

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
« MARY THIEULLENT »

LE LANGAGE DU SILENCE



*« La chose la plus importante en communication,
c'est d'entendre ce qui n'est pas dit »*

Peter Drucker

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LE CADRE CONCEPTUEL	2
1. <u>LE COMA</u>	2
1.1. Définition	2
1.2. L'évaluation du coma	2
1.3. Les principales causes du coma	3
1.4. Le patient dans le coma	3
2. <u>L'INFIRMIER ET LA REANIMATION</u>	4
2.1. La réanimation	4
2.2. L'infirmier en service de réanimation	4
2.2.1. Définition	4
2.2.2. Les rôles de l'infirmier en réanimation	5
2.2.3. Le soin relationnel	5
3. <u>LA COMMUNICATION</u>	6
3.1. Définition	6
3.1.1. Le processus de communication	6
3.1.2. Les modes de communication	6
3.2. Les obstacles à la communication	6
3.2.1. L'infirmier face au coma	6
3.2.2. La réanimation face au coma	7
3.3. Pourquoi communiquer avec le patient dans le coma ?	7
3.3.1. Le patient est un Homme, l'Homme est un être de relation	7
3.3.2. Et si le patient communiquait ?	8
3.4. Les approches communicatives auprès d'un patient dans le coma	9
3.4.1. La communication verbale	9
3.4.2. La communication non-verbale	10

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUÊTE	12
1. <u>LES ENTRETIENS</u>	12
1.1. L'entretien semi-directif	12
1.2. Le choix des professionnels de santé	12
1.3. Les lieux des entretiens	13
2. <u>ANALYSE DES ENTRETIENS</u>	13
2.1. Qu'est-ce que le coma ?	13
2.2. Le patient dans le coma : qui est-il ?	14
2.3. La communication	14
2.3.1. Qu'est-ce que la communication ?	14
2.3.2. La communication avec les patients dans le coma existe-t-elle ?	15
2.3.3. Pourquoi maintenir une communication ?	15
2.3.4. Les difficultés à maintenir une communication	16
2.3.5. Une communication spécifique ?	17
2.3.5.1. La communication verbale	17
2.3.5.2 La communication non-verbale	18
2.4. La communication de demain	20
3. <u>SYNTHESE</u>	20
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Actuellement étudiant de troisième année à l'Institut de Soins Infirmiers "Mary Thieullent" du Havre, je suis aujourd'hui amené à présenter un travail écrit de fin d'étude dont le thème, en lien avec une situation vécue m'a interpellé au cours d'un stage.

C'est au cours d'un stage dans un service de soins intensifs de neurologie, alors étudiant en deuxième année, que je me suis intéressé au thème de la communication envers les patients dans le coma.

Lorsque l'infirmière du service entre dans la chambre d'un patient hospitalisé pour un coma profond, elle lui dit bonjour. Bien que celui-ci ne réponde pas, l'infirmière se présente à lui. Tout en changeant le soluté de la perfusion, elle lui explique ce qu'elle est en train de faire. Elle continue à parler malgré le silence du patient. Puis elle pose sa main sur son bras, le secoue légèrement tout en l'appelant par son nom, observe ses pupilles et le pince pour évaluer son coma. Aucune réaction ni expression. Juste avant de partir, je l'aide à le réinstaller dans son lit, et elle lui précise qu'elle repassera plus tard pour le voir.

Ce fut pour moi la première fois que je vis un patient plongé dans le coma. Comme beaucoup de personnes, j'avais auparavant entendu parler du coma. Il fascine tout en étant effrayant puisqu'on ne sait réellement ce qu'il s'y passe. Entend-il ? Comprend-il ? Répond-il ? Comment communiquer avec un patient dans le coma ? Cela est-il possible ? Que lui dire ? Toutes ces interrogations je me les suis posé en repensant à cette situation.

J'ai été interpellé par le fait que l'infirmière entretienne une communication verbale et non-verbale à un patient qui ne peut rien exprimer. Intéressé par sa capacité à communiquer avec une personne en apparence absente, je me suis posé une question qui se révèle finalement, être ma question de départ : Quelles approches communicatives auprès d'un patient dans le coma, un infirmier en réanimation peut-il mettre en place afin de lui préserver un lien relationnel ?

Mon travail est articulé en deux parties.

J'ai réalisé une première partie à l'aide de recherches documentaires afin de définir et d'expliquer ce qu'est le coma, ces patients et leur nouvel environnement : la réanimation et l'infirmier¹. Ainsi que les différentes communications et leurs utilisations.

La seconde partie sera basée sur une analyse d'entretiens afin de confronter la théorie à la pratique.

¹ Lire partout infirmier – infirmière

PREMIERE PARTIE : LE CADRE CONCEPTUEL

1. LE COMA

1.1. Définition

Le coma ou « sommeil profond » en grec ancien, est un « *état pathologique caractérisé par une perte de conscience, de sensibilité et de mobilité, avec conservation relative des fonctions végétatives* »².

Michèle Grosclaude le définit comme un « *état physiologique élémentaire de sommeil apparent mais impossible à interrompre volontairement par le « dormeur », ni par un tiers ou par une stimulation. Maintenant les fonctions végétatives et excluant la vie de relation, le coma n'est pas « grave » en soi mais potentiellement par sa durée ou son évolution vers la chronicisation ou la mort cérébrale* »³.

D'un malade à l'autre, on peut remarquer de très grandes variations des signes, une réactivité plus ou moins significatives à l'égard de l'environnement. Cette perte de vie de relation est donc plus ou moins importante selon la profondeur du coma.

1.2. L'évaluation du coma

L'évaluation du coma se fait à l'aide de tests de réactivité, d'échelles, de scores.

L'évaluation se faisait par la classification du coma en différents stades : de 1 pour le coma vigile à 4 pour le coma dépassé. Cette classification en stades tend à disparaître pour faire place à la notion de niveaux et de profondeur.

Aujourd'hui, on utilise couramment l'échelle de Glasgow. Fondée sur l'exploration de trois comportements – l'éveil comportemental, décrit par l'ouverture des yeux ; la communication par le langage évalué par la réponse verbale ; et enfin, l'importance de l'altération de la motricité en observant la réponse motrice – elle permet d'évaluer le coma et d'en suivre son évolution. On parle de coma à partir d'un score inférieur à 8, inférieur à 5, il s'agit d'un coma grave, à 3 il n'y a pas de réactivité corticale alors qu'à un score de 15, l'état vigile est normal.

Cependant d'autres échelles ont été proposées. Celle de Glasgow-Liège ne fait que reprendre l'échelle de Glasgow en y ajoutant une partie plus spécifique correspondant à l'évaluation des réflexes du tronc cérébral. La grille de Peyrefite explore quant à elle, le comportement du patient pendant le coma et permet de prévoir son évolution, analyse la qualité de l'éveil, l'adaptation de la prise en charge, de façon beaucoup plus fine que le Glasgow.

² ROBERT, P., Dictionnaire le nouveau Petit Robert, Editions Dictionnaires le Robert, Paris 1993.

³ GROSCLAUDE, M., Réanimation et coma : soin psychique et vécu du patient, Masson 2002, page 16.

1.3. Les principales causes du coma

Le coma peut principalement avoir une origine traumatique, c'est le cas lors d'un traumatisme crânien. Il peut aussi avoir une cause neurologique, notamment dans l'épilepsie et l'accident vasculaire cérébral. Une étiologie toxique est rencontrée dans le cas d'une absorption de médicaments, de drogues, ou d'une intoxication oxycarbonée. Enfin, il peut être d'origine métabolique, survenant alors au cours d'une décompensation diabétique ou une insuffisance hépatique ou respiratoire évoluée.

1.4. Le patient dans le coma

Il est dans un état pouvant faire penser à une absence ou un suspens, il semble loin de tout, même de lui-même, mais il est là. Le coma fait penser à la mort alors que le patient vit. Il survit grâce à une assistance médicale, le corps est immobilisé, branché, sondé, intubé et mêlé dans de nombreuses tubulures.

