stimulations sensorielles (verbales, tactiles, auditives) afin de faciliter son réveil et assurer son confort moral.
- C'est établir une liaison, un contact entre le malade et son environnement.
- C'est faire ressentir au malade un soutien extérieur pour l'aider à "survivre" et à supporter la souffrance à la sortie du coma.

Question n° II

Quels sont les éléments qui peuvent nuire à la communication ?

- les soins traumatisants ;
- la présence intensive de plusieurs personnes autour du malade ;
- ~ le manque d'expérience dans l'approche des traumatisés crâniens comateux ;
- ~ une mauvaise ambiance dans l'équipe soignante ;
- le manque de disponibilité ;
- l'absence notoire de coopération du malade ;
- pas de motivations pour soigner ce genre de malade ;
- les soins réclamant une dextérité gestuelle et une asepsie rigoureuse ;
- un pronostic sombre

Question n° 12

Quelle conduite à tenir proposeriez-vous à une infirmière récemment diplômée ou ayant peu d'expérience auprès des personnes inconscientes afin de développer l'aptitude à communiquer ?

- Imaginer que c'est un malade conscient mais qui réclame des soins plus attentifs.
- ~ Encadrer la personne, réaliser les soins avec elle en lui montrant que l'on parle à ce genre de malade comme à des malades conscients.
- Lui conseiller d'approcher fréquemment le malade et de parler à ce malade pendant les soins les plus simples.
Expliquer qu'un malade comateux n'est pas un cas dans un lit mais un être humain qu'il faut soigner comme tel même si les conversations sont souvent à sens unique.
- ~ Prévenir la personne des problèmes auxquels elle va être confrontée pendant l'approche des malades comateux.



4 ■ 3 Analyse. de ces entretiens

La diversité des réponses apportées par ces entretiens confirment indéniablement que la communication existe dans la prise en charge du blessé inconscient par le personnel infirmier du service de Neurotraumatologie.

Cependant les réponses aux questions 7 et 11 confirment bien l'existence de barrières nuisant à la qualité de la relation qui devrait s'établir avec tout malade comateux, qui, exclu temporairement d'une communication normale, se sent encore plus seul que tout autre malade.

Que devient le malade inconscient lorsqu'il est privé temporairement de relation avec le personnel soignant qui se doit de le soigner, de l'assister ?

A ce propos, deux kinésithérapeutes du service de Neurochirurgie d'Orléans soutiennent l'hypothèse suivante :

“Un cerveau privé d'information ne sait pas qu'il existe.”

Or c'est ce qu'il advient lorsque le malade ne répond pas aux attentes personnelles des soignants. Le malade ne profite pas des stimulations dont il aurait dû bénéficier, et de ce fait ses chances de s'éveiller plus vite sont démultipliées.

Cependant, ces malades “rejetés” sont des êtres humains totalement dépendants dont l'évolution est altérée par des préjugés graves, trop graves de conséquences. Nous, soignants, avons-nous le droit de décider du devenir d'un malade comateux ?

On ne peut déplorer que le malade soit successivement confié à des compétences diverses pour lesquelles il va souffrir d'une discontinuité de la relation et de la personnalisation des soins, d'où la nécessité pour une équipe soignante de formuler des objectifs globaux de soins pour une meilleure prise en charge de la personne soignée.

Certes, la survie du blessé sera assurée, par des soins techniques de haute qualité prodigués au corps de ce malade, mais là survient incontestablement le phénomène de dépersonnalisation. Le soignant ne traite plus que le corps du patient, un corps-objet similaire à celui qui disparaît sous les appareillages techniques sophistiqués.

L'absence ou la discontinuité de la relation soignant-soigné m'amène à confirmer l'hypothèse de travail que j'avais émise dans l'introduction de ce mémoire :

“Le personnel infirmier ne communique pas suffisamment avec le blessé inconscient, et de ce fait, celui-ci devient plutôt un objet.”

Il ne faut pas oublier que certains malades dont le tableau clinique faisait présager un pronostic plutôt sombre dès le départ, ont évolué d'une manière satisfaisante au grand étonnement de tous ; certes avec du temps et des efforts accomplis par les uns et les autres, mais ont repris quand même une vie active, sociale et familiale quasi-normale.

Voilà pourquoi, nous devrions, nous soignants, maintenir à tout prix une relation par la parole, par le toucher, par le respect humain qui doit se dégager de tout acte effectué.

En conséquence de quoi, je ne puis que mettre en place un projet d'action qui constituera le terme de cette réflexion à propos du soin relationnel avec le blessé inconscient. J'exposerai ce projet dans le prochain et dernier chapitre de ce mémoire.



5 - MON PROJET D'ACTION

En tant que Cadre Infirmier dans un service de Neurotraumatologie, voilà l'action que je tenterai de mettre en oeuvre, en étroite collaboration avec l'équipe médicale de ce service.

D'ailleurs pour tester la plausibilité de mon projet, j'ai dû rencontrer Monsieur le Professeur DELCOUR - Chef de service de Neurochirurgie B - Neurotraumatologie au C.H.R. d'Amiens - afin d'obtenir son accord pour la mise en place d'un tel projet dans son service.

5 - 1 Les objectifs de ce projet

Favoriser un éveil précoce du malade inconscient en utilisant des stimulations sensorielles adaptées aux habitudes de vie du patient ;

Améliorer l'approche du blessé, inconscient en préconisant la communication verbale et/ou non verbale entre le blessé et sa famille.

5 - 2 Quelques données sont à considérer avant d'établir ce projet :

- L'accès des familles est interdit pendant la durée d'hospitalisation du blessé dans l'unité de soins intensifs.

De ce fait, les malades sont vus par leur famille sur un écran de télévision installé dans un bureau du service, au moyen d'un système de caméras monté en circuit fermé.

L'image perçue par les visiteurs est petite et dépersonnalisée. Parfois même le visiteur ne reconnaît même pas le patient qui est le sien.

Enfants et adultes, jeunes et moins jeunes, sont donc privés du contact et de l'échange qui peuvent être apportés par la cellule familiale et les amis. Le cadre familial et les habitudes de vie sont rompus pour une durée indéterminée liée à l'état et à l'évolution du comateux.

Les familles supportent mal la séparation, souvent plus ou moins longue ; et le fait de ne pouvoir pénétrer dans la pièce où est hospitalisé leur malade, évoque pour elles un immense mystère, qui les angoisse et les inquiète.

- Un autre point de vue qui n'est pas non plus à épargner, est l'insuffisance de la prise en charge des malades par les kinésithérapeutes. Je ne dis pas qu'elle n'existe pas mais le traumatisé crânien grave, qui de plus est comateux, réclame une rééducation fonctionnelle importante, qui imposerait des interventions beaucoup plus nombreuses afin d'obtenir des résultats plus significatifs. Mais cette présence des kinésithérapeutes répondant à de tels besoins, provoque une charge de travail à laquelle les effectifs actuels de cette catégorie de personnel, ne peut faire face.

En considérant seulement ces deux données, il m'est possible de constater ô combien les blessés inconscients sont privés de stimulations sensorielles et plus précisément tactiles.

