



N° 5 — octobre 1985
95^e année
Paraît 5 fois par an

la source

Sommaire

191 **Méditation**

«Je demande la ferveur», Prière du Cardinal Newman

193 **Dossier du mois**

«La relation élève-infirmière et patient inconscient», *Isabelle Gremaux*

220 **Nouvelles de La Source**

«Colloques médicaux de La Source», *Dr J.-P. Muller*

Association

221 Calendrier

221 Informations du comité

Faire-part

222 Naissances

222 Mariages

222 **Nouvelles adresses**

Illustration page 192: John Garrett

Erratum

Un oubli s'est glissé dans le rapport 1984: au chapitre «Ecole, corps enseignant» dans la liste des enseignants qui ont travaillé à La Source en 1984, il faut ajouter *Mme Patricia Din* (40 %). Nous regrettons cette omission et prions Mme Din de nous en excuser.

La rédaction

Méditation

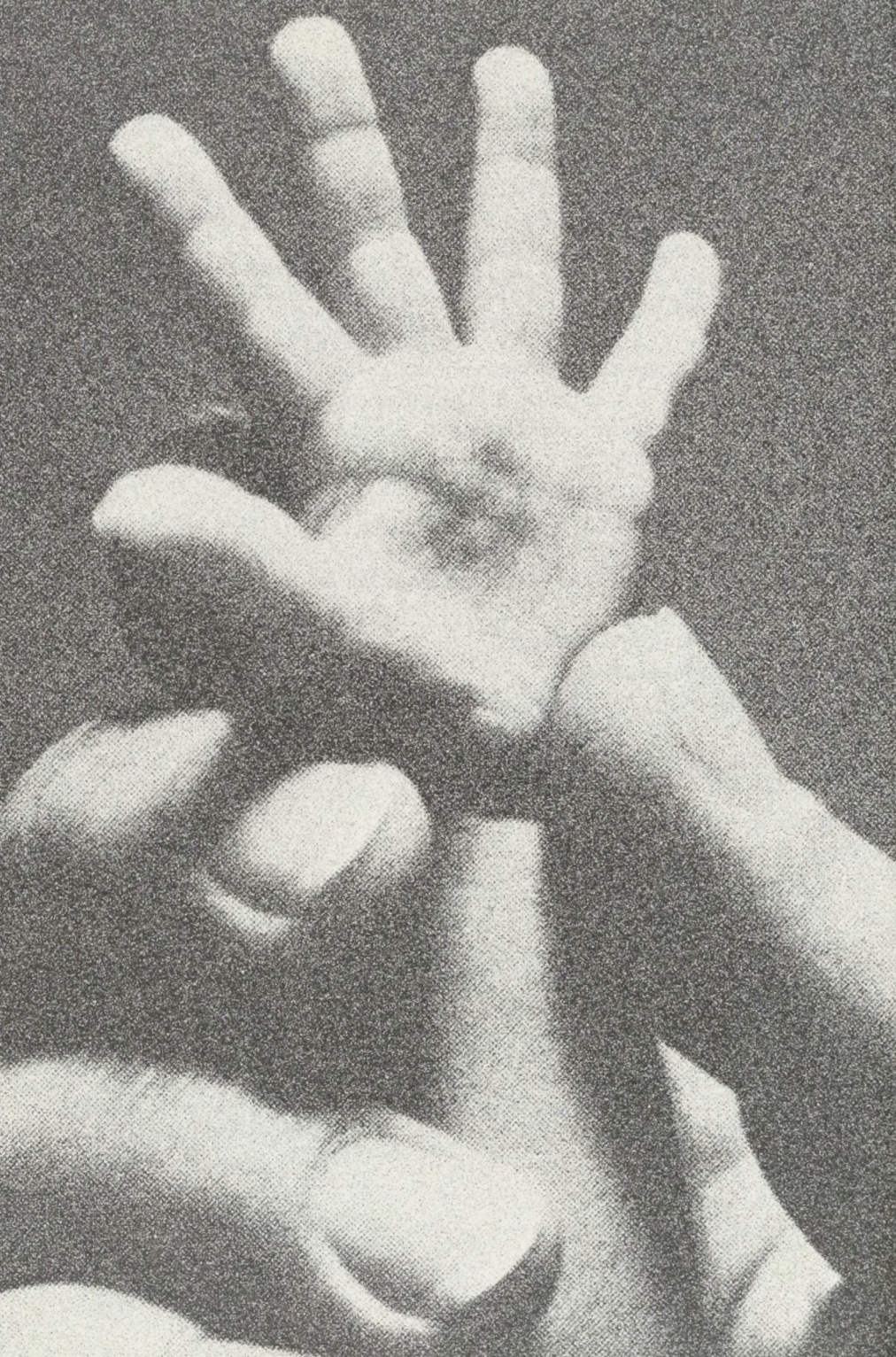
JE DEMANDE LA FERVEUR

Je te demande, Seigneur, la ferveur.
Elle est le couronnement de tous les dons
et de toutes les vertus.

En demandant la ferveur, Seigneur,
je demande la force, la constance et la persévérance,
je demande la foi, l'espérance et l'amour.
En demandant la ferveur,
je demande à être délivré de toute crainte
et de tout désir d'être loué.
Je demande le don si doux de la prière.
Je demande tout à la fois la sainteté, la paix et la joie...

Seigneur, en demandant la ferveur,
je te demande Toi-même.
Je ne demande rien d'autre que toi,
ô mon Dieu
qui t'es donné entièrement à nous.
Entre dans mon cœur
et remplis-le de ferveur
en le remplissant de Toi.
Toi seul peux remplir le cœur de l'homme,
comme tu as promis de le faire.
Tu es la flamme vivante
qui brûle toujours d'amour pour les hommes.
Entre en moi
et, pour que je sois semblable à toi,
enflamme-moi de ton feu.

Prière du Cardinal Newman



Dossier du mois

Ce travail a été fait par une élève pendant son stage de médecine; développant une approche très humaine et pratique du patient inconscient, il nous a paru une réflexion intéressante et utile pour chacune d'entre nous dans sa vie professionnelle et personnelle.

A. de Gautard

PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LA RELATION ÉLÈVE-INFIRMIER / PATIENT INCONSCIENT

Isabelle Gremeaux, volée avril 1983

1 **Choix du travail de soins infirmiers**

C'est pour plusieurs raisons que j'ai choisi de traiter un sujet de soins infirmiers.

Tout d'abord pour soutenir ce nouveau type de travail infirmier que vous nous proposez d'accomplir et qui, à mon avis, faisant suite à la méthode du processus de soin est un échelon vers le travail de diplôme que nous entamons. Dès lors je trouve intéressant et bénéfique de se heurter à de nouveaux problèmes de méthode et d'organisation du travail, qui me donnent un avant-goût des problèmes que nous rencontrerons dans l'élaboration de notre travail de diplôme.

Mais, si j'ai choisi cette forme de travail c'est surtout pour avoir l'occasion d'approfondir un des sujets de soins infirmiers qui me tient à cœur. En effet, au cours de ces deux premières années passées dans l'univers bien particulier qu'est le monde hospitalier j'ai été confrontée à une multitude de problèmes nouveaux, je me suis posées bien des questions et me suis remise quelquefois en cause... mais rarement j'ai eu l'occasion de passer du temps sur un sujet, de l'approfondir, d'essayer de le comprendre et de tenter d'y trouver des solutions... Bien sûr le travail de diplôme est fait pour cela... mais on ne peut y traiter que d'un sujet et il faut tant se limiter pour en faire le tour!...

2 **Motivations quant au choix du sujet et buts du travail**

En émettant le vœu d'être infirmière, j'avais certainement des vues très altruistes et humanitaires, le désir de soulager, d'aider, de soigner des per-

sonnes malades ou dans le besoin. Mais mon désir le plus profond était d'exercer une profession axée sur la communication, l'échange avec autrui. Ceci veut dire qu'au-delà de la technique et du savoir que j'acquerrai, je voulais avoir une vie de relation avec mes patients: en leur apportant aussi un peu de moi-même, de mes passions, de mes hobbies et en recevant d'eux-mêmes ce qu'ils auraient à m'offrir.

