

La Source



4/01

Soigner en milieu carcéral

Sommaire



Affronter l'institution carcérale et la culture du secret qui y régnent... le rôle des soignantes n'est pas toujours évident.

Légendes

- 1 La vieillesse n'est pas un état statique, mais l'évolution continue de la personne.
- 2 Affronter la complexité des enjeux humains comme celle de nos organisations.
- 3 Les prestations médicales et infirmières mises à disposition des détenus s'inscrivent dans une approche plus globale de la médecine communautaire.
- 4 Là où communiquer devient essentiel.
- 5 La violence est incarnée par les murs de la prison. Elle est son signe et son symbole.

Source des illustrations:
page de couverture: Cédrik Nemeth
N° 1, 2, 3: Archives ELS
N° 4,5: Archives ELS

Editorial

Soins en milieu carcéral *J.-P. Duflon*

3

Nouvelles de l'Ecole

Destination Santé de la formation à la profession

5

Les 10 ans de la formation aux PRIGG *A.-F. Dufey*

6

Formation PRIGG: ses effets sur mon évolution professionnelle

D. Küng

9

Formation PRIGG: ses bénéfices *C.-A. Künzler*

10

Nouvelles de l'Institut

Congrès international

12

Nouvelles de la Clinique

Le centre de procréation médicalement assistée de la Clinique de La Source – une référence dans le domaine de la médecine de reproduction

Dr H. Lucas, J. Balmer, L'équipe de la PMA

13

Dossier: Soigner en milieu carcéral

Soins hospitaliers pour les détenus *D. Thiébaud, Dr. D. Bertrand*

15

Mon parcours professionnel et personnel *B. Rumphorst*

17

Soins infirmiers et réinsertion *J.-P. Duflon*

19

Stage d'étude en soins infirmiers en milieu carcéral *A. Liard*

24

Association

27

Milieu carcéral aux Philippines *M.-C. Siegfried*

Noël 2001 dans les groupes Suisses

Rappel

Rubrique «Alors raconte!» *H. Müller*

Nouvelles adresses

29

Faire-part

Naissances, décès, hommages

30

Photocomposition et impression: Atelier Grand SA, 1052 Le Mont.

Maquette: Alain Kissling Design industriel graphisme, chemin du Casard 5, 1023 Crissier.

Soins en milieu carcéral

La situation dans le canton de Vaud

Le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP), qui réunit les équipes soignantes des prisons du canton, a été créé en 1995 sur décision du Conseil d'Etat vaudois. Il est l'une des unités du Département universitaire de médecine et santé communautaire des Hospices cantonaux. Sur le plan cantonal, l'appartenance du SMPP à l'un des services du Département de la santé et de l'action sociale signe son intégration aux institutions de la santé publique.

Le SMPP intervient dans les cinq sites pénitentiaires en activité dans le canton, eux-mêmes regroupés en trois entités distinctes. Celle des Maisons d'arrêts et de préventive est constituée de trois prisons: le Bois-Mermet à Lausanne et la Croisée à Orbe, toutes deux destinées à l'accueil d'hommes en détention préventive, et, celle de Vevey, qui accueille des hommes condamnés à des peines d'arrêts. Les Etablissements de la Plaine de l'Orbe (EPO) sont le centre d'exécution de peine pour hommes. Enfin, la troisième, La Tuilière à Lonay, héberge des hommes en préventive et des femmes sous tous les régimes de détention. Le SMPP a encore développé une unité de consultation ambulatoire implantée à Lausanne. Elle est essentiellement destinée au suivi de personnes soumises à une obligation légale de soins, non incarcérées ou dont la mesure d'interne a été levée; des patients désirant poursuivre, après leur peine, un traitement entamé en prison peuvent également en bénéficier.

La séparation des soins et de la sanction, dont les institutions que nous venons d'énumérer relèvent

du Département des institutions et des relations extérieures, représente une garantie de qualité des prestations. Elle a permis au SMPP de se faire reconnaître comme interlocuteur à part entière dans les discussions touchant à la définition des politiques de soins au niveau cantonal, comme institution participant activement à la formation des soignants, et comme institution partenaire en matière de recherche dans le domaine de la santé. L'ancrage du SMPP dans le réseau sanitaire facilite la communication entre les soignants des prisons et ceux des institutions de la société ouverte, lorsque l'état de santé d'un détenu exige qu'il y soit transféré. Le fait que le SMPP soit aujourd'hui sollicité, via son chef de service, comme expert par certaines instances européennes constitue également une reconnaissance de ce modèle d'organisation.

Le mandat du SMPP est de répondre à l'ensemble des besoins de santé émanant de la population carcérale. Sur le plan somatique, des consultations sont assurées plusieurs fois par semaine dans chaque prison, par des internistes installés intervenant comme vacataires pour le SMPP, ou délégués par la Policlinique médicale universitaire. Cette activité est comparable à celle d'une polyclinique ambulatoire. Sur le plan psychiatrique, des consultations sont organisées de la même manière par des médecins psychiatres travaillant à plein temps pour le service. De plus, le SMPP gère deux Unités psychiatriques en milieu pénitentiaire, l'une située en détention préventive, l'autre en exécution de peine. Chacune d'elles accueille des hommes incarcérés, souffrant de troubles psychiques suffisam-

ment importants pour compromettre leur intégration dans les régimes de détention ordinaires, mais pouvant encore se passer de la présence continue des soignants. Les patients nécessitant une présence soignante 24h/24 ou des soins continus, pour des raisons somatiques ou psychiques, doivent être transférés dans les hôpitaux spécialisés du canton. Si les conditions de sécurité l'exigent, ils peuvent également être dirigés vers les quartiers cellulaires, hospitalier ou psychiatrique, implantés dans les Hôpitaux universitaires genevois.

Outre les activités d'accompagnement des médecins internistes pendant leurs consultations, et les prestations de cothérapie de plus en plus importantes en psychiatrie, les équipes infirmières sont particulièrement impliquées dans la gestion des activités de groupes de patients propres aux unités psychiatriques. Elles ont un rôle prépondérant dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses, HIV, hépatites B et C ou tuberculose en particulier.

Pour des raisons liées à la sécurité, les soignants ne peuvent assurer les consultations qu'entre 07h30 et 17h30. En dehors de ces heures, un système de piquet, infirmier et médical est organisé. Le piquet infirmier représente la première ligne d'intervention en cas d'urgence, puisqu'en dehors des situations présentant un risque vital et nécessitant l'intervention immédiate des services d'urgences spécialisés (ambulances et SMUR), les surveillants doivent passer par lui en cas de problème. La suite des interventions dépend de l'expertise de la situation faite par le piquet infirmier.

L'incidence des troubles de santé liés aux contraintes de la vie carcérale est par ailleurs de plus en plus grande. Un accompagnement infirmier plus autonome, centré sur l'aménagement de la vie quotidienne, prend donc de l'ampleur et contribue, à l'instar de ce qui se passe dans bien d'autres institutions de soins, au développement d'un rôle propre à la profession infirmière.

L'approche globale des problèmes de santé est respectée dans l'organisation même du SMPP. Les soignants, parce qu'ils sont amenés à collaborer avec des médecins issus de multiples spécialités, ont un rôle central à jouer dans cette perspective. Ce regard spécifique sur la globalité permet d'inscrire le temps de la prison dans l'histoire du patient. Cela est d'autant plus important dans une perspective de réinsertion, la stabilité de l'institution carcérale passant toujours par sa capacité à isoler les résidents.

Nombreux sont les patients qui nous disent vivre leur séjour comme une parenthèse sans lien avec le passé, ou le futur. Le rôle professionnel de l'infirmière, de par sa place dans l'équipe de soins et dans l'institution carcérale, est donc intimement lié à la nécessité d'inscrire les soins dans une perspective de changement ■

Jean-Philippe Duflon

CLG+
Galerie
CLINIQUE
DE LA SOURCE

DU 6 SEPTEMBRE 2001 AU
28 OCTOBRE 2001

ROSA BOPP
AQUARELLES

DU 1^{er} NOVEMBRE 2001 AU
10 DECEMBRE 2001

PIERRE BATAILLARD
PASTELS

VERNISSAGE LE JEUDI
1^{er} NOVEMBRE 2001
À 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE



DE LA FORMATION A LA PROFESSION

Du 3 au 6 octobre 2001,
une vaste campagne
d'information est organi-
sée dans tout le canton.

Quels sont les objectifs de cette action?

- Augmenter le nombre de candidats aux admissions des écoles de la santé vaudoises.
- Améliorer le niveau d'information de la population sur les professions de la santé et les formations de niveau secondaire et tertiaire.
- Sensibiliser le public aux réalités de ces professions.

Quelles sont les finalités recherchées?

- Mobiliser les médias (presse, radio, TV), les encourager à parler positivement des professions de la santé.
- Informer le grand public de l'ampleur des changements en cours (formation et conditions de travail).

L'Ecole La Source
s'associe à cette initiative

mercredi 3 octobre
de 12h à 21h

jeudi 4 octobre
de 16h à 21h

vendredi 5 octobre
de 16h à 22h

L'Ecole La Source et La Clinique
de La Source vous invitent à
visiter leur stand à la salle des
fêtes du Casino de Montbenon

mercredi 3 octobre
de 13 h à 18h30
une journée
porte-ouverte

à l'Ecole La Source, Avenue
Vinet 30, Lausanne (641 38 00).

sur le thème

**Etre infirmière aujourd'hui
et demain, c'est...**

Deux comédiens de renom, B. Cuche et K. Slama, les étudiants et enseignants de l'Ecole La Source vous invitent à vivre une expérience originale pour découvrir les différentes facettes et potentiels de cette profession.

A travers des impros humoristiques et des exposés thématiques, nous vous offrons l'occasion de faire la connaissance, de participer aux animations, de vous informer sur l'avenir de la Profession Infirmière.

De 18h30 à 20h00
à l'auditoire Leenaards,
Ecole La Source

une conférence
suivie d'un débat
du cycle
«La Source dans la cité»
vous est proposée

sur le thème

«Formation, information
et liberté:
Quels enjeux pour la santé?»

avec la participation de:

Bertrand Kiefer
Médecin,
Rédacteur en chef de la revue
Médecine et Hygiène

Modératrice: Evelyne Guittard,
enseignante -formatrice
Centre de formations
interdisciplinaires
postdiplômes,
Ecole La Source

Inscriptions:
Ecole La Source,
Secrétariat de l'Unité
de recherche et développement,
Mme Andrée Favre:
Tél. 021 641 38 35,
E-mail: urd@ecolelasource.ch

Entrée libre

Les 10 ans de la formation aux «Pratiques Interdisciplinaires en Gériatrie-Gérontologie»

Origine du projet

A la fin des années 1980, le vieillissement démographique suisse évolue de plus en plus. Dès lors, l'attention à apporter à la personne âgée prend une place importante dans les préoccupations familiales, communautaires, institutionnelles, politiques et économiques.

Le nombre de clients âgés augmente dans tous les services. Leur profil se modifie considérablement. Les politiques sanitaire et sociale mettent en place de nouvelles orientations pour faire face aux coûts engendrés. Parallèlement, les structures familiales et leur dynamique changent. Pour les professionnels et les institutions concernés, la tâche devient vaste et complexe. Pour y faire face, tous les milieux médico-sociaux étoffent et diversifient la composition de leurs équipes professionnelles.

Progressivement, assistants-sociaux, ergothérapeutes, animateurs, physiothérapeutes et infirmières se retrouvent acteurs dans les mêmes situations.

Si cette approche interdisciplinaire contribue à répondre de façon plus globale à la diversité et à la complexité des besoins qui se présentent, elle reste porteuse d'un certain nombre de défis dans les situations de gériatrie et psychogériatrie. En effet, elle ne donne pas par elle-même tous les moyens requis pour répondre de façon pertinente aux besoins induits par l'âge avancé des clients. Force est de constater, que la majorité des membres des équipes pluridisciplinaires, n'a pas

eu, durant sa formation de base, l'opportunité de découvrir et d'approfondir comment adapter ses modes d'évaluation et d'intervention auprès d'une clientèle âgée, voire très âgée. C'est ainsi que ces professionnels découvrent progressivement leurs difficultés à gérer des situations dans lesquelles peuvent être intriqués polymorbidité physique, troubles cognitifs, accumulation de pertes, isolement social, perspective de fin de vie, etc. Ils doivent également se rendre à l'évidence et reconnaître qu'une personne âgée est pleine de ressources. Pour être efficaces, ils doivent en tenir compte, notamment en modifiant la teneur de leurs attitudes et interventions, leur rythme, etc. Pour plusieurs d'entre eux, l'ensemble de ces réalités va représenter des défis qu'ils n'avaient pas soupçonné devoir relever, et surtout s'ils ont pris pour acquis qu'il s'agissait de soins «simples».

C'est dans ce contexte que le programme de spécialisation «Pratiques Interdisciplinaires en Gériatrie-Gérontologie» (PRIGG) voit le jour en 1991.

Dès sa création, la finalité poursuivie par cette formation aura été d'offrir aux professionnels diplômés un lieu de réflexion et d'étude, ainsi qu'un encadrement pouvant les aider à :

- Partager leurs questionnements quant aux défis personnels et professionnels que leur pose le vieillissement de la clientèle;
- Découvrir et approfondir différents cadres conceptuels de référence leur permettant d'appréhender les besoins spécifiques d'une clientèle vieillissante, voire très âgée, et les réponses à y apporter;
- Rechercher comment adapter leurs modes d'évaluation et d'in-

tervention aux exigences qu'induisent, d'une part la richesse des expériences détenue par ces clients, et d'autre part la complexité des situations qu'ils sont appelés à vivre;

- Découvrir et apprendre à utiliser des outils méthodologiques et stratégiques leur permettant de gérer pleinement leurs compétences professionnelles et personnelles, en vue de les rendre efficaces dans l'accompagnement des vieillards, ainsi que dans la participation aux projets des services ou institutions accueillant ce type de clientèle;
- Promouvoir les échanges avec des collègues d'autres catégories professionnelles, ceci afin de développer leur capacité à apporter une réponse globale et concertée aux besoins complexes que présente la situation de cette clientèle, ainsi que de contribuer à la construction et au développement des pratiques interdisciplinaires au sein de leur service;
- Développer, sous supervision, des projets novateurs susceptibles de faire évoluer les pratiques gériatriques et psychogériatriques dans tous les milieux institutionnels.