N'ayant plus la capacité de communiquer, ce sont les membres de sa famille et l'équipe soignante pluridisciplinaire qui prennent la parole pour lui et décident de son projet de soin. « *Ce n'est que dans le cas de dépendance complète du malade – coma [...] – que l'infirmière est justifiable de décider elle-même et non avec l'avis de son patient ce qu'il convient le mieux de faire pour le bien de ce dernier* »⁴.

Le projet de soins vise à améliorer la prise en charge de la personne soignée en effectuant des soins personnalisés. Outre un rôle thérapeutique dont le but est de soulager la souffrance, le projet de soins s'efforce aussi de satisfaire les besoins fondamentaux altérés du patient.

Quatorze besoins fondamentaux ont été définis et répertoriés par Virginia Henderson selon quatorze items.

Les actions menées en regard des besoins altérés d'un patient dans le coma ne peuvent pas faire l'objet d'une liste "type". On peut toutefois énumérer des besoins non satisfaits prévalents : *besoin de respirer* (l'altération des réflexes pharyngés et laryngés peut entraîner un encombrement) ; *besoin de boire et de manger* (incapacité d'exprimer sa soif et sa faim du fait de l'abolition de la conscience) ; *besoin d'éliminer* (l'abolition des réflexes sphinctériens vésicaux et anaux peut engendrer une incontinence) ; *besoin de se mouvoir* (son état l'empêche de se mobiliser) ; *besoin de dormir et se reposer* (perturbation du rythme nyctéméral par la vie du service) ; *maintenir sa température* (atteinte du centre thermorégulateur, infection) ; *être propre et protéger ses téguments* (due à la perte complète de l'autonomie) ; *besoin d'éviter les dangers* (risque lié à la baisse des défenses immunitaires et du matériel avoisinant) ; *besoin de communiquer* (le coma entraîne une perte de la vie de relation).

Enfin, au-delà du fait d'être dans le coma, le patient se retrouve dans un environnement auquel il n'est pas familier : la réanimation. Un environnement auquel il est important de se familiariser.

⁴ HENDERSON, V., Principe fondamentaux des soins infirmiers, page 9.

2. L'INFIRMIER ET LA REANIMATION

2.1. La réanimation

La réanimation, est une discipline médicale qui a pour objectif le maintien et la restauration des grandes fonctions vitales qui se sont trouvées altérées voire abolies. Cet objectif fait d'elle un domaine nécessitant un appareillage spécifique où règne la technicité des gestes.

Le service de réanimation ne ressemble à aucun autre service hospitalier, c'est pourquoi Michèle Grosclaude le définit comme un « *autre monde* »⁵.

Pour de nombreuses personnes, il évoque la mort, le dernier lieu de vie. Chargé d'idéologies et de croyances, il peut paraître étrange, inquiétant voire angoissant par son silence de la parole et la seule présence du bruit des activités et des machines, mais il reste cependant un lieu fascinant.

Cette symbolique de la réanimation vient du fait qu'elle présente « *la particularité, essentielle par rapport aux autres domaines de la médecine, de travailler directement sur la vie en contrepoint de la mort* »⁶.

Il s'y rencontre une grande diversité de pathologies, les étiologies sont aussi multiples puisque tout événement touchant le corps peut mener l'individu en réanimation.

La réanimation, c'est une ruche. C'est la représentation la plus significative que l'on peut se faire de ce service. Sans cesse, une équipe pluridisciplinaire s'active jour et nuit pour maintenir en vie des êtres fragilisés.

2.2. L'infirmier en service de réanimation

2.2.1. Définition

*« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu »*⁷.

L'exercice de la profession infirmière est régi par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004⁸.

Ce dernier décret informe des règles professionnelles et des actes que l'infirmier peut réaliser soit sur prescription médicale soit de son rôle propre.

⁵ GROSCLAUDE, M., OP CIT, page 13.

⁶ Ibid, page 11.

⁷ Code de la santé publique, article L. 473.

⁸ Cf. annexe I.

2.2.2. Les rôles de l'infirmier en réanimation

L'infirmier est habilité par le décret 2004-802 d'exercer des soins relevant de leur rôle propre ou sur prescription médicale, éventuellement les deux.

Les soins infirmiers ont pour objet de « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* »⁹.

En réanimation, l'infirmier a pour fonction prioritaire la prise en charge du patient afin de maintenir et/ou suppléer les fonctions vitales par l'utilisation des techniques propre à la réanimation.

Le soignant doit alors faire preuve de hautes compétences techniques pour maîtriser l'environnement technique.

Il doit effectuer une surveillance régulière et fréquente de l'état neurologique du patient afin de déceler le moindre changement.

Mais la technicité des soins n'est qu'une partie du travail de l'infirmier. De son rôle propre, il se doit d'effectuer « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie* »¹⁰.

De ce fait, il identifie les besoins de la personne et réalise au regard de ceux-ci des actions appropriées. Par sa présence, il participe également au maintien d'un environnement social.

2.2.3. Le soin relationnel

Le décret 2004-802 stipule que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malades* »¹¹.

Cet article met en avant un point essentiel du métier d'infirmier, la notion de "soin relationnel". Il soulève le fait que le soin ne s'adresse pas seulement au corps, mais aussi aux caractères psychosociaux du patient.

Le soin relationnel est un processus utilisant toutes les approches communicatives, permettant donc d'établir une communication, afin d'apporter une aide et un soutien psychologique à une personne.

Il ne permet pas à la personne de guérir mais de ressentir un bien-être.

Le soin relationnel aide également l'individu à renouer un lien avec son corps, son esprit, son histoire, son environnement, son entourage. La relation inspire alors le malade à sa restructuration mais aussi à sa réinsertion sociale.

Pour entrer en relation avec un patient, l'infirmier doit alors utiliser la communication.

⁹ Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, article R. 4311-2.

¹⁰ Ibid, article R. 4311-3.

¹¹ Ibid, article R. 4311-2.

3. LA COMMUNICATION

3.1. Définition

La communication est un « échange avec les autres et avec l'environnement, sur un mode verbal ou non-verbal au niveau sensori-moteur, intellectuel et affectifs »¹².

3.1.1. Le processus de communication

Le processus de communication se compose de différentes étapes et de différents acteurs.

Tout d'abord, naît une *intention* d'envoyer un message, une information. Il y a une raison, un besoin pour lequel on émet un message. Ce dernier est envoyé par un *émetteur* puis reçu par un *récepteur* qui procède à un travail de *décodage* pour intégrer et comprendre le message envoyé. Enfin, le récepteur pourra répondre à son émetteur par un autre message afin de l'informer de la bonne réception du message, c'est la *rétroaction* ou *feed-back*.

Il se peut que le message rencontre au cours de son transfert, des *parasites* qui vont altérer son sens ou sa réception.

3.1.2. Les modes de communication

Il existe deux modes de communication : verbale et non-verbale.

La communication verbale est conceptualisée par des mots, cependant elle ne consiste pas seulement en l'utilisation de ces mots pour en faire des phrases. Elle s'élabore aussi par l'utilisation de la voix, de la parole et de l'intonation.

La communication non-verbale comprend tout autre moyen de communication autre que celui des mots, c'est le langage du corps. Elle s'étend du toucher à l'odorat en passant par les sons, le regard, les mimiques, les gestes et les postures.

3.2. Les obstacles à la communication

3.2.1. L'infirmier face au coma

Se trouver face à un patient dans le coma n'est jamais chose facile pour tout infirmier. Plusieurs soignants ont témoigné de leur difficulté de communiquer avec un patient dans le coma. Effectivement, il est difficile de trouver chez ces patients un interlocuteur puisque l'absence de *feed-back* dans le processus de communication ne permet pas de savoir si le message a bien été reçu. Le patient semble alors inaccessible.

L'intimidation que le soignant peut avoir sous le choc de l'émotion peut le rendre muet et bloquer toute communication. Le silence permanent du patient impose alors soit le silence soit le chuchotement pour ne pas briser ce calme.

¹² Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière, page 47.