Cette reprise en considération de l'importance du toucher et des stimulations qu'elle peut provoquer au niveau de cortex cérébral, a pu être mise en valeur sur un



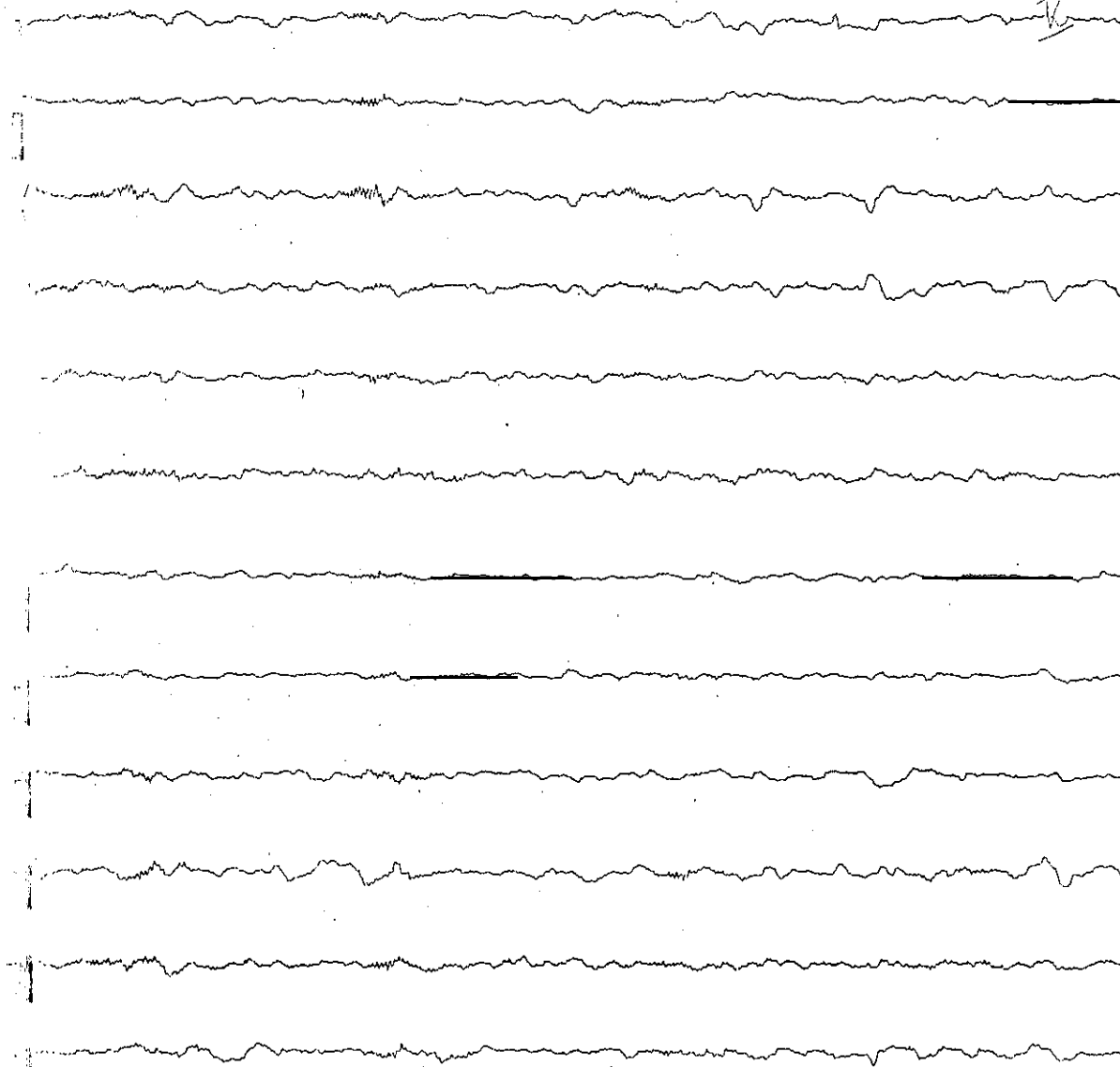
électroencéphalogramme ¹⁶. Celui-ci a été réalisé chez un jeune traumatisé crânien victime d'un accident de la voie publique, chez qui l'image scannographique révèle la présence d'un œdème cérébral. Au moment de l'enregistrement, le blessé est dans un coma marqué par des réactions inadaptées et des périodes d'agitation. Au cours de l'enregistrement, plusieurs types de stimulations sensorielles ont été effectués :

- des stimulations lumineuses intermittentes (visuelles) ;
- des stimulations auditives déclenchées par un bruit ;
- des stimulations tactiles déclenchées par le simple fait de toucher l'épaule du malade

16. Electroencéphalogramme réalisé par l'équipe de techniciens en électroencéphalographie affectée aux services de Neurochirurgie du C.H.R. d'Amiens

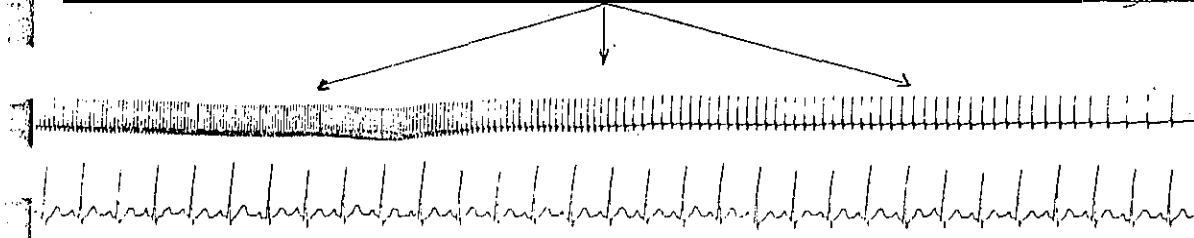


1948



STIMULATIONS LUMINEUSES INTERMITTENTES

ST



Modifications de l'E.E.G. entraînées par des stimulations visuelles chez un sujet comateux au stade III