Bilan des 10 années

Recrutement et profil des étudiants

Si la majorité des buts fixés dès le départ sont aujourd'hui atteints, il reste encore difficile de recruter des étudiants dans certaines catégories professionnelles. En effet, la profession infirmière est restée la plus couramment représentée dans les groupes. Parmi les autres professions, (environ 10%), nous avons accueilli des assistants-sociaux, des ergothérapeutes, du personnel d'aumônerie, des physiothéra-

peutes et des éducateurs spécialisés. Afin d'assurer les échanges et confrontations interdisciplinaires requis, nous avons pris l'habitude de travailler de façon permanente avec des enseignants réguliers, des chargés de cours et des praticiens-référents de différentes catégories professionnelles.

Il est intéressant de remarquer que les étudiants proviennent de tous les milieux de pratique: lieux d'hébergement, services de maintien à domicile, centres de jour, unités d'accueil temporaire, et hôpitaux. Ce dernier point nous ravit tout particulièrement, sachant les efforts qu'il reste encore à faire pour adapter ce milieu aux besoins des personnes âgées.

Il est également réjouissant de constater que de nombreux cadres infirmiers prennent le temps et la peine de suivre la formation. Selon leurs dires, ceci leur permet de découvrir comment mettre en place les activités de soins, comment gérer les ressources humaines sur la base d'un concept de

prise en soins et d'accompagnement psychosocial adapté aux besoins spécifiques de la clientèle âgée, de types gériatrique, psychogériatrique ou des deux.

Les étudiants viennent de tous les cantons romands. Cette diversité enrichit les échanges, de politiques et pratiques de soins.

Finalement le fait, que les groupes soient intergénérationnels (étudiants entre 25 et 55 ans), représente une richesse indéniable, porteuse d'une stimulation réciproque, propice à l'évolution tant personnelle que professionnelle.

Pédagogie du projet

Dès le début du programme, nous avons postulé la nécessité qu'une telle formation puisse contribuer à la promotion de la qualité des soins aux personnes âgées, et de faire évoluer les pratiques dans les différents milieux accueillant ce type de clientèle. Autrement dit, nous avons conçu une pédagogie pou-

vant servir à la fois les besoins des étudiants et ceux des institutions.

Le défi était de taille. Pour le relever, nous avons choisi de mettre en place une formation en cours d'emploi (avec une semaine de cours par mois sur 24 mois) et de pratiquer la pédagogie du projet.

L'étudiant travaille sur une problématique touchant la qualité des soins dans le cadre de son emploi, en vue d'améliorer les réponses apportées aux besoins de la clientèle. Tous les mois, lors des supervisions en groupe, chaque étudiant apporte ses questionnements, partage son analyse et ses idées de solutions. Il évalue où il en est dans son propre processus de transformation face à la pratique de son rôle et à son leadership personnel. Il évoque ce qu'il met en place, les succès et les difficultés qu'il rencontre pour sensibiliser et mobiliser les ressources humaines qui l'entourent, et pour les entraîner dans le changement. Grâce au climat de confiance qui s'instaure au fil du temps (l'ensemble d'une formation peut s'étendre sur 2 à 5 ans si suivie de façon continue ou discontinue), l'étudiant va vivre des remises en question et confrontations utiles qui contribueront à sa mobilisation et l'inciteront à «oser» le changement.

Il est aidé dans l'ensemble de cette démarche par les formateurs et les autres étudiants présents dans le groupe. Ensemble, ils lui suggèrent des moyens pour avancer dans sa démarche: documentation pertinente (y compris des adresses de personnes qui ont déjà mis en place un projet similaire ou proche), méthodologie et stratégies adaptées au projet, soutien, encouragements et valorisation. Parallèlement, les formateurs mettent à sa disposition des temps de supervision individuelle et veillent à ce que le contenu des différents



cours soit intégré dans la réflexion et l'action.

En cours et en fin de période d'études, l'étudiant est appelé à évaluer non seulement ce qu'il a mis en place, mais surtout comment, ceci en vue d'en tirer des enseignements pouvant lui être utiles dans la suite des changements qu'il cherchera à introduire dans d'autres projets.

Nous pouvons aujourd'hui tirer un bilan très positif au vu de cette méthode pédagogique.

Elle permet de répondre aux attentes des étudiants qui, pour la plupart, ont besoin d'apprendre à conceptualiser leur pratique et à maîtriser divers outils méthodologiques. Ces échanges les aident à trouver des solutions innovatrices, à recevoir un soutien moral, stimulés par la confrontation. Pour cette catégorie de professionnels, cette pédagogie est primordiale. Elle leur permet de mettre en mots ce qui fait la valeur du travail en gériatrie. Elle valorise et diffuse les expériences mises en place, et crée des réseaux entre collègues travaillant dans ce domaine. Cela contribue à les faire sortir de l'isolement quotidien, et, par là, à leur donner des moyens pour lutter contre l'épuisement professionnel.

Facteur tout aussi important, cette pédagogie donne l'occasion aux services et aux institutions d'évaluer leurs propres pratiques, et de ce fait, d'offrir à leurs clients la qualité de prestations qu'ils sont en droit d'attendre.

Conclusion: perspectives

Avec le projet de la Haute Ecole Santé-Social qui se met actuellement en place en Suisse romande, les formations professionnelles de la Santé et des secteurs sociaux postdiplômes sont en pleine évolution. Quel que soit l'avenir du pro-

gramme «Pratiques Interdisciplinaires en Gérontologie-Gériatrie», nous sommes certains que l'expérience de ces 10 années aura contribué positivement à ouvrir la voie vers davantage de compétences, chez tous les professionnels l'ayant suivie. Puissent la qualité des projets qu'ils ont mis et continuent à mettre en place dans leur institution, l'intérêt et l'enthousiasme qu'ils ne cessent de manifester pour les personnes âgées et la promotion de la qualité des prestations qui leur sont destinées, être reconnus à leur juste valeur et faire envie à ceux qui pourraient encore hésiter à se former dans ce domaine! ■

*Anne-Françoise Dufey,
Consultante en soins gériatriques
avec fonction d'enseignante.*



Un label pour le certificat «Pratiques en promotion de la santé»

Les 7 modules de notre formation «Pratiques en promotion de la santé» ont été accrédités par la «Centrale suisse des modules». Après presque deux ans de préparation, nous avons ainsi reçu le label de l'Office fédéral de la formation et des technologies (OFFT) «Conforme aux directives pour la formation continue selon le système modulaire».

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site internet:

www.modula.ch

Ces modules – les premiers dans le domaine de la promotion de la santé – figurent dans leur banque de données «online».

Renseignements et inscriptions:

*Consultez www.ecolelasource.ch ou contactez
Isabelle FIERRO-Mühlemann, resp. de filière
Tél. 021 641 38 40 Fax 021 641 38 38.*

Formation PRIGG : ses effets sur mon évolution professionnelle.

Six ans se sont écoulés depuis la fin de ma formation. Ce recul me permet aujourd'hui de faire le point et de communiquer mon expérience.

Commencer une telle formation pose un certain nombre d'inconnues:

- Vais-je arriver au but, réussir le défi que je me suis fixé?
- Concrètement, qu'est-ce que cela va changer dans ma pratique professionnelle?

Voilà, notamment, deux des questions que je me suis posée tout au long de la formation PRIGG.

Acquérir celle-ci tout en travaillant à 100%, demande un effort constant d'organisation entre: les activités professionnelles, les travaux de recherche, la vie de famille et les loisirs. Mais, au prix de quelques sacrifices, cela devient tout à fait réalisable.

L'enrichissement est certain et a pour conséquences des changements positifs dans la pratique professionnelle, en particulier dans l'organisation institutionnelle: création d'une brochure d'accueil, élaboration d'une conception de soins, intégration plus globale de l'animation au sein de la «maison». Ces effets directs, cités comme exemples, il va de soi, que j'ai continué à les développer et à en imaginer d'autres une fois le diplôme obtenu.

Tout au long, et plus encore, après cette formation, j'ai revu ma manière de concevoir et de défendre la prise en charge de la clientèle, les soins, la place de la gériatrie, non seulement dans un EMS, mais, d'une façon plus générale, dans la société.

Cette société voudrait que tout le monde soit jeune, beau, actif,... Mais elle ignore trop souvent les personnes non productives, qu'elles soient âgées ou non.

Maintenir ou rendre une place dans notre société aux personnes âgées, voire très âgées, me semble un élément essentiel pour vivre harmonieusement les relations intergénérationnelles.

Reconnaître que:

- La vieillesse est, au même titre que les autres, une étape de la vie avec ses bonheurs et ses malheurs.
- La vieillesse n'est pas une maladie, mais une phase naturelle de l'existence, qui, hélas, fait trop souvent peur aux gens. On ne voit généralement que les pertes liées à la vieillesse, pertes que l'on ne peut nier, mais on oublie tout ce qu'elle peut apporter de positif. Dans les anciennes générations, la vieillesse était honorée, car elle représentait l'expérience, la sagesse, la sécurité, l'histoire, la continuité. Combien de personnes âgées sont de «vrais livres d'histoire» de leur région, les derniers témoins de certains événements locaux.

Combien d'entre elles pourraient donner un avis sensé, au moment opportun. Nous devrions réapprendre à les écouter, à les inviter à partager avec les autres leurs récits, leur philosophie, afin que l'histoire se transmette aux générations suivantes, ceci pour éviter le gaspillage du précieux capital de connaissances accumulées tout au long de l'existence.

Certes, on ne peut idéaliser la vieillesse. Il faut rester conscient qu'elle peut entraîner des pertes progressives et réelles sur les plans physique, psychique, affectif et intellectuel.

Notre rôle, plus j'avance et plus j'en prends conscience, est de savoir que la vieillesse n'est pas un état statique ou une fin, mais l'évolution continue de la personne.

C'est une période, au cours de laquelle le vieillard se cherche et tend à développer un nouveau rôle, ceci même s'il est placé en institution.

Avant ma formation déjà, j'étais en partie consciente de ces éléments. Avec mes nouvelles connaissances, je peux les confirmer, les transmettre aux collaborateurs de l'institution dont je suis responsable, ainsi qu'aux pensionnaires, à leur famille, sans oublier la population de la région et diverses associations. Les médias sont à mon avis bien disposés et, prêts à parler positivement de nos établissements, de la vie et des événements qui s'y déroulent: anniversaires, fêtes, journées «portes ouvertes», etc.

Je suis de plus en plus persuadée que nous nous devons de valoriser le rôle du soignant en gériatrie. Il nous appartient de convaincre le public en général, et plus particulièrement tous les professionnels de la Santé, que la gériatrie n'est pas une «sous-branche» négligeable de la médecine, mais véritablement une spécialité à part entière, qui prend en charge les gens âgés dans leur globalité, en tenant compte de leurs environnements psychologique, social et familial.

Puisse ce message résolu encourager les professionnels, quels que soient leurs lieux d'activité (EMS, domicile, unités hospitalières, etc.), à se former et à découvrir les richesses du travail auprès de la personne âgée et de son entourage.

Je souhaite plein succès à la formation PRIGG qui fête ses dix ans et j'espère que beaucoup de professionnels de la Santé pourront en bénéficier encore longtemps. ■

*Danièle Küng, infirmière chef,
EMS Les Cerisiers, Payerne.*

Formation PRIGG : ses bénéfices.

L'Ecole la Source m'a demandé de mettre en évidence les apports dont ma pratique professionnelle a bénéficié et bénéficie encore, suite à la formation PRIGG que j'ai eu le privilège de fréquenter de 1998 à 1999.

Voilà, brièvement les éléments qui, sans hésiter, me viennent à l'esprit.

Lorsque, comme moi, quelqu'un s'intéresse à la personne âgée depuis le début de sa carrière et travaille dans un contexte l'invitant à se mettre en lien avec d'autres professionnels de la santé et différents prestataires de soins, selon les principes d'une pratique de réseaux, quoi de plus évident que de rejoindre une formation qui suscite la rencontre entre les différentes catégories professionnelles et les divers milieux institutionnels collaborant dans le contexte de Suisse romande?

La Formation PRIGG offre la possibilité de vivre l'intégration dans un groupe de personnes concernées et touchées par des interrogations semblables dont la principale peut se résumer en ces termes: «que pouvons-nous offrir à nos clients âgés qui puisse servir au mieux leurs intérêts?»

J'ai observé, aussi bien dans le groupe que chez moi, qu'une communication nuancée, favorisait les prises de position collective et individuelle, et nous permettait de mieux les assumer. C'est de cette conviction et de la base de ce principe d'échanges interprofessionnels, que je construis aujourd'hui les animations des rencontres d'équipes qu'il m'incombe d'organiser.

Responsable depuis 2 ans de la gestion et de l'animation d'une équipe de soins à domicile, il m'est pré-

2



cieux, comme ergothérapeute, d'avoir, durant cette formation, approché les réalités des infirmières. Je me suis familiarisée, parfois non sans mal, avec leur rôle, leur cadre de références professionnelles et le processus de soins.

J'ai découvert les chartes institutionnelles et professionnelles, les lois ou directives diverses. J'ai exploré, lors de stages et de rencontres entre étudiants d'autres provenances cantonales et institutionnelles, la diversité et les convergences de nos pratiques quotidiennes de soignants, représentant des acquis dont je ne pourrais aujourd'hui me passer. Je suis plus à même maintenant d'approcher la réalité de mon interlocuteur, le contexte dans lequel il évolue et les cadres de références qui guident son action. Ma réalité institutionnelle, ou mon point de vue, sur la santé d'un de nos clients, n'ont de sens pour mon collègue – travaillant par exemple dans l'hébergement – que si mon information est complète.

J'ai appris à ne pas esquiver la difficulté et j'envisage sans frayeur excessive la complexité des enjeux humains de nos prestations, ainsi

que celle de nos organisations. J'ai appris le mouvement de recul réflexif, qui me permet de sortir de l'action immédiate et qui, lors de dilemme, m'invite à rechercher une alternative, un éventuel troisième choix pour élaborer mes décisions quotidiennes.