Cet échange quotidien dans les services fait abstraction des rôles soignant/soigné: c'est une relation proprement humaine, naturelle et spontanée qui rend la relation professionnelle plus facile à aborder, le travail plus agréable et valorise le patient en reconnaissant sa personne à part entière. En pénétrant la première fois dans la chambre d'un patient inconscient j'ai perdu mes moyens, ma spontanéité, en m'adressant maladroitement à lui je cherchais mes mots, parlais à voix basse, étant terriblement mal à l'aise et me trouvant un peu ridicule. Cela n'était pourtant pas la première fois que j'entrais en relation avec une personne inconsciente. J'avais déjà vécu cette expérience il y a quelques années comme «visite» chez une personne proche, puis plus récemment en tant que «spectatrice» en salle d'opération et en polyclinique lors d'une situation d'urgence. Mais, ce jour-là, je tenais un rôle nouveau auquel il fallait faire face: celui de la soignante active et responsable, travaillant auprès d'un malade dans le coma.

Dès lors, j'ai eu envie d'envisager les problèmes que peut rencontrer une infirmière et plus particulièrement une élève (à qui il manque l'expérience) travaillant avec un patient inconscient et de proposer des actions afin de faciliter son approche puis sa relation. Implicitement, le but du travail est aussi d'offrir au patient dans le coma des soins optimaux, améliorés de toute évidence par une attitude plus humaine et naturelle du soignant.

Enfin, par les recherches nécessaires à l'élaboration de ce travail, les discussions avec le personnel soignant, les questionnaires distribués aux élèves, il aura peut-être sensibilisé quelques personnes aux problèmes que pose le malade inconscient et à l'attitude à adopter à son égard.

3 Définition du patient inconscient

Avant d'envisager les problèmes relationnels rencontrés en travaillant dans la chambre d'un patient inconscient, il convient d'expliquer ce mot, de limiter son sens et de voir ce qu'il entraîne comme conséquences pour le patient et l'infirmière.

Par patient «inconscient», j'entends malade entré dans le coma. La définition du dictionnaire (*Robert*) de ce terme est: «perte prolongée de cons-

cience, de sensibilité, de motilité, dans de graves états pathologiques». Je ne prends donc pas l'inconscience au sens élargi que lui a donné la psychanalyse comme étant l'ensemble de processus dynamiques qui agissent sur le comportement tout en échappant à la conscience.

a/ *Classification des états comateux*

Une des particularités du coma est sa possibilité d'évolution d'un stade bénin à un stade irréversible, et une des préoccupations du personnel, plutôt que de classer le patient dans telle ou telle catégorie de coma est de surveiller sa progression.

Toutefois, pour des raisons de commodité, j'adopterai la classification de Fishgold et Mathis après quelques considérations générales.

Le mot coma en grec signifie assoupissement, c'est dire si l'analogie au sommeil de cet état pathologique est forte puisqu'elle reste empreinte dans l'étymologie même du mot. Si la comparaison se justifie par l'aspect extérieur du patient qui semble en effet assoupi, elle ne convient plus dans le sens où le patient ne va plus forcément réagir aux diverses stimulations extérieures. On pourrait en fait situer le coma entre le sommeil (qui implique un réveil) et la mort soldée par l'abolition définitive de la conscience, les différents stades du coma allant de l'un à l'autre.

☐ Stade 1: coma vigil

Il s'agit d'un coma léger, souvent accompagné de délires, le malade est fréquemment agité, réagit aux excitations douloureuses et ouvre les yeux à l'appel.

Le patient n'est alors pas en mesure de s'exprimer verbalement de façon cohérente mais il est quasiment certain qu'il nous entend et comprend ce que nous lui disons puisqu'il réagit au moins par des grognements, des mouvements de paupières parfois même des mots. Un mode de communication verbale ou d'échanges non verbaux est alors envisageable, le patient, pouvant répondre au moins par l'affirmative ou la négative à nos propositions (mots – attitudes – gestes).

☐ Stade 2: coma d'intensité moyenne

Aucune réponse n'est obtenue, les excitations extérieures fortes déclenchent quelques réactions automatiques.

☐ Stade 3: coma carus (du grec: assoupissement profond)

Degré extrême du coma, avec abolition complète des réflexes cornéens et psychomoteurs et des modifications respiratoires (polypnée) et circulatoires.

□ Stade 4: coma dépassé

«Coma dans lequel se surajoute l'abolition totale de la vie de relation (conscience – motilité – sensibilité – reflexes) et une abolition totale de la vie végétative.» (P. Mollaret et M. Goulon)

Ces différents stades seront déterminés par un examen neurologique approfondi (état de conscience, examen de la motricité, étude de la respiration, des pupilles, du mouvement oculaire, électroencéphalogramme) examen sur lequel je ne m'étendrai pas. De plus, l'échelle de Glasgow (basée sur le type de réponse oculaire, verbale et motrice des membres supérieurs) permet d'en apprécier la profondeur.

Avec cette classification, on remarque que dès le stade 2, avec l'abolition de la vie de relation, le patient n'est plus à même d'exprimer ses besoins fondamentaux les plus élémentaires (soif, faim...) ni ses douleurs (sauf parfois par des réflexes si les excitations sont très violentes). Il se trouve donc en état de dépendance totale face au personnel soignant qui doit alors plus que jamais deviner et subvenir à ses besoins (concept d'empathie de Virginia Henderson).

Dès lors, soit l'infirmière répond aux besoins indispensables au maintien de la vie physique (besoins sans doute prioritaires d'ailleurs) du patient (surveillance de la respiration (ventilateur) alimentation, hygiène, médicaments...) se limitant à un travail très technique, soit elle tente de répondre aussi à d'autres besoins non exprimés du patients tels: l'affection, la douceur, la sécurité.

b/ *Image que l'on a du patient*

On touche alors à un chapitre complexe que j'aimerais toutefois aborder qui concerne l'image que l'on a de la personne inconsciente, car à mon avis l'attitude de l'infirmière va dépendre de la conception et de l'estime qu'elle porte au patient sans conscience qui se trouve en face d'elle.

En effet, la conscience, l'âme, la pensée, le moi, l'esprit, le psyché, cette chose impalpable qui différencie l'homme de l'animal, du végétal ou du minéral, sur lequel depuis Socrate philosophes et humanistes se sont penchés, lui donnant successivement des noms différents, disparaît au moins provisoirement chez le patient inconscient.

Evidemment, on peut considérer que cette absence de conscience réduit l'homme à un état purement physique et qu'il n'est pour nous qu'une «mécanique» dont le bon fonctionnement nous incombe. Dès lors il n'y a qu'un pas pour le comparer à toutes sortes de végétaux («plante verte», «légu-

me»), comparaisons justifiées si l'on considère le patient de façon subjective (ce que l'on croit voir en lui) et présente (on abolit son passé et refuse d'envisager son futur).

Mais au fond, cette considération est un peu ridicule, car lorsque nous soignons un patient dans le coma nous aspirons à le revoir mener une existence normale et sans handicap psychique. C'est donc bien que nous considérons l'absence d'âme comme provisoire. Il me semble alors qu'il faut travailler en manifestant au malade tout le respect qu'une personne humaine, susceptible d'aimer, de souffrir, de penser, de créer, d'être, mérite. Une seule objection, lorsque le pronostic étant très sombre, on sait que la perte de conscience est définitive. Mais cela ne change pas grand chose, à mon avis, pour continuer à avoir du respect pour ce qu'a été et demeure la personne que nous accompagnons vers la mort.

c/ Etiologies du coma et rôle infirmier

Les étiologies du coma sont nombreuses et mon but n'est pas ici de les passer en revue. J'aimerais seulement faire ressortir que suivant la cause du coma et (ou) son pronostic les besoins du patient sont différents (si toutefois l'on considère que les besoins du patient ne sont pas seulement physiques).