194886

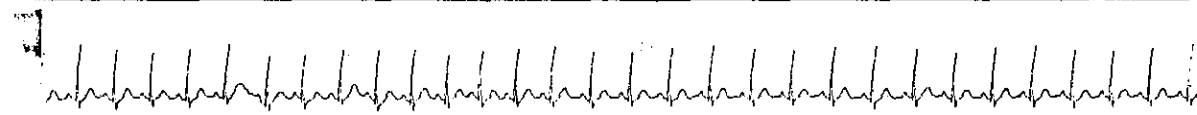
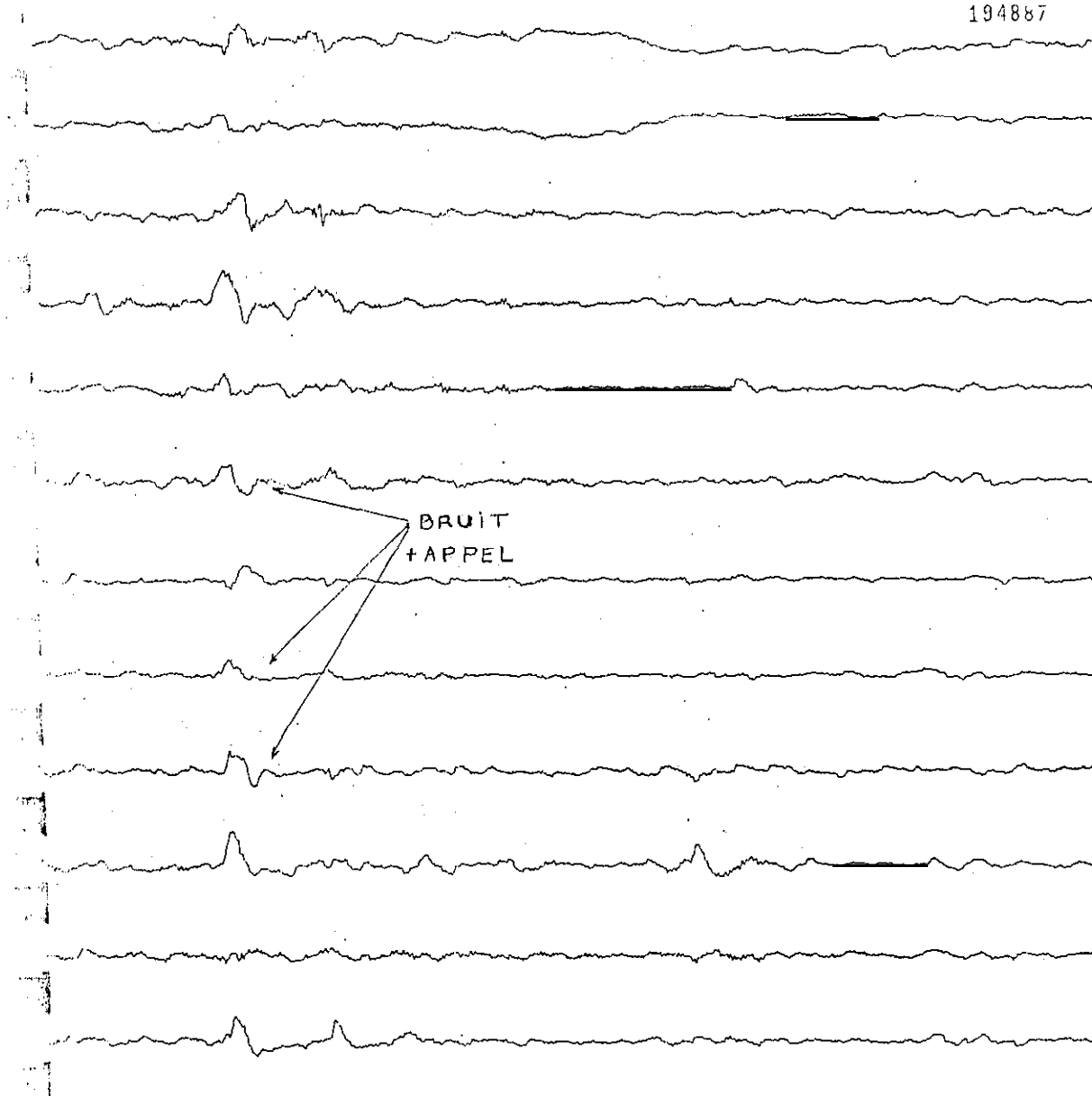
BRUIT
uniquement

bruit

Modifications de l'E.E.G. entraînées par le bruit chez un
sujet comateux au stade III



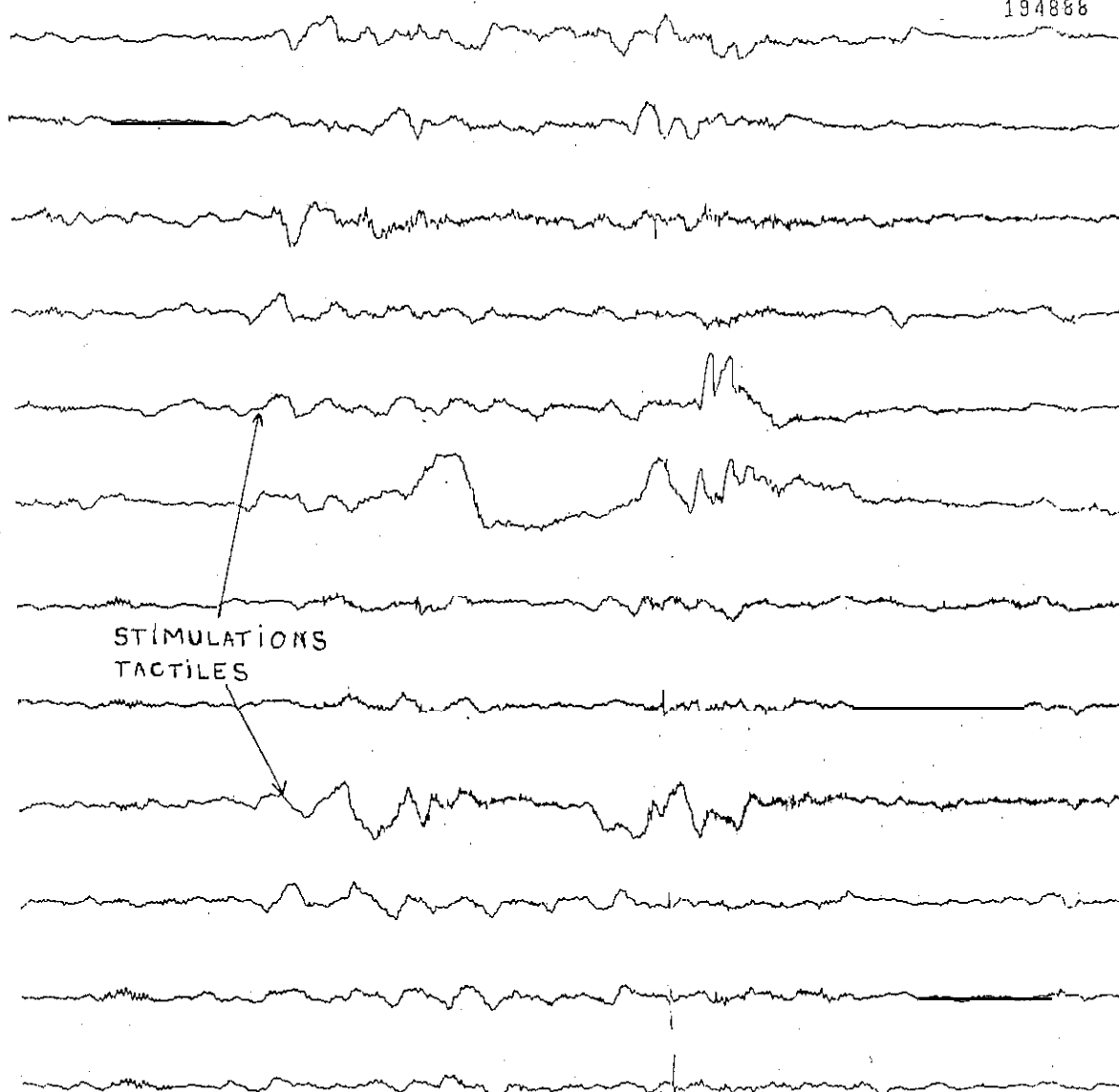
194887



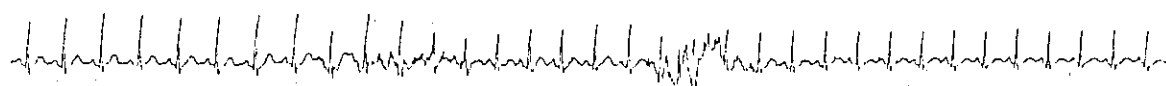
Modifications de l'E.E.G. entraînées par le bruit amplifié
par un appel chez sujet comateux au stade III



194886



STIMULATIONS
TACTILES



Modifications de l'E.E.G. entraînées par une stimulation tactile
chez un sujet comateux au stade III



L'observation de ces différentes phases pendant lesquelles ont été effectuées ces stimulations, permet de mettre en valeur l'ampleur des réactions produites par le toucher.

Par conséquent, je ne puis que conseiller l'intensification des stimulations tactiles pour mieux communiquer avec le blessé inconscient.

Cette intensification des stimulations tactiles est donc la base qui réalise le fondement de ce projet.

5-3 **Ce que je propose**

Les actions, que je voudrais mettre en place pour permettre l'intensification des stimulations "sensori-tactiles", m'obligent à les classer selon trois niveaux, afin de respecter les différents degrés de vigilance qui sont rencontrés pendant l'évolution du blessé inconscient. Pour cela, je garderai les trois stades dont j'ai fait allusion dans le chapitre 2-1-4 : c'est-à-dire :

- le coma profond
- le coma léger
- la phase d'éveil proprement-dite.