Je suis plus à l'aise pour énoncer un problème et j'admets que, pour le résoudre, cela peut prendre du temps. En effet, le chemin, que tous les acteurs impliqués doivent faire, est souvent très long. Par exemple, les professionnels perçoivent et apprécient les alternatives à envisager dans une perspective de soins et peuvent le faire dans un temps relativement court. Par contre, les clients et leur famille ont besoin de davantage de temps. C'est important de respecter ces durées, ces rythmes propres à chacun.

J'ai appris à penser partenariat, à partager des responsabilités dans la valse des hésitations, entre famille, équipe, patient, médecin. Dorénavant je me méfie du phénomène fréquent et destructurant, voire anxiogène pour chacun (client, familles équipes de soins), consistant à se «passer» un problème difficile à gérer, d'un interve-



nant à l'autre. Chacun se déchargeant de la responsabilité sur l'autre, attendant qu'il prenne seul le risque d'un choix, choix qui, souvent d'ailleurs, est contesté silencieusement ou explicitement, ou même saboté!

Durant cette formation, j'ai compris que nous ne pouvions pas nous engager dans un champ de décisions sans prendre de risques, sans jamais commettre d'erreur. Cela nécessite, au bon moment, de faire le meilleur choix. Dès lors, une évaluation préalable détaillée devient une dimension capitale, à prendre en considération.

Je suis, de par ma personnalité et ma fonction d'ergothérapeute, sensible à des principes d'autonomie et de pédagogie qui respectent les ressources et le cheminement de la personne dans un processus d'apprentissage. À ma grande satisfaction, la formation du PRIGG, a respecté ces principes. J'ai pu évoluer à mon rythme, intégrant mes nouvelles connaissances dans ma pratique professionnelle. Il m'est sans doute difficile de me contenter d'être passive, consommatrice, ou obéissante...! J'ai donc apprécié la qualité de ce programme répondant pour l'essentiel, à mes attentes et à ma volonté de progresser.

Sur la base de ma propre évolution, j'ai échafaudé des projets de changement sur mon lieu de travail. J'ai porté mon attention sur ma propre rigueur, ma cohérence dans l'encadrement de l'équipe dont je suis responsable. J'ai été plus attentive à ses besoins, ses valeurs et ses perceptions dans le champ de son activité. Le temps consacré à la formation offerte par le PRIGG m'a été utile. Il m'a confrontée aux limites de ma «toute puissance» de responsable. J'ai accepté, de renoncer à tout lire et tout dire, de viser à atteindre la qualité, sans forcément y parvenir toujours. Je mesure à quel point, il est important que je

poursuive le processus de réflexion entamé durant ma formation, non seulement pour moi-même, mais également pour l'organisme qui m'emploie. Je souhaite conserver le dynamisme qui m'anime, afin de le transmettre à l'ensemble de l'équipe. Prendre le temps de réfléchir, accepter d'évoluer ensemble, ce sont là des pas vers la qualité. ■

*Claire-Anne Künzler,
Ergothérapeute,
responsable d'équipe
dans un CMS*

SOUTENANCE DE MÉMOIRE

En vue de l'obtention du
Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales,
option «Pratiques de développement social,
santé communautaire et recherche-action»,
délivré par l'Université Marc Blocher
(Sciences Humaines) de Strasbourg,

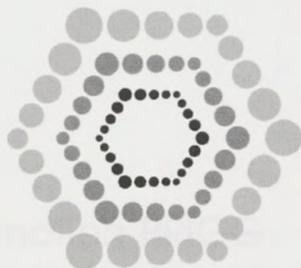
Monsieur Michel Sutter

A présenté son mémoire intitulé:

POUR UNE TECHNIQUE MÉDICALE EMPREINTE D'HUMANITÉ

**La communication thérapeutique dans le traitement par
pression positive continue du syndrome d'apnées du
sommeil**

Le mercredi 4 juillet 2001
et a obtenu la mention Très Bien



Appel à communications

L'Institut La Source organise un

Congrès international

Aurons-nous encore des infirmier(e)s demain?

- **Nouvelles pratiques cliniques** -
- **Nouveaux métiers** -
formation, encadrement, recherche...

Montpellier (France)
22 au 24 mai 2002

La pénurie récurrente d'infirmières et d'infirmiers dans les pays occidentaux, ainsi que celle d'autres professionnels de la santé, invitent les directions, les cadres, les formateurs, les médecins chefs de services, les différents praticiens cliniques, les responsables administratifs et politiques... à se poser la question:

«Aurons-nous encore des infirmières et des infirmiers demain?»

Cette question n'est ni pessimiste, ni fataliste. Elle procède de notre responsabilité sociale et ouvre le débat sur l'émergence:

- de nouveaux métiers,
- de nouvelles pratiques cliniques,

ainsi que sur l'évolution des moyens qui y sont associés en matière:

- de formation,
- de recherche,
- de management.

Les propositions de communications rédigées sur un formulaire prévu à cet effet seront reçues jusqu'au 10 novembre 2001 et sont à envoyer à Walter Hesbeen, Secrétaire général de l'Institut La Source.

Prix du congrès: 300 Euros*

* Les personnes retenues pour une communication devront s'acquitter du montant de l'inscription.

Institut La Source
43, avenue Hoche
75008 Paris

Tél. (+ 33) 01 40 55 56 57
Fax (+ 33) 01 40 55 56 58
e-mail: info@institutlasource.fr
www.institutlasource.fr



Université catholique de Louvain
Unité des sciences médico-sociales
et hospitalières
Bruxelles, Belgique



Université de Tours
Département des sciences
de l'éducation et de la formation
Tours, France



Ecole La Source
Ecole romande de
soins infirmiers de
la Croix-Rouge suisse
Lausanne, Suisse

Le centre de procréation médicalement assistée de la Clinique de La Source – une référence dans le domaine de la médecine de reproduction

Introduction

Les troubles de la fertilité du couple concernent environ 10-15% de la population en âge de procréer. De simples conseils, ou l'optimisation des fertilités masculine et/ou féminine par des traitements simples, peuvent parfois suffire à permettre la grossesse.

Cependant, quand ces mesures simples ne suffisent pas, les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) peuvent être mises en œuvre.

Tout bilan d'infertilité débute par un interrogatoire et un examen clinique des deux partenaires. Différents examens sont réalisés chez la femme, entre autres: des bilans hormonaux et infectieux, une étude du cycle menstruel, une analyse de la glaire cervicale, des ultrasons, une radiographie utérine et des trompes après opacification, voire parfois des analyses beaucoup plus sophistiquées, par exemple génétiques, ou chirurgicales, comme la microchirurgie des trompes, la chirurgie au laser...

Le centre de procréation médicalement assistée de la Clinique de La Source met à disposition toutes les compétences médicales et paramédicales nécessaires à une excellente prise en charge des couples infertiles. Des spécialistes en gynécologie endocrinienne, dans le traitement chirurgical de certaines infertilités, en andrologie, en urologie, en génétique, en infectiologie, en psychiatrie..., sont à disposition. Le plateau technique

exceptionnel du site de la Clinique de La Source favorise tous les actes chirurgicaux, cliniques, diagnostiques, et thérapeutiques les plus modernes dans le domaine de la médecine de la reproduction.

Les différentes techniques de PMA réalisées sur le site comprennent:

1. L'insémination artificielle

L'insémination consiste à déposer les spermatozoïdes préparés (sélection des spermatozoïdes les plus mobiles et typiques) directement dans l'utérus, à l'aide d'un petit tube de plastique souple (un cathéter). Cette technique n'est réalisée que s'il existe au moins une trompe perméable rendant possible la rencontre entre les gamètes et si le nombre de spermatozoïdes dans la préparation de sperme est suffisant (supérieur à un million de spermatozoïdes). La fécondation se réalise donc dans ce cas, in vivo. Dans certains cas de stérilité masculine considérée comme définitive et à la demande du couple, on peut envisager l'insémination artificielle en utilisant le sperme décongelé d'un donneur.

L'insémination intra-utérine des spermatozoïdes se pratique quelques heures avant l'ovulation. La date de l'ovulation est recherchée par le dosage de l'hormone LH qui subit un pic 36h avant l'ovulation, mais également par ultrasons. L'insémination intra-utérine peut être pratiquée lors d'un cycle spontané ou stimulé par différentes classes de médicaments (citrate de clomiphène, hormone FSH).

Les indications à ce type de traitement sont

- Une mauvaise qualité de la glaire cervicale
- Certaines infertilités d'origine masculine
- Certains troubles de l'ovulation
- Les stérilités inexplicables

Le taux de succès de l'insémination est de 5 à 15% par cycle, mais varie en fonction de l'âge, des indications au traitement, et de la méthode utilisée. On estime qu'après 6 tentatives les chances de succès diminuent. C'est pour cette raison que, généralement, après une série de 6 inséminations sans succès, d'autres traitements sont abordés.

2. La FIVETE et l'ICSI

Le terme FIVETE signifie: Fécondation In Vitro Et Transfert d'Embryons.

Cette méthode consiste à organiser au laboratoire de PMA la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde (in vitro), pour obtenir des embryons qui seront ensuite transférés directement dans l'utérus. La stimulation hormonale de l'activité ovarienne (par l'hormone FSH) permet d'obtenir plusieurs ovules, (8 à 10 en moyenne). Deux techniques différentes de Fécondation In Vitro (FIV) peuvent être appliquées en fonction de la cause de l'infertilité.

La technique conventionnelle de FIV consiste simplement à mettre les ovules recueillis avec les spermatozoïdes préparés dans une éprouvette.

La technique de FIV avec micro-manipulation (appelée Intra Cytoplasmic sperm Injection ou ICSI) est une véritable fécondation artificielle des ovules par introduction d'un spermatozoïde directement à l'intérieur de chacun d'eux. Les indications spécifiques de cette nouvelle technique sont les infertilités masculines sévères qui nécessitent même parfois l'usage de spermatozoïdes prélevés directement au niveau des testicules.

Pour ces deux techniques, la suite logique est de replacer un à trois embryons dans l'utérus de la patiente au troisième jour du développement embryonnaire.

Les ovules fécondés en surnombre sont congelés.

Les indications à ces traitements sont

- Les trompes détériorées, bouchées ou absentes
- L'endométriase
- Certaines stérilités masculines
- Une série de cycles d'insémination qui n'ont pas abouti à une grossesse
- Les stérilités inexplicables

Le taux de grossesses par cycle de fécondation in vitro est d'environ 28% (statistiques 2000) toutes indications et techniques confondues. Il est aussi fonction de l'âge et du nombre d'embryons replacés.

Une spécificité du centre de la PMA de la Clinique de La Source et la prise en charge des couples séro-différents, ayant une sérologie HIV, hépatite C ou Hépatite B positive.

Les couples HIV séro-différents, dont l'homme ou la femme a une sérologie HIV positive ont deux alternatives quand ils désirent un enfant, ou ne pas se protéger lors

de leurs rapports sexuels avec le risque d'une contamination, ou recourir à une procréation médicalement assistée dans un centre spécialisé permettant de diminuer très considérablement le risque de contamination pour le couple et l'enfant. On constate une augmentation de ces demandes dans les centres de PMA en raison des progrès thérapeutiques qui font apparaître l'infection HIV comme une affection chronique sans pronostic fatal inéluctable. Cette évolution a pour conséquence une meilleure perception par la société civile de cette pathologie.

Cette demande apparaît d'autant plus légitime aux couples que, depuis le début de l'épidémie, la lutte contre les discriminations, qu'elles soient sociales, professionnelles, familiales, constitue une priorité: cette population doit bénéficier des mêmes droits et devoirs que ceux reconnus à l'ensemble de la population. Au moment où certains reprennent une activité professionnelle qu'ils croyaient définitivement perdue, et plus généralement au moment où il leur est enfin permis d'imaginer un avenir, l'impossibilité pour ces couples, de devenir parent, est aujourd'hui perçue comme une stérilité imposée.

Nous avons surtout des demandes de procréation émanant de couples dont l'un des partenaires est porteur du virus de l'Hépatite C (HCV) et chez qui un problème de fertilité a été diagnostiqué. Certains redoutent une contamination et ont des rapports sexuels systématiquement protégés. Le recours à la PMA est donc également le moyen d'éviter le risque de transmission du virus. Prendre en charge ces couples en PMA nécessite des conditions de travail très particulières en laboratoire. En effet, chaque manipulation peut être source de contamination.

Le centre de PMA de la Clinique de La Source a créé en mars 2001 un laboratoire spécialement équipé. Il est avec celui de St-Gall adapté au besoin de ces cas particuliers. Une méthodologie très stricte y est développée, contrôlée par une équipe multidisciplinaire de praticiens: infectiologue, gynécologue-obstétricien, andrologue, biologiste, psychiatre.

En conclusion, le centre de PMA de la Clinique de La Source, a pour objectif de devenir une référence dans le domaine de la médecine de la reproduction et dans le traitement des stérilités. ■

*Dr Hervé LUCAS,
Médecin spécialisé
en andrologie*

*Jean BALMER,
Chef du laboratoire général*

*Et l'équipe de la PMA
de la Clinique de La Source*

La Clinique de La Source
à Lausanne
vous ouvre ses portes

**les samedi et dimanche
24 et 25 novembre
entre 10 heures
et 18 heures.**

Son équipe
de professionnels
est à votre disposition
pour vous faire découvrir
les différentes facettes
de son univers ainsi que ses
nouvelles infrastructures.

Soigner en milieu carcéral

Soins hospitaliers pour les détenus

Soins pour les personnes détenues: l'exemple du quartier cellulaire de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève

Principes d'éthique en médecine pénitentiaire

La réalisation des soins en milieu carcéral, ne représente pas que le simple exercice de la médecine et des soins infirmiers telles que ces activités professionnelles se pratiquent dans la société civile. En effet, le milieu pénitentiaire se caractérise par des spécificités dont il est indispensable de tenir compte dans la réalisation d'une bonne pratique professionnelle: soins médicaux et infirmiers auprès de personnes placées dans une collectivité de haute promiscuité (surpopulation carcérale), pathologies médicales spécifiques (toxico-dépendances, affections mentales, etc.), situations de précarité sociale des personnes soignées, majorité de patients de nationalités étrangères, etc.