Le patient a une absence psychique alors qu'il reste corporellement présent, « *en réanimation le psychique s'est corporalisé* »¹³. Il semble dormir mais sa confrontation est différente de celle d'un simple dormeur puisque l'on ignore où est son esprit. En réalité on ne sait que peu de chose sur le coma et ceci amène certains infirmiers à douter sur la possibilité et la façon de communiquer, ils peuvent même penser que parler est inutile voire ridicule.

D'autres « *révèlent l'inexistence de l'idée même de relation avec un patient dans le coma et de représentation d'un Sujet comateux, puisque celles-ci ne commencent qu'à l'éveil de coma* »¹⁴.

3.2.2. La réanimation face au coma

La réanimation est un lieu de difficulté pour la relation soignant-soigné. Elle « *impose le silence au profit du geste médical et technique qui requiert toute l'attention et relègue la pensée, la relation, la parole au rang d'un luxe ou au moins d'une priorité secondaire* »¹⁵.

Le fonctionnement de l'unité de réanimation est aussi l'une des principales sources de difficulté de communication entre l'infirmier et le soignant. Ce fonctionnement est responsable de l'angoisse des soignants. Une angoisse due à la cohabitation perpétuelle avec la mort, le stress visuel et auditif qu'engendrent les corps inanimés et la surcharge du travail.

Enfin, le langage médical et spécifique de la réanimation est un obstacle à la compréhension pour ceux qui ne connaissent pas cet "autre monde".

3.3. Pourquoi communiquer avec le patient dans le coma ?

3.3.1. Le patient est un Homme, l'Homme est un être de relation

Le coma se distingue de la mort cérébrale qui se définit par une abolition totale et définitive des fonctions végétatives. De ce fait, tant que la mort cérébrale n'a pas été prouvée, le patient dans le coma est en vie et demeure un être humain.

« *Ne pas parler à un comateux revient à le placer insensiblement à côté de la vie, à considérer comme accomplie sa mort annoncée* »¹⁶. Communiquer avec une personne inconsciente c'est donc prendre conscience de son existence en tant qu'être humain, mais c'est aussi croire qu'elle communiquera à nouveau, et c'est en cela que consiste le projet de vie du patient.

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a déclaré que « *ce sont des êtres humains, qui ont d'autant plus droit au respect dû à la personne humaine qu'ils se trouvent en état de grande fragilité* »¹⁷.

De plus, l'article R. 4312-2 du Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, stipule que « *l'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient* ».

¹³ GROSCLAUDE, M., OP CIT, page 158.

¹⁴ Ibid, page 194.

¹⁵ Ibid, page 166.

¹⁶ *Revue de l'infirmière*, n°95, Novembre 2003, page 28.

¹⁷ CCNE, *Avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique*, n°7, 24 février 1986

Il a été démontré que l'isolement nuit au développement de tout être humain, à sa santé voire à sa survie. L'Homme est donc un être de relation. Il est alors essentiel de maintenir avec lui une communication afin de le respecter, lui, en tant qu'Homme, mais également se respecter soi-même.

3.3.2. Et si le patient communiquait ?

« *Il serait prétentieux à l'heure actuelle de dire que l'on sait ce que vit le patient dans le coma, mais il n'est plus possible d'affirmer que rien ne s'y passe* »¹⁸. Assurément, nombre de témoignages de patient ayant été dans le coma ont rapportés des faits non négligeables. Certains parlent de pensées, d'anxiété intense, de perceptions auditives, sensitives pendant le coma, tandis que d'autres, ne se souviennent de rien.

Des travaux et observations ont été réalisés pour éclairer l'hypothèse que persiste une réactivité, notamment à l'égard du dehors, des autres et du monde perceptif lors du coma.

Lors de sollicitations, des modifications des paramètres physiologiques (rythme cardiaque, pression artérielle, respiration, température, oxymétrie) et de posture, ont été constatées.

De même, à l'écoute d'une musique auparavant appréciée par le patient, il a été observé une activité électroencéphalographique de type alpha. Des vidéos accélérées ont même montré des mouvements et postures significatifs de volontés insoupçonnées.

Ainsi, naissent des interprétations. La réponse réflexe est alors considérée comme une manifestation psychique. Lorsque le patient semble bouger une paupière, un doigt, on interprète ça comme un signe alors que cela veut peut-être rien dire.

Même si elles restent inexpliquées, ces données étayées que par l'observation consolident des convictions et des hypothèses, et témoignent d'une réceptivité évidente du patient plongé dans le coma. Il faudrait alors prendre conscience et examiner tout ce que le patient produit, comme une manifestation potentielle.

Alors, et si le patient dans le coma communiquait ? Si sa communication était celle du langage du corps par le biais de sa physiologie et de son apparence ? Une communication ainsi silencieuse dont seule l'observation permet son écoute : un langage par le silence.

Ce questionnement relève des convictions de chacun d'entre nous mais la permanence d'une vie psychique doit même en cas de doute, être posée au moins comme une possibilité.

¹⁸ GROSCLAUDE, M., OP CIT, page 18.

3.4. Les approches communicatives auprès d'un patient dans le coma

3.4.1. La communication verbale

Avant toute chose, parler à un patient dans le coma nécessite deux exigences. Au préalable, il faut être convaincu de l'importance de la parole, que parler est un soin. Ensuite, il faut surmonter la difficulté que pose le fait de parler à une personne psychiquement absente.

Dans le métier d'infirmier, on nous apprend à canaliser nos émotions, il faut savoir gérer voire même réprimer l'affect. Cependant, l'empathie qu'éprouve l'infirmier pour le patient fait que sa parole se charge d'affect. Celui-ci, n'est pas un parasite pour la relation de soin. Bien au contraire, la voix humaine a une influence importante.

Une voix monocorde donne une impression de froideur, d'indifférence, d'inexpressivité et d'automatisme par rapport à une voix chargée d'affect, douce, calme, qui elle se veut rassurante, protectrice, sécurisante.

L'intonation peut permettre de resituer le patient dans le temps et de respecter son rythme nyctéméral : le matin parlé de façon vive et gaie. La journée parlée normalement, il n'est pas nécessaire de parler fort, les personnes dans le coma ne sont pas mal entendantes. Enfin, le soir, il est préférable de parler doucement et d'une voix calme pour préparer le repos.

Pour maintenir des liens avec son environnement, le soignant doit se présenter au patient afin que ce dernier connaisse celui qui s'occupe de lui. Il peut aussi être utile de donner la date du jour, l'heure et le lieu où il se trouve, ainsi que ce qu'il est en train de se vivre autour de lui.

Il est important de s'adresser réellement au patient comme à un interlocuteur. Il faut de ce fait ne pas parler à une forme impersonnelle « *on* », ni de lui à la troisième personne « *il est...* ». Il convient mieux d'utiliser le « *nous* » ou le « *vous* ». Ceci permet d'autre part de faire du patient un partenaire du soin.

Même s'il semble que le patient dans le coma puisse percevoir certaines phrases, l'attention ne pouvant être maintenue, cela reste aléatoire. Pour avoir une chance plus importante de perception, il faut utiliser des phrases courtes, claires et redondantes. Il faut investir son parler, croire en ce que l'on dit et maintenir une cohésion entre la voix, les gestes et le sens des mots utilisés. Si l'on pense à autre chose que ce que l'on dit, le patient peut se sentir trahit par les véritables intentions.

La formulation du discours de l'infirmier est également essentielle. Certaines formulations toutes faites peuvent être perçues comme une démonstration de tout-pouvoir de l'autre : « *je vais vous retourner* » devient alors « *je peux faire de vous ce que je veux* ». Il est ainsi souhaitable d'utiliser alors ses propres mots.

De plus, le patient bien que dans le coma, ne peut accepter ou refuser par un changement éventuel de posture, un soin, puisque l'information est sitôt suivie de l'action. Tandis que parler avec soit une intonation interrogative dans la voix, soit une pause dans le geste, permet de solliciter le patient et instaurer une relation d'échange.