5-3-1 *Le coma profond*

Mon action à ce stade se trouve très limitée parce que j'estime que cette période est celle où le malade doit bénéficier d'un repos absolu afin que les structures du système nerveux puissent se réorganiser dans des conditions idéales. Du respect de cette phase de latence peut dépendre l'évolution du traumatisé.

De plus, l'adjonction des thérapeutiques sédatives, très utilisées durant cette période, empêche l'établissement d'une relation de qualité.

Les examens et les soins réalisés au malade comateux sont suffisamment agressifs mais constituent en eux-mêmes une relation de base.

Cependant une autre démarche primordiale, à mon avis, serait de convoquer la famille du blessé, tout du moins les proches parents (époux(x) - la fratrie - les parents - les enfants), afin de les réunir en présence d'un médecin du service, du cadre infirmier et si possible d'un membre de l'équipe soignante. Cette entrevue aurait pour but d'établir une enquête biographique du blessé afin de connaître ses habitudes de vie. Ces connaissances permettraient à l'équipe médicale et soignante de personnaliser les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour communiquer avec le patient et favoriser ainsi un éveil précoce de celui-ci.

Le second intérêt de cette entrevue serait d'exposer nettement et clairement l'état dans lequel se situe le malade, (diagnostic, possibilités d'évolution, éléments de pronostic à court terme) en expliquant à la famille la nécessité de l'isolement du blessé dans une salle de soins intensifs où les visites auraient plus d'inconvénients que d'avantages et qu'elles troubleraient le repos nécessaire à la guérison du traumatisé crânien.

Donc communiquer avec un traumatisé crânien à ce stade serait, à mon avis, illusoire. Toutefois il me paraît nécessaire d'établir une entrevue avec la famille de ce malade avec un médecin et l'équipe soignante afin de mieux caractériser la personne soignée et de mettre cette période à profit pour planifier et sélectionner des moyens d'entrer en relation avec elle, ce qui constituerait des points de repère fiables puisqu'ils seraient calqués sur des habitudes de vie antérieures au traumatisme.



5-3-2 Le coma léger

C'est le stade privilégié qui me semble le plus approprié pour communiquer avec un blessé inconscient. Et c'est à ce niveau, que mon projet prend forme.

En effet, la diminution ou l'arrêt des thérapeutiques sédatives intensives et le début de restructuration des tissus nerveux marqué par une stabilisation des désordres neuro-végétatifs, permettent au traumatisé crânien de mieux découvrir l'existence de son corps et de l'environnement grâce à l'éveil des perceptions sensorielles. Toutefois, le sujet est encore dépendant d'une surveillance attentive qui l'astreint à rester en unité de soins intensifs.

Je propose donc, pendant cette période où le malade ne peut encore bénéficier d'une hospitalisation dans une chambre de service, de faire intervenir la famille auprès du malade.

Je prévois la venue en salle de Soins intensifs d'un seul membre de la famille pendant dix minutes lors des premières visites, pour s'étendre jusqu'à trente minutes ensuite. Ces visites seraient limitées à deux par jour, une le midi et une le soir à des heures fixes pour permettre à l'équipe soignante d'organiser les soins en conséquence de cause. Ces deux visites permettraient à deux membres différents de la famille de pouvoir approcher d'une façon plus humaine un être qui leur est cher.

Elles permettraient entre autre au malade d'entendre des voix familières et de percevoir un contact relationnel que le personnel soignant ne peut établir, des gestes quasi-intimes comme le baiser et la caresse.

Pour pénétrer dans l'enceinte des soins intensifs, le visiteur devra respecter les conditions rigoureuses Concernant l'aseptie et revêtir blouse, "surchaussures", calot et masque.

Ces visites devront faire l'objet de préliminaires qui consisteront à préparer psychologiquement les membres de la famille intéressés par ces visites, à leur expliquer la nécessité d'une telle démarche et les effets recherchés.

Il ne faudra surtout pas oublier de décrire l'état actuel du blessé en insistant surtout sur les apparences physiques, et sur les réactions qu'une telle démarche peut entraîner (hypertonie, agitation, indifférence).

Un membre de l'équipe soignante assistera à ces visites et notera sur une fiche le comportement et les réactions du malade déclenchés par l'intervention des visiteurs.

Si le malade reste indifférent, ce qui risque de se produire lors des premières visites ; je propose, sur approbation médicale, de réaliser un électroencéphalogramme pendant la durée d'intervention afin de contrôler l'existence d'une réceptivité au niveau du tracé.

Une autre étude qui pourrait aussi se réaliser pendant cette période de coma; est l'utilisation de la "musicothérapie", bien sûr en adaptant cette méthode aux habitudes du blessé, en fonction de ses goûts et de ses préférences pour la musique.

Cette méthode nécessiterait l'utilisation d'un magnétophone à cassettes et d'un casque. Ce matériel serait la propriété du service mais les cassettes seraient apportées par la famille. Ces cassettes comporteraient l'enregistrement de passages musicaux préférés du malade ou de l'enregistrement des voix familières, retraçant des moments de la vie familiale.

L'utilisation de cette méthode serait précédée d'une mesure du Potentiel évoqué auditif qui aurait pour but de prouver la pertinence du procédé à utiliser.



De même, pendant l'écoute des cassettes, l'infirmière devra noter les réactions du malade déclenchées par cette méthode de stimulations sensorielles.

Enfin un complément à ses différents moyens pourrait être réalisé par une prise en charge, kinésithérapique plus importante. Mais comme je l'ai déjà annoncé, cela nécessiterait la présence d'un ou plusieurs kinésithérapeutes affectés au service, dont les interventions pourraient être renouvelées plusieurs fois par jour. La kinésithérapie a d'abord une action correctrice des attitudes vicieuses des membres du traumatisé crânien souvent rencontrées lors du coma.

Qui dit kinésithérapie, dit kinesthésie. Des massages associés à une mobilisation passive, rééducatrice, donneraient au malade des points de repère lui permettant de reconstruire son image corporelle ainsi qu'une affluence des sensations d'origine tactile.

Ces trois moyens proposés concourent à intensifier les sensations perçues par le comateux pour favoriser son éveil:

5-3-3 La phase d'éveil proprement dite

A ce stade, le malade est sorti de l'unité de soins intensifs, ce qui autorise librement la visite des membres de la famille et des amis du blessé.

Mon action se poursuivra ici par une incitation à une prise en charge du malade plus importante par la famille, qui ne se limitera plus seulement à la visite mais à la participation aux soins, plus particulièrement aux soins d'hygiène et de confort du traumatisé crânien, telle que la participation de la famille à l'alimentation du patient, à l'installation au fauteuil, aux changes de position effectués quand le malade est encore alité.

Ces gestes seront inévitablement accompagnés d'un commentaire verbal, d'une conversation adressée au malade lui-même. Je ne saurais trop que suggérer à la famille de parler elle-même à son malade, de lui rapporter des faits évocateurs de souvenirs pour le blessé capables de produire chez lui, un déclic du système mnésique.

Quand je parle de la participation de la famille, je pense bien sûr à la participation des proches (parents ■ enfants ■ époux(se) ■ fratrie), à la condition qu'ils acceptent de contribuer à ce genre de soins.

Le rôle éducatif de l'équipe soignante aura pour but de les y préparer et la participation à ces soins ne se fera pas sans la présence d'un infirmier ou d'un aide-soignant, dont le rôle d'encadrement sera capital.