Prenons par exemple les cas de coma terminaux des maladies infectieuses, cancers ou autres maladies au stade terminal, les comas dont on sait qu'ils vont évoluer vers un stade irréversible (même si au moment où l'on s'occupe du patient il n'est qu'au stade 1). L'infirmière n'a alors pas pour objectif de rendre au patient une autonomie, une bonne orientation dans le temps et l'espace, mais plutôt de l'accompagner jusqu'au seuil de la mort en le rassurant par sa présence et ses soins.

D'une autre façon, l'infirmière ayant la charge d'un patient ayant fait un tentamen devra par son attitude l'entourer, le sécuriser, lui donner un cadre, qui assurera au malade qu'il ne se trouve pas dans un milieu hostile et que chacun veut l'aider.

4 Ce que perçoit le patient inconscient

a/ La récolte des données

On sait encore peu de choses sur ce que ressent et perçoit un patient dans le coma. Les lignes qui suivent sont basées sur les souvenirs de deux personnes ayant été inconscientes (le temps m'a manqué pour en rencontrer un plus grand nombre), sur le vécu de certaines infirmières des soins inten-

sifs ainsi que sur l'observation de patients inconscients (leurs réactions à divers stimuli).

Je me base également sur le livre de Raymond Moody *La vie après la vie* qui rassemble le témoignage de personnes ayant été inconscientes.

Je ne considère donc pas ces sources d'information comme «sûres» ou scientifiques puisqu'elles sont basées sur la mémoire et qu'elles ont trait à un sujet où il est facile (et tentant) de fabuler, et que d'autre part je ne peux pas vérifier leur véracité en aucune façon. J'estime cependant, que de toutes ces choses qui ont été ressenties, il est possible de tirer des conclusions.

b/ *La douleur*

Parfois, la douleur doit être ressentie. J'ai pu remarquer à plusieurs reprises des réactions sous forme de brusques mouvements de la tête et du corps lors de soins de tube par exemple.

A ce propos, il ne faut pas oublier que les patients se trouvent souvent sous de puissants hypnotiques et analgésiques (Dormicum[®] – morphine) et que c'est à ce prix que les douleurs sont atténuées ou abolies.

c/ *Activité du subconscient*

Le subconscient reste à mon avis très actif en période de coma.

Dans le témoignage recueilli de Mr R., resté dans le coma plusieurs jours sur insuffisance respiratoire globale, il me dit se souvenir très bien d'un cauchemar répétitif où il se voit sous la forme d'un robot couvert de pas-de-vis et auquel il faut couper la tête afin de rendre la parole.

Il est évidemment très difficile de déterminer si ce cauchemar est apparu alors qu'il revenait à la conscience et que, muni de sa trachéotomie, il ne pouvait pas encore s'exprimer ou si ce souvenir remonte bien à la période comateuse où il était angoissé de ne pas pouvoir parler.

Une infirmière des soins m'a quant à elle raconté qu'au réveil un patient s'inquiétait que l'on avait voulu lui tirer dessus à plusieurs reprises. L'équipe s'était alors consultée et avait cherché en vain ce qui avait pu donner au patient une telle impression. L'énigme fut résolue lorsque vint la radiologue avec sa machine et qu'après avoir cadré l'objectif sur le thorax du patient, elle dit d'une voix calme en appuyant sur le bouton: «je tire». Un mot et un geste banal perçus de façon très agressive et angoissante chez un patient dont la perception était fortement modifiée.

De façon un peu analogue, Raymond Moody relate dans son livre qu'un grand nombre de patients ayant été dans le coma prétendent avoir des souvenirs très précis de ce qui se passait autour d'eux, des gestes, des mots des

soignants et affirment avoir été dans l'impossibilité de communiquer avec eux malgré un profond désir.

Une connaissance, ayant été elle aussi inconsciente, m'a raconté qu'en sortant de son coma elle avait eu d'emblée des affinités pour certains infirmiers et qu'elle avait appris plus tard qu'ils s'étaient plus particulièrement occupés d'elle pendant la période critique.

Cela me conduit à penser qu'il est fort possible que le patient inconscient reste perceptible au monde extérieur et intériorise sous forme de rêve ses perceptions. Freud dans *Introduction à la psychanalyse* explique que le rêve serait un mode de réaction de l'âme, pendant le sommeil, aux excitations qu'elle subit. Ainsi, précise-t-il, si l'on recherche les excitations qui tendent à troubler le sommeil et auxquelles le patient réagit en rêvant, nous aurons dégagé un caractère commun des rêves. Il va même jusqu'à préciser que les excitations stimulant le rêve peuvent être externes (comme le bruit du réveil-matin) mais aussi provenir d'organes internes (comme la douleur ou le besoin d'uriner).

Pourquoi ne pas appliquer au patient dans le coma cette théorie élaborée sur le sommeil puisqu'il semble que le patient ait bien le souvenir de rêves. Cela mettrait en évidence que le subconscient fonctionne toujours comme moyen de défense aux agressions externes (opération, personnel qui s'affaire) et internes (douleur - peur) que subit le patient. Cela signifie aussi que tout ce qui pourrait être dit ou fait en présence du patient pourrait être intégré sur le moment, même si cela doit être oublié à longue échéance.

5 Problèmes survenant dans le relation infirmière / patient inconscient

a/ La récolte de données

Afin de déterminer les problèmes infirmiers et relationnels que peut rencontrer une infirmière travaillant avec un patient inconscient je me suis basée sur les problèmes que j'ai personnellement rencontrés. Pour élargir ma vision des choses, j'ai proposé un questionnaire (voir plus loin) à 10 élèves infirmiers de troisième année ayant déjà travaillé avec des personnes dans le coma et je me suis entretenue avec certains d'entre eux. Enfin, j'ai discuté avec quelques infirmiers du service de soins intensifs des Cadolles qui ont une grande expérience de ce genre de patients. J'ai également profité de mon stage aux soins intensifs pour les observer dans leur travail auprès de malades dans le coma.

Durant ma recherche, j'ai été très surprise de ne trouver que très peu de textes ayant trait à la relation de l'infirmière avec le patient comateux. Dans le livre *Les Cahiers de l'infirmière* n° 12 consacré aux problèmes neurologiques, pas un mot sur la conduite psychologique à tenir et ceci même dans la rubrique intitulée: «Rôle de l'infirmière dans les comas». De même, dans différents articles extraits des brochures *Soins* (n° 5, mars 1980) ou *Revue de l'infirmière française* (février 1975) la conduite à tenir face à une personne dans le coma se limite aux actes techniques et à la surveillance. Cette négligence est-elle due au fait que les revues n'étant pas très récentes les problèmes relationnels étaient moins pris en compte? qu'au début les patients comateux demandent des soins d'urgence qui sont prioritaires? ou que, connaissant mal ce que peut ressentir un patient inconscient du point de vue scientifique, la question est éludée?



QUESTIONNAIRE RELATIF AU PATIENT INCONSCIENT

Merci de répondre avec franchise à quelques questions qui ont pour but de cerner les problèmes relationnels que tu as peut-être rencontrés en travaillant auprès d'un patient inconscient.

① As-tu déjà travaillé avec un patient inconscient?

☐ une fois ☐ plusieurs fois ☐ jamais

② Donne-moi en quelques mots la définition du patient inconscient?