L'altération de la réalité du patient peut faire qu'il ne comprenne pas les métaphores et qu'il prenne les mots à leur sens premier. Il faut donc faire attention au double sens et au choix des mots pouvant être mal interprétés et générer de l'angoisse : « *je vais vous aspirer* » peut être ainsi compris comme une aspiration de la substance du corps dans un but d'embaumement.

Le service de réanimation possède lui aussi son propre langage, un langage qui risque lui aussi d'être mal interprété : la pince de Mohr (mort), les potences, comme respirateurs on trouve les Servo® (cerveau), le pistolet pour l'urinoir.

En conséquence, « *si le parler est vital, il véhicule également un potentiel destructeur d'autant plus important que le Sujet est plus destructuré* »¹⁹. Le patient peut se sentir persécuté vis-à-vis du milieu médical.

Enfin, la place de la parole est importante dans le geste. Elle a des effets surprenant d'apaisement et de compréhension pour le sujet qui lui permet de moins appréhender les soins. Tout mot doit être accompagné de gestes.

3.4.2. La communication non-verbale

Il a été démontré qu'un être humain pouvait vivre aveugle, sourd, sans goût ni odorat, mais qu'il ne saurait survivre sans les fonctions assurées par la peau. Cette dernière est notre premier mode de communication. C'est pourquoi, le toucher est un moyen de communication essentiel dans la relation.

Le coma est une expérience de privation sensorielle. Les repères sensoriels sont nécessaires pour aider le patient à se retrouver. Sans eux, il se retrouve dans un isolement radical.

Le toucher est essentiellement instauré lors des soins dits de *nursing*. Au-delà des soins d'hygiène, les soins de nursing permettent de maintenir et restaurer les liens relationnels du patient. Il lui permet de reprendre conscience de lui-même à travers la perception de son enveloppe corporelle, il faut alors nommer les zones qui sont touchées pour qu'il revisualise son corps. Le toucher permet aussi au patient de prendre conscience de l'existence d'un monde extérieur et donc de briser cette sensation d'isolement.

La toilette est un moment privilégié pour la communication, c'est le seul instant où le patient ne peut se sentir seul et où il se lie à un nouvel environnement social.

Il est fondamental de ne pas réduire les soins de nursing à leur stricte expression technique, sinon ils perdent leur fonction relationnelle qui est rassurante et structurante.

Il se peut que laver, installer, déplacer, maintenir, soit ressenti par le patient comme des actes agressifs voire sadiques puisqu'il se trouve sous l'emprise de la force physique soignante. Les gestes doivent alors être doux, rassurants.

Pour certains soins ressentis comme agressifs, il existe des alternatives. Le soin de bouche peut alors être remplacé par la simple pose d'une compresse humide sur les lèvres ou la vaporisation d'eau. Le brancard-douche peut être transformé en un lavage doux du corps qui est moins brutal que le jet d'eau.

¹⁹ Ibid, page 178.

Les techniques de soins infirmiers courants peuvent représenter une véritable agression pour le patient. Son corps est manipulé, immobilisé par la contention qui est vécue comme la pire de toutes les techniques. Le patient se sent alors soumis, croit que le soignant peut faire ce qu'il veut de lui. L'idéal serait d'être constamment à côté du patient afin de veiller à ce qu'il ne s'extube pas, mais cela est impossible, la parole devient alors la seule solution pour rassurer et expliquer l'intérêt de la contention.

La communication peut également se faire par l'audition. L'écoute d'une radio ou d'une musique antérieurement appréciée par le patient peut lui permettre de renouer un lien avec son passé, son histoire. De même, on peut demander à la famille d'enregistrer des sonorités familières voire des voix afin de préserver le lien relationnel affectif. L'écoute de la télévision quand à elle peut permettre un repère temporel et événementiel.

L'olfaction est aussi une méthode communicative peu utilisée mais autant importante que les autres méthodes. Elle permet au patient de retrouver des marqueurs identitaires odorants afin de se retrouver. On peut utiliser pour cela les vêtements et linges personnels imprégnés de l'odeur de la lessive coutumière, les parfums, les déodorants et les lotions après-rasages. De même que l'odeur personnelle du soignant peut être un repère pour le patient.

Le service de réanimation possède lui aussi sa propre communication non-verbale : le bruit des machines, des alarmes, des va-et-vients de l'équipe, la lumière prédominante de jour comme de nuit. L'infirmier a dans son rôle propre le pouvoir d'améliorer l'environnement du patient. Il peut donc essayer de favoriser une lumière faible la nuit, éviter les bruits des talons dans les couloirs en regroupant au maximum ses soins.

En définitif, la possibilité d'établir une communication auprès d'une personne dans le coma résulte du pouvoir de surmonter la peur du coma, de l'envie d'entrer en relation, et des convictions de chacun d'entre nous. Malgré que l'on ne sache pas si ces personnes ressentent et comprennent le monde extérieur, la possibilité d'une existence de vie psychique doit être posée même dans le doute.

La qualité des approches communicatives dépendent des caractéristiques propres de l'infirmier : son toucher, son pas, son déplacement, son odeur personnelle ont autant d'importances que la tessiture de sa voix, son intonation, ses mots, ses formulations, ses silences.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUÊTE

Suite à l'élaboration du cadre conceptuel à partir de recherches bibliographiques, j'ai réalisé des entretiens auprès de professionnels de santé afin de comparer la réalité du terrain à la théorie.

En effet, cette deuxième partie consistera en une analyse des entretiens, me permettant de confronter la théorie à la pratique, afin d'en faire ressortir les similitudes ou les différences.

1. LES ENTRETIENS

1.1. L'entretien semi-directif

Pour réaliser mon enquête, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif. Pour cela, j'ai démarré chaque entretien avec une question de départ qui introduisait le thème de mon travail. Des questions de thèmes relatifs à ma première partie me permettaient de les recadrer si besoin et approfondir les informations recueillies²⁰.

Je ne souhaitai pas être trop directif en suggérant des réponses, je désirai au contraire amener les personnes interrogées à me parler librement de leurs propres sentiments et opinions. De plus, ce type d'entretien permet d'obtenir une analyse plus qualitative que quantitative.

1.2. Le choix des professionnels de santé

J'ai réalisé cinq entretiens auprès de cinq soignants exerçant tous la profession d'infirmière en service de réanimation médicale :

- Une infirmière diplômée d'Etat n°1, âgée de 22 ans et exerçant en réanimation depuis l'obtention de son diplôme, soit deux ans.
- Une infirmière diplômée d'Etat n°2 âgée de 25 ans et exerçant en réanimation depuis l'obtention de son diplôme, soit un an.
- Une infirmière diplômée d'Etat n°3 travaillant de nuit, âgée de 31 ans et exerçant depuis sept ans, dont quatre ans en service de réanimation.
- Une infirmière diplômée d'Etat n°4, âgée de 45 ans, exerçant depuis vingt-deux ans dont dix-sept ans en réanimation.
- Un infirmier diplômé d'Etat n°5, âgé de 31 ans, professionnel depuis huit ans et exerçant en tant qu'infirmier pool depuis sept ans.

²⁰ Cf. annexe II.

1.3. Les lieux des entretiens

Les entretiens ont tous été effectués en service de réanimation médicale, mais j'ai choisi des lieux différents. Les deux premiers se sont déroulés dans un hôpital parisien ; j'ai réalisé le troisième de nuit dans un hôpital de la région de Haute Normandie ; enfin, les deux derniers entretiens se sont passés dans un hôpital de Basse Normandie.

J'ai souhaité me rendre dans différentes localités puisque je pense que cela me permettra de fiabiliser mes résultats en évitant de tomber dans des habitudes de service et les a priori, s'il en existe.

J'ai réalisé un entretien de nuit pour rechercher des différences dans la pratique entre le jour et la nuit.

2. ANALYSE DES ENTRETIENS

2.1. Qu'est-ce que le coma ?

Il est ressorti du cadre conceptuel que l'on sait peu de choses en réalité sur le coma. J'ai donc voulu savoir ce que les professionnels de santé qui travaillent quotidiennement auprès de patient dans le coma connaissent sur cette pathologie.