Toute observation relevée au cours de cette participation de la famille aux soins sera transcrite sur une fiche de façon détaillée.

Cette participation de la famille aux soins, impliquera une autorisation spéciale relative à une présence des visiteurs en dehors des horaires légaux de visite.

5 ■ 4 Implications consécutives à ce projet

Je sais bien que de tels moyens mis en oeuvre pour favoriser l'éveil des personnes inconscientes, ne se réaliseront pas sans perturber l'organisation générale du service.

Les familles devront se plier à une discipline rigoureuse dont le cadre infirmier et l'équipe soignante se chargeront de faire respecter. Toute tentative d'abus sera réprouvée et nécessitera quelques négociations entre la famille et le personnel soignant.



Les fiches qui recueilleront les observations relevées lors des différentes méthodes utilisées pour communiquer avec le blessé inconscient, feront partie intégrante du dossier de soins utilisés par ce service. Car les traces écrites de ces observations permettront de faire la corrélation entre l'évolution du malade et les moyens utilisés.

L'adhésion à ce projet par le personnel médical doit être totale,

5 • 5 Evaluation de ce projet

Une mise en place progressive de ce projet commencerait par l'observation de cette démarche sur un malade hospitalisé en unité de soins intensifs jusqu'à sa sortie définitive du service.

Pour juger les résultats obtenus et réajuster les moyens mis en œuvre, j'organiserai en tant que cadre infirmier de ce service, des réunions qui auraient lieu une fois par semaine et qui s'adresseraient à toute l'équipe soignante, et aux médecins (chef de service, internes) qui donneraient leur point de vue sur le plan clinique et qui pourraient orienter les décisions à prendre.

Ces réunions permettraient de réaliser la synthèse des démarches entreprises et d'établir des résultats pouvant faire l'objet de statistiques et d'analyser ces résultats en fonction de l'évolution des malades, de dresser des tableaux comparatifs par critères : lésions, sexe, âge et durée d'évolution.

Ces réunions serviront également à préciser le besoin de faire intervenir ou pas la famille en fonction de la gravité initiale des lésions. En effet, permettre aux familles de collaborer au rétablissement de leur patient, peut signifier pour elles un espoir total de guérison, alors que certaines lésions, de par leur situation anatomique, condamnent irréfutablement le malade dès son entrée, d'où la nécessité de ne pas provoquer de faux espoir de guérison possible.

J'estimerai la validité de ce projet après trois mois d'expérimentation par rapport aux résultats obtenus et aux problèmes rencontrés.

La diversité des stimulations sensorielles apportées par le soutien familial, afin de contribuer à l'éveil des blessés inconscients, est un facteur complémentaire aux actions entreprises par l'équipe soignante.

L'unité d'action réalisée par ce projet confirme l'existence d'une communication possible avec le traumatisé crânien inconscient, elle est nécessaire à sa survie et favorise un éveil précoce.

Que le blessé inconscient puisse s'éveiller le plus rapidement possible, est le désir fervent de tout(e) infirmier(ère) de Neurochirurgie, et je souhaite vivement qu'ils(elles) ne considèrent pas ce projet comme une remise en cause de la qualité des soins qu'ils(elles) prodiguent mais plutôt comme une aide dans l'accomplissement de leurs fonctions et dans la réalisation de leur profond désir.



CONCLUSION

Après avoir précisé ce que signifiait pour moi "Communiquer avec les blessés inconscients", j'ai replacé la communication comme étant un soin relationnel réalisé parmi tous les soins prodigués au traumatisé crânien comateux.

La relation soignant-soigné ne peut exister qu'à partir du moment où l'encéphale reçoit des informations émises par les organes sensoriels de notre corps.

Pour accroître l'activation cérébrale, il est donc nécessaire de produire des stimulations sensorielles fondamentales pour la survie de l'organisme et qui sont la base de toute communication.

A l'aide de cas concrets que j'ai analysés, j'ai démontré qu'il était possible de communiquer avec les blessés inconscients et la constatation des résultats m'a permis d'en prouver la nécessité.

La communication, à condition qu'elle soit intensive et adaptée, peut aboutir à l'éveil du traumatisé crânien inconscient.

L'établissement de la relation permet de ne plus soigner seulement un corps-objet mais une personne humaine dans sa globalité.

COMMUNIQUER, c'est soigner un être humain en le respectant en tant que tel.

Une analyse de la situation effectuée à partir d'entretiens, dans le service de Neurotraumatologie du C.H.R. d'Amiens m'a permis de constater que la communication avec les blessés inconscients était réalisée mais de façon incomplète, de par la discontinuité de la relation établie en fonction des attentes, du personnel soignant, et de par le manque de points de repère intégrés dans les habitudes de vie du blessé.

C'est pourquoi, dans l'établissement de mon projet d'action cadre, j'ai voulu faire participer la famille du malade, afin que les stimulations produites par celle-ci soient source d'une plus grande réceptivité.

Je ne prétends pas détenir la solution idéale, mais je voudrais offrir au traumatisé crânien inconscient une chance supplémentaire pour qu'il recouvre la santé en s'éveillant plus rapidement, par le biais d'une communication personnalisée et adaptée à chacun.

Je ne puis conclure ce mémoire sans émettre de regret. Le regret de n'avoir pu réaliser une étude plus concise, en n'observant qu'une pathologie précise parmi toutes celles que l'on rencontre chez les traumatisés crâniens. Mais le présent travail est le balbutiement d'une recherche.

L'accomplissement de mon projet dépendra des motivations de l'équipe soignante et des concertations que la mise en œuvre de ce projet réclamera.

Cependant, le projet ne saurait avoir de signification, que si j'obtiens l'adhésion et le soutien médical.

En rédigeant ce mémoire, j'ai voulu donner toute la valeur du soin relationnel dans l'approche du traumatisé crânien inconscient en tenant compte de sa qualité d'être humain. Mais je voulais aussi apporter une aide au personnel soignant du service de



Neurotraumatologie, en allouant à la communication plus qu'un agrément à la vie professionnelle mais surtout un moyen de voir se réaliser leur plus profond désir.

“Le problème du soin infirmier est le problème de la qualité du soin au niveau le plus profond ; AIDER L'HOMME A VIVRE ; chaque infirmière en est-elle consciente ?”
17

17. Revue “SOINS” n° 3 - Tome 25 - 5 février 1980 - p 48



ANNEXES

	page
Annexe n° 1	58
Annexe n° 2	59
Cas concret n° 1	59
Cas concret n° 2	61
Cas concret n° 3	63
Cas concret n° 4	65
Cas concret n° 5	67
Cas concret n° 6	69



Echelle de l'évaluation au niveau de vigilance (cotation internationale) utilisée par le personnel infirmier du service de Neurotraumatologie au C.H.R. d'AMIENS.

- 0 ▪ Conscience normale
- 1 ▪ Obnubilation ▪ Coma "vigile"
- 2 ▪ Coma avec réactions adaptées
- 3 ▪ Coma avec réactions inadaptées
- 4 ▪ Coma carus aréactif
- 5 ▪ Coma dépassé ▪ Etat de mort cérébrale



CAS CONCRET N° 1 - Loïc 25 ans

Faits cliniques

Accident de la voie publique le 8 janvier 1983. Loïc est retrouvé à côté de sa voiture.

Initialement conscient, on constate après un intervalle libre de brève durée la survenue d'un coma avec déficit droit et mydriase droite.

La tomodensitométrie montre une contusion hémorragique bi-frontale et un hématome sous-dural aigu frontal droit pour lequel une intervention est réalisée en urgence.