En conséquence, depuis plusieurs années, la médecine pénitentiaire se fonde sur des règles d'éthique professionnelle, aujourd'hui reconnues sur le plan national suisse, et aussi au niveau européen¹. Elles sont: l'accès au médecin, l'équivalence des soins, le consentement du patient et la confidentialité, la prévention sanitaire, l'intervention humanitaire, l'indépendance et les compétences professionnelles. A cet égard, il est intéressant de relever que le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève, s'est directement inspiré de ces principes lors de la récente directive adoptée le 27 septembre 2000, concernant la santé et les soins en milieu carcéral.

Soins médicaux et infirmiers réalisés au Quartier cellulaire des HUG

Afin de garantir l'accès à des soins médicaux et infirmiers ambulatoires, et hospitaliers aux personnes détenues, basés notamment sur les principes éthiques précédemment mentionnés, des structures de soins spécifiques ont été mises en place depuis plusieurs années à Genève. Celles-ci sont actuellement regroupées au sein de la Division de médecine pénitentiaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et incluent notamment le dispositif suivant:

- un service médical à la prison de Champ-Dollon, prodiguant des soins ambulatoires de médecine générale, de médecine dentaire, de psychiatrie et d'autres spécialités médicales (ORL, ophtalmologie, chirurgie);
- une unité hospitalière au Quartier carcéral psychiatrique, située sur le domaine de Belle-Idée, dispensant des traitements et des soins psychiatriques hospitaliers;
- et une unité hospitalière au Quartier cellulaire à l'Hôpital Cantonal Universitaire (QCH), que nous présentons dans la suite de cet article.

Tout d'abord, il convient de préciser que le QCH à Genève accueille, non seulement, les personnes détenues séjournant sur le territoire cantonal genevois (principalement à la prison préventive de Champ-Dollon), mais aussi les personnes se trouvant dans les établissements pénitentiaires d'exécution de peines de l'ensemble des cantons romands et du Tessin². Ainsi, à titre d'exemple, 31% des patients hospitalisés au QCH en 1999, et 38% en l'an 2000, provenaient de prisons non situées sur le territoire cantonal genevois.

Le QCH est localisé au rez-de-chaussée de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève (unité R-AL).

Il dispose d'une capacité d'accueil de dix places (cinq chambres à deux lits). Il bénéficie d'un équipement médical et infirmier superposable à celui des autres services de l'établissement hospitalier (application du principe d'équivalence). Il a toutefois la spécificité d'être une unité hospitalière «sécurisée»: présence 24 heures sur 24 de deux gardiens rattachés administrativement à la prison de Champ-Dollon, «sécurisation» intérieure et extérieure (barreaux, grillages, vitres opaques), déplacements des patients à l'intérieur de l'établissement hospitalier accompagnés de policiers. En conséquence, il résulte de cette situation que l'inconvénient majeur à relever est la surface restreinte de cette unité hospitalière, en comparaison avec les autres services. Cela oblige parfois le personnel médical et infirmier à déployer des «trésors d'ingéniosité» pour garantir la réalisation de soins médicaux équivalents à ceux offerts dans l'ensemble de l'établissement hospitalier.

L'effectif en personnel médical comprend un poste de médecin assistant à temps complet, placé sous la direction du médecin adjoint responsable du service. Depuis quelques années, un accord a été établi avec le Département de médecine interne des HUG permettant de bénéficier de l'appui d'un (e) chef (fe) de clinique et d'interventions médicales pendant les nuits, week-ends et jours fériés en cas de besoin. Le personnel paramédical en activité au QCH, correspond à un effectif de 10,3 postes. L'effectif infirmier, renforcé en 1986, permet de garantir une présence infirmière 24 heures sur 24 dans cette unité hospitalière. Il est important de préciser, que l'ensemble du personnel soignant, médical et paramédical, est rattaché administrativement au Département de l'Action Sociale et de la Santé (DASS), ce qui garantit une nécessaire indépendance professionnelle vis-à-vis des autorités judiciaires et pénitentiaires. Il a accès à

une formation professionnelle continue, y compris dans le domaine de la médecine pénitentiaire, permettant le maintien d'une compétence professionnelle adaptée.

Le nombre de patients hospitalisés au QCH varie pour les années 1996 à 2000, de 104 à 166 admissions par an, avec une moyenne annuelle de 131 admissions. Le QCH présente la spécificité d'être une unité de médecine hospitalière générale, dans laquelle la prise en charge des patients recouvre l'ensemble des spécialités rencontrées dans une institution hospitalo-universitaire: qu'elles soient médicales ou chirurgicales. A titre d'exemples, en 1999, 40% des patients ont été hospitalisés pour des raisons chirurgicales et 60% l'ont été pour des raisons médicales, avec une situation similaire en l'an 2000 (30% de cas chirurgicaux et 70% de cas médicaux au sens large).

La prise en charge des patients du QCH, aussi bien médicale que chirurgicale, comprenant l'accès à l'équipement technique (salles d'opérations, soins intensifs, etc.) est rendue possible grâce à l'excellente collaboration qui existe entre les divers services hospitaliers, toutes spécialités confondues. La variété des pathologies réunies reste une source d'intérêt et de motivation pour le personnel soignant en activité dans cette unité. Cette situation implique également une actualisation permanente des connaissances.

D'autres aspects sont aussi abordés au QCH, compte tenu du profil social des personnes hospitalisées dans ce service (patients de nationalités étrangères, situations de marginalisation et de précarité sociale, problèmes de toxicodépendances, etc.). Le respect de critères essentiels comme: le recours à des interprètes, l'obligation de confidentialité, les aspects de prévention sanitaire spécifiques, contribuent à la bonne réalisation des soins aux détenus. Certains cas sont particulièrement difficiles comme les détenus en grève

de la faim, ou ceux en court séjour sur territoire helvétique nécessitant des soins médicaux prolongés, impossibles à poursuivre dans leur pays d'origine. Chaque problème fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire qui tente d'apporter des solutions réalistes. Là, encore, divers critères (aspects médicaux, légaux et éthiques) sont à prendre en considération. Une telle approche donne ainsi une dimension humanitaire et humaine à l'exercice de la médecine pénitentiaire.

La médecine pénitentiaire: une application de la médecine communautaire

Les prestations médicales et infirmières réalisées au QCH, dans le cadre de la Division de médecine pénitentiaire des HUG, correspondent donc aux activités de soins hospitaliers somatiques à disposition des personnes détenues se trouvant dans des établissements pénitentiers romands et tessinois.

Le QCH est ainsi un appoint et un complément à la médecine pénitentiaire ambulatoire. Les prestations médicales et infirmières mises à disposition des personnes détenues, tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier, s'inscrivent dans une approche plus globale de la médecine communautaire. Le milieu carcéral représente un modèle de mise en application au service de la collectivité des personnes détenues. ■

*Mme Dominique Thiébaud
I.R.U., Quartier Cellulaire (unité R-AL), Division de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève
et Dr Dominique Bertrand
Médecin adjoint, licencié juriste,
Division de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève*

3



1 Cf. le troisième rapport général d'activités du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992, (CPT/Inf (93) 12) et la Recommandation No R (98) 7 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire du 8 avril 1998.

2 Cf. Concordat sur l'exécution des peines et mesures concernant les adultes et les jeunes adultes dans les cantons romands et du Tessin, du 24 octobre 1984.

Mon parcours professionnel et personnel

J'ai accepté d'écrire ces lignes en tant que sourcienne et ex-membre du comité de rédaction du Journal. Par le biais de cet article, je souhaite faire partager au lecteur, les réflexions d'une infirmière travaillant en milieu carcéral.

Diplômée de l'École La Source en avril 1999, j'ai d'abord travaillé en tant qu'intérimaire dans le domaine de la médecine communautaire jusqu'à mon engagement, dès janvier 2000, au service médical de la prison de Champ-Dollon, qui dépend du département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Depuis janvier 2001, je suis affectée au Quartier Carcéral Psychiatrique (QCP) situé sur le site de l'hôpital de Belle-Idée à Genève, unité également reliée au même département des HUG. Auparavant, en tant qu'étudiante, j'avais déjà eu l'occasion d'effectuer un stage de cinq semaines au sein de la prison du Bois-Mermet à Lausanne.

Les préliminaires à ce récit peuvent vous paraître un peu étendus, mais je les estime nécessaires à la bonne compréhension de mon rôle et de mon statut actuel. Je tiens ici à témoigner mon plus grand respect à tous mes collègues soignants œuvrant jour après jour, année après année, dans les prisons de ce pays et d'ailleurs. Le travail n'est jamais simple, mais si enrichissant, parce qu'il permet de toucher aux limites de l'humanité, qu'il demande au soignant une faculté d'adaptation à des situations toujours nouvelles et une certaine autonomie d'action.

Je vous écris donc, pendant mon service de nuit, au quartier carcéral psychiatrique. J'essaie de rassembler mes souvenirs, mes émotions et mes réflexions en regard à mon expérience dans un milieu de soins si particulier qu'est le domaine carcéral.

Particulier en ce sens, que, pour moi, l'anormalité devient la norme à laquelle je me trouve confrontée quotidiennement depuis une année et demie. Une dimension nouvelle s'est ouverte à moi, différente de celle approchée autrefois à travers les films, les médias ou les livres. Si vous avez l'occasion de lire le livre de Véronique Vasseur¹, décrivant son travail de médecin chef à la prison de la Santé à Paris et que vous avez des critiques à émettre, mettez-les de côté un instant, en vous disant que cette femme n'est pas écrivain, mais qu'elle a rédigé son livre avec ses tripes. J'ai pu retrouver, à une autre échelle, des ressemblances dans les ambiances décrites, des similitudes dans les rencontres vécues, des préoccupations et des interrogations communes. Il est à noter que, d'une part, le contexte juridique, politique, culturel et social n'est pas le même en France qu'en Suisse, et que d'autre part, l'établissement parisien abrite jusqu'à 1800 détenus, alors que celui de Champ-Dollon n'en détient qu'environ 350. Une telle dimension me paraît compliquée à gérer, en comparaison des difficultés rencontrées à Champ-Dollon.

Une de mes ressources est l'humour dans ma relation avec les détenus, et ma capacité d'empathie me permet de séparer l'acte commis par le criminel et de découvrir derrière celui-ci l'être humain. Toutefois, je ne peux m'empêcher d'être submergée d'émotions en entendant le récit de certains crimes, racontés de manière crue, en plein désespoir, où se mêlent des sentiments de honte et de culpabilité. Chacun a son seuil de tolérance, son degré d'acceptation devant l'horreur, en fonction de son vécu, de ses valeurs, de ses croyances. En prendre conscience, en toute honnêteté, aide à exprimer, en lieux et temps choisis, ses émotions face aux histoires et aux rencontres, l'idée restant de prévenir les contre-attitudes, les burn-out et autres symptômes ou moyens de défense.

Nous bénéficions également d'espaces de supervision d'équipes. Mes ressources personnelles se situent à l'extérieur du travail, dans la danse, le sport, la nature, le développement personnel et corporel ainsi que dans mes relations avec ma famille et mes amis. Je suis consciente de l'effet pesant qu'ont sur moi la lourdeur institutionnelle de la prison avec ses règlements, ses lois, ainsi que l'immense flot d'énergie négative déversé par des personnes, qui n'ont pas choisi d'être incarcérées, ni soignées en psychiatrie (admissions non-volontaires au QCP). C'est la misère en vase clos.

Mon travail au quotidien ressemble à celui d'une infirmière travaillant dans un milieu de soins ambulatoires de type polyclinique ou à la consultation d'un cabinet médical avec en plus l'aspect «urgences» à tout moment de la journée. En fait, ce travail n'est pas comparable, il est unique en son genre. Unique en ce sens que la population soignée y est particulièrement vulnérable. Pluri-ethniques et provenant de milieux socioculturels très divers, ces personnes n'ont souvent pour seul point commun que l'incarcération. Unique aussi parce que je n'entre pas en prison comme dans un hôpital ou dans un foyer de vie. Unique pour plein d'autres raisons encore...

Les horaires sont fixés par la direction de la prison et gérés par les gardiens qui sont en contact permanent avec les prisonniers. Un temps pour les repas, un temps pour les distributions de médicaments par l'infirmière dans les étages, accompagnée d'un gardien, un temps pour la douche, la promenade, le travail pour ceux qui ont la chance d'en avoir. Par ailleurs, les imprévus, tels les parloirs (visites de la famille, des avocats), les convocations chez le juge, les procès et autres séances, les mouvements quotidiens d'entrée et de sortie des prisonniers (il s'agit d'une prison préventive) contribuent au chaos de

l'organisation des espaces de soins. Les détenus sont reçus à l'étage du service médical suite à la demande de consultation faite par courrier interne et sur rendez-vous fixé par les médecins, les infirmières et autres intervenants. Les gardiens gèrent le déplacement des prisonniers depuis leur cellule, leur lieu de travail, de promenade jusqu'à l'unité de soins ambulatoires où ils attendent leur tour dans des cellules, avant d'être ramenés dans leur quartier.

Les urgences (accident, bagarre, tentamen, maladie, angoisse,...) elles, nous sont signalées par les gardiens, les détenus disposant d'un système d'appel les reliant à la centrale de surveillance. Les patients sont, soit accompagnés jusqu'à l'unité de soins, soit nous nous déplaçons vers eux, toujours sous la protection des gardiens. L'infirmière évalue la situation et prend les décisions qu'elle juge adéquates.

L'urgence est particulièrement difficile à gérer lorsque je suis seule la nuit, entourée de gardiens projetant sur moi, soignante, un pouvoir de médecin urgentiste, et faisant office, malgré eux, d'observateurs inquisiteurs. Ceci contribue souvent à faire monter la tension chez le détenu en détresse comme chez moi-même qui me dois de trouver une solution adaptée à la situation, qu'elle soit psychologique ou physique. Gardiens et soignants collaborons par la force des choses, parfois agréablement, parfois moins. J'ai dû apprendre à renoncer à ma «toute-puissance». J'essaie de faire de mon mieux dans les situations qui se présentent, sans toutefois prendre toute la responsabilité sur mes épaules. Pas si facile.

Au quartier carcéral psychiatrique se posent d'autres problématiques. Le travail ressemble à celui d'une unité d'admission et de crise. Nous recevons des personnes, toutes pathologies psychiatriques et symptomatologies mentales confondues.