Il est apparu une certaine difficulté pour les infirmières de définir le coma : toutes les quatre ont défini le coma comme un état d'inconscience. Trois d'entre elles ont approfondi en définissant le coma comme étant le score de Glasgow mais pas comme le critère d'évaluation. Seul l'infirmier l'a défini par ses causes : « *des lésions principalement cérébrales avec effectivement une altération des fonctions supérieures* ».

Deux soignantes ne parlent pas de coma au singulier mais au pluriel, effectivement ils existent pour eux différents comas, une différence basée principalement sur la clinique.

L'infirmière n°2 ressent le coma comme un état grave, « *on parle du coma dans des sens irréversibles* ». Ce sentiment est identique à l'émotion qu'éprouvent la plupart des gens quand on leur parle de coma.

Deux infirmiers différencient le coma de la sédation. Le coma est un effet naturel, « *c'est l'organisme qui se met au repos* », alors que le coma dû aux sédations est induit par l'administration de médicaments.

Il me paraît important de différencier ces deux termes. Je pense effectivement que les comas dit « artificiels » ne sont pas des comas, ce sont pour moi des sédations massives qui induisent un état semblable au coma pathologique dans un but thérapeutique. De plus, une autre nuance essentielle existe entre eux deux : le coma « artificiel » est provoqué, on peut à tout moment décider de l'arrêter alors qu'on ne peut pas réveiller une personne plongée naturellement dans le coma.

J'ai alors pu remarquer que les professionnels aussi ne savent que peu de choses sur le coma. J'ai donc voulu approfondir ce point en leur demandant qui est le patient dans le coma.

2.2. Le patient dans le coma : qui est-il ?

Les quatre infirmières interrogées m'ont parlé de « *patient comateux* » voire « *comateux* » contrairement à l'infirmier qui n'emploie pas ces termes mais celui de « *patient dans le coma* ». Je pense que cette différence est importante dans la prise en charge du patient. Selon moi, le terme de « comateux » désigne plus la pathologie que la personne, c'est comme si l'on définissait le patient par sa pathologie et non pas par ses valeurs. D'ailleurs, à la question "qu'est-ce que pour vous un patient dans le coma ?", l'infirmière n°5 me répondit que c'est la même définition que celle du coma.

Bien qu'utilisant ces termes, il ressort tout comme dans le cadre conceptuel que le patient reste toutefois un être humain, il existe un respect envers lui. L'infirmière n°3 insista sur le fait que le patient dans le coma, « *reste un patient, c'est pas un légume, ça reste un patient, ça reste un être humain* ». Une autre infirmière souligne également l'importance du respect, le patient n'est pas pour elle un cobaye, on ne peut pas se permettre de s'entraîner sur lui sous prétexte qu'il ne réagit pas.

L'infirmière la plus récemment diplômée définit le patient dans le coma comme une personne inanimé qui « *commence un petit peu à partir* ». L'évocation de la mort se fait devant ces patients sans réaction, même pour ceux qui les côtoient quotidiennement.

Ces patients sont des personnes qui se trouvent dépouillées par l'hospitalisation de tout ce qu'elles ont de personnel remarque une infirmière. Trois infirmiers définissent ces patients comme des individus nécessitant une aide médicalisée et entourés d'une multitude de matériels. « *Il n'est pas juste comme ça dans le lit, dans le coma, il y a quand même pas mal de chose autour comme matériel* » rajoute l'infirmier.

Enfin, le patient dans le coma apparaît pour l'infirmière n°2 comme quelqu'un que l'on attend, on attend de lui qu'une seule chose, son réveil : « *pour moi le coma c'est quelqu'un où on attend, on espère qu'il se réveille un jour mais on espère rien de plus* ».

Ces réflexions m'ont montré que l'on ne peut pas définir le patient dans le coma sans définir sa pathologie, mais je pense qu'il est important de ne pas faire l'amalgame des deux. Le patient dans le coma est pour moi une personne avant d'être malade, un mortel avant d'être un mort, un individu ayant perdu sa vie de relation et qui ne peut survivre sans aide pour satisfaire ses besoins.

2.3. La communication

2.3.1. Qu'est-ce que la communication ?

Tout d'abord j'ai voulu savoir ce que la communication leur évoquait de façon générale.

Il est ressorti que la communication est un échange, un lien entre les personnes, c'est « *rentrer en relation avec l'autre* ». L'infirmière n°3 définit une communication spécifique au patient dans le coma : « *la communication pour les malades dans le coma, c'est un accompagnement* ».

La communication verbale est, à l'unanimité, le premier mode de communication, suivi par la communication non-verbale qui dans sa définition, est réduite qu'au simple toucher. Trois soignants étendent la communication non-verbale au regard, aux gestes, à l'expression du visage et à l'écoute.

Pour l'infirmier, il existe deux formes de communication dans la profession, une communication qui s'établit du soignant vers le patient et une autre qui évolue du patient vers le soignant même si ce dernier est plongé dans le coma : « *il y a la communication entre guillemets du patient vers le soignant où là c'est plus basé sur l'observation en général, [...], ils peuvent pas non plus s'exprimer corporellement autre que par des mimiques, des mouvements, c'est de l'observation pure* ».

2.3.2. La communication avec les patients dans le coma existe-t-elle ?

La communication : une relation. Le coma : une perte de vie de relation. Alors ces deux éléments peuvent-ils se rencontrer ? C'est ce que j'ai cherché à savoir : existe-t-il une communication des soignants auprès des patients plongés dans le coma. Et si elle existe, à quels moments se fait-elle, est-elle spontanée ou pas ?

La communication des soignants auprès des patients plongés dans le coma existe, c'est une réalité. Elle est pour tous, instaurée au quotidien, principalement lors des soins, mais dans ceux-ci elle n'est pas toujours spontanée. Effectivement, pour trois des quatre infirmières, la communication laisse place à la réalisation de soins techniques dans les situations d'urgences. Elle est plus facilement réalisable lors de moments calmes, lorsque le risque vital est diminué. L'infirmière n°3 communique avec les patients même la nuit, selon elle, c'est le moment le plus propice à la communication du fait du calme du service.

Pour les deux plus anciens soignants, peu importe les circonstances, la communication se fait de façon spontanée, c'est pour eux naturel. Toutefois, l'infirmier témoigne d'une difficulté à parler avec les patients lors de ses débuts, ce sont ses années d'expérience qui selon lui, lui ont permis d'avoir cette aisance auprès des patients dans le coma. L'expérience est je pense, la même raison pour laquelle l'infirmière me dit que « *ça se fait tout naturellement, tout à fait spontanément* ».

2.3.3. Pourquoi maintenir une communication ?

« *Qui sait, peut être qu'on entend !* » : c'est une des raisons de trois soignants qui fait qu'ils communiquent avec les patients dans le coma. Le fait de ne pas savoir ce que ressentent les patients, ce qu'ils entendent et comprennent, les incitent à leur parler, « *dans le doute, faut mieux faire plus que pas assez* ».

« *La communication, pour moi, c'est le respect avant tout* » m'explique l'infirmière n°3. C'est également l'avis de deux de ses collègues, ils communiquent par respect de l'Homme et par respect de son corps. Deux infirmières m'ont dit qu'au cours des toilettes mortuaires, il leur arrivait de parler aux défunts puisque « *tant qu'il y a un corps, ça reste encore quelqu'un* » et « *même si l'esprit n'est plus là, ça reste un Homme* ». C'est alors un respect qu'elles ont auprès de tout patient, conscient, inconscient, décédé.

Ces deux avis sont les raisons pour lesquelles je veux communiquer avec ces patients.

J'ai pu remarquer que les soignants ne font aucune différence d'un point de vue relationnel entre les patients conscients et inconscients, c'est pourquoi ils communiquent auprès des patients dans le coma comme ils communiqueraient avec d'autres patients.