L'évolution post opératoire immédiate est bonne, mais un certain nombre de complications vont survenir, retardant la récupération neurologique.

- Etat de mal convulsif nécessitant une thérapeutique adaptée.
- Aggravation secondaire de la contusion entraînant une 2ème intervention au 10ème jour.

L'existence d'une fracture mandibulaire conduit à augmenter les limitations : blocage intermaxillaire et trachéotomie du 20ème jour au 45ème jour.

Des complications vont encore émailler l'évolution :

- au 24ème jour, ablation du volet osseux en raison d'une suppuration persistante,
- survenue d'une phlébite avec embolie pulmonaire nécessitant la pose d'un clip cave au 28ème jour,

complication du traitement anticoagulant : hématome intra-péritonéal nécessitant une laparotomie au 38ème jour,

- au décours de cette même intervention, séjour en service de réanimation pendant huit jours, apparition d'une septicémie à Klebsiella nécessitant une antibiothérapie lourde et prolongée.

Donc sur le plan clinique, un état au départ jugé désespéré puis une amélioration progressive émaillée de complications nombreuses, qui à chaque fois amènent un recul au niveau des progrès constatés antérieurement.

Contexte

Loïc est un garçon de 25 ans, né au Maroc, analyste programmeur, footballeur brillant, bien connu des milieux sportifs.

Il est marié, en instance de divorce au moment de l'accident et a deux enfants en bas âge (1 et 2 ans).

Il habite une vieille demeure à la campagne, bien aménagée et restaurée, avec l'aide de son beau-père, de ses frères et de son père. Le programme de vie de Loïc est dynamique et bien rempli : il partage son temps entre son travail, l'entraînement sportif et l'aménagement de la maison.

La part laissée à la vie affective avec son épouse et ses enfants semble restreinte, malgré une collaboration familiale importante dans la réalisation des travaux pour restaurer la maison.



Les amis sportifs prennent une dimension considérable, dans une ambiance de bande de copains qui ne manquaient pas une occasion d'arroser une victoire après un match.

L'accident a d'ailleurs eu lieu au décours d'une soirée.

Pendant l'hospitalisation :

L'équipe soignante, les amis, l'épouse vont s'occuper intensément de Loïc qui est perçu au niveau du service comme une personnalité sympathique qui doit s'en sortir.

L'épouse sera très vite intégrée aux soins (à partir du 20ème jour) et apportera tout ce qui est susceptible d'aider Loïc, posters, photo, magazines de foot, etc). Elle sera toujours très présente, avec l'espoir secret que, du fait de cet accident, Loïc se montrera à l'avenir plus responsable. Elle va le mater tout au long de son séjour à l'hôpital.

Evolution à distance :

Récupération lente, mais progressive :

- au 20ème jour, début d'éveil avec ouverture des yeux et mouvements de la tête pour dire oui ou non ;
- au 45ème jour, reprise de l'alimentation per os après le déblocage maxillaire et la décanulation.

Loïc prononcera ses premiers mots à la même époque lors du premier bain "l'eau est froide".

Fait important à noter, à chaque complication nécessitant une reprise des contraintes techniques (perfusion, injections nombreuses, immobilisation etc...) on constatera un recul des progrès acquis antérieurement.

Au, 9ème mois, autonomie complète, mais la psychométrie note une diminution des facultés intellectuelles (QI. chiffré à 83) et un déficit, motivationnel important sauf en ce qui concerne le sport.

Conclusion :

Loïc, à notre avis a bénéficié :

- de sa personnalité vécue comme sympathique par toute l'équipe, "Il devait s'en sortir?"
de l'appui affectif de sa femme dont les motivations profondes ne sont pas univoques et de ses nombreux amis,
- du mode de prise en charge mis en œuvre : visite à domicile, entretiens nombreux avec l'épouse, de façon à s'imprégner de son contexte de vie, des stimulations variées entreprises dès que l'état clinique l'autorisait.



CAS CONCRET N° 2 - Franck 18 ans

Faits cliniques et évolution :

AVP¹⁸ le 14 septembre 1983 (moto contre vitrine)

Coma d'emblée stade III avec déficit droit, décérébration à gauche et myosis serré.

Lésions associées :

fracture jambe gauche 1/3 moyen ;

fracture plancher orbite droit.

L'image scannographique montre une contusion frontale droite avec fracture fronto-temporale droite.

Franck bénéficiera de la prise en charge technique traditionnelle : ventilation assistée, monitoring de la pression intra-crânienne et thérapeutique adaptée.

L'évolution sera très lentement progressive, émaillée de complications infectieuses : méningite de J17 à J28 - pneumopathies. Sevré du respirateur à J15, extubé à J17.

Il suit des yeux à J20.

Premier bain, à J39, mis au fauteuil à J40 et début d'alimentation per os

A J50, on constate les premières manifestations d'intérêt pour les objets qui l'entourent, 1ère sortie sur la pelouse de l'hôpital.

Il quitte le service à J65 pour un centre de rééducation.

Ce qui est remarquable dans cette évolution, c'est une opposition manifeste à certains membres de l'équipe soignante ou certains membres de sa famille lorsque les visites sont très abondantes.

Contexte

Franck vit chez ses parents dans une petite ville. Ils habitent une maison particulière avec jardin et potager. La mère - 39 ans, est vendeuse dans une poissonnerie, le père - 42 ans, est contre-maître d'usine et travaille à la journée continue. Il a une sœur de 15 ans, un frère de 13 ans en cours de scolarité, et un autre frère de 19 ans avec lequel il travaillait dans la même usine.

C'est un garçon solitaire, secret, très sensible, peu modéré dans ses sentiments et ses jugements, insatisfait et se sentant dévalorisé, fréquentant les bars et rentrant quelques fois ivre.

Ses loisirs se partagent, entre la T.V., les romans policiers, ses copains de bar et de sortie. Il ne fait pas de sport, mais aime la musique et fait du saxophone et de la guitare.

Il a une petite amie depuis 4 mois qui viendra le voir très régulièrement, ainsi que ses parents.

18. AVP : Accident de la Voie Publique



A noter une tentative de suicide un an auparavant due à un problème de cœur avec sa petite amie de l'époque et le désir de partir, sans but précis, fuir.

Conclusion

Franck quitte le service à J65 pour le centre de rééducation ayant fait assez peu de progrès et s'opposant à certaines personnes.

Pourquoi ?

- personnalité instable, incertaine, se cherchant ;
- bibliographie complexe, difficile à percevoir, peut-être inquiétante du fait d'un certain mal de vivre qui transparaît.

Malgré notre prise en charge; nous devons reconnaître nos limites et notre impuissance à faire plus pour ce jeune qui finalement garde en quelque sorte son secret.



CAS CONCRET N° 3 - Pascal 18 ans

Faits cliniques :

- AVP le 12/3/83 (passager d'une moto)
- Coma stade II d'emblée avec hémiplégie gauche, Babinski bilatéral, alternance de phases calmes et d'agitation, réactions en flexion à gauche.
- Lésions associées :
 - fracture clavicule gauche
 - fracture extrémité inférieure du radius droit
- L'image scannographique montre une contusion fronto-temporale droite,
- Prise en charge technique traditionnelle avec ventilation assistée et monitoring de la pression intra-crânienne jusqu'à J7.
- L'évolution sera scindée en deux époques successives :
 - * jusqu'à J35, progrès lents, pas de communication véritable avec le milieu ambiant ;
 - * après J35, Pascal est mis en chambre seule et ses parents, en particulier son père, s'en occupent très activement, participent **aux** soins et le stimulent intensément. Dès lors la récupération sera rapide.
- A J40, lors du 1er bain, il prononce les **premiers mots**. L'alimentation per-os est **commencée**.