Une interrogation latente est au cœur du débat et pose des difficultés, tant dans la collaboration, que dans la mise en place de projets de soins: s'agit-il de détenus bénéficiaires de soins ou de bénéficiaires de soins détenus? Je vous laisse le soin de méditer sur la question.

Parlons de violence, voulez-vous? Car elle est là, insidieuse, latente, sous-jacente, prête à exploser à tout moment. Suite à un refus de soins, de médicament, ou sans raison particulière, elle s'exprime à notre égard verbalement ou par des gestes agressifs. Elle éclate entre détenus, la promiscuité les contraignant à se battre pour les détails du quotidien. Cette violence apparaît sous forme de bagarre, de vol, voire de viol parfois. Dans la relation entre gardiens et détenus, les coups donnés et reçus ne sont pas rares, dans un sens comme dans l'autre. J'ai pu «vivre» une tentative d'évasion, des automutilations à profusion, un incendie volontaire, des bagarres entre détenus ou entre gardiens et détenus, des coups donnés à un soignant sous mon œil atterré... et j'en passe. Ma dernière expérience en date, encore bien présente, est une pendaison presque réussie. Cela n'a pas été facile, cela ne l'est toujours pas. Le choc fait des ondes qui s'accumulent et qui s'ajoutent à la mémoire d'événements vécus auparavant.

Un détenu violent, nu dans un cachot, les avant-bras profondément entaillés, est couvert de sang de la tête aux pieds. Il est entouré de gardiens qui le provoquent tout en essayant de le maîtriser, ce qui attise son agressivité. Moi, en blouse blanche, avec le médecin, qui essaie de créer un lien avec cet homme qui refuse tout. Que faire? Et j'ai fait avec, ma peur au ventre, mon dégoût devant cet être, mon désespoir en face de cette situation paraissant insoluble. Je suis allée jusqu'au bout de ma fonction, de mes forces, lavant cet homme ensanglanté, cherchant

un lien, sans le contrarier, seule avec lui dans l'espace de soins.

Parlons de douceur... Pas si facile, ni de la trouver, ni de l'instaurer. Un sourire. Un échange de regards ou le partage d'une émotion révélée. L'éclat de rire ou un mode de communication complice instauré au gré des semaines avec certains détenus qui savent reconnaître mon rôle de soignante. C'est aussi cela le travail en prison. Le soin donné à un bébé accompagnant sa maman en prison, pas vraiment à sa place, mais avec sa mère au-delà de tout. Un collier de perles confectionné à l'atelier par une détenue qui me l'a offert en signe de reconnaissance.

Voilà, je pense avoir largement atteint les limites fixées par la rédaction en ce qui concerne le nombre de caractères autorisés. Tout comme j'ai franchi les murs de la prison à la rencontre de l'extrême, au-delà de la norme, perpétuellement à la quête de sensations nouvelles et fortes, d'expériences propices à mon développement personnel. Je suis allée sans doute, à la recherche de mes propres limites par la confrontation avec l'inconnu et par la rencontre avec des êtres vivants dans et souvent même, provenant de la marge. Si le soin représente pour moi, entre autres, l'accompagnement de la personne telle qu'elle est, là où elle se trouve dans sa vie, j'en conclus qu'il est donc, un mouvement altruiste. Néanmoins, soigner n'en demeure pas moins un élan foncièrement égocentrique puisque l'autre, à son tour, me permet d'évoluer à partir de l'endroit où je me situe. En conclusion, il s'agit probablement pour moi aussi, dans cette étape de vie, d'une tentative inconsciente d'obtenir une forme de reconnaissance à travers l'anormalité dans une norme, certes, acceptable.

Bettina Rumphorst

1 Médecin chef à la prison de la Santé, V. Vasseur Le Cherche Midi. Paris: janvier 2000

Soins infirmiers en prison et réinsertion

Dans la perspective de la réinsertion des personnes incarcérées, le rôle des soignants n'est pas évident.

Le caractère fermé de l'institution carcérale, et la culture du secret qui y règne, poussent nos équipes de soins à concevoir leurs interventions avec le grand souci d'accompagner les patients dans le développement de leurs capacités d'autonomie. Mais nous verrons qu'une opposition réelle entre enfermement et partenariat de soins marque l'affirmation du rôle professionnel.

La place des soins en prison

Le Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) a pour mission de prodiguer l'ensemble des prestations de santé nécessitées par la population carcérale vaudoise. Quelques principes, issus des recommandations européennes ou du droit cantonal, permettent d'orienter son action: ce sont notamment l'équivalence avec les soins accessibles en milieu ouvert, le respect du secret médical ou le consentement éclairé.

Les patients souffrant de troubles additifs représentent une part importante de la population carcérale. Pour nos équipes, l'enjeu est de proposer des traitements qui s'inscrivent dans la continuité de ce qu'ils pourront trouver à l'extérieur, ce qui implique un recours de plus en plus fréquent aux traitements de substitution. L'effort le plus important ne consiste pas à persuader les patients d'adhérer à ces traitements: ils sont généralement conscients des risques encourus par leur dépendance, mais le challenge reste bel et bien de convaincre les autres intervenants de la prison. La méthadone n'est pas une simple drogue légale dont les soignants sont les pourvoyeurs.

L'effort consenti pour gérer un tel traitement, au-delà de la dépense immédiate d'énergie et de la confrontation interdisciplinaire qu'il implique, permettrait au patient d'accéder à un équilibre de santé plus stable et à un fonctionnement social mieux intégré, même si l'économie de cette perspective s'inscrit dans un terme plus long que le seul séjour en prison.

La figure du délinquant sexuel pose un autre défi. Le début du traitement est le plus souvent marqué par le déni que le patient fait de ses actes ou de leur gravité. Il pense souvent être victime de l'intolérance sociale ou de l'exagération de ses victimes. Dès lors que le délit est objectivé, le premier acte de soins est de confronter le patient à l'horreur de l'acte. Un travail psychothérapique n'est véritablement possible que si cette horreur a franchi la barrière de la conscience du patient. Nous savons aujourd'hui que le traitement de ces patients présente davantage de chances de succès si un traitement de groupe lui est associé. Nos équipes mènent un tel groupe depuis trois ans déjà.

Une nouvelle dimension s'ajoute à la perspective de l'intégration: convaincre l'institution pénitentiaire que «faire quelque chose en plus» vaut la peine pour des patients qui restent perçus comme le rebut de la délinquance. Convaincre que le fait de consacrer du temps à autre chose qu'aux activités routinières de la vie carcérale représente une avancée vers la diminution des risques de rechute (ou de récidive suivant le regard porté sur la question), et donc vers une meilleure adaptation à la vie en communauté.

Témoins de la continuité

Ces deux exemples montrent à quel point l'évaluation de la compatibilité d'un traitement avec les ressources du milieu joue un rôle prépondérant en prison. Mais un autre aspect du

rôle professionnel des infirmières est sollicité par la problématique de la réinsertion des patients (nous parlons désormais de notre profession au féminin, eu égard à la présence majoritaire de femmes dans nos équipes): au sein des équipes pluridisciplinaires du SMPP, les infirmières sont les seules à assurer une présence quotidienne sur chaque site pénitentiaire. Leurs heures de présence sont également plus étendues que celles des autres soignants. De ce fait, une infirmière peut être conduite à suivre le même patient avec un interniste et un psychiatre, sans compter l'accompagnement qu'elle lui prodigue de manière autonome. Elle est donc la spécialiste de la continuité des soins. Bien que non spécifique au milieu carcéral, cet aspect est particulièrement important, puisque c'est également elle, qui recueillera en premier les observations des équipes de surveillants sur le comportement des patients dans les quartiers cellulaires.

Tentatives de détournement des soins

L'infirmière peut donc accompagner le même patient aussi bien pour sa cheville foulée à l'occasion du sport que dans le cadre d'un accompagnement psychothérapique. Cette position est privilégiée lorsqu'il s'agit d'évaluer la pertinence d'une demande de soins. L'intervention des soignants peut en effet être sollicitée de manière détournée en prison. Deux situations fréquemment rencontrées préciseront les choses.

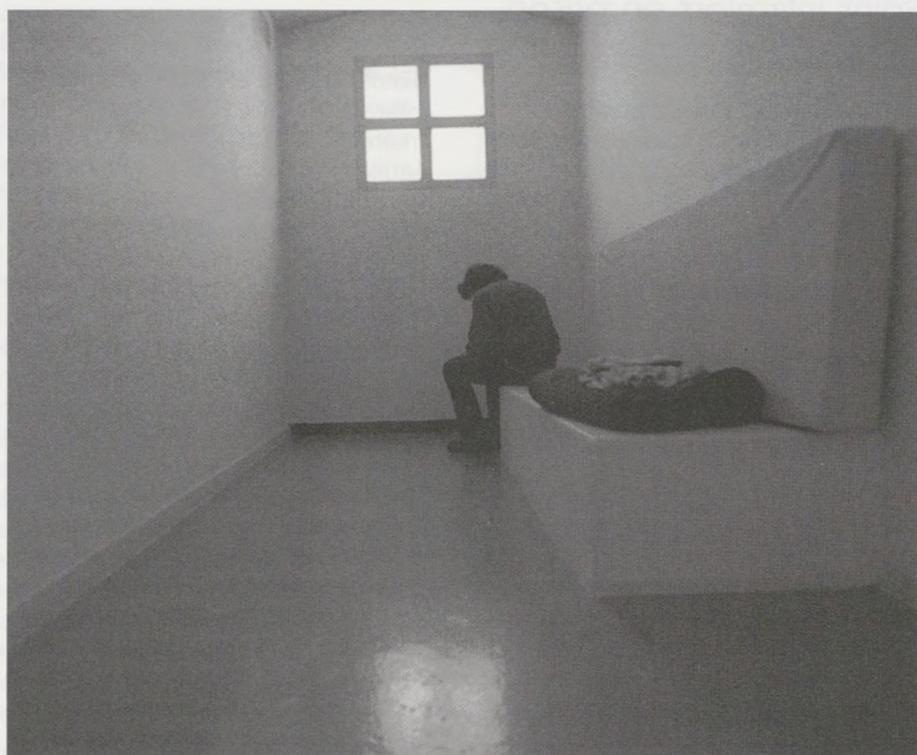
La première est celle du patient qui, toujours incarcéré en raison d'un délit sexuel, présente une demande de psychothérapie à l'approche de son procès. Il peut arriver que les échéances importantes d'un parcours judiciaire, par leur force de confrontation à la réalité, soient un facteur de prise de conscience, et la demande de soins est alors pleinement légitimée.

Mais il se peut aussi que la démarche serve d'alibi à destination des autorités pénales. Les soignants doivent tout faire pour éviter de se laisser instrumenter de la sorte, tant cela serait néfaste dans une perspective de réinsertion.

La deuxième situation est celle des détenus qui s'opposent de manière spectaculaire au cadre carcéral. Dans un univers où ils n'ont pas grand-chose à contrôler, ils ne peuvent souvent manifester leur volonté oppositionnelle autrement qu'en détériorant le matériel ou en s'en prenant aux surveillants. Il est inéluctable que ceux-ci, à force de se faire injurier ou menacer, de trouver chaises cassées et draps lacérés, d'éviter de recevoir des coups, finissent par voir leurs capacités à gérer la situation s'user. Et comme ces épisodes ressemblent à certains tableaux de décompensation psychique, il arrive souvent que les surveillants et les directeurs de prison posent un diagnostic psychiatrique de manière unilatérale, et fassent pression sur les équipes de soins pour qu'elles instaurent le traitement qui leur paraît approprié, en général une médication sédatrice contre la volonté de l'intéressé.

Il va de soi, que si le comportement oppositionnel et agressif du patient est lié à une perception persécutrice de la réalité, ou à tout autre syndrome psychiatrique, un accompagnement médicalisé, relationnel et pharmacologique le plus souvent, soit nécessaire. Non seulement il procurera au patient un soutien comparable à celui qu'il serait en droit d'attendre à l'extérieur, mais il lui donnera quelques ressources pour supporter un univers peu armé, pour faire face à la différence. Le rôle de l'infirmière devient alors primordial: étant plus en contact avec le patient et son univers quotidien que tout autre soignant, elle sera la mieux placée pour construire une médiation entre souffrance psychique et exigences institutionnelles.

4



Mais cette médiation doit trouver son équilibre. Il ne faut pas disqualifier l'institution carcérale, et la légitimation d'un fonctionnement institutionnel, ce qui reviendrait à se tromper d'arène laissant trop peu de place à l'expression de la souffrance psychique. S'il peut s'appuyer sur les ressources du patient, ce travail de médiation constitue l'une des prémisses les plus solides à sa réinsertion.

Il en va tout autrement lorsque le comportement oppositionnel du détenu correspond à sa volonté de défier l'institution. Quand les soignants sont interpellés par des surveillants arrivés au bout de leurs ressources, ils se doivent de répondre. Mais cette réponse ne peut qu'être une évaluation de la situation. Si le détenu garde sa capacité de discernement, accepter de médicaliser la situation serait contraire à toute éthique. Souvent, l'institution carcérale nous en fait la demande, au nom de l'illusion, que le gain de paix qui s'ensuivrait serait béné-

fique pour tout le monde. Répondre favorablement serait non seulement contraire au droit, mais reviendrait à interpréter de manière abusive la notion de «bien» du patient. Un tel traitement, opérant comme une astreinte à une position de dépendance accrue, et compromettant les chances de construire un univers relationnel fiable, aurait toutes les chances d'être contre-productif.

Si demande de soins il y a, le rôle de l'infirmière consiste alors à régulièrement réévaluer la situation avec le patient, et en particulier comment il peut s'adapter à une réponse carcérale, impliquant le plus souvent des sanctions. Elle devra d'autre part expliquer le choix de la non-intervention aux surveillants. L'expérience nous montre que les tensions consécutives à une telle situation sont d'autant mieux surmontées que les équipes de surveillants sont elles-mêmes soutenues par leurs hiérarchies pour prendre en considération la volonté du patient.

La question de la réinsertion des personnes incarcérées...