A l'unanimité, les infirmiers pensent que la communication a pour but de diminuer le côté anxiogène des soins. En prévenant et expliquant, ils améliorent le soin et diminuent l'anxiété, une infirmière pense également que cela peut permettre un meilleur réveil du coma. *« C'est super anxiogène de ne pas savoir ce qu'il va se passer et d'être surpris par des soins parfois douloureux. On s'imagine, on se bande les yeux, on se met dans un lit et puis on attend de voir ce qu'il va nous arriver, c'est à peu près le même topo ».*

L'infirmière n°1 ajoute le fait que non seulement cela peut rassurer le patient mais également rassurer sa famille puisque souvent celle-ci n'ose pas parler ni toucher son proche.

Celle-ci et l'infirmier ont eu tendance à reproduire ce que faisaient et disaient leur collègues, c'est également pour cela qu'ils communiquent avec ces patients, ils se sont dits que si d'autre le faisait, c'est que ça devait être utile.

Deux infirmières me confient qu'elles n'arrivent pas réellement à dire pourquoi elles entretiennent une communication avec des patients inconscients. Cependant, l'une d'elles m'a avoué que *« c'est un besoin personnel et peut être parce qu'on se projette aussi face au patient. Quand il y a une projection personnelle, on aimerait bien qu'on nous dise : votre famille a appelé, on a pris des nouvelles ».* Je pense que cette projection permet à l'infirmière de se protéger elle-même et de se rassurer.

J'ai aussi pu remarquer que la communication permet également de réajuster le traitement du patient. Même si celui-ci n'exprime rien verbalement, quatre soignants disent reconnaître un patient douloureux par l'observation.

2.3.4. Les difficultés à maintenir une communication

Les entretiens m'ont permis de remarquer qu'il existait cependant des difficultés à maintenir une communication auprès des patients dans le coma. Comme dans le cadre conceptuel, il est apparu des difficultés liées au patient et au service de réanimation.

« On ne sait pas si on rentre vraiment en relation avec eux. Puisque à part des signes de gênes [...], on n'a pas de signes avant-gardistes qu'il comprend ce qu'on lui dit ou ce qu'on lui fait ». Une des raisons pour laquelle la communication est faite, est par ailleurs à l'origine d'une difficulté à maintenir celle-ci. Le manque de connaissance sur le coma et sur le vécu du patient peut donc gêner la relation soignant/soigné. Cette part d'inconnu rend le soignant mal à l'aise face à son patient.

Il se crée alors une peur pour certaines personnes selon l'infirmière n°2 : *« ça fait peur parce que on sent que la personne "échappe" à quelque chose ou part vers..., est plus vers le côté mort. Peut-être que les gens ont peur que le sommeil soit synonyme de mort, enfin précipitation, "pré-mort" on va dire ».*

L'absence de feed-back n'est cependant pas un problème en soit. Les infirmiers savent que le patient ne pourra pas leur répondre. Bien que l'infirmière n° 2 dit se sentir parfois seule, elle n'a comme l'infirmier, pas de difficulté tant qu'il n'y a pas de retour négatif voire douloureux. Selon celui-ci, il faut accepter le fait de ne pas avoir de retour pour pouvoir entrer en relation avec ces patients, de plus il ajoute que *« si on n'est pas capable d'accepter qu'il y a pas un retour vraiment du patient, faut peut être envisagé d'aller travailler ailleurs ».*

Les difficultés dues à la réanimation relèvent des soins. Le manque de temps est à l'unanimité un frein au soin relationnel de jour. L'infirmière de nuit pense que la communication peut plus facilement avoir lieu la nuit puisqu'il n'y a pas la pression journalière des médecins, du bruit et du monde circulant.

Certains soignants m'ont fait part de leur stress généré par la technicité et le matériel qui entoure le patient. Sur les cinq entretiens, quatre disent ne pas constamment parler aux patients lorsqu'il est nécessaire de réaliser des soins techniques, « *on réfléchit plus sur l'acte technique que sur l'acte relationnel* ».

De plus, l'utilisation du matériel et des machines demande beaucoup de concentration qui parfois, tronque la communication, « *plus on peut se détacher du matériel, plus on peut privilégier la relation avec le patient* ».

Enfin, la difficulté apparaît pour une infirmière en cas de projection sur le patient. La prise en charge d'un patient ayant des points communs avec ses proches entraîne une peur.

Communiquer est alors important mais n'est pas toujours chose aisée. Moi-même, la première fois que je me suis retrouvé face à un patient dans le coma, je n'ai pas réussi à lui parler, je lui ai juste dit bonjour et au revoir. Je suis resté impressionné par son état d'absence et tous le matériel l'entourant. Face aux problèmes évoqués par les soignants infirmiers, j'ai voulu savoir comment ils entrent en communication avec leurs patients.

2.3.5. Une communication spécifique ?

Face aux difficultés que rencontrent les professionnels de santé, j'ai voulu savoir comment ils entretiennent la communication, comment est-elle élaborée, est-ce une communication spécifique aux patients dans le coma ?

Dans le cadre conceptuel, nous avons pu remarquer que les approches communicatives utilisées auprès des personnes dans le coma étaient autres que pour les patients conscients. Trois infirmières m'ont dit au premier abord que la communication était la même, l'une d'elle a ajouté : « *pour moi je gère un patient dans le coma comme je gère un patient qui n'est pas dans le coma* ». Cependant, il s'est révélé au cours des entretiens que leurs approches n'étaient pas les mêmes. Tous les soignants entretiennent une communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale, elle est présente mais elle n'est pas identique pour tous. L'infirmière n°1 pense que « *c'est très naturel selon la personne, c'est fait différemment selon les personnes et c'est vécu différemment selon les patients* », c'est pourquoi, d'après l'infirmière n°2 « *c'est à nous d'essayer de l'adapter à la personne que l'on a en face de soit* ». Cette notion d'individualité est importante pour moi car chaque être est unique.

2.3.5.1. La communication verbale

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la communication verbale est le principal mode de communication, c'est pour eux la base même de la communication.

La parole est pour l'ensemble, utilisée pour prévenir le patient, expliquer les soins qui lui sont faits et pourquoi ils sont faits. Tout ce qui est fait est dit, mais cela n'est pas dit de n'importe quelle façon.

Tout d'abord la longueur des phrases. Tous m'ont fait part de la brièveté des phrases. Ce sont des phrases courtes où il y a peu de détails, par exemple, l'infirmière n°4 explique aux patients conscients les raisons de leur hospitalisation, alors qu'elle reste dans le flou pour les patients inconscients : *« si en leur parlant, des fois qu'ils nous entendraient, on les angoisse encore plus, je pense pas que ce soit une bonne chose non plus, donc on va rester très vague »*.

Les mots ne sont pas choisis au hasard, aucun soignant n'emploie de termes techniques. Pour certains, ce sont des patients déjà confus, il faut donc rester simple.

J'ai expliqué dans le cadre conceptuel que le langage de la réanimation pouvait être la cause de fausses interprétations de la part du patient. J'ai alors demandé à chacune des personnes s'ils pensent que ces mots de la réanimation pouvait entraîner cela. J'ai pris pour exemple une formulation toute faite : *« je vais vous aspirer »*.

Sur cinq, trois soignants ne pensent pas que les mots peuvent être mal compris, selon l'infirmier, *« l'expérience se fait aussi, le patient découvre au fur et à mesure ce qu'on entend par les mots »*. L'infirmière n°2 y pense parfois, bien que ce soit un réflexe, une habitude de dire tout le temps les mêmes phrases, elle se dit que ce ne pas le patient qu'elle aspire mais les sécrétions. Tout comme l'infirmière n°3 qui elle, dit toujours employer des phrases sans contresens : *« je vais enlever les sécrétions qui sont dans votre tube, vous avez un tube qui vous aide pour respirer avec une machine, je vais débrancher et enlever les sécrétions »*.

Je ne connais pas réellement les répercussions que peuvent avoir ces phrases, mais dans le doute, je pense qu'il peut être bien d'essayer de les reformuler en fonction des patients.

Les questions quant à elles, ne font pas parties du langage. Le patient est prévenu de ce qu'on va lui faire mais on ne lui donne pas l'occasion d'accepter ou de refuser les gestes puisque l'on est pas sur qu'il comprend.