- ③ Lorsque tu travailles avec un patient inconscient tu lui parles:
- ☐ un peu ☐ beaucoup ☐ pas du tout
 - ☐ pour te présenter, l'orienter
 - ☐ pour l'informer des soins que tu lui prodigues
 - ☐ pour lui parler de l'évolution de sa maladie
 - ☐ pour lui annoncer des visites
 - ☐ pour le tenir au courant de l'actualité (sportive, politique)
 - ☐ pour lui raconter des banalités (tes loisirs, le temps)
 - ☐ tu lui parles plus si tu es avec une infirmière (écris pourquoi au dos)
 - ☐ tu lui parles moins si tu es avec une infirmière ”
- ④ Lorsque tu fais un soin à un patient inconscient
- ☐ tu respectes sa pudeur
 - ☐ tu es plus à l'aise qu'avec un patient conscient (il ne s'aperçoit de rien si tu rates la pose de ton venflon!)
 - ☐ tu es moins à l'aise (tu as l'impression d'avoir à faire à un cobaye)
 - ☐ tu n'es ni plus ni moins à l'aise qu'avec un patient conscient
- ⑤ Dans la chambre d'un patient inconscient tu estimes que:
- on peut parler avec sa collègue de son week-end ☐ oui ☐ non
- on peut parler du pronostic (bon ou mauvais) du malade (à sa famille, pendant la visite...) ☐ oui ☐ non
- on peut plaisanter sur l'état du foie du patient (pour se «déstresser») ☐ oui ☐ non
- ⑥ Si tu as répondu oui à la question 5 est-ce:
- ☐ parce que le patient n'entend rien
 - ☐ parce que même s'il entend il ne se souvient pas
 - ☐ parce que tu agirais de la même façon avec un patient conscient
 - ☐ autre: _____
- ⑦ Si tu as répondu non à la question 5 est-ce:
- ☐ parce que le patient peut entendre
 - ☐ par respect pour le patient (même s'il n'entend pas)
 - ☐ par respect pour les voisins de chambre
 - ☐ autre: _____

Si tu as une réflexion à faire à ce sujet, merci de m'en faire part.

Merci de ta collaboration

La récolte de données auprès des élèves a mis en évidence des problèmes que j'ai décidé de classer dans l'ordre où ils se présentent à leurs yeux ; Cette classification n'est pas exhaustive. J'ai traité chaque problème selon la même démarche ; c'est-à-dire qu'après avoir analysé la situation, j'ai planifié des objectifs et des actions offrant une résolution au problème.

PROBLEME 1	ANALYSE
Difficulté de l'abord de la personne par l'élève infirmière	<p>Entrer en contact avec un patient inconscient c'est tout d'abord se heurter à un corps gisant sur un lit, au milieu de machines qui tracent des courbes, affichent des chiffres, sonnent en faisant clignoter des boutons de couleur.</p> <p>C'est donc être captée par toute la technique qui entoure le malade, avoir peur d'une défaillance du ventilateur, de l'avance d'une perfusion, du mauvais calcul d'une pompe seringue... autant de préoccupations qui nous détournent du patient et qui font que bien que travaillant à ses côtés ce n'est pas vraiment de lui que l'on prend soin, ni sur lui que se fixe notre attention.</p> <p>Ce problème, qui n'était pas évoqué dans mon questionnaire, a été cité en remarque finale par trois personnes (sur les dix interrogées) ; c'est dire qu'il a une certaine importance.</p>

OBJECTIFS		ACTIONS
<p><i>Objectifs pour l'élève</i></p> <p>Parvenir à dominer la technique afin de l'utiliser comme « aide » ou « collaboration » et non pas comme une entrave. Cela permet de consacrer plus de temps au patient lui-même.</p>	<p><i>Objectifs pour le patient</i></p> <p>Qu'il se sente entouré et soutenu. Que son besoin de sécurité soit satisfait (ce problème est développé plus loin).</p>	<p>La meilleure solution est d'arriver à dominer le matériel en:</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaissant le rôle de chaque machine en différenciant celles qui sont vitales (ventilation) de celles qui ont un but informatif (monitors...) – en sachant que faire en cas de panne ou défaillance de la machine (par ex. si le ventilateur est défectueux, ventiler au ballon en attendant de l'aide) – en sachant comment éteindre les alarmes – en apprenant à reconnaître les courbes de monitor qui peuvent être pathologiques de celles qui sont dues à des parasites. <p>Evaluation</p> <p>C'est un problème qui me semble avoir résolu à mi-stage déjà (après 3 semaines aux soins intensifs) grâce à l'aide, aux explications et à l'encadrement de l'équipe de soins. Je ne peux pas dire que, à l'instar des infirmières, je travaillais en collaboration avec la machine; mais j'avais dominé la peur qu'elle m'inspirait et elle n'était pas un obstacle entre le patient et moi.</p>

PROBLEME 2	ANALYSE
<p>Difficulté de s'adresser verbalement à un patient qui ne répond ni de façon verbale, ni de façon non verbale.</p>	<p>« Communiquer c'est parler à quelqu'un qui écoute, c'est écouter quelqu'un qui parle ». Cette définition de la communication développée par Olivier Cotinaud dans son livre <i>Psychologie et soins infirmiers</i> pose d'emblée le problème auquel se heurte l'infirmière dont le présumé interlocuteur est dans le coma. Cela implique qu'il faut arriver à monologuer sans attendre de réaction ou de réponse de la part du patient et surtout qu'il ne faut pas avoir peur du silence...</p> <p>Les dix élèves interrogées déclarent parler peu au patient. Comme raisons elles invoquent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 personnes: ne pas avoir l'habitude de « monologuer » - 4 personnes: avoir tendance à dialoguer avec l'infirmière qui se trouve dans la chambre avec elle - 1 personne: ne pas savoir quoi dire - 1 personne: ne pas être certaine que parler avec le patient soit nécessaire <p>En ce qui concerne les sujets de communication, il est intéressant de constater que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 personnes seulement se présentent et orientent le patient - 2 personnes lui parlent de l'évolution positive de sa maladie. <p>Par contre, 9 élèves l'informent des soins prodigués et 5 lui annoncent des visites. Cette attitude viendrait de l'habitude (quasiment du réflexe) que l'on a à dire au patient ce que l'on va lui faire alors que l'on ne se présente pas tous les jours (les patients nous connaissent), et que l'on n'oriente pas nos patients conscients (cela ne répond pas à un de leurs besoins).</p>

OBJECTIFS	ACTIONS SUGGEREES
<p><i>Pour l'infirmière</i></p> <p>Arriver à s'exprimer de façon spontanée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> — son bien-être personnel (cela n'est pas agréable de se sentir « bloquée ») — arriver à tenir un discours approprié et efficace — trouver le temps moins long — assurer les objectifs du patient 	<p><i>Pour le patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — être sécurisé par les paroles d'une infirmière, même s'il ne comprend pas tout, la perception du timbre de la voix, une présence vocale lui signalent que quelqu'un est auprès de lui et s'occupe de lui — s'il comprend (coma 1 et 2), on peut lui communiquer des informations pour le sécuriser et l'orienter; elles permettent un retour à la conscience plus facile. <ol style="list-style-type: none"> 1. Être optimiste et se dire que ce que l'on entreprend est utile pour le bien-être du patient (partir perdant ne sert à rien). 2. Faire une anamnèse auprès de la famille ou des visites afin de mieux connaître le patient (sa profession, ses goûts, sa famille...); cela nous permet de ne pas avoir l'impression de travailler auprès d'un inconnu et éventuellement d'élargir nos propos. 3. Se donner une méthode de communication avec des buts. En se fixant un ordre des choses dont on va parler en entrant dans la chambre, on y pénètre moins désarmé et on s'habitue à un mode de communication basée sur l'information (cela ne demande pas de réponse). Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> — <i>présentation</i> : notre nom, prénom, fonction — <i>orientation</i> : le jour, la date, l'heure, jusqu'à quelle heure on reste près de lui, où il se trouve — <i>dire ce qu'on lui fait</i> : soins, pansement, toilette (énumérer les parties de son corps à ce moment) — <i>introduire les nouveaux arrivants</i> : collègue, médecin, aide, visites, etc... 4. Ne pas se sentir obligé de trop parler. En effet, un flot de paroles aurait à mon avis pour risque de fatiguer le patient, si bien qu'il ne serait peut-être plus capable de fixer son attention sur les informations importantes que nous lui communiquons. Dans ce sens, je pense qu'il n'est pas contre indiqué d'avoir une conversation avec l'infirmière qui se trouve dans la chambre, afin de moins ressentir la « solitude ». 5. Développer la communication non verbale en stimulant d'autres sens que l'ouïe. Je pense notamment aux stimuli tactiles dont on sait qu'ils ont une importance capitale dans l'expérience humaine (orientation, témoignage de sentiment). Une main posée sur un bras, peut-être un geste de réconfort, un geste qui calme, qui rassure lorsque l'on est emprunté et que l'on ne sait pas quoi dire.