... en général

L'article 37 du Code pénal suisse prévoit que «la réclusion et l'emprisonnement seront exécutés de manière à exercer sur le prévenu une action éducative et à préparer son retour à la vie libre». Concrètement, tout détenu entrant en exécution de peine sera pris en charge dans un régime de détention qui, de fermé et restrictif au début, s'élargira progressivement selon le temps lui restant à subir et selon sa situation personnelle. Dans le canton de Vaud, l'éventail des régimes s'étend des rigueurs et de l'isolement propres à la haute sécurité jusqu'aux régimes de semi-liberté en fin de peine, en passant par des ateliers fermés pour les uns, liés à l'exploitation d'un domaine agricole pour les autres.

L'accès aux sorties accompagnées, aux congés, aux régimes de fin de peine ou à la libération conditionnelle est tributaire de la proportion de la peine exécutée, et d'une évaluation faite par les agents pénitentiaires. Les critères de cette évaluation sont essentiellement la qualité des contacts que le détenu peut nouer avec ceux qui le prennent en charge, l'ordre et l'hygiène de sa cellule, son implication dans les activités et des critères plus individuels comme le risque de récidive ou la dangerosité. Suivant l'évaluation faite, le détenu peut progresser dans ces régimes, ou au contraire régresser.

...lorsque la dimension des soins devient prépondérante

Les choses se corsent dans la situation des patients qui détournent cette évaluation, consciemment ou pas. Les délinquants sexuels, souvent soumis à une obligation de soins, en sont encore une bonne illustration. Le déni de la gravité du préjudice subi par leurs victimes est l'un des éléments

qui a permis à beaucoup d'entre eux de mener, avant d'être arrêtés, une vie parfaitement intégrée à la communauté dans laquelle ils évoluaient. Et ce déni, lorsqu'il persiste en prison, leur permet de faire preuve de la meilleure adaptation aux exigences de la vie carcérale. Du coup, ils occupent les places d'atelier nécessitant le plus de responsabilités, et se montrent parfaitement respectueux des règlements. Si le déni n'est pas ébranlé d'une manière ou d'une autre, ils traversent leur peine en se comportant comme des détenus modèles, parfaitement conformes aux critères d'évaluation propres à la logique carcérale.

Le problème est que ce mouvement adaptatif ne représente fondamentalement qu'une répétition du mode relationnel qui avait conduit aux délits, faute de barrières suffisantes. Le travail des thérapeutes consiste précisément à ébranler leurs convictions et à susciter une prise de conscience du désordre psychique présidant à l'agencement de leurs relations avec autrui. Mais lorsque prise de conscience il y a, le pas est difficile à franchir pour ces patients qui doivent en quelque sorte accepter de se considérer eux-mêmes comme les auteurs des actes les plus difficilement acceptables. C'est dire que cette prise de conscience a toutes les chances de s'accompagner d'une perte sensible de leurs capacités à s'intégrer à la vie carcérale, tant ils doivent mettre d'énergie à reconstruire leurs rapports avec autrui.

Cet exemple montre à quel point l'acte de soins peut opérer dans un sens différent de celui de l'encadrement pénitentiaire. Mais dans la mesure où la question de la réinsertion est intimement liée à celle du risque de récidive, comment pourrions-nous cautionner la trajectoire d'un détenu arrivant au bout de sa peine sans avoir ébranlé ses certitudes? Nous sommes confrontés à un domaine d'activité

professionnelle où le soin passe par la confrontation. Il va de soi, que l'interdisciplinarité de l'accompagnement représente la meilleure garantie pour que cette confrontation se fasse avec toute l'humanité requise et conformément aux principes éthiques des professions soignantes. Dans une entreprise, où les dimensions sont multiples, la clarté de la définition des rôles prend tout son sens. Celui de l'infirmière est précisément d'examiner avec le patient comment il construit sa relation avec les autres dans le quotidien de la vie carcérale. Comment ressent-il le regard des autres, face à la violence dont il a fait preuve à l'encontre de ses victimes. Comment peut-il convaincre les autres détenus de l'accepter. Et comment accepter lui-même d'être celui qui a commis l'inacceptable. Impressionnant challenge qui doit passer par un regard sur la banalité de la vie carcérale, sur l'écho qu'elle a par rapport à la période des délits, et sur les stratégies de prévention que le patient peut imaginer mettre en place pour pallier un éventuel réveil de ses fantasmes.

Le rôle professionnel peut encore être sollicité différemment pour tous les patients soumis à une obligation de soins ou à une mesure d'internement au sens de l'article 43 du Code pénal. Ces patients connaissent généralement de longs parcours institutionnels, et l'infirmière peut jouer alors un rôle essentiel dans la coordination des réseaux professionnels. Pratiquement, ce sont de fréquents contacts avec les équipes des établissements ou institutions susceptibles d'accueillir les patients à leur sortie de prison, ou avec leurs proches. Il faut alors tenir compte du fait que la sortie des détenus n'est pas toujours prévisible, ni décidée en fonction de critères médicaux, mais dépend de décisions propres aux instances de justice que les soignants ne peuvent toujours anticiper.

Il serait certes inquiétant que l'on puisse maintenir en prison quelqu'un pour des raisons autres que strictement liées au déroulement d'une enquête ou à l'exécution d'une peine! Mais les soignants doivent souvent travailler en ignorant le temps dont ils disposent pour instaurer un traitement, pour consolider les réseaux susceptibles de soutenir le patient. Il arrive par exemple que certains patients incarcérés pour des infractions à la Loi sur les stupéfiants vivent dans un état d'isolement prononcé, tant sur le plan social qu'affectif. Le travail de l'infirmière consistera alors à tenter de capter la confiance du patient, de le convaincre de son intérêt à contacter les institutions spécialisées. La prévention a donc deux volets: accompagner le patient dans la construction d'un projet d'insertion, et maintenir des contacts suffisamment significatifs avec ces institutions, afin qu'elles soient sensibilisées à la nécessité d'accueillir un détenu au pied levé lorsqu'il sort de prison de manière impromptue.

Les points de friction entre logique de soins et règlements sécuritaires

Les soins de santé mentale prennent de plus en plus de place en prison, et l'importance de l'expertise soignante se développe en conséquence. Ce mouvement se fait dans le contexte du développement du droit du patient, qui apparaît comme antagoniste de certains usages carcéraux. Les exemples du secret et du contrat illustreront cette différence.

Le secret

La pratique du secret est une règle omniprésente de la vie carcérale. Quantité de décisions sont prises sans tenir compte de l'avis de l'intéressé, elles lui sont communiquées sans qu'il ait accès à leurs motiva-

tions, sécurité oblige évidemment. Ce manque d'informations constitue l'une des plaintes les plus fréquentes dont nous font part les patients. A l'opposé de ce secret carcéral, le secret médical est dénoncé par les surveillants comme un rempart d'opacité dont s'entourent les soignants. Ce secret-là, conçu pour défendre l'intimité de la relation thérapeutique et faciliter aux patients l'expression de leurs troubles, est perçu par les agents pénitentiaires comme une alliance malsaine que les soignants développent avec les détenus.

La pratique du secret, dans la tradition carcérale, est un moyen de contrôler le patient et ses actes. Alors que le secret médical, s'il s'insère dans une relation de confiance, fait partie des outils susceptibles de permettre au patient de réinvestir ses capacités d'autonomie. Il peut l'aider à regarder en lui-même dans un espace protégé. L'infirmière a là encore un rôle important, lié à l'explicitation de ce que peut être un acte de soins, mais combien nécessaire pour préparer l'institution carcérale à développer sa capacité de tolérance face à une population de plus en plus marquée par les troubles psychiques.

Le contrat

La relation contractuelle marque aujourd'hui l'univers des soins. En dehors des limites légales liées à la capacité de discernement ou au danger encouru, le consentement éclairé du patient est devenu une condition nécessaire à l'instauration de tout traitement. Le climat particulier de la prison nécessite la plus grande rigueur en la matière. Si le détenu peut nommer une souffrance, nous essayons, dans un premier temps, de proposer une écoute, un espace de dialogue lui permettant de s'inscrire dans une relation thérapeutique. L'infirmière joue là encore un rôle essentiel dans cette phase préalable à

la thérapie, puisqu'elle personnifiera cette offre. Elle a un rôle d'interface avec les surveillants, visant à la fois, à leur expliquer la position et les limites du service médical, et à recueillir leurs observations ou leurs messages d'épuisement.

Il nous est arrivé d'entendre le reproche, qu'en défendant le principe du choix du patient, nous introduisions une dimension n'ayant pas sa place dans la prison. L'argument est d'autant plus étonnant que le détenu, en exécution de peine, a la possibilité de s'inscrire dans un programme de formation pouvant aller jusqu'au certificat fédéral de capacités, dans lequel il s'engage volontairement. Cela montre à quel point la problématique se situe ailleurs, en l'occurrence dans la difficulté que la prison a, en tant qu'institution, à accepter un regard venant de l'extérieur.

La rigidité du système

De nombreux observateurs de prisons ont fait le constat que la rigidité du fonctionnement pénitentiaire constitue un obstacle à la réinsertion des détenus. Cette rigidité se manifeste par une véritable inversion du fonctionnement social. Ainsi, ce qui n'est pas explicitement autorisé en prison est a priori interdit. Il existe par exemple une liste des produits que les détenus peuvent recevoir de leurs visites ou acheter lors de leurs sorties. Ce qui ne fait pas partie de cette liste ne passe pas les barrières. Les implications d'un tel règlement peuvent être immenses. C'est, par exemple, en son nom, qu'un détenu musulman pourrait se voir refuser un tapis de prières.

De tels usages ne facilitent pas a priori le travail lié à la réinsertion des détenus souffrant de troubles psychiques. Nos équipes ne peuvent avoir qu'un recours trop partiel aux techniques qui ont fait leurs preuves en matière de réhabilitation sociale de patients. Tout travail de renforce-

ment des habiletés sociales se heurte à l'impossibilité de se confronter à un environnement ouvert. Des interfaces sont prévues avec l'extérieur au cours de la trajectoire pénitentiaire des détenus, mais les décisions permettant de les solliciter ne tiennent que trop peu compte d'une évaluation centrée sur le fonctionnement psychique de la personne.

Une zone tampon

La conscience de ces limites, propres à l'institution carcérale, a poussé le service pénitentiaire vaudois, en articulation avec le SMPP et les autorités cantonales, à soutenir la création d'un établissement médico-social spécialisé. Baptisé du nom de La Passerelle, il s'inscrit dans la continuité des établissements pénitentiaires vaudois. Il pourra accueillir une quinzaine de patients ayant commis des délits sous l'emprise d'une

pathologie psychiatrique, reconnus irresponsables de leurs actes, mais dont le maintien en prison n'a plus lieu d'être, notamment au nom des limites que nous venons d'évoquer, sans qu'ils ne disposent encore des ressources nécessaires pour vivre dans un environnement non sécurisé.

Ce lieu de vie, fermé et entouré par une enceinte sécurisée, sera encore marqué par la concentration des activités à l'intérieur de l'institution. Il constituera un échelon intermédiaire entre prison et établissement médico-social ouvert. Les patients y trouveront un soutien pour la vie communautaire propre à un foyer, les activités au sein des ateliers et l'organisation de leurs loisirs. Les contacts avec l'extérieur seront médiatisés par l'équipe d'encadrement. Mais ce soutien sera médicalisé et centré sur le traitement des troubles psychiatriques, ce qui, nous l'avons vu, est

difficilement réalisable dans une institution pénitentiaire. Un soutien psychothérapeutique individualisé sera de plus assuré à chaque résident. L'ambition du projet est de permettre aux patients d'apprendre à respecter un cadre et les obligations qui lui sont liées, tout en augmentant leurs capacités à mobiliser leurs propres ressources. Le séjour à La Passerelle pourra donc fort bien se compléter, en aval, par l'intégration dans un établissement plus ouvert.

Conclusions

Le problème de la réinsertion des personnes incarcérées se heurte à la diversité des missions propres aux différents intervenants. Nous avons vu que la dimension médicale prend une place de plus en plus importante alors même qu'elle se heurte aux modes de fonctionnement traditionnel de l'institution carcérale.

5



L'enrichissement de la chaîne institutionnelle, susceptible d'accueillir les délinquants souffrant de troubles psychiques, est donc un élément encourageant, puisqu'il contribuera à une meilleure prise en compte des contraintes liées à leur encadrement et à leur soutien. Le rôle professionnel de l'infirmière implique des actions liées aux techniques thérapeutiques spécifiques, comparables à ce qu'elles sont dans les institutions spécialisées de la société ouverte. Mais l'infirmière qui choisit de travailler en prison devra encore apprendre à maîtriser un rôle complexe, teinté de diplomatie et nécessitant à la fois patience et capacités de négociation, orienté vers la faculté de l'institution carcérale à intégrer un regard extérieur. L'absence d'une telle capacité représenterait, en effet, une hypothèque très lourde sur le pronostic des patients concernés, puisqu'elle signerait l'incapacité de l'institution carcérale à s'adapter aux changements sociaux, et donc à servir comme modèle de référence en matière de réinsertion. ■

*Jean-Philippe Duflon,
Infirmier chef du Service de
Médecine et Psychiatrie
Pénitentiaires de l'Etat de Vaud*

Références:

- Devaud Corinne et Gravier Bruno, La prescription de méthadone dans les prisons: entre réalités et contraintes, in Médecine et Hygiène, 27 octobre 1999, pp 2045-2049.
- Gravier Bruno, Soins et milieu carcéral: une rencontre toujours difficile, in Perspectives psy, vol 38, N°2, avril-mai 1999, pp 100-107.
- Le Caisne Léonore, Prison, une ethnologue en centrale, éditions Odile Jacob, Paris, 2000.
- Le Goff Valérie et Gravier Bruno, Les délinquants sexuels en détention préventive: aspects thérapeutiques, in Médecine & Hygiène, 24 mars 1999, pp 648-653.
- Lhuilier Dominique, Souffrance, demandes et usages des soins dans l'institution carcérale, in Bulletin de psychologie, tome 54 (2), mars-avril 2001, pp 159-168.
- Veil Claude et Lhuilier Dominique, La prison en changement, érès, trajets, Ramonville Saint-Agne, 2000.

Stage d'étude en soins infirmiers en milieu carcéral

Défendre son éthique, ou simplement se souvenir qu'on en a une, n'est pas chose aisée face à une détenue ayant commis un infanticide et qui se plaint d'insomnies!