L'infirmier est la seule personne m'ayant répondu sur l'intonation. Selon lui, l'intonation doit être forte et percutante contrairement à ce qui est dit dans le cadre théorique.

Ces entretiens m'ont permis de recueillir une information que je trouve très importante, mais qui n'est pas présente dans le cadre conceptuel : la communication permet également d'insérer la famille dans le soin relationnel. En donnant des nouvelles de sa famille ou même, en faisant venir sa famille auprès de lui, le patient peut recréer un lien avec son entourage. Souvent, voir quelqu'un parler à une personne inconsciente, incite la famille à reproduire cela.

Il m'a été dit que la communication pouvait parfois dépasser les limites du correct. Il a été entendu par une infirmière, des moqueries et plaisanteries devant le patient et portant sur sa personne. Ces conduites sont selon moi irrespectueuses envers un patient dont on ne sait que très peu de choses sur son état.

2.3.5.2. La communication non-verbale

La communication non-verbale est apparue comme étant la seconde approche communicative. Comme dit précédemment, elle est dans sa définition réduite en priorité qu'au toucher alors qu'il est quand même énuméré d'autres moyens par les soignants.

Le toucher est pour tous les infirmiers, simultanément associé à la parole, il y a un mot prononcé pour chaque geste. C'est un métier manuel comme le dit l'infirmier, on est toujours en train de toucher les patients.

J'ai, comme pour la communication verbale, voulu savoir si selon les professionnels, il existe des gestes à ne pas faire ou pouvant avoir une alternative. J'ai alors pris l'exemple du retournement du patient qui peut être perçu comme une forme de soumission.

Sur les cinq soignants, tous pensent qu'il n'y a pas de gestes à faire ou ne pas faire, tout dépend de la façon dont ils sont faits. Ils reconnaissent cependant que ce sont des gestes parfois agressifs, violents mais *« c'est un mal nécessaire, si on peut appeler ça un mal »*. Selon eux, tant que le patient a été prévenu, tous les gestes sont à faire, même s'il y a un risque de mauvaise compréhension, *« est-ce qu'il y a des fausses interprétations, sûrement, il y en a toujours dans une communication »*.

Toutefois, des infirmières disent ne pas réaliser tous les gestes possibles, *« je ne fais pas ce que je voudrais pas qu'on me fasse »* et *« tout ce qu'on ne ferait pas chez une personne consciente »*.

Le toucher n'est pas pour l'infirmière n°2, la meilleure communication que l'on peut avoir avec un patient dans le coma. Elle ne ressent pas un réel retour de la part du patient lors de gestes de réconfort puisqu'elle pense que les gestes de douceur sont détruits par les gestes invasifs pratiqués lors des soins, *« on voit pas de retour si on pose juste la main, [...] on a plus de réaction visible au niveau du front, des yeux, ou des choses comme ça par rapport à la douleur que par rapport à un geste de réconfort »*.

La musique n'est pas très utilisée comme moyen de communication non-verbale. Deux soignants disent l'utiliser de temps en temps, deux autres très rarement car elle ne fait pas partie des habitudes du service. Une d'eux reconnaît utiliser la musique pendant les soins pour non seulement détendre le patient, mais également combler un manque, un vide dû à l'absence de réactions de celui-ci.

Parfois, la communication se met en place sans que le soignant le sache. Ce fut le cas pour l'infirmière de nuit ; lors de son réveil, l'un de ses patients qui était dans le coma ne s'est souvenu que d'une seule chose : l'odeur des gaufres que l'équipe soignante faisait le dimanche. L'odorat permettait alors de donner un repère temporel à ce patient sans qu'aucune personne ne sans rende compte. Aucun soignant autre n'a déjà essayé de communiquer par ce biais.

Il m'a été également montré que le service par lui-même communiquait avec le patient sous l'aspect des alarmes et des bruits des machines. Une seule infirmière dit parler aux malades pour les rassurer sur ces différents bruits alors inconnus.

En ce qui concerne le rythme nyctéméral, l'infirmière de nuit dit que celui-ci ne peut pas être respecté puisque les soins sont réalisés toutes les trois heures. Cependant, elle essaye d'éteindre les lumières du couloir lorsque la quantité de travail est moindre, et ceci, pour ne pas perturber le patient.

Dans la définition de la communication, l'infirmier abordé au début de son entretien la communication du patient vers le soignant, une communication basée sur l'observation. Cette communication silencieuse fait selon moi parti de la communication non-verbale, le patient ne s'exprimant pas par la parole, fait comprendre par l'intermédiaire de la physiologie de son corps ce qu'il ressent. Effectivement, trois soignants disent ressentir l'inconfort et la douleur du patient par ses mimiques et ses postures lors des soins.

Cette douleur est également évaluée par le toucher lorsque les infirmières frottent et pincet le patient pour voir sa réaction à la douleur.

2.4. La communication de demain

J'ai pu découvrir ce qu'est réellement la communication d'aujourd'hui auprès des patients dans le coma. Je me suis demandé par la suite, comment sera-t-elle dans l'avenir. J'ai alors voulu savoir si les personnes interrogées avaient des idées pour l'améliorer.

Trois m'ont dit qu'ils n'ont aucune idée pour améliorer la communication : l'infirmière n°1 puisqu'elle n'a pas assez d'expérience ; l'infirmière de nuit pense que la communication se fait en fonction du patient et propose également d'impliquer plus la famille dans le soin relationnel ; et l'infirmier ne s'est jamais posé la question, sans doute pensant que cette communication qui est déjà en place est bien.

L'infirmière n°4 pense quant à elle que pour améliorer la communication, il faut mettre en place d'autres approches que celle de la parole. Elle évoque le toucher, puisqu'« *on touche pas assez les malades* » ainsi que la musique.

Enfin l'infirmière n°2 dit que « *pour l'améliorer, faudrait qu'on prouve qu'est-ce que le patient lui, ressent ou arrive à comprendre, parce qu'après, tout ça s'adaptera* ». Elle propose aussi une formation spécifique pour le personnel afin de diminuer le stress des personnes n'étant pas à l'aise avec les patients dans le coma.

Mon avis est le même que celui de l'infirmière n°2, je pense effectivement qu'il faut réussir à soulever cette part d'ombre que pose le coma. Cependant, dans cette attente, il faut à mon avis mettre en place tout les moyens possibles pour communiquer avec ces patients.

3. SYNTHÈSE

Après comparaison du cadre de référence avec les différents entretiens, je constate qu'il n'existe pas de divergences majeures. On peut constater que la communication auprès des patients dans le coma existe et est établie.

Elle passe principalement par le verbe puis secondairement par le toucher. Les autres outils non-verbaux ne sont pas beaucoup utilisés mais apparaissent peu à peu.

Le coma est une pathologie qui reste encore très méconnue des professionnels, elle se résume en l'absence de conscience et une absence de réponse de la part du patient.

L'absence de réaction est pour tous à l'origine de questions multiples : que ressent-il ? Me comprend-il ? Cette absence ne leur pose pas à tous des problèmes puisqu'ils ont réussi à l'accepter mais cela risque-t-il à force de voir la communication disparaître par lassitude ?

Le manque de connaissance influence-t-il la prise en charge du patient ? Le patient communique-t-il ? Et si oui, comment écouter ce qu'il a à nous dire ?

Il semble que la famille peut permettre d'améliorer le soin relationnel soignant/soigné par sa présence. Comment insérer la famille dans cette relation déjà complexe ?

Les soignants font part d'une demande de connaissance sur le vécu des patients dans le coma, puisqu'ils pensent que cela permettrait d'en améliorer la communication. Je me pose alors une question : une formation spécifique du personnel ne permettrait-elle pas à l'infirmier d'améliorer le soin relationnel envers les patients dans le coma ?

CONCLUSION

Avant de réaliser ce travail, je ne savais pas que la communication pouvait se faire de différentes manières. J'étais conscient qu'il était important de lier le soin relationnel au soin technique mais je ne me rendais pas compte à quel point cela était essentiel.