Le déficit gauche va récupérer progressivement et la communication se rétablit.
- Sortie à J45 pour le **centre** de rééducation où il ne restera que très peu de temps, sa famille préférant le prendre à domicile.

Contexte

Pascal vit avec ses parents en milieu rural. Le père - 42 ans, est ouvrier d'usine. La mère ne travaille pas. Il a une **sœur** de 15 ans, Myriam. Ils habitent une maison ancienne que le père et le **fil**s ont restaurée ensemble.

Il est apprenti mécanicien, très attaché à son patron **qui** le connaît depuis longtemps. Il devait passer son CAP et partir à l'armée quelques **mois** plus tard.

La vie quotidienne est rythmée par le travail distant de 18 km avec **déjeuner** au restaurant local et les sorties du samedi avec ses amis.

L'accident a eu lieu le 12 **mars** 1983 à 21h, il était passager d'un jeune motard Eric et partait dîner au restaurant.

Pascal n'a pas de liaison sentimentale connue.

Au sein du noyau familial, il a une **excellente relation** avec son père de par leurs activités communes. **Au contraire**, avec sa mère les relations sont plus tendues, la mère ayant tendance à freiner sa prise d'indépendance.

C'est un garçon réservé, un peu figé, inhibé dans son comportement,



Conclusion

On remarque l'excellente relation père-fils qui a contribué à la récupération neurologique. Le père s'est arrêté de travailler pour pouvoir s'occuper de son fils. Pendant le 1^{er} mois passé à domicile Pascal et son père étaient ensemble du matin au soir, retrouvant l'ambiance qui avait existé lors de la restauration de la maison. Par ailleurs, il faut insister sur la programmation de vie claire et simple de Pascal, dont les buts fixés préalablement ont certainement constitué autant de -points de repère valables pour son évolution.



CA\$ CONCRET N° 4 - Christian 25 ans

Faits *cliniques*

Accident de la voie publique le 20 décembre 1982 (passager avant d'une voiture, choc latéral par un camion).

Coma stade III d'emblée avec mydriase gauche et réaction en décérébration des deux côtés.

Pas de lésions associées en dehors d'un traumatisme facial. La tomодensitométrie montre un aspect d'œdème cérébral diffus. L'évolution sera très longue et en deux temps :

1) Avant l'admission dans notre service

Le malade est hospitalisé dans un service de réanimation d'un autre hôpital. Il bénéficie de la prise en charge technique habituelle. Il sera trachéotomisé au 18ème jour, fera une septicémie nécessitant un traitement antibiotique adapté. L'évolution neurologique est très lente, aboutissant au 3ème mois à une situation considérée comme fixée par les médecins qui s'en occupent :

- déficit gauche très important, hypertonie diffuse.
- autonomie respiratoire
- aucune communication verbale
- exécution des ordres simples très difficile à obtenir.

2) Après l'admission dans notre service

Le malade va bénéficier de notre mode particulier de prise en charge avec mise en chambre seule, de façon à pouvoir intégrer sa femme à la vie hospitalière de façon la plus complète possible

- personnalisation de son environnement
- stimulations diverses et répétées dans la journée
- sorties en week-end à domicile.

On va assister au déblocage de la situation avec progrès constants et réguliers aboutissant à la reprise d'une alimentation per os, le rétablissement d'une communication verbale et l'apparition de réactions émotionnelles insoupçonnées auparavant.

Christian quittera le service pour un centre de rééducation (avec prise en charge type hôpital de jour) à six mois de l'accident, très amélioré :

- bonne communication verbale
- intérêt manifeste pour son entourage et son devenir personnel
- autonomie limitée par son déficit gauche et hypertonie en voie de régression

Contexte

Noyau familial très solide, en particulier son épouse qui "y croit" et sera toujours présente et un soutien considérable, tant affectif que physique.



Personnalité de Christian assez fragile, influençable et niveau culturel assez faible mais **bonne** volonté évidente.

Programmation de vie sans **doute** assez **peu stimulante**, mais attachement à son **métier**, à une vie **active** en plein air **et au contact de la nature**.

Conclusion

Cette **observation** est 'la démonstration qu'une situation estimée sans espoir de progrès peut en fait être accessible à une prise en charge **humaniste**.

Il **est certain** qu'il s'agit d'un effort considérable de la part de tous et que, à long terme, il faudra qu'un nouvel équilibre personnel familial, social **soit** trouvé mais cela est possible et vaut la peine d'être tenté en dépit de l'existence de facteurs **défavorisants** (faible niveau culturel, personnalité assez mal **affirmée**).



CAS CONCRET N° 5 ■ Philippe 18 ans

Faits cliniques

AVP le 30 juillet 1983 (en bicyclette, renversé par une voiture). Coma d'emblée stade II avec réaction en flexion bilatérale, pupilles symétriques et réactives.

Apparition secondaire d'un déficit brachio-facial gauche.

Lésions, associées : aucune

L'image scannographique montre :

une fracture temporo-pariétale droite

un hématome extra-dural temporo-basal droit

Le malade est opéré en urgence et bénéficie de la prise en charge technique habituelle avec monitoring de la pression intra-crânienne en post-opératoire.

L'évolution est marquée :

- par la survenue d'un oedème cérébral diffus post-opératoire de J2 à J10, nécessitant la mise sous Pentotal et la pose d'une dérivation par valve externe,
- par la survenue de problèmes infectieux nécessitant une antibiothérapie adaptée de J10 à J22.

La récupération commence à J12 avec ouverture des yeux à la douleur et réaction en flexion des deux côtés.

Il sera extubé à J14 et prononcera les premiers mots à J17 et J18 lors du bain. L'alimentation per os commence à J15.

Dès lors, les progrès seront rapides et Philippe quitte le service à J27 pour son domicile, sans déficit neurologique, mais avec des troubles de mémoire et un discret syndrome frontal.

A J + 5 mois, l'examen est normal et Philippe pense commencer à travailler un mois plus tard.

Contexte

Philippe habite chez ses parents, une maison particulière avec cour dans une petite ville.

Il a suivi une scolarité sans problème, avait obtenu un BEP d'agent administratif et devait partir à l'armée quelques semaines plus tard.

Il travaillait pendant les vacances scolaires et a été renversé par la voiture qui le suivait alors qu'il se rendait à son travail.

Il a deux jeunes sœurs âgées respectivement de 12 et 9 ans.

C'est un garçon calme, réservé, assez solitaire, mais jouant souvent avec ses jeunes sœurs. Il fait du sport, passionné de foot, il en connaît tous les résultats et il aime se promener en bicyclette.



Conclusion

Cette observation est un bon exemple de **récupération** rapide et satisfaisante malgré la gravité du tableau clinique des 10 premiers jours.

Le soutien familial a joué au maximum et il n'existait aucun élément péjoratif dans la biographie de Philippe.



CAS CONCRET N° 6 - Daniel. 20 ans

AVP

Après une hospitalisation de plusieurs mois, le traumatisé crânien qui se réveille du coma manque totalement de repères temporo-spatiaux. C'est à l'équipe d'essayer de le resituer et de réintroduire des automatismes. L'équipe du service inclue les infirmières, les aide-soignants, les kinésithérapeutes, auxquels s'ajoutent les orthophonistes et les psychologues, ce qui multiplie les interventions spécialisées et rend le contact assez fractionné.

Il faut d'emblée insister sur le fait que ce qui prend beaucoup de temps et d'application dans notre journée, devient, par écrit, pour cet exposé, quelque chose d'apparemment rudimentaire et évident.