PROBLEME 3	ANALYSE
Définir les besoins du patient.	<p>Comme nous l'avons vu plus haut, le patient inconscient est totalement dépendant de l'équipe infirmière qui s'occupe de lui puisqu'il n'est plus capable ni de subvenir lui-même à ses besoins ni de les exprimer et que de surcroît ses reflexes protecteurs (douleur, changement de position...) sont altérés. Hollender qui distingue plusieurs niveaux dans la relation soignant/soigné compare la passivité du patient inconscient à l'état du nourrisson dont la vie ne dépend que de l'activité de ses parents. Si ceux-ci deviennent passifs, ils condamnent leur enfant à mort. De la même façon, si l'équipe devient passive, le patient est condamné. En continuant l'analogie, on sait combien l'indifférence des parents à l'égard de leur enfant peut être lourde de conséquences sur le développement psychique de l'enfant. On peut donc imaginer qu'un brusque sevrage ou «abandon» affectif pourrait nuire au patient et avoir une mauvaise influence sur l'évolution de sa maladie.</p> <p>Il est donc primordial que l'infirmière parvienne à identifier le maximum de besoins du patient afin de pouvoir les satisfaire. Il est évident que certains besoins nécessaires au maintien de la vie sont prioritaires sur d'autres besoins (sécurité — orientation — réconfort...) qui sont plus difficilement évaluables (on ne peut déterminer l'angoisse d'un patient au vu d'une gazométrie!).</p>

OBJECTIFS	ACTIONS SUGGEREES
<ul style="list-style-type: none"> - Parvenir à ne négliger aucun des besoins du patient - assurer le maintien de sa vie - entretenir au maximum la vie de relation du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins nécessaires au maintien de la vie physique (respiration, nourriture, bonne élimination...) qui varient selon la pathologie du patient. Pour cela se référer aux ordres médicaux. - Etre consciente que le patient a certainement d'autres besoins; essayer de les définir et de trouver des actions en se référant à l'une des listes de besoins définies par les théories de soins infirmiers (Betty Neumann, Virginia Henderson). <p>Par exemple:</p> <p><i>Se mouvoir</i>: changer le patient de position toutes les x heures et soins de peau. On répond ainsi à un besoin de confort tout en maintenant la peau du patient en bon état.</p> <p><i>Choisir ses vêtements</i>: penser à la pudeur du patient, veiller à ne pas le laisser découvert quand on ouvre la fenêtre. On respecte ainsi son individu.</p> <p><i>Eviter les dangers</i>: le sécuriser par des paroles, des gestes, des explications... etc...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre consciente que certains «besoins» des théories sont inadéquats à ces stades de la maladie. Par exemple: se distraire, apprendre. - Chez la personne en fin de vie, envisager un accompagnement religieux (visite d'un prêtre ou d'un pasteur).

PROBLEME 4	ANALYSE
<p>Faire face à la passivité du patient lors de soins techniques sans abuser de celle-ci, ni le prendre pour un cobaye.</p>	<p>Lorsque l'on a à faire à un patient conscient et que l'on prodigue un soin ou un traitement, le patient a la possibilité de réagir:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de s'informer de ce qu'on va lui faire – d'accepter ou de refuser le soin ou le traitement (tout au moins de façon théorique) – de faire part de sa douleur, de son mécontentement ou de sa satisfaction. <p>Le patient inconscient ne nous offre aucun feed-back quant aux soins et n'a aucune possibilité pour intervenir; ce qui peut conduire à des abus.</p> <p>Chez les personnes interrogées, les avis sont mitigés. Certaines voient dans la personne inconsciente le patient idéal pour s'exercer à la technique de certains soins qui peuvent être douloureux ou gênants chez un malade conscient (pose de venflon, pose de sonde vésicale masculine); d'autres sont gênées par le «pouvoir» important qu'elles ont sur la personne inconsciente et se culpabilisent de tenter des soins techniques nouveaux sur cette personne.</p> <p>Deux personnes seulement ne ressentent aucune différence en travaillant avec un patient conscient ou inconscient.</p>

OBJECTIFS	ACTIONS SUGGEREES
<p>Prodiguer des soins techniques optimaux en respectant les techniques de soin, les règles de l'asepsie et de l'hygiène hospitalière</p> <p>Donner des soins en respectant la personne humaine à qui on les prodigue</p> <p>Respecter l'éthique professionnelle (ne pas commettre d'abus...)</p>	<p>1. Compenser le feed-back que devrait nous renvoyer le patient par notre propre observation; s'entraîner à une observation du patient et de ses réactions qui soit systématique et complète. Accorder de l'importance aux détails signalés par la famille (rougeur...), cela complète notre observation.</p> <p>2. garder un contact verbal avec le patient lorsqu'on lui prodigue un soin technique afin de mieux ressentir que l'on ne travaille pas avec un «mannequin» et de garder les mêmes habitudes qu'avec un autre patient (appeler une collègue si l'on rate deux fois sa prise de sang plutôt que de s'acharner sous prétexte que le patient ne sent pas... etc...).</p> <p>3. Etre sûre que les actions entreprises sont nécessaires au maintien de la vie du patient ou à son confort; sinon en discuter avec l'équipe ou le médecin pour comprendre les ordres et éventuellement les mettre en cause.</p>

PROBLEME 5	ANALYSE
<p>Irrespect de la personne humaine inconsciente.</p>	<p>Voici un sujet qui me tient à cœur pour m'avoir à plusieurs reprises étonnée, voir choquée. Il s'agit de l'irrespect que l'on témoigne parfois au patient dans le coma sous prétexte qu'il n'entend pas ou que même s'il entend, il ne s'en souviendra pas (étant sous des antalgiques ou hypnotiques majeurs comme le dormicum® ou la morphine qui produisent une amnésie de la période où le médicament agit).</p> <p>Ce manque de respect va de la négligence de la pudeur du patient à des remarques concernant sa posture, ses organes, son tentamen ou même des éléments de sa vie privée.</p> <p>Personnellement j'ai été confrontée à plusieurs reprises à de telles situations pendant mes différents stages et les dix élèves interrogées sont unanimes pour dire qu'ils ont beaucoup de mal à accepter que de tels relâchements aient lieu devant des patients, tous ayant vécu des situations de ce genre pendant leur formation.</p> <p>Un infirmier que j'interrogeais à ce sujet, loin de nier cet état de fait a tenté de m'expliquer que dans des services aussi lourds que les soins intensifs ou la polyclinique où le personnel doit à tout moment avoir à faire face à des situations d'urgence, il arrive que pour se défouler, extérioriser son angoisse, il tourne en dérision le problème médical insoluble. Tout cela sort donc verbalement et permet aux personnes présentes de se décontracter pour un temps. Cependant, il reste vrai que certains éléments sont gênants dans de telles attitudes:</p> <p><i>En ce qui concerne la pudeur:</i></p> <p>la majorité des patients conscients que nous soignons sont très pudiques et le demeurent en étant inconscients. J'entends par là que nous savons que s'ils pouvaient manifester leurs désirs, ils souhaiteraient être installés de façon décente. De surcroît, le patient reçoit dans sa chambre de nombreuses personnes, médecins, radiologues, nettoyeurs, famille, amis, qui peuvent eux aussi être incommodés, chagrinés ou choqués du manque d'attention accordée à la pudeur du patient.</p> <p><i>En ce qui concerne les plaisanteries verbales</i></p> <p>1. Si le patient entend:</p> <p>alors qu'il doit déjà être passablement angoissé par tout ce monde qui s'affaire autour de lui (en plus du choc reçu par le traumatisme, la décompensation, etc...), le patient doit perdre toute sa confiance dans les soignants qui l'entourent et se sentir particulièrement incompris, délaissé, blessé au fond de lui-même d'être ainsi la risée de tout le monde. Est-il nécessaire de rajouter ce stress à tous ceux dont le malade est alors assailli?</p> <p>Pour prendre un exemple: durant mon stage aux urgences, une jeune recrue est arrivée après avoir fait un tentamen avec des doses de barbi-</p>