Le premier réflexe est de se dire que c'est bien fait pour elle, et que ses nuits blanches ne seront jamais assez longues pour lui faire regretter son geste. Même tentation devant les coliques qui torturent jour et nuit le preneur d'otage. Ne les a-t-il pas bien méritées? Mais à ce mauvais réflexe, je préfère une vraie réflexion. Jamais encore je ne m'étais interrogée de manière aussi aiguë sur le bien fondé de l'institution pénitentiaire, sur notre société en général, nos valeurs, nos normes et notre responsabilité, en cas de déviance en particulier. Il a fallu ce stage en milieu carcéral, en tant qu'étudiante en soins infirmiers, pour que je m'accorde un temps de réflexion, que je tente de me questionner, de me situer.

L'institution «prison»

Dans une perspective médico-sociale, en tant que soignante, j'ai pour mission de garantir l'accès aux soins à tout détenu, quel que soit le délit commis et sans distinction de culture ou de couleur. Mais la qualité des soins, la qualité de la relation que je tente d'établir, sont étroitement liées, bien plus à mes convictions et croyances personnelles, qu'à la déontologie professionnelle. Ignorer les sentiments et les émotions que suscitent les parcours de vie des détenus diminuerait la qualité de la prise en soins, que l'individu ait commis un crime grave ou un petit larcin. Il s'agit en premier lieu de prendre en considération nos propres peurs afin d'éviter de tomber dans une attitude

défensive ou réprobatrice qui nous interdirait d'entendre la souffrance de l'autre.

La mission de la prison est de réinsérer la personne détenue dans la société. Dans la réalité, le but n'est atteint que seulement pour un petit 10% des personnes condamnées. La réinsertion s'avère très difficile pour le 40 à 50% d'entre elles et pratiquement impossible pour les autres¹. Sensible aux aspects réinsertion et prévention, en tant que professionnelle, je ne peux faire l'économie d'une réflexion, d'une prise de position et d'un engagement.

Yvonne Bercher² observe que *le ou la détenu-e entre en prison avec un ou deux «défauts» sociaux ou psychiques, et en ressort avec dix ou vingt vices supplémentaires, à l'état latent ou actif*. Elle ajoute que *transférer à la prévention, ne serait-ce qu'une modeste proportion des moyens consacrés à la répression, constituerait une expérience vraisemblablement prometteuse*. Je partage ce point de vue, plutôt difficile à défendre dans notre société. Il démontre en tout cas que l'investissement professionnel s'exprime aussi au niveau politique. L'engagement va au-delà d'un simple constat, il invite au débat.

Albert Jacquard³ constate que *notre société fondée sur la compétition entre individus ou entre collectivités, mesurant la valeur de toute chose en argent, utilisant comme moteur l'inégalité entre les hommes, acceptant l'exploitation des uns au profit des autres, proclamant hypocritement des droits qu'elle bafoue quotidiennement (...), présentant cyniquement aux jeunes comme l'idéal d'une vie, celle d'un gagnant, cette société ne peut se passer de prisons*.

Le travail infirmier consiste aussi à être acteur dans la société. Avant d'être infirmière, je suis citoyenne et, à la mesure de mes moyens et dans

mon domaine de compétence, j'ai une responsabilité éthique face à l'abus de pouvoir et autres problèmes de la société dans laquelle je vis. Certaines situations ne font pas honneur à notre civilisation; elles n'ont rien de fatal et ne doivent pas être acceptées avec résignation. Le travail infirmier consiste aussi à inventer de nouvelles formes, à créer d'autres solutions. Il ne se limite pas à mettre à jour un possible, il aboutit à une nouvelle construction. Le soin devient alors novateur et permet de transmettre à l'autre, qu'il soit détenu ou non, son appartenance à l'espèce humaine, à trouver un sens et un but à son existence. Ainsi, je contribue à développer une réelle solidarité avec les catégories d'individus en marge de la société. Tant que perdurent les inégalités sociales qui font qu'au départ, certains individus n'ont aucune chance de mener une existence simplement décente, la prison sera nécessaire.

L'éthique

L'éthique s'inscrit tout naturellement dans ma réflexion. En milieu pénitentiaire, les «solutions standards», reposant prétendument sur le bon sens et qui ne consistent bien souvent qu'à soulager un symptôme, ne résolvent en rien la problématique et la souffrance individuelle du détenu. S'acheminer vers une solution rapide, nous prive du recul nécessaire pour contempler nos défis avec ce mélange de courage et de sérénité indispensables au développement d'une véritable réflexion. Pour penser réellement, il faut parfois oser s'avancer sans très bien savoir où l'on va.

Le rêve, c'est le bouton sur lequel on appuie ou le levier qu'on abaisse pour soigner, guérir, transformer, augmenter, enrichir, développer sans jamais s'engager personnellement. La personne incarcérée me renvoie à mes peurs. Elle me renvoie à moi-même. Si je suis «à l'écoute de moi»,

attentive à ce qui se passe dans les profondeurs de mon être, je me perçois avec toujours plus de précision et de clarté. Être soi-même c'est accéder à la souplesse d'esprit, à la fluidité complète. M'accepter telle que je suis (forte, vulnérable, faible) m'aide à m'ouvrir à l'autre et à l'accepter. Cette capacité d'être présent à autrui, à la fois complexe et subtile, apparaît comme une condition incontournable pour une pratique soignante de qualité. Tout ne peut pas être compris seulement en termes médicaux, légaux ou médiatiques. La drogue, un problème médical seulement? Qui peut le croire? Il y a autre chose, qui se laisse mal saisir et à quoi il faut réfléchir si nous ne voulons pas nous laisser dépouiller de notre responsabilité par démission intellectuelle.

En termes philosophiques, Jan Marejko⁴ nous dit: *c'est à réfléchir dans un esprit de résistance à l'inertie spirituelle de notre temps que servent la pratique et la consultation philosophique. C'est à promouvoir cette résistance que se consacrent désormais tous ceux qui, un peu partout dans le monde, ont décidé de lancer cette pratique. Et la bonne nouvelle est qu'à penser pour résister, on goûte à un certain bonheur*.

L'éthique n'est pas là pour rassurer, elle est là pour nous aider à faire avec nos peurs.

En éthique, il faut avoir l'autorité. Or cette dernière ne peut que se partager. L'autorité, c'est rendre l'autre auteur, c'est augmenter les possibilités de l'autre. Nous pouvons être profondément aidant dans la vie de quelqu'un. Nous avons d'autant plus d'influence si nous ne cherchons pas à contraindre, à montrer la voie. Nous pouvons être des signes, des tuteurs de développement, des révélateurs. Ensuite, c'est à l'autre de jouer. Quand je pense éthique, je me situe en tant que citoyenne et actrice dans notre société et dans le monde. Ma réflexion alors ne s'apparente plus au seul phéno-

mène social que représente la prison, mais à l'organisation même de la dite société avec ses enjeux financier, politique et social. Il est légitime alors de se poser la question sur le «bien-fondé» et sur «l'utilité» d'une prise de conscience, d'un engagement individuel. J'avoue que je n'ai pas la réponse mais crois néanmoins à l'influence porteuse de l'investissement et de la responsabilité personnels, à l'action réfléchie et courageuse, aussi infime soit-elle.

La communication

La communication est une des composantes les plus essentielles dans les soins infirmiers. En milieu carcéral, elle prend une dimension particulière car, qu'on le veuille ou non, le rapport de force existe, il est même omniprésent. On pourrait être tenté d'imposer un point de vue sans prendre en considération celui du détenu. En cela, le positionnement personnel au niveau éthique est indispensable pour établir une relation véritable. C'est alors que nous acceptons l'autre comme un être différent à part entière.

Communiquer, ce n'est pas se placer en dessus de l'autre, pas plus que chercher la fusion, ce qui signifierait sombrer dans la confusion. Lorsque le «Je» se confond avec le «Tu», la rencontre est impossible et le dialogue inexistant. Le dialogue peut naître, au contraire, dès le moment où, ayant conquis notre propre autonomie, nous sommes en mesure d'admettre celle de l'autre. Sans une possible communication, les soins deviennent inadéquats. Il faut avoir des connaissances approfondies des facteurs raciaux, sociaux et culturels. De nombreux points peuvent interférer avec les soins, faire obstacle à leur qualité. La communication est le moyen par lequel la culture est transmise et préservée. La culture a une influence sur la manière dont les sentiments sont exprimés et sur le genre

d'expressions verbales et non-verbales autorisées. La soignante doit conserver à l'esprit les modèles culturels communs, il est essentiel qu'elle aborde le détenu en tant qu'individu et ne le fasse pas entrer dans une catégorie en raison de son héritage culturel. La communication de chaleur humaine est un aspect dynamique important de la relation thérapeutique infirmière-détenu. Si le détenu est d'une autre culture et a de grandes difficultés à comprendre ce qui lui est dit, la chaleur humaine de l'infirmière peut être capitale pour permettre une relation positive.

Expérience faite, l'humour aussi est une composante puissante de la communication verbale et non verbale. Il s'est avéré un outil important dans le milieu carcéral. Il m'a aidée, tout comme le détenu, d'une manière prépondérante à:

- établir la relation,
- soulager l'anxiété et la tension,
- libérer la colère et l'agression d'une façon acceptable socialement,
- éviter temporairement des sentiments trop douloureux et générateurs de stress, auxquels il faut faire face à un moment donné.

L'humour crée des liens de plaisir partagé, facilite l'apprentissage, aide à la résolution des problèmes, motive et permet la survie individuelle. L'humour permet aussi de rire de soi-même ce qui donne accès à notre imperfection. Nous accepter imparfaits, nous rend accessibles à l'autre qui l'est forcément aussi. Le rire en fin de compte nous rend humbles et forts à la fois.

Antoinette Liard

Bibliographie:

- Bercher Yvonne, *Au-delà des murs*, Lausanne: Editions d'en bas, 1995.
- Newman Giger, Joyce et David-dhizar, Ruth Elaine, *Soins infirmiers interculturels*, Paris: Editions Larousse, 1991.
- Carlson Carolyn E. & Blackwell Betty, *Les comportements humains, concepts et applications aux soins infirmiers*, Paris: Le Centurion, 1982.
- Jacquard Albert, *Inventer l'homme*, Paris: Editions Complexes, 1991.

- 1 Bercher Yvonne, 1995
- 2 Bercher Yvonne, 1995
- 3 Jacquard Albert, 1991
- 4 Nouveau Quotidien, octobre 1997

PN service sa

- Nettoyages généraux
- Entretien régulier
 - Traitement de sol
 - Shampooing de moquette
 - Nettoyage après incendie
 - Désinfection

Lausanne
(021) 626 04 04

Echallens
(021) 881 40 74

Association

Responsable de la rubrique: Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl

Milieu carcéral aux Philippines.

A la lecture de ce journal, nous avons découvert les structures de soins dans les milieux carcéraux romands. Et, maintenant je vous propose un petit tour aux Philippines.

Dans ce pays, la prison reste un lieu très fermé, où les conditions sanitaires sont pratiquement inexistantes et l'accès à la défense juridique catastrophique, pour les détenus sans ressources financières.

La détention de jeunes entre sept et dix-huit ans, dans une des prisons philippines, illustre bien le contexte carcéral. Ils sont deux cents garçons et dix-neuf filles, enfermés dans des pièces si exigües, qu'ils n'ont pas de place pour s'allonger.

Leur défense est très mal assurée, les avocats du gouvernement, commis d'office, étant mal payés. De plus, les juges n'ont que quinze minutes pour régler le sort de vingt jeunes. Ce manque de disponibilité les pousse à leur souffler d'accepter la culpabilité, ainsi leur cas est vite réglé. Ils se voient condamnés à vivre des années en prison, incarcération qui, après l'âge de dix-huit ans, se poursuivra dans un milieu pour adultes. Ils sortiront de là brisés, dans un état de délinquance pire qu'à leur premier jour d'emprisonnement.

De nombreuses associations se démenent pour venir en aide à ces jeunes. Sur le plan sanitaire, des bénévoles leur apportent médicaments, pansements, ventilateurs... Sur le plan juridique, leur but reste de trouver l'argent qui paiera l'avocat acceptant de défendre ces jeunes prisonniers. Toutes ces démarches sont lentes, souvent décourageantes, mais combien stimulantes, quand le regard peut se poser sur un ancien détenu, derrière un établi de menuisier, accomplissant son travail en toute liberté.

Par ces quelques lignes, je pense avoir réussi à donner une petite idée du fossé existant entre ces deux mondes carcéraux... Et je crois qu'il n'y a rien à ajouter.

Marie-Claude Siegfried

Noël 2001 dans les groupes de Suisse

La Broye

Mardi 4 décembre à 12h., fondue
Auberge du Chemin de fer, Moudon,

Jura

Mercredi 5 décembre à 14h30,
Restaurant Le Suisse, pl. de la Gare,
Delémont

Neuchâtel

Jeudi 6 décembre, à 12h., dîner
Hôtel des Alpes et du Lac, en face de
la gare, Neuchâtel

Zürich-Appenzell

Samedi 8 décembre, à 14h.,
Salle de paroisse, Hotzestrasse 56,
(Tram 11 et 14, arrêt «Schaffhauser-
platz»)

Yverdon

Lundi 10 décembre, à 14h.,
Salle de paroisse Pestalozzi

Lausanne

Mercredi 12 décembre, à 14h30,
École La Source

La Côte

Vendredi 14 décembre, dès 11h30,
Apéritif et repas, Hôtel Mont-Blanc à
Morges

Genève

Jeudi 20 décembre, à 14h30,
Résidence Colladon, ch. Colladon 7,
Petit-Saconnex
Bus no 3, arrêt Colladon

Vevey-Montreux

Jeudi 20 décembre, à 14h30,
Centre paroissial de Ste-Claire, rue
Ste Claire 1, Vevey

Votre présidente incite chacune et chacun à participer à ces fêtes de l'Avent. Déplacez-vous d'un groupe à l'autre de façon à maintenir ce lien d'amitié qui nous unit depuis 1906.

Rappel

Invitation à la Journée Source du mardi 9 octobre 2001

Programme de la matinée:
Accueil dès 9h15 au Restaurant du
Rond-Point du Palais de Beaulieu
(bus no2 ou 3)

Conférence à 10h.