Ce qui ne peut être raconté c'est l'intérêt permanent pour le malade et l'effort de chacun.

Journée type

Bien sûr, pendant la nuit, la phase de sommeil est respectée. Seuls les changes de draps seront effectués si le malade est incontinent.

7h : réveil de Daniel par l'aide-soignante qui ouvre les volets, assied le malade, lui donne verbalement le jour et la date et l'écrit sur le tableau qui se trouve en face de lui.

Puis, elle relève les quantités d'eau bues la veille et fait la courbe des entrées et sorties pendant que l'infirmière prend le pouls, la tension et la température, elle parle quelques instants à Daniel.

8h' : C'est le moment privilégié du bain. Nous avons pour cela une baignoire réglable en hauteur avec plateau brancard pour le transport du malade. Celui-ci reste sur le plateau pendant les trajets et durant le bain. L'eau permet un relâchement musculaire et l'on note en général une décontraction proche du bien-être. La flottaison facilite le mouvement.

Le savonnage est fait en principe à main nue pour un meilleur contact puis avec des jets d'eau froide, on déclenche souvent l'émission d'un mot, d'un grognement, d'une grimace, ce qui est un premier échange.

8h45 : Le temps du petit déjeuner

A l'arrêt du drip, l'alimentation est mixée ou semi-liquide. Bien sûr, il faut être très disponible car l'intubation prolongée et les aspirations ont entraîné une inflammation qui gêne la déglutition et le malade redoute l'approche de sa bouche.

Après le repas, les réactions sont notées ainsi que le contenu du petit déjeuner.

Ensuite un temps de repos est aménagé. Le malade est allongé de nouveau, pâle et détendu, il dort quelques minutes.

9h30 : visite des médecins., Décisions concernant les autonomies et dépendances

11h : intervention des kinésithérapeutes et travail au sol.

Stimulations par les orthophonistes et les psychologues



13h : C'est un nouveau moment de **communication**, différent du bain, l'écoute des **cassettes** préférées et la conversation de **l'aide-soignante** accompagnent le repas. Progressivement, on lui réapprend à se servir de sa cuillère. Le détail du repas est également noté **sur** la feuille de repas.

Nous avons au préalable fait une petite enquête **auprès** de sa famille pour connaître ses plats préférés et ses goûts.

Lorsque c'est possible, un membre de sa famille prépare le repas et participe à l'alimentation, ce **qui reproduit** les sons, les odeurs et le **cérémonial** dont le blessé a l'habitude.

14h : sieste

15h : Daniel est mis au fauteuil pour le temps des visites.

16h : Goûter avec l'aide de ses proches qui lui ont apporté ce jour un poster, des objets personnels et ses vêtements préférés pour l'encourager à se remémorer des souvenirs. La famille essaie de le tenir au courant de la vie extérieure et familiale.

Le malade est amené **sur** fauteuil roulant à la cafétéria de l'hôpital.

19h : dîner

Toujours avec la même attention tant au niveau **de** ses réactions que de sa façon de manger. **Conversation.**

21h : réfection du lit **et** préparation pour la nuit

La prise **en** charge de ces malades demande une grande disponibilité, ce **qui** au sein d'un service comprenant une unité de soins intensifs n'est pas toujours possible.

Parallèlement à la prise en charge du malade, il faut assumer celle de **la** famille. L'incompréhension de celle-ci ou du manque **d'écoute** de la **part** du personnel sont en effet à l'origine d'une détresse et d'une série de malentendus qui peuvent être évités. De plus, la famille, consciente des éléments essentiels de la réalité, doit se former peu à peu à la prise en charge du malade car il est entrevu, **très** tôt, de le transporter à son domicile habituel pour des durées de plus eh plus longues, avec, puis sans, la, présence des soignants.



BIBLIOGRAPHIE CITEE

LIVRES : Communication et réseaux de communications
Formation permanente en Sciences Humaines .
Roger MUCCHIELLI ▪ Ed. E.S.F. ▪ Entreprise moderne d'édition ▪ Librairies techniques ▪ 1980

la peau et le toucher : un premier langage .
Ashley Montagu ▪ Ed. du Seuil

Séminaire de psychanalyse d'enfants .
Ed. réalisée avec la collaboration de Louis Cabdagues ▪ Françoise DOLTO
▪ Ed. du Seuil

REVUES : La revue de "L'Infirmière canadienne" ▪ Septembre 1983 .
Réflexion sur la communication Infirmière-Client en l'année mondiale des communications 1983 ▪ Claudette BRASSARD ▪ p 22 et 23

"SOINS" Tome 25 n° 3 ▪ 5 février 1980 .
Le soin infirmier, un geste responsable ou un geste routinier ? ▪ E. ROGEZ
- p 47 et 48

La revue de l'Infirmière ▪ n° 10 ▪ décembre 1978 .
Soigner des traumatisés du crâne dans le coma par M. CLAVE ▪ p 809 à 816

La revue de l'Infirmière ▪ n° 1 -janvier 1976 .
La relation avec les malades porteurs de lésions cérébrales par J.P. WIHLM
▪ p 5 à 10

MEMOIRES : Françoise' BEBIN promotion 1981-1982 ▪ Elève de l'Ecole de Cadres Infirmiers du C.H.R. de TOURS
"Les stimulations sensorielles : facteurs de réussite dans la réadaptation du comateux traumatisé crânien"

Catherine VANASTEN promotion 1981-1984 ▪ Elève de l'Ecole d'Infirmiers(ères) du C.H.R. d'Amiens
"Une communication particulière"

Rapport des travaux dirigés par le Dr Christian PHELINE et son équipe .
Neurochirurgien ▪ Chef de Service de Neurochirurgie du C.H.R. d'Orléans
La Source (45046) Année 1984 ▪ "Le coma traumatique prolongé et la personne du blessé (vers une approche thérapeutique initiale plus globale)" Directeur de recherche : Christian PHELINE ▪ Coordinateur : H. BOISSONNET



BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

LIVRES : Le langage du corps - Pierre GUIRAUD - Que sais-je - n° 1850 - P.U.F. 1980
- n° 27086

L'image du corps - Paul SCHILDER - 4ème trimestre 1980 - n° d'édition
27177 - Ed. Gallimard

Le nursing en neurologie et en neurochirurgie - E. CARINI et G. OWENS
- The C.V. Mosby Company St Louis - Maloine S.A. Ed. - Paris - 1972

Cahiers de l'A.M.I.E.C. - "Les soins infirmiers et le corps" - Cahier n° 5 -
1979

Cahiers de l'Infirmière - "Neurologie" - n° 12 - P. AUGUSTIN - Ed. MAS-
SON - 1977

REVUES : Le Journal de l'Infirmière de Neurochirurgie - n° 23 - année 1979 -
"Recherche d'une échelle de coma de sensibilité optimale" - p 16 à 20

Le Journal de l'Infirmière de Neurochirurgie - n° 24 - année 1980
"Humanisation en Neurochirurgie" - p 2 à 5

Le Journal de l'Infirmière de Neurochirurgie - n° 27 - année 1980 -
"Communication sur l'observation neurologique faite par l'infirmier(ère) de
réanimation - Stimulation et interprétation de la réactivité du malade sur
graphique" - p 18 à 21

"SOINS" - septembre 1983 - n° 414 -

"L'image mentale du corps handicapé chez les thérapeutes" - p 31 à 39.

ARTICLES, : Sélection du Reader's Digest - n° 443 - Janvier 1984 -
un livre condensé : Katy doit vivre !
Le long combat de toute une famille - p 149

Fiche technique du film :

'Johnny s'en va-t-en guerre' (résumé du film)