turiques insuffisantes pour mettre ses jours en danger. Il se trouvait à son arrivée dans un coma vigile, réagissant très fortement à la douleur (d'une injection intra-musculaire par exemple) et ouvrant les yeux à l'appel. On peut donc supposer qu'il comprenait ce qui se disait autour de lui s'il fournissait l'effort de concentration nécessaire. L'équipe soignante, persuadée qu'il s'agissait là d'une supercherie pour se faire réformer s'est mise à se moquer de lui, en le tutoyant et à lui conseiller de prendre des médicaments plus efficaces s'il désirait gagner le paradis, lui signifiant que ce petit manège ne prenait pas ici. Il est vrai que cette scène se passait un soir, à l'heure où chacun aspirait à rentrer se reposer après une journée éreintante. Toutefois, j'estime que nous n'avions pas les données nécessaires pour affirmer qu'il s'agissait là d'une comédie et que cela n'était ni le lieu ni le moment pour en discuter. D'autre part, je pense qu'il faut toujours prendre un tentamen au sérieux afin de cerner le problème et entreprendre des actions dans le but d'éviter une récurrence fatale. Enfin, il me semble qu'une personne n'appartenant pas au milieu médical ne sait pas forcément distinguer les médicaments pouvant provoquer la mort de ceux provoquant une somnolence. En résumé, je dirais que ce jeune homme n'ayant pas eu sa vie en danger un seul instant, nous sommes tout à fait passés à côté de notre rôle thérapeutique, dans le cadre de la polyclinique en tous cas, qui aurait été de l'encadrer, de le soutenir et de le rassurer.

2. Si le patient n'entend pas :

Il est évident que si le patient n'entend pas, les remarques verbales sont moins lourdes de conséquence vu qu'elles ne vont pas avoir une influence sur l'état psychique du patient. Cependant, un peu de respect fait preuve d'une marque de déférence face à un être humain en position d'infériorité et se trouvant parfois dans une situation tragique.

Pour illustrer ces propos, je prendrai un autre exemple, vécu par une de mes camarades de volée pendant son stage de chirurgie. Celle-ci a accompagné en salle d'opération sa patiente une jeune femme de 28 ans, mariée et sans enfant, pour une opération urologique en présence d'un gynécologue. Devant l'importance des lésions (abcès du cul-de-sac de Douglas et énorme kyste de l'ovaire) celui-ci fut d'avis de pratiquer une hystérectomie totale. Au moment d'enlever l'utérus, le chirurgien déclare d'un air triomphant « Attention voilà la tête ! ». Ma camarade en me relatant cela, en avait à l'époque les larmes aux yeux de révolte et je ne peux que partager son avis devant un humour d'aussi mauvais goût face à une jeune femme qui, un peu plus tard, allait apprendre qu'elle ne pourrait jamais avoir d'enfant.

PROBLEME (RAPPEL)	OBJECTIFS
1. Respect de la pudeur du patient	<p>Installer le patient de façon correcte et décente et veiller à ce qu'il soit couvert.</p> <p>Protéger le patient des regards (voisin – visites...) lors de soins ou toilette.</p> <p>Cela permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'augmenter le confort du patient – de lui témoigner notre estime – d'épargner les visites, la famille.
2. Respect de la personne humaine	<p>Respecter le patient, son état et lui manifester de l'intérêt, de la gentillesse, de l'attention, afin de le sécuriser au maximum et de lui faire sentir qu'il se trouve dans un milieu qui lui veut du bien.</p> <p>Etre et travailler dans des conditions favorables pour diminuer les stressés et surpasser la révolte ou la fatigue.</p>

ACTIONS SUGGEREES	REMARQUES
<p>1. Systématiquement couvrir le patient, tirer les rideaux et agir avec lui sans se permettre des négligences.</p> <p>2. Faire remarquer les négligences de ce type à nos collègues.</p> <p>3. Chacun à son niveau devrait essayer de se battre contre ces attitudes et en discuter avec les personnes concernées.</p> <p>4. Importance du «ressourcement» pour le personnel infirmier. Je pense en effet qu'il est primordial d'avoir d'autres centres d'intérêts que le métier qui nous permettent de nous adonner à d'autres activités, de nous dépenser physiquement, de rencontrer d'autres gens, d'aborder des sujets différents (sport, religion, hobbies...) et ceci pour prendre des distances face à toutes les «atrocités» que l'on rencontre à l'hôpital.</p> <p>5. Eventuellement organiser de temps à autre un colloque avec un psychologue afin de permettre au personnel d'extérioriser sa révolte et son angoisse.</p>	<p>Nous sommes tous à la merci d'un peu de relâchement dû à l'habitude, la fatigue, la lassitude, le découragement; tous ces sentiments sont profondément humains. L'essentiel, je crois, est de rester conscient du problème et du mal qu'une petite phrase peut faire au patient ou à tous ceux qui l'entourent.</p>

PROBLEME 6	ANALYSE
<p>Accepter l'état d'inconscience, le pronostic ou l'avenir du patient inconscient.</p>	<p>Ce problème d'acceptation de la maladie ne se rencontre pas uniquement en travaillant auprès d'un patient inconscient mais malheureusement aussi dans un grand nombre d'autres situations infirmières. Comment accepter qu'un enfant souffre, qu'un jeune adulte soit atteint du cancer, qu'un adolescent tente de se suicider, qu'un homme reste paraplégique suite à un accident...</p> <p>Le problème se pose avec la même intensité lorsqu'il s'agit d'un patient comateux dont l'état de dépendance totale et d'inconscience nous rend proche de la mort. Cet état de fait est d'autant plus marquant que la personne est jeune et proche de nous (par son âge) et que l'étiologie nous paraît aussi guetter chacun d'entre nous (on se sent plus concerné par la victime d'un accident de voiture quand on sait que soi-même on va prendre le volant pour rentrer en congé, que par un patient atteint d'une cirrhose éthylique alors que l'on n'abuse pas d'alcool). Dès lors nous avons tendance à faire facilement des transpositions, le jeune homme allongé pourrait être un frère, un ami, ses parents effondrés ressemblent tant aux nôtres. Pitié, compassion, angoisse, révolte; autant de sentiments qu'il nous faut vaincre afin de rester efficaces, disponibles et tolérants face aux autres patients notamment.</p>

OBJECTIFS	ACTIONS SUGGEREES
<p>Permettre à l'infirmière d'exercer sa profession sans «endosser» tous les maux rencontrés.</p>	<p>J'ignore s'il existe vraiment des actions capables de nous faire surpasser notre émotion et je me demande même si cela est souhaitable. En effet, bien qu'étant des soignants et donc particulièrement en contact avec la maladie, la souffrance et la mort, nous demeurons des personnes sensibles et receptives à ces mots et il serait anormal que plus rien ne nous touche. Serions-nous capables de soigner avec autant d'efficacité? Le risque est évidemment un mal-être de l'infirmière, des répercussions sur sa vie privée et dans les cas extrêmes la dépression. L'important est donc que l'infirmière (d'autant plus l'élève) puisse s'exprimer sans fausse honte sur ce qu'elle ressent et puisse dialoguer avec des personnes compétentes des problèmes qu'elle rencontre (collègues, monitrices ou médecins, par exemple).</p>
<p>Lui permettre de s'épanouir et de mener une vie privée normale, détachée de sa vie professionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colloques avec un psychologue (voir problème 5) - Ressourcement à encourager (voir le même problème).
<p>Lui permettre de rester disponible, gentille, à l'écoute des petites misères parfois insignifiantes des autres patients.</p>	