Hier j'étais à la fois effrayé et fasciné par l'état d'absence que présente une personne plongée dans le coma. Aujourd'hui, moins effrayé et toujours fasciné, j'ai appris qui elle était, j'ai découvert plus précisément sa pathologie, j'ai découvert que c'est une personne emprisonnée par un silence, une personne comme une autre n'ayant pas le droit de se retrouver seul avec sa pathologie.

C'est alors que je me suis rendu compte que l'intitulé de mon sujet n'était pas celui qui convenait le mieux. Il ne s'agit pas de communication à un patient dans le coma mais de communication avec un patient dans le coma. Cette différence m'est apparue essentiel lorsque j'ai découvert que peut-être, il existe une communication du patient envers moi.

En tant que futur infirmier et sensibilisé par ce sujet, j'insisterai sur l'importance de communiquer avec les patients inconscients comme on communique avec les autres patients. J'essaierai de faire au mieux pour améliorer les approches communicatives et apprendre à écouter ces patients et connaître leur vécu.

Il me semble qu'une formation plus complète sur le coma et une enquête sur le vécu des patients serait nécessaire pour perfectionner le soin relationnel, et avoir une communication plus adaptée et individualisée envers celui que l'on soigne.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages

- AMAR B., GUEGUEN J-P., Nouveaux cahiers de l'infirmière, Soins infirmiers I, concepts et théories, démarche de soins 2, Editions Masson 3^{ème} éditions, Paris 2003, page 59-63.
- GROSCLAUDE Michèle, Réanimation et coma, soins psychique et vécu du patient, Editions Masson, Paris 2002, 222 pages.
- HENDERSON Virginia, Principes fondamentaux des soins infirmiers, Editions du Conseil International des Infirmières, Genève 1977, 62 pages.
- VERNY M., MERCIER B., SANSON M., DOBIGNY-ROMAN N., Nouveaux cahiers de l'infirmière, Soins infirmiers en neurologie, Editions Masson 4^{ème} éditions, Paris 2005, page 51-54.

Les dictionnaires

- MAGNON R., DECHANOZ G., Dictionnaire des soins infirmiers, Editions AMIEC, 1995.
- ROBERT, P., Dictionnaire le nouveau Petit Robert, Editions Dictionnaires le Robert, Paris 1993.

Les revues

- Dr ROUVIER, « que peut apporter un bénévole à un comateux et à sa famille », ASP Liaisons, n°27 juin 2003, page 10-12.
- BERNARD Marie-Fleur, « soins et accompagnement en équipe des patients en état végétatif et en sortie de coma », ASP Liaisons, n°27 juin 2003, page 12-18.
- Dr LAVIEUVILLE, « le ou les comas », ASP Liaisons, n°27 juin 2003, page 18-19.
- GUEGAN Olivier, « la communication en soins intensifs », L'aide-soignante, n°28 juin 2001, page 23.
- SOULAGE Voïa, « parler, écrire, communiquer en réanimation, témoignage d'une patiente réanimée », Les cahiers du réseau REIRPR, n°11 1999, page 6-10.
- COLOMBEL J.C., LAYRE J.C., « éveil de coma, symbiose et communication », Les cahiers du réseau REIRPR, n°11 1999, page 12-20.

- REITZ Françoise, « massages qi-gong adaptés aux traumatismes crâniens graves », Les cahiers du réseau REIRPR, n°11 1999, page 47-54.
- DUJON Claire, « une équipe de soignants en service de réanimation : le patient et sa famille », Les cahiers du réseau REIRPR, n°11 1999, page 56-59.
- GROSCLAUDE Michèle, « sujet, états extrêmes, consentement : une éthique paradoxale », Les cahiers du réseau REIRPR, n°19 2003, page 15-20.
- GAUTIER Dynèle, « pratiques soignantes technico-relationnelles en service de soins intensifs ? », Les cahiers du réseau REIRPR, n°19 2003, page 37-42.
- POSTEL-FERRY Brigitte, « Evaluation d'un patient comateux », L'infirmière magazine, n°175 cahier n°11 octobre 2002, page 14-15.
- BOUSELMI Brahim, VALLON-BELFQUIH Joëlle, « réveiller la vie ou la prise en charge relationnelle du patient dans le coma en unité de réanimation », Revue de l'infirmière, n°95 novembre 2003, page 26-29.
- MARIN Catherine, MARTEAU Claudette, « valoriser la dimension relationnelle des soins », Soins, n°631 décembre 1998, page 19-21.
- DUPONT Bernard-Marie, « la relation soignant-soigné, bien plus qu'un simple exercice technique », Soins, n°680 novembre 2003, page 30-33.
- HOFFMANN-WILD Emmanuelle, « le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient », Soins, n° 680 novembre 2003, page 41-43.
- GROSCLAUDE Michèle, « Le soin psychique en réanimation », Soins, n° 681 décembre 2003, page 4.

Les textes officiels

- Décret 2004-802, du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au journal officiel n°183 du 9 août 2004.
- Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 tendant à la modification des articles L. 473 à L. 477 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière, parue au journal officiel du 1^{er} juin 1978.
- Rapport « avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique », Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, rapport n°7 du 24 février 1986.
- Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière, n°5 série soins infirmiers, réactualisation 1993, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, parue au bulletin officiel n°87/28 bis.

Les références filmographiques

- WATERS Mark, Et si c'était vrai, United International Pictures, 2004.
- ALMODÓVAR Pedro, Parle avec elle, Pathé distribution, 2001.

Illustration couverture

- Photo libre de droit : <http://www.fotosearch.fr/comp/corbis/DGT087/42-16767333.jpg>

ANNEXES

ANNEXE I

Extrait concernant la profession d'infirmier, tiré du décret 2004-802 du 29 juillet 2004 paru au J.O. du 9 août 2004.

LIVRE III
AUXILIAIRES MÉDICAUX
TITRE Ier
PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE
Chapitre Ier
Exercice de la profession
Section 1
Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médicosocial et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion

dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médicosychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

- a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
- b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

[...]

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges

plasmatique ;
34° Saignées ;
35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
39° Recueil aseptique des urines ;
40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

ANNEXE II

Grille d'entretien

Question starter

Quelles communications pouvez-vous mettre en place auprès d'une personne dans le coma afin d'entrer en relation avec elle ?

Question de relance

- Qu'est-ce que pour vous le coma et un patient dans le coma ?
- Qu'est-ce que pour vous la communication ? Les modes de communications ?
- Lorsque vous vous retrouvez face à un patient dans le coma, avez-vous spontanément envie de communiquer avec lui ?
- Pourquoi communiquez-vous avec ?
- Comment communiquez-vous ? Quels outils utilisez-vous ?
- Rencontrez-vous des problèmes dans la communication ?
- Selon vous, il y a-t-il dans la communication des choses à ne pas dire ou faire auprès de ces patients là ? Pourquoi ?
- Auriez-vous des idées pour améliorer la communication auprès des patients dans le coma ?

ANNEXE III

Témoignage d'une femme ayant été dans le coma

« Je me sentais comme coulée dans un bloc de glace, j'avais froid, impossible de bouger. A travers mes paupières closes, j'entrevois sans pouvoir ouvrir les yeux une lumière rose. Dans la gorge, j'avais un sentiment de brûlure gênante, je n'arrivais pas à déglutir. A ma droite et à hauteur de ma tête, un homme, une ombre, et une voix me disait : "Ne bouge pas, tu vas mourir, laisse-toi aller, c'est pas la peine de te défendre. Tu meurs.". Incapable de répondre ou de bouger. Dans mon cerveau je me disais "non ! je ne veux pas mourir, je ne le veux pas, défends-toi !" Oui, mais comment ? Mon cerveau se refusait à accepter ce que cette voix me disait, que c'était pas la peine de lutter car j'allais mourir... C'était là le côté hallucinant et affreux du moment : cela a duré longtemps... je luttais contre la mort, je n'en voulais pas et je ne pouvais pas le dire. »