Monsieur le Professeur G. Pescia,
Spécialiste en génétique médicale à
Lausanne nous présentera:

*«Les gènes et nous
La source désapprouve-t-elle l'itinéraire
du fleuve? »*

Rubrique «Alors, raconte!»

Dans les trésors des archives de l'École, Journal Source de février 1968, Nouvelles diverses, une doyenne sourcienne, Mademoiselle Julie Jeannet de Bâle a retrouvé dans ses papiers ces recommandations du Dr. Ch. Krafft:

*«Si vous marchez, ne courez pas
Si vous parlez, ne criez pas
Si vous lavez, n'inondez pas
En riant, n'étourdissez pas
Si vous lisez, n'ennuyez pas
Si vous chantez, ne traînez pas
Si vous priez, ne doutez pas»*

Dr. Ch. Krafft

Etait-ce le bon temps?...

Huguette Müller, présidente

Chapuis STORES

STORES EN
TOUS GENRES

Avenue de France 48
1004 Lausanne

Pose
Réparations
Entretien

Tous travaux sur mesure

Stores toiles - à lamelles
à lames verticales

Volets à rouleaux - contrevents

Moustiquaires - Parasols

Tél. 021/625 61 81

Fax 021/625 69 36

E-mail: chapuisstores@bluewin.ch

Internet: www.chapuisstores.ch

RABAIS de 5% pour les lecteurs



BIEN SOIGNÉS...

...c'est aussi la caractéristique
des travaux exécutés par la

MENUISERIE STREHL S.A.

Rue du Maupas 8bis

1004 Lausanne

Tél. 648 58 48

menuiserie

ébénisterie

agencements

entretien d'immeubles

LE CHOIX ET LA COMPÉTENCE POUR TOUT LE MOBILIER DE BUREAU...

NIVOACTIV

(Création Suisse)

Bureau complet
avec caisson
(sans siège)

Fr. 1345.-

(livraison, montage
Fr. 60.-)



SPACE-BUREAU SA

Rue Beau-Séjour 1 • CP 2852 • 1002 Lausanne
Tél. 021 / 321 20 50 • Fax 021 / 321 20 51

CAUDERAY

Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

Dépannage 24/24h – 021/312 12 34

LAUSANNE

Escaliers du Grand-Pont 4

Tél. 021/311 31 51

Fax 021/312 04 14



L'expérience du futur

Documentation et devis sans engagement

Planning DAO gratuit • Conditions sans concurrence

Grande exposition de mobilier de bureau, sièges et luminaires (neuf ou occasion)

Nouvelles adresses

Nathalie Antoine
Place de la Harpe 5
1180 Rolle

Pierre-Alain Clerc
Ch. de Poussy 22
1214 Vernier

Mathilde Faure
Ch. du Dézaley 5
1026 Echandens-Denges

Anne Fonjallaz
Ch. de Crotte-au-Loup 17
1214 Vernier

Aurore Genoud
Ch. des Sauges 35
Appart. 38
1018 Lausanne

Christine Joseph-Altmann
Rte d'Arnier 16
1092 Belmont-sur-Lausanne

Thérèse Lang
Rue des Prés 76
2503 Biel/Bienne

Christine Luthi
Ch. de la Plantaz 3
1424 Champagne

Fabienne Philipona-Soloz
Rte de Cité-Ouest 19
1196 Gland

Katharina Rytz-Brechbuhl
Bollhölzliweg 38
3067 Boll-Sinneringen

Annick Stuber
c/o Mercy Ships
Ch. de la Fauvette 98
1012 Lausanne

Aliette Suter-Graf
Ch. de Bochat 33
1094 Paudex

Qui peut prévoir l'avenir ?

Allô, la VAUDOISE ?

La VAUDOISE vous offre des conseils avisés pour protéger votre famille et votre patrimoine.

Bénéficiez vous aussi de tous les avantages d'une assurance vie correspondant à votre situation et à vos ambitions personnelles.

Pour assurer l'avenir.

Siège social: Place de Milan
1001 Lausanne

informations au 0800 811 911



www.vaudoise.ch

VAUDOISE
ASSURANCES

Téléphonez, c'est réglé !

Naissances

Nathanaël, né le 29 juin 2001 pour la joie de Marika (diplômée mars 2000) et Olivier Essacaz-Bergier.

Pierre Frédéric Marie, né le 22 mai 2001 pour la joie de Marie-Caroline Gay (volée octobre 1998) et Louis Leclézio.

Toutes nos félicitations aux heureux parents

Décès

Nelly Mercier, volée 1947, décédée le 9 juin 2001 à Ecublens.

Yvonne Grobéty-Schoch, volée 1931, décédée le 14 juin 2001 à Lausanne.

Yvonne Jaton, volée 1940, décédée le 1^{er} juillet à Duillier.

Suzanne Viret-Amez-Droz, volée 1964, décédée le 13 juillet 2001 à Saint-Prex

Toute notre sympathie aux familles dans le deuil.

Hommages

Lettre ouverte à Nelly MERCIER

Sachant que notre Journal Source est diffusé dans le monde entier et même... au-delà!... je ne doute pas, ma Chère Nelly, que d'une manière ou d'une autre ce message vous parvienne.

Lorsque nous nous rencontrons, nous égrenons des souvenirs de ce passé plein de connaissances communes. Maintenant que vous nous avez quittés, j'évoque le rayonnement et l'amitié que vous diffusiez autour de vous.

J'étais à peine arrivée à la cure d'Yvonand en novembre 76 que vous veniez, telle une grande sœur, m'accueillir dans ce Nord vaudois que je ne connaissais pas. Infirmière chez Hermès Précisa, vous suiviez avec cœur et compétence certains employés qui se trouvaient être nos paroissiens: nous avons ainsi partagé bien des soucis et des joies.

Puis ce fut autour de mes frères imprimeurs-éditeurs que nous nous sommes retrouvées. Car la retraite venue, vous vous êtes mise à l'écriture, et votre livre « Un kilo de bonne humeur » – épuisé en un temps record – vous fournit le pré-

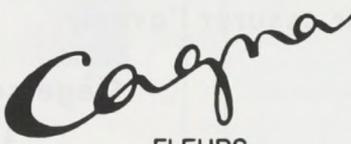
texte à parcourir la Romandie en partageant avec tant de gens la gaieté, l'amitié et l'humour qui vous anime.

Je vous vois encore à mes côtés au Salon du Livre, la broche Source bien en évidence sur votre robe, « faisant l'article » pour... Ouverture. Tant qu'il était en votre pouvoir et fidèlement, vous avez fait partie de l'équipe bénévole de ces Editions: il fallait préparer les envois, vous apportiez les croissants, nous discutions... Source!

L'épreuve de la maladie n'a pas réussi à changer votre heureux caractère: présente à autrui, vous l'êtes restée jusqu'au bout, avec une mémoire intacte. Tant à Nestlé qu'au Chuv lors de vos hospitalisations, nous avons vécu régulièrement le culte dominical dans une communion totale.

Vous avoir connue était une chance, votre conversation un enrichissement et votre présence un cadeau. Merci, Nelly!

*Danielle Baier-Grand.
Volée automne 63*



ELVIRA MEYLAN-SAILE
Rue Pichard 11 - Tél. (021) 323 55 18
1003 LAUSANNE

FLEURS



Livraisons à domicile
Service Fleurop-Interflora dans le monde entier
Nos fleurs sont également en vente à la Clinique La Source

Très chère Suzon.,

Par ce bel après-midi du 17 juillet, le vieux temple de St-Prex était plein: tes amis, innombrables, s'y pressaient, refluant dans le jardin du cimetière.... Les larmes dans les yeux étaient le trop-plein des cœurs car, dans cette église bondée, fleurie à la mesure de notre peine, c'était à ton Absence que nous étions confrontés. Malgré le déchirement de ton mari et de tes enfants, malgré notre chagrin à tous, le pasteur nous invitait à dire, selon ton exemple: «Mon âme, bénis l'Éternel et n'oublie aucun de ses bienfaits!»... Et c'était vraiment bon, en effet, de rendre grâce pour ce que tu as été, toi, Suzanne Viret Amez-Droz. Née en 1945 au Val-de-Ruz (NE), tu avais perdu ta maman dans ton enfance. Cette première blessure et ton origine campagnarde furent le terreau où s'enracina ton amour de la vie et des êtres; toute jeune, tu trouvas ton bonheur à aider les autres, à mettre à leur service tes dons et tes compétences. C'est ainsi que tu entras à La Source comme élève, au printemps 1964 et que désormais le terme d'infirmière fit partie de ton identité. Ce qui t'a toujours attirée dans la profession, au-delà des compétences techniques, c'est l'accueil de la souffrance, le don de compassion mais fut aussi pour toi source de frustration: dans ta pratique des soins à domicile, jusqu'à ces derniers mois, tu t'indignais contre les contraintes administratives envahissantes et les limitations aux services rendus. Mais si tu étais infirmière «jusqu'au bout des ongles», tu étais aussi épouse et mère et il faudrait peut-être commencer par là pour te présenter. En tant que femme d'horticulteur, tu épousas aussi cette profession, retrouvant ainsi tes racines paysannes, le respect de la terre et de ses produits, la fatigue de ce labeur exigeant, mais aussi le plaisir des ren-

contres, au marché de Morges, ou à celui de la Saint-Michel à Lausanne... Mère de Didier et de Fanny, c'est sans doute par eux que tu reçus tes plus grands bonheurs et tu sus leur transmettre avec ton époux ces valeurs inaliénables que vous partagiez: une foi solide faite de simplicité, d'authenticité; Foi en Dieu, en la Vie, en l'homme., foi ouverture, réceptive à la gaieté comme à la tristesse, foi bien plantée dans le concret, le quotidien, et s'élevant vers Dieu comme un acte de gratitude.

Chère Suzon, tu es partie sur la pointe des pieds, avec ta discrétion habituelle malgré une chimiothérapie de quelques semaines, rien ne laissait prévoir cette issue brutale. Tu nous manques infiniment car à tous ceux qui ont croisé ta route, tu as communiqué, à ton insu, ces richesses et nous, tes camarades de volée, gardons précieusement dans nos cœurs la cascade de ton rire qui les contenait.

*Pour la volée printemps 1964,
Janine Urfer-Gessler*

EDITIONS OUVERTURE

D E R N I È R E P A R U T I O N

Diffusion Ouverture

CP 13
CH-1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/652 16 77
fax 021/652 99 02
E-mail: ouverture@bluewin.ch



ASIANA ET LA PIERRE MAGIQUE

Les enseignantes et les élèves de l'Ecole du Bluard, en collaboration avec les Editions Ouverture

**Ce livre est né d'une envie:
vivre une aventure avec tous les enfants
et les adultes d'un collège, le Bluard à Morges.**

Encore une histoire de fée et de sorcière!
Mais avez-vous déjà rencontré un oiseau à poils, un cheval à tétines, un lynx multicolore?

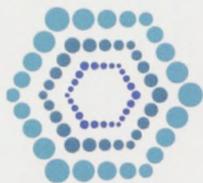
Huitante élèves, de la première à la quatrième année, ont participé à la création d'un livre de conte illustré. Cet ouvrage a pu être réalisé grâce à la participation d'Anne Wilsdorf, auteur et illustratrice de livres d'enfants, qui a animé les ateliers d'écriture et de peinture, et au soutien de Jean-Samuel et Etienne Grand, imprimeurs-éditeurs.

Dans des groupes de travail, les enfants ont inventé et écrit l'histoire. Le récit a évolué avec la participation de tous, chaque enfant apportant sa pierre au texte.

Deux journées d'ateliers de peinture ont été nécessaires pour réaliser les illustrations.

*Couverture cartonnée, laminée
format A4 oblong,
48 pages en couleurs, Fr. 28.50 (+frais d'envoi)*





INSTITUT LA SOURCE

Penser l'action dans une perspective soignante

organise un

Congrès international

AURONS-NOUS ENCORE DES INFIRMIER(E)S DEMAIN?

- Nouvelles pratiques cliniques -
- Nouveaux métiers -
formation, encadrement, recherche...

**Montpellier (France)
22 au 24 mai 2002**

En partenariat avec :



Ecole La Source
Ecole romande de
soins infirmiers de
la Croix-Rouge suisse
Lausanne, Suisse



Université catholique de Louvain
Unité des sciences médico-sociales
et hospitalières
Bruxelles, Belgique



Université de Tours
Département des sciences
de l'éducation et de la formation
Tours, France

Formation • Conseil • Séminaires • Recherche • Publications
43, Avenue Hoche - 75008 Paris - Tél.: 01 40 55 56 57 - Fax: 01 40 55 56 57 - E-mail: info@institutlasource.fr
Paris • Lausanne • Bruxelles • Sherbrooke (Québec)

Rédaction

Journal de La Source

Groupe de rédaction:

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl, Ingrid Tschumy-Durig, Philippe Carel, Didier Weber, Walter Hesbeen, Alexia Stantzos.
Etudiante: Sandra Martinelli (entrée avril 1998).

Responsables de la parution:

Christiane Augsburg, directrice;
Marie-France Bach Guex, rédactrice.

Les textes à publier sont à adresser, avant le 10 du mois, directement à la rédactrice: av. Vinet 30, 1004 Lausanne.

Abonnement:

Fr. 45.- par an, (étranger: Fr. 50.-);
AVS Fr. 30.-; étudiants: Fr. 15.-.
CCP 10-16530-4

Prière de communiquer tout changement au secrétariat de l'école.

La Source

**Ecole romande de soins infirmiers
de la Croix-Rouge suisse**

Internet: www.ecolelasource.ch
av. Vinet 30, 1004 Lausanne
tél. 021/641 38 00
fax 021/641 38 38
CCP 10-16530-4
e-mail: info@ecolelasource.ch

Directrice: Christiane Augsburg

Clinique

av. Vinet 30, 1004 Lausanne
tél. 021/641 33 33
fax 021/641 33 66
CCP 10-2819-8
e-mail: clinique@lasource.ch

Directeur général:

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers:

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

Présidente:

Huguette Müller-Vernier, Florimont 7,
1820 Territet, tél. 021/963 60 77
Portable: 079/400 09 36

Trésorière:

Marguerite Veuthey-Aubert,
ch. des Fleurettes 32, 1007 Lausanne
tél. 021/617 83 02
CCP 10-2712-9