PROBLEME 7	ANALYSE
<p>Lassitude face au patient inconscient ne progressant pas.</p>	<p>Ce problème concernant la lassitude face au patient inconscient ne progressant pas, ne s'est pas posé chez les élèves pour plusieurs raisons:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ils ne travaillent pas assez longtemps aux soins intensifs pour avoir le temps de se lasser; – ils ne sont jamais seuls avec un patient inconscient (présence d'une infirmière pour discuter); – ils sont entourés et captés par trop de choses nouvelles pour avoir le temps de se lasser. <p>Il me paraît néanmoins intéressant de soulever ce problème rencontré par plusieurs diplômées.</p> <p>Travailler seule avec un malade dans le coma est une tâche lourde physiquement et psychologiquement. Cela implique rester huit heures consécutives auprès d'un patient ne réagissant pas, ne communiquant pas, faire de nombreux soins techniques, calculer des bilans... Lorsque les résultats de laboratoire ou radiologiques sont bons ou en amélioration, l'infirmière est motivée; mais si le patient se péjore peu à peu ou que son état demeure stationnaire pendant plusieurs semaines, l'infirmière a tendance à se lasser, à ne plus vraiment croire en ce qu'elle fait et à prendre son travail moins à cœur.</p> <p>Cette lassitude est manifeste le matin lors de la répartition lorsqu'un long silence fait suite à la question: «qui veut s'occuper de Mr X.».</p>

OBJECTIFS	ACTIONS SUGGEREES
<ul style="list-style-type: none"> - Eviter de travailler dans de mauvaises conditions psychologiques ou à contre-cœur - Effectuer un travail optimal - Satisfaire tous les besoins du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenter de travailler à deux dans la chambre d'un patient inconscient lorsque l'effectif le permet. <p>Cela rend possible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> une possibilité de dialogue <input type="checkbox"/> un partage du travail (plus de temps pour faire les choses; moins de stress). <input type="checkbox"/> de sortir de temps à autre de la chambre pour prendre un café ou chercher du matériel. <ul style="list-style-type: none"> - Laisser libre choix aux infirmières de s'occuper ou non de ce patient. - Ne pas travailler trop de jours d'affilée avec un patient dans le coma. - Se stimuler en rediscutant du pronostic, des capacités de récupération du patient avec l'équipe ou le médecin. - Eventuellement mettre de la musique (en sourdine) pour rendre l'atmosphère plus détendue. Dans ce cas, doser la fréquence de ces intermèdes et vérifier que le patient aime le genre de musique que l'on se propose de lui mettre...

d/ *Conclusion du processus*

Les problèmes sont soulevés. J'ai tenté de proposer des actions qui soient utilisables et faciles à mettre en pratique à titre individuel chaque fois que l'on a des soins à prodiguer à un patient inconscient.

Je n'ai pas fait d'évaluation de ces actions car le temps m'a manqué pour les faire mettre en pratique par les élèves infirmiers qui ont participé à ce travail en répondant à mes questions et qui auraient pu me donner un feedback plus objectif.

Néanmoins, le plus important pour moi est de rester sensible à tous les obstacles qui se dressent entre l'infirmière et le patient et de garder à l'esprit qu'il existe des moyens pour les surmonter et avoir une relation avec le patient, relation qui soit bénéfique pour lui et «agréable» pour l'infirmière.

6. **Conclusion du travail**

Une de mes motivations pour entreprendre ce travail était mon malaise face au patient inconscient. Ce sentiment n'était autre que la peur de l'inconnu, de l'autre dont on ne sait rien mais dont on suppose beaucoup. En fait, au cours de mes recherches, je me suis aperçue que la médecine ignore encore beaucoup de choses sur le patient dans le coma et que chacun comble cette lacune par ses propres convictions en y mêlant son expérience, ses espoirs, mais aussi sa religion ou son incrédulité. Je n'ai donc pas pu résoudre l'énigme de «ce que ressent la personne dans le coma», mais j'ai pu moi aussi me faire une idée personnelle et me fixer une ligne de conduite et des buts: faire un maximum pour que le confort physique et psychique de la personne soient assurés et que son être soit respecté. Pour cela, il me fallait vaincre mon appréhension: c'est chose faite depuis que j'ai pu travailler auprès d'eux et élaborer ce travail.

7. **Récolte de données et bibliographie**

Certains membres de l'équipe des soins intensifs

Deux patients ayant été inconscients

Dix élèves infirmiers de 3^e année.

Revue:

Revue de l'infirmière française, février 1975

Médecine et Hygiène, 30 mai 1979

«Neuropsychologie et troubles de la conscience» par E. Perret.

Soins, n°5, tome 25, mars 1980

«Conduite à tenir devant un coma» par P. Bloit.

Cours de La Source :

«Le respect du malade», article de Majorie Duvillard.

Théorie de soin infirmier selon Virginia Henderson.

«Le ressourcement», article de P. L. Dubied.

Dictionnaires :

Dictionnaire des termes techniques et médicaux

Robert

Petit dictionnaire médical, L. et A. Manuila, Ed. Masson.

Ouvrages de soins infirmiers ou d'anatomie pathologique :

Les cahiers de l'infirmière n° 12, P. Augustin, Ed. Masson.

Vademecum clinique V. Fattorusso et O. Ritter, Ed. Masson.

Soins infirmiers, une approche globale Kozier et Erb, Inter-Edition.

Ouvrages de psychologie :

Introduction à la psychanalyse S. Freud, Ed. Petite Bibliothèque Payot.

Psychologie des soins infirmiers approche relationnelle par Olivier Cotinaud, Ed. Infirmière d'aujourd'hui.

Précis d'histoire de la philosophie P. J. Thonnard, Ed. Desclée et Cie.

Psychologie médicale P. B. Schneider, Ed. Payot, Paris.

Divers :

La vie après la vie Raymond Moody, Ed. Enigme de l'univers, R. Laffond.

Nouvelles de La Source

COLLOQUES MÉDICAUX DE LA SOURCE

Au début des années 50 déjà, le corps médical de La Source a pris l'initiative de colloques: un mardi sur deux, de 19h. à 20h., divers spécialistes attachés à notre clinique ont eu l'habitude de se réunir pour présenter à leurs confrères des cas relevant de leur activité — avec leurs difficultés comme avec leurs succès — ou pour aborder un sujet choisi. Quelques praticiens de la ville participèrent régulièrement à ces rencontres, nouvelles pour l'époque. Après 35 ans, il convient de remercier ici encore tous les organisateurs et orateurs, ainsi que les auditeurs... plus ou moins assidus.

Ce mode de «formation post-graduée», inauguré à La Source alors même que le terme n'était guère répandu, s'est largement propagé. Chaque service universitaire, chaque hôpital régional, chaque groupement d'intérêts particuliers lance des invitations; l'embarras du choix lié à des convenances horaires et au mode de vie de tout un chacun entrave la bonne fréquentation que méritent le zèle et la compétence des présentateurs.

Loin de renoncer, les médecins de La Source désirent adapter la formule aux circonstances actuelles. A un rythme plus espacé — une fois par trimestre à titre d'essai — ils envisagent de traiter en quelque trois heures, entre 10h. et 13h., un sujet assez vaste, d'un domaine suffisamment général pour que chacun y trouve son intérêt. De plus, le style de la collaboration ayant évolué lui aussi, le colloque médical sera dorénavant largement ouvert aux infirmières et même aux membres de l'Association. Celles-ci trouveront peut-être ainsi une compensation à la disparition des conférences que ne leur offre plus une Journée Source amputée de sa matinée didactique.

Dans cette perspective, date et sujet seront régulièrement annoncés dans ce journal, le programme définitif et détaillé étant disponible à La Source dans les semaines qui précèdent.

Nous invitons à remplir les quelque 60 places de l'Auditoire Freminet le matin du 5 novembre 1985. L'hygiène hospitalière fera l'objet d'un exposé introductif du Dr Patrick Francioli, chef de ce service au CHUV; un chirurgien, un interniste et une infirmière de La Source présenteront à cet égard leurs problèmes et lanceront la discussion que nous souhaitons animée et hautement profitable.

Dr. J.-P. Muller, président de La Source

Association

Calendrier

Groupe de Lausanne

Venez nombreuses le 6 novembre 1985 à 15h. à l'Auditoire Freminet (dispensaire de La Source) pour une conférence d'actualité!

Nous avons toutes lu que nos eaux étaient en danger et qu'à partir du 1^{er} juillet 1986 les phosphates seront interdits dans les produits de lessive. Dans l'idée d'approfondir la question, nous organisons une rencontre avec un spécialiste en la matière: un maître savonnier. Monsieur Hoch va nous informer des effets des produits de lessive synthétiques sur l'environnement, et, par conséquent, sur l'homme, ainsi que des possibilités de diminuer ces dangers.

Il nous montrera, avec un film, la fabrication artisanale du savon et répondra à nos questions. Nous pourrons prévoir une visite de la savonnerie pour celles que cela intéressera.

Nous espérons que vous viendrez nombreuses car les problèmes d'écologie et leurs solutions nous touchent tout particulièrement en tant que femmes et infirmières.

Le stamm du groupe de Lausanne a lieu depuis cet été au Restaurant-Pizzeria «Il Padrino» à la place Bel-Air, Lausanne.

(Avec toutes nos excuses pour le retard de cette information. Réd.)

Informations du comité

Vendredi – samedi 15 et 16 novembre 1985:

Vers une éducation non sexiste: nouveaux modèles, nouveaux moyens
Séminaire organisée par l'Association vaudoise pour les Droits de la Femme et le journal «Femmes suisses».

Pour les détails du programme, s'adresser à Ursula Jobin-Howald, tél. 021 / 35 04 41.

Du mardi 29 au jeudi 31 octobre 1985 de 9h à 19h.

Grand Marché d'Artisanat

Maison de la Femme
Lausanne

Mardi 5 novembre 1985 à 20h.30

Maison de la Femme

La restauration d'art. Madame Thérèse Mauris parle de son métier.
Exposé illustré de diapositives.

Jeudi 5 décembre 1985 à 14h.30

Maison de la Femme

Maurice Béjart, danseur et chorégraphe. Conférence de Mme Geneviève Westphal, illustrée par une présentation audio-visuelle du «Sacre du printemps» de Strawinski, dansé par le Ballet du XX^e siècle.

Ursula Jobin

Faire-part

Naissance

Evodie, née le 2 septembre 1985, fille de Marc et Marie-Claire Rossé-Wahli (volée avril 1975)

Mariages

Anne Mory (volée octobre 79) et Pierre Blaser, le 5 octobre 1985 à Gléresse.
Marie-Jeanne Folletête (volée octobre 75) et Christian Nidegger, le 12 octobre 1985 à Genève.

Bernadette Mégevand (volée octobre 74) et Pierre Grelly, le 26 octobre 1985 à Choulex.

Nouvelles adresses

Karine BAER	21, Maillefer, 2006 Neuchâtel
Chantal BAPST-SAAS	36, chemin des Ribaudes, 2000 Neuchâtel
Françoise BARTH	79, Parcs, 2000 Neuchâtel
Danièle BETTENS-TRIVELLI	2, rue des Erables, F-78360 Montesson
Anne BLASER-MORY	36, Port-Roulant, 2003 Neuchâtel
Sylvie BOREL-CLERC	UN Joint Medical Service, P. O. Box 47074 Nairobi (Kenya)

Marion de BOSSET	30, route d'Ornex, 1239 Collex
Myriam BOYER	13, avenue Henri-Dunant, 1205 Genève
Dominique CAILLAT-THALMANN	22, ch. du Bois de Menton, 1066 Epalinges
Marie-Jeanne CHRISTINET	15, Gratte-Semelle, 2000 Neuchâtel
Ines DIETRICH-GUILLOD	55, Charrière, 2300 La Chaux-de-Fonds
Sandra DEFORGE-BOTTINELLI	4, Marché, 2300 La Chaux-de-Fonds
Nicole DEMIEVILLE	c/o Bethulia, 58, Béthusy, 1012 Lausanne
Odile DUBUIS	7, ch. de la Grosse-Pierre, 1110 Morges
Valérie FONTAINE	Bobbin Hollow Jarm, P. O. Box 460 Amherst, Massachusetts 01002, USA
Denise GRANDCHAMP	21, rue des Délices, 1203 Genève
Myriam GREILLIAT-GOSTELI	22, chemin des Charrières, 2024 St-Aubin
Irène GUISSAN-CHRISTEN	7, rue de la Main, 2000 Neuchâtel
Edith ILG-STOKY	5, chemin du Jura, 1170 Aubonne
Nathalie MALHERBE	c/o P. Malherbe, 7, Guisan, 1400 Yverdon
Madeleine MARGUERON-MARGOT	Home Clairval, 2115 Buttes
Christiane MATHEVON-AEBI	7, chemin de la Boisserette, 1208 Genève
Carole MENOUD	31, avenue de la Sallaz, 1010 Lausanne
Karin METTRAUX-MAURY	12, avenue de la Sallaz, 1005 Lausanne
Lea MEYER	P. O. Box 38, Cassel, Calif 96016, USA
Marie-Luce MIEVILLE	15, avenue Vinet, 1004 Lausanne
Eliane MONOD	4, rue du Jura, 1201 Genève
Valérie NARDIN	8bis, avenue du 1 ^{er} Mai, 1020 Renens
Nicole PARIS-PADRUN	La Cure, 1341 L'Abbaye
Suzanne PERROTTET-GLEYRE	1, avenue de Collonges, 1004 Lausanne
Nelly PILLOUD-WAHL	8, rue des Cerisiers, 2023 Gorgier
Pascale PRETOT-BILAT	26, Cassières, 2800 Delémont
Jeanne RAMSEYER-REYMOND	12, les Ormeaux, 1066 Epalinges
Madeleine ROTHENBUHLER-	Clinique de Champel-Elysée
MALESZEWSKI	40b, avenue de Champel, 1206 Genève
Sylviane ROTHENBUHLER	12, Matile, 2000 Neuchâtel
Marie-Hélène SARAMONDI	6, chemin des Christophes, 1249 Russin
Marie-France SCHMITTER	123, avenue des Fahys, 2000 Neuchâtel
Anna SCHNURRENBERGER	Postfach 315, 8046 Zürich
Lionel + Corinne SPYCHER-	30, avenue Vinet, 1004 Lausanne
ETIENNE	
Carmela TROVATO	1, chemin Pré des Clos, 1009 Pully
Annick VALLOTTON-DEPASSEL	57bis, chemin du Devin, 1012 Lausanne
Christine WEBER	2, chemin du Solère, 1004 Lausanne
Michèle ZURCHER-PERNO	3, chemin de Maujobia, 2000 Neuchâtel

Journal de La Source

Groupe de rédaction:

Edmée Botteron, Micheline Boyer, Antoinette de Gautard, Catherine Guenot-Mauron, Nelly Mercier, Arlette Schneider-Gentil, Ingrid Tschumy-Durig.

Parution:

le 15 du mois. En février, avril, juillet-août (rapport), octobre, décembre.
Un bulletin interne paraît en janvier, mars, mai, juin, septembre, novembre.

Délai rédactionnel (journal et bulletin):

Le 10 du mois précédant la parution. Les textes à publier sont à adresser directement à la rédactrice, Mlle A. de Gautard, avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, tél. 021 / 37 77 11.

Abonnement: Fr. 25. — par an. CCP 10-16530

Changement d'adresse:

Fr. 2. — à verser sur le CCP ou en timbres-poste. Les demandes d'abonnement et les changements d'adresse sont à envoyer au bureau de l'Ecole.

La Source, Ecole d'infirmières

Avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, tél. 021 / 37 77 11 — CCP 10-16530

Directrice: Mlle Micheline Boyer

Association des infirmières de La Source, Lausanne

Présidente: Madame Marthe Alt-Moreillon, chemin Verdonnet 17, 1012 Lausanne, tél. 021 / 32 45 95. CCP de l'Association: 10-2712.

Foyer de La Source: avenue Vinet 31, 1004 Lausanne, tél. 021 / 37 29 25.
Caissière du Foyer: Mme Madeleine Cardis-Cardis, chemin des Platanes 13, 1005 Lausanne, tél. 021 / 29 67 30 — CCP 10-1015.